

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

UNIVERSIDAD UDS

Licenciatura en Enfermería

Trabajo

Manual de urgencias

Presenta:

Blanca Flor Diaz Vázquez

Alejandra López Aquino

Catedrático:

Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Fecha: octubre 2020

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
URGENCIA.....	6
EMERGENCIA.....	6
CATÁSTROFE Y DESASTRE NATURAL.....	6
CLASIFICACION DE LA URGENCIA O EMERGENCIA (TRIAGE).....	7
PACIENTE POLITRAUMATIZADO	7
VALORACION PRIMARIA	8
VALORACION SECUNDARIA	9
CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	9
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS.....	10
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE DESEQUILIBRIO CON EL MEDIO AMBIENTE.....	12
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUEMADURAS.....	13
CLASIFICACIÓN	13
FISIOPATOLOGÍA:	13
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:.....	14
CUIDADOS DE ENFERMERÍA:.....	14
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.....	15
CLASIFICACIÓN	15
FISIOPATOLOGÍA	16
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	16
CUIDADOS DE ENFERMERÍA:.....	16
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTOXICADOS	17
CLASIFICACION	17
FISIOPATOLOGIA	18
VALORACION DE ENFERMERIA.....	18
CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	18
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	20
SHOCK.....	23
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HIPERTENSIVOS	25

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	26
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESCOMPENSACIONES DIABÉTICAS	27
HEMORRAGIA DIGESTIVA	31
CONCLUSIÓN	35
ANEXOS	36
Bibliografía	43

INTRODUCCIÓN

El trabajo “manual de enfermería “nos sirve como un apoyo para el día que tengamos complicación o cuando nos enfrentemos a una situación similar, servirá como guía ya, conociendo las intervenciones que se le deberá realizar al paciente que ingrese de emergencia o urgencia, se le deberá proporcionar los cuidados y valoración adecuada para una mejor atención y por supuesto la recuperación adecuada para nuestro paciente.

El propósito del uso de este manual es que conozcamos los procedimientos realizarlos adecuadamente, la universidad del sureste realiza este trabajo en la materia de enfermería en urgencias y destrezas para poder proporcionar información y que el personal de enfermería tenga el conocimiento necesario para poder realizará las intervenciones y poder ayudar a la persona.

Muchos de los personales de la salud necesitan una guía para poder conocer y realizar los cuidados y atención que se merece un paciente, que tenga que ingresar a emergencia o urgencia. El por qué un paciente ingresa a emergencia o urgencia es por distintos factores que se puede ver comprometida la vida del apaciente y claro se necesita una atención buena y segura para el paciente sin poner más en riesgo la vida del paciente.

Abran pacientes que requieran una atención inmediata y la clasificación la podemos encontrar con el triage que nos permite identificar el tiempo de espera que necesita el paciente si el paciente necesita ingreso de emergencia eso quiere decir que el paciente corre en riesgo su vida y podemos identificarlo de color rojo según la clasificación del triage.

Podemos hablar sobre la diferencia entre la urgencia y la emergencia, podemos definir a la urgencia como la situación en las que se precisa una atención inmediata y la emergencia como una situación crítica en la que está comprometida su vida y requiere una actuación inmediata

El este trabajo podemos encontrar los cuidados de enfermería ante una situación de emergencia y urgencia, teniendo como propósito conocer acerca de este tema y poder aplicarlo en la práctica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar correctamente funciones de enfermería ante situaciones críticas

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar de forma efectiva el triage al/los pacientes/s
- Implementar guías de acción y protocolos específicos
- Evaluar las respuestas humanas ante ejecución de plan de cuidados

URGENCIA

Es toda demanda de asistencia que se produce fuera del horario laboral normal, se trata de un criterio eminente funcional.

EMERGENCIA

Es una atención de forma totalmente imprevista, ya que sea por causa de accidente o suceso inesperado. Depende el ámbito en el que se use.

CATÁSTROFE Y DESASTRE NATURAL.

Concepto de desastre: etimológicamente la palabra desastre proviene de latín des (negativo, desafortunado) y astre (astro, estrella). por lo que sería como una desgracia derivada de los astros o dioses, más allá del control humano.

Desastre como un evento de la suficiente magnitud, que altera la estructura básica y el funcionamiento normal de una sociedad o comunidad, ocasionando víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales, infraestructura, servicios esenciales o medios de sustento a escala o dimensión más allá de la capacidad normal de las comunidades o instituciones afectadas para enfrentarlas sin ayuda.

Catástrofe etimológicamente la palabra catástrofe procede de griego antiguo (katastreifein, "abatir, destruir") en la lengua actual podríamos definirla como "un suceso, extraordinario que altera gravemente el orden natural de los acontecimientos". O bien, como un "accidente que pone en relación el número de víctimas y su gravedad con las medidas disponibles que puedan garantizarles una atención eficaz".

La definición que propone la OMS de catástrofe es la siguiente: cualquier fenómeno que provoca daños, perjuicios económicos y pérdidas de vidas humanas y de territorios de la salud y de servicios sanitarios en medida suficiente para exigir una respuesta extraordinaria de sectores ajenos de la comunidad o zona afectada.

CLASIFICACION DE LA URGENCIA O EMERGENCIA (TRIAGE)

Nivel 1: Emergencia. Atención inmediata, condición de salud extrema que amenaza la vida y debe ser atendido de manera inmediata, atención en unidad de urgencias sala de reanimación.

Nivel 2: Urgencia. Atención hasta 30 min, condición de salud que amenaza la vida del paciente, su atención debe ser priorizada, no inmediata. Atención unidad de urgencias.

Nivel 3: Urgencia no vital. Atención hasta 2 horas, condición aguda no amenazante de la vida que requiere valoración no inmediata. Atención unidad de urgencias.

Nivel 4: Atención prioritaria. Atención hasta 4 horas, condición aguda no amenazante de la vida que requiere valoración diferida. Atención unidad de urgencias.

Nivel 5: Consulta externa. Atención hasta 72 horas, condición sintomática mayor de 24 horas de evolución no amenaza la vida. Atención en consulta externa.

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Es todo aquel paciente que presenta una o varias lesiones de origen traumático, de las cuales al menos una de ellas puede comprender de forma más o menos inmediata la vida del mismo.

Se debe determinar qué tipo de politrauma se trata en función de la gravedad, es decir realizar el triage.

- Politraumatismo leve: paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.
- Politraumatismo moderado: con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.
- Politraumatismo severo o grave: pacientes con alguna de las siguientes condiciones: Muerte de cualquier ocupante del vehículo, eyección de paciente de vehículo cerrado, caída mayor a dos veces de la altura del paciente, impacto a gran velocidad >50 km/h, compromiso hemodinámico: presión sistólica < 90 mmHg, bradipnea, trastorno de la conciencia, Glasgow <13, fracturas de dos o más huesos

largos, herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle, edad >60 años, embarazo, patología grave preexistente.

FISIOPATOLOGIA

Se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica en forma de SIRS, que puede ser excesiva y su equilibrio con la respuesta antiinflamatoria que se activa paralelamente.

VALORACION DE ENFERMERIA

VALORACION PRIMARIA

- A: Control de la vía aérea y cervical.

Permeabilidad y estabilidad de la vía aérea, si no fuese permeable se deben extraer los objetos que la obstruyan o en su defecto valorar la punción cricotiroidea, de ser necesario realizar intubación orotraqueal y cánula de Guedell.

La cabeza y el cuello no den ser hiperextendidos en un politraumatizado

- B: respiración

Correcta ventilación y adecuado aporte de oxígeno.

- C: Circulación y control de hemorragias

Nivel de conciencia, coloración de la piel, pulso, hemorragias.

Se deben canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre, para poder administrar gran cantidad de fluidos.

Si no es posible el acceso periférico, pensar en el acceso venoso central.

- D: Evaluación neurológica

TCE, traumatismo facial y cervical, respuesta pupilar y movimientos oculares, escala de Glasgow.

- E: Exposición/control ambiental

El paciente debe ser desnudado por completo, tomando medidas oportunas en caso de riesgo de hipotermia.

VALORACION SECUNDARIA

- A: Historia

Conocer el mecanismo lesional y si es posible los antecedentes del paciente: patología previa, medicación habitual y ultima comida.

Conociendo el mecanismo lesional se deben predecir distintos tipos de lesión.

En caso de existir quemaduras debemos conocer el medio en el que se produce la lesión, exposición a productos químicos, torácicos, radiaciones.

- B: Examen físico
 - ⇒ Cabeza y cara
 - ⇒ Columna cervical y cuello
 - ⇒ Tórax y espalda
 - ⇒ Abdomen y pelvis
 - ⇒ Periné, recto y vagina
 - ⇒ Musculo esquelético
 - ⇒ Neurológico
- ⇒ C: Monitorización
 - ⇒ Frecuencia respiratoria
 - ⇒ Pulsioximetría
 - ⇒ Monitorización cardiaca

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ⇒ Inmovilización completa de columna cervical o columna completa
- ⇒ Oxigenoterapia
- ⇒ Intubación orotraqueal
- ⇒ Vía venosa y sueroterapia
- ⇒ Obtención de muestras sanguíneas
- ⇒ Administración de analgesia
- ⇒ Colocación de sonda vesical y nasogástrica
- ⇒ Vigilancia del nivel de conciencia, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, pulsioximetría, ECG, diuresis, etc.
- ⇒ Administración de medicación pertinente
- ⇒ Tratamiento postural

- ⇒ Aspiración de cavidad bucal
- ⇒ Aspiración broncopulmonar
- ⇒ Inmovilización de fracturas
- ⇒ Curas locales de heridas
- ⇒ Medidas de reanimación
- ⇒ Aseo del paciente
- ⇒ Taponamiento compresivo de hemorragias
- ⇒ Desnudar al paciente
- ⇒ Apoyo emocional
- ⇒ Control de temperatura externa
- ⇒ Registro de aportes y perdidas
- ⇒ Educación sanitaria

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS

- A: vía aérea y control de la columna cervical

Asegurar una vía aérea permeable, la causa más frecuente de obstrucción en el paciente inconsciente es la caída de palada blando y la lengua, sin embargo, el sangrado, vomito, secreciones y otros objetos pueden ocluirla.

Si el paciente se encuentra consciente y puede mantener una oxigenación y ventilación adecuada, lo importante es no movilizar la columna cervical, para evitar el riesgo de producir o agravar una lesión de medula. Pero si el paciente se encuentra inconsciente o posee múltiples traumas con compromiso de cráneo o tórax debe suponerse una lesión a nivel cervical hasta que se realice una radiografía de cuello a nivel lateral y anteroposterior. En estos pacientes es importante que la cabeza y el cuello estén manualmente alineados y firmes, sin hiperextender, flexionar o rotar la cabeza. Dicha maniobra puede estar apoyada por un collar cervical, el cual es el objeto de inmovilización más utilizado por el equipo de salud tanto a nivel intra como extrahospitalario.

- B: ventilación

La permeabilidad de las vías aéreas no asegura una buena ventilación, Las lesiones de la pared torácica del tejido pulmonar o estructuras adyacentes, bronquiales o vasculares, como puede ocurrir en las fracturas costales, el tórax inestable, neumotórax, hemotórax o la contusión pulmonar, pueden alterar dicha función y deben ser buscadas por el profesional de enfermería a través de la inspección, palpación, auscultación y percusión.

- C: circulación

La valoración rápida y precisa del estado hemodinámico incluye la identificación temprana de sangrados externos y signos y síntomas de sangrado interno, intervenciones fundamentales para prevenir la muerte por hemorragia secundaria al trauma. El enfermero debe reconocer los signos precoces del shock.

- D: déficit neurológico

Realizar una evaluación neurológica rápida y completa que permita establecer el nivel de conciencia, identificar en forma precoz signos de focalización y signos de lesión medular. El nivel de conciencia se puede evaluar mediante el método AVDI, que significa: A: alerta; V: respuesta a los estímulos verbales; D: respuesta a estímulos dolorosos, e I: inconsciencia. En la revisión inicial, la escala de Glasgow no es muy confiable, porque el paciente puede encontrarse en un estado de hipoperfusión cerebral debido al shock, proporcionando resultados poco confiables y, por ello, debe realizarse en la valoración secundaria luego de haber instaurado las intervenciones iniciales de reanimación. La valoración de las pupilas incluye el tamaño, la reacción pupilar a la luz y simetría, lo que puede orientar el diagnóstico y localización del daño cerebral.

- E: exposición

en la revisión primaria se retira la ropa al paciente con el fin de realizar de forma rápida un examen cefalocaudal que permita identificar lesiones en otras áreas que pueden pasar inadvertidas cuando la persona se encuentra en posición supina. Una vez finalizada la valoración, el paciente debe ser cubierto de inmediato para mantener la temperatura corporal y evitar el riesgo de hipotermia debido a la exposición, a las lesiones y a las intervenciones que se utilizan en la reanimación; esto podría precipitar la aparición de acidosis, hipotermia y coagulopatía, conocido usualmente como la tríada traumática de la muerte. Cada uno de estos factores ha sido asociado con el incremento en el riesgo de muerte en los pacientes con trauma.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE DESEQUILIBRIO CON EL MEDIO AMBIENTE.

- ANTES DEL DESASTRE
 - ⇒ Valoración previa y plan de respuesta al desastre
 - ⇒ Estudiar la vulnerabilidad y los riesgos particulares que presenta una determinada población
 - ⇒ Conocer los recursos médicos y sociales de que dispone
 - ⇒ Simulacros
 - ⇒ Programas de educación comunitaria
- DURANTE EL DESASTRE

Evaluación rápida de necesidades: posible número de víctimas, el estado de las principales instalaciones sanitarias

- ⇒ Triage prehospitalario
- ⇒ Cuidados de enfermería
- ⇒ Enfermería comunitaria y salud pública: agua y saneamiento, alimentación, refugio y asentamientos humanos
- TRAS EL DESASTRE

La última etapa del ciclo del desastre es la de mayor duración, las actividades se centrarán en las tareas de rehabilitación y reconstrucción.

Rehabilitación: proceso que abarca el tratamiento de las enfermedades, lesiones o secuelas derivadas del desastre, las secuelas no son solo físicas sino también psicológica y la salud mental es uno de los aspectos a los que mayor atención debe prestarse, debido a la gran predisposición que tienen las víctimas a desarrollar patología de esta índole.

Es necesario una evaluación de los aspectos que han fallado y por lo tanto mejorarse y los que deben potenciarse más.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUEMADURAS

Las quemaduras son lesiones físicas de la piel que pueden involucrar otros tejidos y donde no intervienen fuerzas mecánicas, sino que son generadas por agentes físicos y ocasionalmente químicos, con extensión y profundidad variable. Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel. Se hace más amplia y se entiende por quemadura "las lesiones producidas por alteraciones de origen térmico, calor o frío, sea cual sea el agente etiopatogénico y la presentación de dichas lesiones".

CLASIFICACIÓN

Las quemaduras de primer grado afectan solo la capa externa de la piel. Causan dolor, enrojecimiento e hinchazón.

Las quemaduras de segundo grado afectan ambas, la capa externa y la capa subyacente de la piel

Las quemaduras de tercer grado afectan las capas profundas de la piel.

FISIOPATOLOGÍA:

El calor de las quemaduras provoca la desnaturalización de las proteínas y, por ende, la necrosis coagulativa. Alrededor del tejido coagulado se agregan las plaquetas, se contraen los vasos y el tejido mal perfundido (que se conocen como zona de estasis) pueden necrosarse alrededor de la lesión. El tejido que rodea la zona de estasis está hiperémico e inflamado.

El daño de la barrera epidérmica normal permite

- ⇒ Invasión bacteriana
- ⇒ Pérdida externa de líquido
- ⇒ Alteración de la termorregulación

Los tejidos dañados a menudo se edematizan, lo que aumenta todavía más la pérdida de volumen. La pérdida de calor puede ser significativa porque existe una alteración de la termorregulación de la dermis dañada, en particular en las heridas expuestas.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

- ⇒ Superficie afectada
- ⇒ Profundidad
- ⇒ Edad y antecedentes patológicos del quemado

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- ⇒ Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (vía aérea, respiración, circulación y estado neurológico).
- ⇒ En caso de necesidad de reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre.
- ⇒ Administrar el analgésico indicado, preferentemente por vía intravenosa.
- ⇒ Retirar todos los objetos y ropa próxima a la zona de quemadura, y aquella que esté impregnada del producto causante de la quemadura.
- ⇒ Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.
- ⇒ Si el edema está presente elevar la zona afectada.
- ⇒ Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel.
- ⇒ Irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío (15 grados) durante unos 20 – 30 minutos. Detenerla de forma inmediata si la temperatura corporal es igual o inferior a 35° C.
- ⇒ En quemaduras oculares irrigación continua, preferiblemente a través de una bolsa/botella de suero intravenoso de cloruro sódico al 0,9% conectada a un sistema de infusión.
- ⇒ Valorar la colocación de sonda urinaria para mantener la permeabilidad uretral y/o controlar diuresis.
- ⇒ En quemaduras mayores administrar profilaxis de úlcera por estrés según prescripción médica.
- ⇒ Valorar la coexistencia de otras patologías.
- ⇒ Evaluar la necesidad de profilaxis antitetánica.
- ⇒ Evaluar el tamaño y la profundidad de la quemadura. Atención de la quemadura.
- ⇒ Quemaduras epidérmicas superficiales:
 - a) Aplicación de un vendaje de protección o productos en crema (emolientes).
 - b) Revisar cada 48 horas.
- ⇒ Quemaduras dérmicas:

- a) Administrar analgesia adecuada.
- b) Limpiar la herida con cloruro de sodio al 0,9% o agua del grifo tibia.
- c) Retirar con cuidado cualquier resto de tejido necrótico o desvitalizado mediante desbridamiento cortante, enzimático o autolítico.
- d) Siempre que sea posible dejar las ampollas intactas. Considerar aspirar aquellas ampollas grandes y aquellas que puedan romperse (muy tensas) o se encuentren en una zona incómoda.
- e) Cubrir la herida con un apósito primario no adherente. Aplicar un apósito secundario absorbente no fibroso.
- f) Revisar el vendaje a las 24 horas y después cada 48 horas. Las siguientes revisiones se pautarán en función de las características de la quemadura y el apósito.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO

Ahogamiento: es la muerte inmediata o en las 24 horas siguientes tras la inmersión en medio líquido, por lo general el agua

CLASIFICACIÓN

Con frecuencia se observa secreción nasal u oral de tipo espumosa clara o rosácea, en los grados 2 a 6. Los espasmos tusígenos son frecuentemente causados por la irritación producida por el agua en contacto con las vías aéreas, pudiendo producir un sangrado discreto. Es frecuente la presencia de broncoespasmo y dolor torácico.

El signo cardíaco más frecuente es la taquicardia sinusal (54,9%). Los grados 1, 2 y 3 pueden presentar hipertensión arterial en el 5,4% de los casos. Los grados 4 a 6 presentan hipotensión arterial o shock. No es infrecuente el hallazgo de extrasístoles auriculares, fibrilación auricular y arritmias ventriculares.

Se pueden presentar signos y síntomas transitorios de hiperactividad motora, trismus, cefaleas y convulsiones, en particular en los grados 3 a 5. En todos los casos de ahogamiento precedidos por un largo tiempo en el agua se constata hipotermia.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del ahogamiento se relaciona con dos conceptos: la inmersión (vías respiratorias superiores por encima de la superficie del agua) y la sumersión (vías respiratorias superiores por debajo de la superficie del agua). Ambos eventos también se diferencian en las respuestas fisiológicas que desencadenan³⁰. La inmersión desencadena una serie de respuestas cardiorrespiratorias ligadas a cambios en las temperaturas central y periférica, las cuales dependen de la temperatura del agua de inmersión.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente realizará una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, etc.; el estado neurológico, valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; la termorregulación y la eliminación:

- ⇒ Apnea, disnea, taquipnea (atención al uso de músculos accesorios).
- ⇒ Cuerpo extraño en vía aérea.
- ⇒ Traumatismo craneoencefálico, cervical o de otros órganos.
- ⇒ Hipotensión arterial.
- ⇒ Hipotermia.
- ⇒ Arritmias.
- ⇒ Alteraciones neurológicas (aplicar escala de coma de Glasgow).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- ⇒ Posicionar las manos formando un puño, rodee a la persona por la espalda y coloque el dedo pulgar hacia el medio del abdomen de la persona.
- ⇒ Algunas comprensiones abdominales
- ⇒ Acueste a la persona boca arriba (chechar la respiración)
- ⇒ Comienza el rescate respiratorio
- ⇒ Extender la cabeza hacia atrás y levante la barbilla
- ⇒ Apriete y cierre la nariz

- ⇒ Selle los labios alrededor de la boca
- ⇒ Compresiones abdominales

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS

Conjunto de signos y síntomas que produce un toxico a xenobiótico al entrar en contacto con el organismo, la intoxicación se puede presentar con la exposición a un toxico conocido, a uno desconocido o bien a una enfermedad cuyo origen posible es un toxico.

CLASIFICACION

- SEGÚN EL ORIGEN
 - ⇒ Endógena: sustancias elaboradas por el propio organismo
 - ⇒ Exógena: debido al ingreso de sustancias extrañas al organismo por diversas vías
- SEGÚN SU ETIOLOGIA
 - ⇒ Accidental: se produce de forma fortuita, sin actuar la voluntad de la persona
 - ⇒ Voluntaria: cuando se ingiere un toxico con fines suicidas
 - ⇒ Intencionales: son llevadas a cabo con fines homicidas
- SEGÚN EL TOXICO
 - ⇒ Carbamatos: tienen mala penetración en el SNC por ello no ocasionan tanto daño
 - ⇒ Organofosforados: efectos en el SNC
- INTOXICACIONES
 - ⇒ Aguda: exposición a un agente durante un periodo corto de tiempo
 - ⇒ Crónica: exposición continua o repetida por un tiempo prolongado
 - ⇒ Aguda en crónica: exposición aguda sobre una base de exposición crónica al mismo agente

FISIOPATOLOGIA

Sulfatación y granulación: se encargan del fármaco en 95%, metabolitos en orina.

VALORACION DE ENFERMERIA

- Anamnesis: se interroga al paciente y/o acompañantes, se deberá intentar averiguar lo siguiente por orden de importancia:
 - ⇒ Toxico causal
 - ⇒ Cantidad
 - ⇒ Hora de exposición toxica
 - ⇒ Vía de entrada
 - ⇒ Presencia de vómitos
 - ⇒ Medidas terapéuticas previas
 - ⇒ Medicación habitual
 - ⇒ Antecedentes psiquiátricos
 - ⇒ Tentativas de suicidios anteriores
 - ⇒ Investigación del entorno: restos de toxico, jeringas, notas de despedida, estufa encendida, ambiente toxico (laboral, domestico, olores, etc)
- Realizar exploración física
- Exploraciones complementarias
 - ⇒ del nivel de conciencia y estado Analítica
 - ⇒ Gasometría arterial
 - ⇒ Análisis toxicológicos
 - ⇒ ECG
 - ⇒ Radiografía de tórax
 - ⇒ Radiografía de abdomen
 - ⇒ Valoración convulsiva

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ABCDE: el éxito de tratamiento dependerá de la precisión oportuna y eficacia con el que se resuelvan y mantengan estables las vías aéreas, ventilación y circulación.
- Canalizar vía venosa periférica

- En caso de PCR, prolongar la RCP más tiempo de lo habitual
- Calificar el nivel de conciencia y exista un buen control de la temperatura
- En caso de coma inespecífico, aplicar procedimiento de coma
- Realizar glucemia capilar
- Evitar absorción del toxico: dependiendo de la entrada del toxico serán las medidas a tomar
- Oxigenoterapia
- Baño abundante con agua y jabón sin olvidar el lecho ungueal y cabello si la piel es la vía de entrada del toxico.
- Si la vía digestiva es la puerta de entrada del toxico, es necesario un vaciamiento intestinal:
 - ⇒ Inducción al vomito
 - ⇒ Instalación de sonda nasogástrica adicionando o no antídoto local
 - Mecanismo de acción
 - ⇒ Interfiere con circulación entero-hepática.
 - ⇒ Impide la absorción, se fija al tóxico.
 - ⇒ Eliminación: Barre por efecto mecánico.
 - ⇒ Extrae el tóxico del enterocito.
 - ⇒ Disminuye la vida media del tóxico.
 - ⇒ Dosis de administración del carbón activado
 - ⇒ Dosis: 500 mg/kg/peso.
 - ⇒ Diluir en manitol al 20% 2 ml/kg/dosis (efecto catártico).
 - ⇒ Otros diluyentes: Sorbitol al 70%.
 - ⇒ Intervalos de aplicación: Cada 4 a 6 horas.
 - ⇒ Tiempo de aplicación: 24 a 36 horas.
 - Eliminación del toxico
 - ⇒ Incrementar la eliminación renal. Preparar el equipo para colocación de una sonda de Foley
 - ⇒ Colocación de una vía intravenosa y la administración de soluciones.
 - ⇒ Disminuir absorción entero-hepática (gastro diálisis con carbón activado).
 - Contraindicaciones para la diálisis gastrointestinal
 - ⇒ Ingestión de cáusticos.
 - ⇒ Ingestión de hidrocarburos.

- ⇒ Sangrado de tubo digestivo.
- ⇒ Íleo paralítico.
- ⇒ Abdomen agudo.
- ⇒ Estado de shock.
- ⇒ Oclusión intestinal.
- En caso de que exista una contraindicación se preparara el equipo y materiales para:
 - ⇒ Hemodiálisis
 - ⇒ Diálisis peritoneal
- Administración de antídotos específicos

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La cardiopatía isquémica es un trastorno de las arterias coronarias en el cual existe un desequilibrio en la demanda de oxígeno por el miocardio y el suministro del mismo. La enfermedad coronaria sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en Estados Unidos. Se han identificado factores específicos asociados con el incremento de la posibilidad de desarrollar cardiopatía isquémica.

CLASIFICACIÓN

- Infarto agudo de miocardio
- Angina de pecho estable
- Angina de pecho inestable

Reversible: si la disminución de aporte es de corta duración, no se produce muerte celular pero sí existe dolor y disfunción cardíaca. Se considera una angina de pecho.

Irreversible: la interrupción del flujo sanguíneo se produce durante el tiempo suficiente como para provocar muerte celular, considerándose un infarto.

FISIOPATOLOGÍA

Es un trastorno en donde parte del miocardio recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno; surge de manera específica cuando hay un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la necesidad de este por dicha capa muscular

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Las prioridades de enfermería deben orientarse a: Valorar a los pacientes, controlar el dolor, conseguir el equilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno, prevenir las complicaciones y educar a los pacientes y a sus familiares.

- ⇒ Calidad del dolor: sensación de opresión dolorosa, punzante, aguda, opresivo (sensación de objeto pesado sobre el pecho).
- ⇒ Localización e irradiación: subesternal con irradiación hacia el hombro izquierdo, hacia ambos brazos, hacia el espacio interno, también con irradiaciones en zonas como cuello, mandíbula, dientes, el área epigástrica y espalda.
- ⇒ Factores desencadenantes: puede producirse en reposo o durante el ejercicio que está asociada a las actividades que aumentan la demanda de oxígeno, el estrés emocional y las temperaturas frías.
- ⇒ Duración y factores de alivio: se alivia con el descanso (3-5 minutos), cambio de posición y con la interrupción de actividades que provoquen el dolor, con la administración de nitroglicerina (NTG).
- ⇒ Signos y síntomas asociados: Disnea, ansiedad, debilidad, mareo, diaforesis, signos de respuestas motora (nauseas, vomito, desmayo. Piel pálida, fría y húmeda), elevación de la temperatura durante las primeras 24-48 horas.
- ⇒ Examen físico: taquicardia, bradicardia (en infarto de la pared inferior) frecuencia cardiaca irregular, hipotensión, taquipnea, galope auricular y ventricular, ruidos cardiacos disminuidos y roce pericárdico (disfunción del ventrículo izquierdo), aumento de la distensión venosa yugular.
- ⇒ Parámetros hemodinámicos: PAP, RVS aumentadas; GC/IC disminuidos, en infarto del ventrículo derecho: PAD, RVS aumentadas; PAP, GC/IC disminuidos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ⇒ Ingresar al paciente a la unidad coronaria lo antes posible.

- ⇒ Explicar al paciente todo cuanto se le va a realizar para disminuir su ansiedad.
- ⇒ Colocar al paciente en su unidad procurando que se encuentre en reposo, para evitar el secuestro de flujo sanguíneo coronario.
- ⇒ Monitorizar al paciente seleccionando una derivación que permita una adecuada interpretación.
- ⇒ Colocar oxígeno suplementario con puntas nasales a 3 litros por minuto.
- ⇒ Obtener un ECG completo, el cual deberá repetirse cada 15 a 30 minutos, dependiendo de la evolución.
- ⇒ Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración, factores precipitantes y factores que lo alivian), así como los signos y síntomas acompañantes (mareo, diaforesis, emesis, palidez, angustia, sensación de muerte inminente, disnea, signo de Levin, síncope). Hay que recordar que 25% de los pacientes pueden presentar un dolor atípico, sobre todo adultos mayores, diabéticos y mujeres.4,6,8,9
- ⇒ Canalizar una vena, de preferencia colocar un catéter central con estrictas medidas de asepsia y antisepsia.
- ⇒ Obtener las muestras necesarias (Hemoglobina, química sanguínea, tiempos de coagulación y enzimas cardíacas).
- ⇒ Tomar y registrar signos vitales, incluyendo la PVC y la saturación capilar.
- ⇒ Descartar signos de disfunción ventricular.
- ⇒ Infundir medicamentos prescritos y vigilar los efectos farmacológicos.
- ⇒ Iniciar la fase 1 de rehabilitación cardíaca (fase aguda) y procurar que continúe hasta la fase 3, para favorecer el desarrollo de circulación colateral.
- ⇒ Suprimir el dolor, siempre que la tensión arterial sistémica (TA) lo permita (> 90 mmHg), se inicia NTG, vigilando la TA, especialmente en el IAM inferior o cuando existe afección del ventrículo derecho, ya que es más frecuente la hipotensión y la bradicardia. La nitroglicerina actúa sobre el músculo liso del árbol coronario ocasionando vasodilatación y disminuye la precarga en caso de disfunción ventricular. La nitroglicerina no suele controlar por sí sola el dolor, por lo que es necesaria la administración de morfina.
- ⇒ Realizar ECG por lo menos cada 24 horas y siempre que el paciente presente sintomatología o equivalentes anginosos.10
- ⇒ Disminución del gasto cardíaco, relacionado con disfunción mecánica del miocardio.

- ⇒ Vigilar signos y síntomas de insuficiencia cardíaca: disnea, astenia, hipotensión, ingurgitación yugular, control de líquidos.
- ⇒ Vigilar y registrar el perfil hemodinámico.
- ⇒ Vigilar la presencia de arritmias, que pueden ser manifestadas por palpitaciones, mareo, síncope; que se presenta con mayor frecuencia en los SICA CEST y el IAM anterior extenso.⁸
- ⇒ Vigilar el estado hídrico.
- ⇒ Explicar al paciente cualquier procedimiento y aclarar dudas para disminuir su ansiedad.
- ⇒ Procurar un entorno tranquilo.
- ⇒ Administración de fármacos ansiolíticos.

SHOCK

Definición Síndrome que se caracteriza por un estado de perfusión tisular deficiente, con aporte insuficiente de oxígeno a los tejidos, por lo que no se cubren las necesidades de éstos y que provoca un metabolismo tisular inadecuado, cuya consecuencia final es la disfunción y muerte celular.

CLASIFICACIÓN

- ⇒ Anafiláctico: reacción brusca e inesperada, mediada por el sistema inmune, que aparece como consecuencia de la exposición a una sustancia extraña en una persona previamente sensibilizada.
- ⇒ Cardiogénico: en este caso el cuadro está ocasionado por un fallo de bomba. Se trata de una alteración de la contractilidad cardíaca.
- ⇒ Hipovolémico: disminución importante y aguda del volumen intravascular que puede deberse a hemorragias, deshidrataciones, quemaduras extensas, vómitos y/o diarreas.
- ⇒ Neurogénico: en este tipo de shock existe una lesión medular o del tronco cerebral. Se produce una pérdida del control vasomotor periférico, que conlleva al desarrollo de una intensa disminución de las resistencias vasculares periféricas
- ⇒ Obstructivo: se ocasiona por patologías que comprometen el llenado ventricular, se limita el volumen sistólico y en consecuencia el gasto cardíaco.

⇒ Séptico: aparece cuando existe una infección grave y las toxinas pasan al torrente circulatorio. Como consecuencia se desarrolla vasodilatación.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

En la primera fase nos encontraremos ante un paciente con palidez, frialdad cutánea, relleno capilar retardado, taquicardia, TA normal, nerviosismo, intranquilidad, sensación de gravedad y disminución de la diuresis.

En una segunda fase, cuando los mecanismos compensadores empiezan a fallar, nos encontraremos ante un paciente con la siguiente sintomatología: palidez, frialdad, sudoración, cianosis, livideces, TA disminuida, taquicardia, arritmias, taquipneas, respiración irregular, oliguria (diuresis inferior a 20-30 ml/h), desorientación, confusión, coma y acidosis metabólica con pH inferior a 7,20.

Lo más importante en los primeros momentos será determinar el estado de shock y posteriormente identificar el tipo para aplicar el tratamiento específico.

Valoración específica de cada tipo de shock

- ANAFILÁCTICO: cursará con una dilatación masiva de los vasos por efecto de la histamina, especialmente sobre los capilares. Existirá prurito, congestión de mucosas, rash, eritema, urticaria, edema laríngeo, edema de epiglotis, broncoespasmo, náuseas, vómitos y diarreas.
- CARDIOGÉNICO: se apreciará dolor precordial, cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, sudor frío), palidez, alteraciones electrocardiográficas. Así mismo, puede aparecer edema agudo de pulmón a raíz de la insuficiencia cardíaca aguda.
- HIPOVOLÉMICO: ver valoración general del shock puesto que cursa con los mismos síntomas.
- NEUROGÉNICO: estos pacientes presentarán piel seca, caliente e, incluso, enrojecida debido a una vasodilatación periférica. También se observará frecuencia cardíaca normal que puede llegar a bradicardia, retención urinaria, íleo parálítico, poiquiloterma (temperatura extrema o pérdida de control de la temperatura corporal con importantes descensos térmicos en las zonas expuestas). Si la lesión medular es alta puede presentar una parálisis diafragmática.
- OBSTRUCTIVO: todos los pacientes presentarán dolor torácico y, a veces, disminución del voltaje de la monitorización electrocardiográfica.

- **SÉPTICO:** en la fase caliente encontramos calor, enrojecimiento de la piel, hipertermia, hiperventilación, agitación, confusión, TA más o menos mantenida y alcalosis respiratoria. En la segunda fase o fase fría encontramos vasoconstricción periférica, hipotensión, bajo gasto cardiaco, oliguria, anuria, coagulación intravascular diseminada y acidosis metabólica.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HIPERTENSIVOS

son elevaciones agudas de la presión arterial diastólica superior a 120-130 y sistólica por encima de 210 mmhg que motivan una atención médica urgente.

CLASIFICACION

- **EMERGENCIA HIPERTENSIVA:** elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana, entrañan un compromiso vital inmediato. Es necesario el descenso de la TA con medicación parenteral y en el plazo máximo de una hora
- **URGENCIA HIPERTENSIVA:** elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital. Cursa de modo asintomático o con síntomas leves, permite la corrección gradual en el plazo de 24-48 horas y con un fármaco oral.
- **FALSAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS:** elevación de la TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor y que no conlleva daño en órganos diana. Por lo general no precisan tratamiento específico y ceden al desaparecer el estímulo que las provoco.

VALORACION

Historia clínica completa

Presencia de historia previa de hipertensión arterial, tiempo de evolución, severidad, uso de tratamiento hipotensor, adherencia terapéutica, episodios previos de crisis hipertensivas y estudios previos personalizados para descartar HTA secundaria, descartar la presencia de enfermedades que puedan desencadenar una crisis hipertensiva, ECG, radiografía de tórax, radiografía de abdomen en caso de sospecha de aneurisma aórtico, ecografía abdominal y/o TAC, ecografía esofágica, fondo de ojo en el contexto de crisis hipertensiva

maligna, el uso de oftalmoscopio debería formar parte de la valoración habitual de las crisis hipertensiva.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ⇒ Tratamiento parenteral inmediato
- ⇒ Evitar descensos bruscos de la TA o llegar a hipotensión
- ⇒ Reposo de 30-60
- ⇒ Administración de un ansiolítico si es necesario

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo de las funciones de una o varias partes del encéfalo.

CLASIFICACION

ICTUS ISQUEMICOS: según su evolución, se dividen en accidentes isquémicos transitorios, con resolución total de la clínica en <24 horas y sin evidencia de lesión en las pruebas de neuroimagen e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral.

ICTUS HEMORRAGICO: se divide en hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea

VALORACION

- ⇒ Pérdida de fuerza o sensibilidad en un hemicuerpo
- ⇒ Trastorno de la emisión o comprensión del lenguaje con nivel de conciencia conservado
- ⇒ Pérdida de visión
- ⇒ Trastorno brusco de la marcha o equilibrio
- ⇒ Antecedentes de ictus/AIT
- ⇒ Consumo de alcohol/tóxicos
- ⇒ Prescripciones medicas
- ⇒ Antecedentes de coagulopatía o traumatismos recientes
- ⇒ Valoración neurológica con escalas de NIHSS/ HUNT-HESS

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ⇒ Reposo absoluto
- ⇒ Cabecera elevada a 30°
- ⇒ Sueroterapia individualizada
- ⇒ Sedación adecuada, analgesia y/o bloqueo neuromuscular según necesidad
- ⇒ Mantenimiento de vía aérea
- ⇒ Intubación orotraqueal si Glasgow <8
- ⇒ Vigilancia neurológica
- ⇒ Monitorización de constantes
- ⇒ Control de presión intracraneal
- ⇒ Revisión de los trastornos de la coagulación
- ⇒ Control de las crisis comiciales con Lorazepam o diazepam y posteriormente fenitoína

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESCOMPENSACIONES DIABÉTICAS

Son enfermedades que ponen en peligro vital al enfermo y que, sin embargo, son previsibles en un contexto donde se conocen bien los mecanismos implicados en su aparición y se poseen los medios educativos y terapéuticos adecuados para prevenirlos.

CLASIFICACIÓN

- Hiperglucemias
- Hipoglucemias

HIPERGLUCEMIAS: los múltiples factores que pueden descompensar una DM destacan:

- ⇒ Tratamiento farmacológico inadecuado o abandonado
- ⇒ Enfermedades agudas intermitentes, sobre todo infecciones
- ⇒ Dieta inadecuada o transgredida
- ⇒ Estrés psicógeno

Su aparición suele ser insidiosa y gradual, a excepción de la acidosis láctica, la hiperglucemia no tratada adecuadamente puede evolucionar a una diabetes descompensada tipo cetoacidosis, a una hiperglucemia hiperosmolar no cetónica o bien a una acidosis láctica.

CETOACIDOSIS DIABETICA CAD

Metabolopatía aguda y grave caracterizada por hiperglucemia, cetogénesis y acidosis metabólica.

El déficit de insulina y el aumento de las necesidades energéticas producidas por los factores causales va a producir una deficiente modulación del metabolismo de glucosa y lípidos, así como una potente estimulación del sistema neuroendocrino, con un aumento de las catecolaminas, la noradrenalina y, sobre todo, de la adrenalina y del glucagón.

VALORACION

Se presenta de forma gradual y lenta en 2-3 días, siendo los vómitos, náuseas, polidipsia y debilidad general con fatiga, en los niños, aunque también en adultos se presenta dolor abdominal agudo, aparecen signos respiratorios como respiración de Kussmaul, olor intenso a acetona en el aliento y síntomas neurológicos de somnolencia y letargia con reflejos musculares deprimidos.

Con un CAD grave aparecen signos de una deshidratación severa con shock, hipotensión, taquicardia, piel seca y caliente, asfixia y estupor, es un cuadro clínico que progresa hacia el coma cetoacidótico.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ⇒ Sondaje vesical
- ⇒ Sonda nasogástrica (indicada en estado comatoso o presencia de vómitos)
- ⇒ Catéter venoso central (indicado en ancianos y en pacientes con shock o enfermedades cardiovasculares)
- ⇒ Reposición de líquidos e iones
- ⇒ Administración de suero salino isotónico al 0.9% por hora, se disminuirá la velocidad de infusión a 250-500 ml por hora
- ⇒ Administración de insulina
- ⇒ Administración de cloruro de potásico en el suero fisiológico

- ⇒ Aplicación de bicarbonato sódico
- ⇒ Gasometría

DESCOMPENSACION HIPERGLUCEMIA-HIPEROSMOLAR NO CETOSICA

Es una complicación de alto riesgo por descompensación de la diabetes, sobre todo del tipo 2, más frecuente en edades avanzadas. Se caracteriza por la triada de hiperglucemia, hiperosmolaridad y la alteración del estado de conciencia, con ausencia de cetoacidosis.

ETIOLOGIA

El 50% aparece en las personas de edad avanzada con antecedentes de DM2, siendo las causas desencadenantes más frecuentes las infecciones, sobre todo en el tracto urinario, el abandono de tratamiento antidiabético, el tratamiento con fármacos y las transgresiones alimentarias.

VALORACION

Estado hipoglucémico con poliuria, polidipsia y signos de deshidratación, conforme avanza el deterioro metabólico, aparecen alteraciones gastrointestinales con vómitos y nauseas pudiendo aparecer íleo paralítico. Las alteraciones del estado de conciencia y neurológicas comprenden desde la somnolencia hasta el coma, con la frecuente aparición de crisis convulsivas acompañadas en algunas ocasiones, de hemiplejía transitoria.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ⇒ Valoración del estado de conciencia
- ⇒ Sonda nasogástrica, si el enfermo está en coma, con presencia de vómitos o dilatación gástrica
- ⇒ Sonda vesical
- ⇒ Toma de glicemias capilares y tiras de orina
- ⇒ Canalización de vía venosa (administración agresiva de líquidos)
- ⇒ Administración de medicamento prescrito
- ⇒ Gasometría
- ⇒ Aplicación de insulina (no siempre necesario)

HIPOGLUCEMIA

Es la disminución de la glucemia en cifras inferiores a 50 mg/dl

CLASIFICACION

- HIPOGLECEMIA LEVE: caracterizada por síntomas neurovegetativos sin alteración neurológica. No representa una urgencia metabólica, al ser fácilmente tratada por el propio paciente mediante la ingesta de alimentos hidrocarbonados
- HIPOGLECEMIA MODERADA: presentan estos enfermos un marcado cuadro neurovegetativo con evidente alteración neurológica, sin perder el estado de alerta, predomina la confusión, bradipsiquia y signos de conducta motora y psíquica alterada
- HIPOGLUCEMIA SEVERA: caracterizada por estados que oscilan del estupor al coma, pudiendo acompañarse de convulsiones focales o generalizadas

ETIOLOGIA

Descompensación metabólica más frecuente en pacientes con tratamiento farmacológico antidiabético, presentando mayor prevalencia los pacientes con tratamiento insulínico que los pacientes con antidiabéticos orales

FISIOPATOLOGIA

Es producida por dos mecanismos diferentes. En primer lugar, el descenso de glucemia ocasiona una potente activación del sistema neurovegetativo, tanto adrenérgico como colinérgico, con el fin de restablecer el déficit orgánico de glucosa

El segundo mecanismo fisiopatológico traduce una neuroglucopénica en el sistema nervioso central, con signos de disfunción y alteración de los procesos reguladores centrales

VALORACION

Identificación del diagnóstico clínico, junto la realización de un glucómetro o de tiras reactivas, en función del nivel de glucemia y de las características individuales, los síntomas debido a la activación autónoma son: taquicardia, sudoración fría, nerviosismo, temblor, inquietud, sensación de hambre, irritabilidad, etc.

La afectación del sistema nervioso central se expresa por cefalea, bradipsiquia, bradilalia, delirio, alteraciones visuales con diplopía y visión borrosa, psicosis y convulsiones.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ⇒ Valoración de constantes vitales
- ⇒ Administración de líquidos azucarados y/o piezas de fruta y se observa su evolución
- ⇒ Canalizar vía venosa periférica con suero glucosado al 5% con un ritmo de 100 ml/h y se administran 20 ml de glucosa hipertónica al 33%
- ⇒ Antes, durante y después del tratamiento se ha de tener presente que los pacientes con una neuropatía diabética tienen alterada la respuesta del sistema vegetativo adrenérgico y colinérgico
- ⇒ Perfusión de la vía venosa y la vigilancia durante 24-72 horas

HEMORRAGIA DIGESTIVA

La hemorragia digestiva (HD) se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. La hemorragia digestiva, según se origine por encima o por debajo del ángulo de Treitz, la clasificaremos en hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB).

CLASIFICACIÓN

- Hemorragia digestiva alta (HDA): pérdida de sangre procedente de una lesión localizada en algún punto del esófago, estómago o duodeno, que se origina por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta por hematemesis y/o melenas.
- Hemorragia digestiva baja (HDB): pérdida de sangre procedente de una lesión localizada por debajo del ángulo de Treitz hasta el recto. Se manifiesta por rectorragia, hematoquecia y/o melenas.
- Hematemesis: vómito de contenido hemático. Puede adoptar una coloración negruzca (posos de café) o rojo brillante en función de que haya sido o no alterado por la secreción gástrica.
- Melena: deposición negra, maloliente y pegajosa, de consistencia pastosa. Permanece un mínimo de 8 horas en el tubo digestivo para su formación.

- Hematoquecia: deposición de sangre roja, brillante y fresca que puede ser independiente o no de la defecación.
- Rectorragia: emisión de sangre por el recto, independientemente de su origen.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología común a todas las hemorragias digestivas es la de hemorragia masiva: pérdida de volumen circulante y hemoderivados que llevan a un shock hipovolémico y posteriormente al paro cardiorrespiratorio y la muerte.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ Evaluación inicial del paciente
- ⇒ Estado de conciencia (consciente o no)
- ⇒ Anamnesis
- ⇒ Historia de ulcera
- ⇒ Antecedentes de hepatopatía.
- ⇒ Sangrado digestivo o no anterior y su causa.
- ⇒ Consumo de AINEs y esteroides.
- ⇒ Enfermedades asociadas; por ejemplo, discrasia sanguínea.
- ⇒ Edad.
- ⇒ Examen físico
- ⇒ Vigilar frecuencia cardiaca (FC), tensión arterial (TA) y frecuencia respiratoria (FR).
- ⇒ Estigmas periféricos de hepatopatía crónica.
- ⇒ Descartar sangramiento de causa otorrinolaringológica (ORL) o de vías respiratorias.
- ⇒ Tacto rectal: comprobar melena.
- ⇒ Valorar cuantía de la hemorragia y clasificarla según el Colegio

Riesgo bajo

- ⇒ No es necesario el ayuno
- ⇒ No recolocar sonda nasogástrica
- ⇒ Tratamiento de cicatrización por vía oral
- ⇒ Considerar el alta dentro del mismo día Riesgo intermedio/alto

- ⇒ Monitorizar constantes vitales
- ⇒ Valorar necesidad de PVC
- ⇒ Sonda nasogástrica aconsejable postoperatoria endoscópica
- ⇒ Ayuno por 24 horas
- ⇒ Alta a partir del 3er. o 4to. día
- ⇒ Arteriografía selectiva: solo en casos graves en que no se ha podido localizar el origen por endoscopia alta o baja. Para que sea justificable es necesario una extravasación sanguínea mayor de 0.5 mL/min. Tiene valor terapéutico (embolización).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA AGUDA

- ⇒ Realizar una valoración inicial rápida
- ⇒ Nivel de conciencia.
- ⇒ Aparición de signos indicativos de shock hipovolémico: palidez, frialdad, sudoración, taquicardia, taquipnea e hipotensión.
- ⇒ Identificar si la hemorragia es debida a una herida externa o es de causa interna. Revisar drenajes, sondas, heridas quirúrgicas...
- ⇒ Si la hemorragia es externa comprimir el punto de sangrado con apósitos o gasas estériles.
- ⇒ Pedir ayuda y avisar al facultativo.
- ⇒ Siempre que sea posible, tranquilizar al paciente e informarle acerca de los cuidados a realizar.
- ⇒ Colocar al paciente en función de la etiología de la hemorragia
- ⇒ Si presenta signos o síntomas de shock, en decúbito supino elevando las piernas, siempre que sea posible.
- ⇒ Si presenta hematemesis o hemoptisis lateralizar la cabeza y colocar en posición ligeramente incorporada (semi-Fowler) si es posible.
- ⇒ Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y administrar oxígeno
- ⇒ Monitorizar los signos vitales (PA, FC y saturación de oxígeno) hasta que el paciente se estabilice (2,3).
- ⇒ Asegurar dos accesos venosos de calibre grueso, si es posible
- ⇒ Extraer sangre para analítica (hemograma, coagulación, bioquímica y pruebas cruzadas) aprovechando la punción. Procurar una tramitación rápida de las pruebas cruzadas para acelerar la transfusión en caso de necesidad.

- ⇒ Reponer volemia según prescripción médica.
- ⇒ Tener disponible el carro de parada.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ Historia clínica:
- ⇒ Exploración física: Se realizará una exploración del paciente para complementar lo conocido en la anamnesis: - Estado de perfusión periférica (coloración de piel y mucosas, temperatura, relleno capilar). - Exploración abdominal (zonas dolorosas, irritación peritoneal...). En casos de HDA por úlcera péptica, es muy común la sensibilidad epigástrica. - Tacto rectal (masas, fecalomas...).
- ⇒ Valoración de estado hemodinámico del paciente:
- ⇒ Monitorización cardíaca (TA, FC, FR, SatO₂). Registro horario de constantes.
- ⇒ Reposición de la volemia: - Canalización de 2 vías venosas periféricas de grueso calibre. - Extracción de muestra sanguínea: Bioquímica, Hemograma, Coagulación y Pruebas cruzadas.
- ⇒ Colocación al paciente en posición lateral de seguridad (para evitar una posible broncoaspiración).
- ⇒ Comprobación de permeabilidad de vía aérea:
- ⇒ Aspirar secreciones/sangre si es necesario. - Valorar la necesidad de administración O₂.
- ⇒ Colocación de una sonda nasogástrica
- ⇒ Control del nivel de conciencia.
- ⇒ Valoración de la colocación de una sonda vesical (tras indicación médica).
- ⇒ Realización de un electrocardiograma.
- ⇒ Control del número de deposiciones y su aspecto.
- ⇒ Dieta absoluta y reposo en cama.
- ⇒ Rx de tórax y abdomen (portátil o no dependiendo de estado del paciente).
- ⇒ Administración de tratamiento farmacológico prescrito (ranitidina, omeprazol IV...).
- ⇒ Endoscopia: HDA (gastroscofia), HDB (anuscopia/colonoscopia).
- ⇒ Otras pruebas complementarias (arteriografía, radiografía de bario...).
- ⇒ Registro de valoración y técnicas de enfermería.
- ⇒ Mantener al paciente informado en todo momento (si el estado neurológico así lo permite).
- ⇒ Ingreso hospitalario del paciente (excepto pacientes con rectorragia leve, crónica y/o intermitente, hemodinámicamente estables y sin repercusión analítica)
- ⇒ Monitorear Saturación de Oxígeno.

CONCLUSIÓN

Para concluir con el trabajo que se realizó, para los alumnos de la universidad del sureste es de gran importancia ya que nos permite conocer los conceptos de urgencia y emergencia para poder diferenciarlos o más bien a cuál de los dos se le debería dar más prioridad para poder proporcionarle al paciente las intervenciones necesarias dependiendo la gravedad del paciente ,para poder detectar la gravedad del paciente cuando asiste a una consulta se debe tomar en cuenta el triage para poder clasificar al paciente en el color que se considere los síntomas del paciente ,cuanto tiempo debe esperar en paciente para poder pasar a consulta .

Por ejemplo, aprendimos a conocer la diferencia entre urgencia y emergencia por lo que era muy necesario la, muchos de los estudiantes no conocen la diferencia es más ni siquiera yo la conocía, si dicen emergencia es que ya debemos estar listos para atender al paciente que está en riesgo de perder la vida.

Podemos conocer también sobre los pacientes quemados, podemos ver los grados de quemadura en la valoración del paciente, en que tanto está comprometido la piel si es leve o profunda la podemos clasificar en los grados y podemos valorarlo con regla de los nueve de Wallace y la tabla de Lund y Brower es para valorar a un paciente con la edad de 10 años o menores de 10 años.

Conociendo también los cuidados de enfermería que se les proporciona a los pacientes en urgencia o emergencia como en pacientes poli traumatizados, quemados, ahogamiento y pacientes intoxicados.es esta guía de enfermería podemos dar a conocer sobre las emergencias más comunes y los cuidados que se deberá proporcionar.

ANEXOS

TRIAGE I REANIMACIÓN	TRIAGE II EMERGENCIA	TRIAGE III URGENCIA	PRIORIDAD IV NO URGENCIA	PRIORIDAD V NO URGENTE
<p>Condición de salud extrema que amenaza la vida del paciente.</p> <p>Requiere una intervención médica inmediata.</p>	<p>Situación de alto riesgo que representa potencial amenaza de su estado de salud.</p> <p>Debe recibir una atención médica rápida.</p>	<p>Condición aguda, no amenazante de la vida.</p> <p>Requiere consulta médica no inmediata.</p>	<p>Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete el estado general del paciente y no R representa un riesgo evidente.</p>	<p>Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente.</p> <p>No representa un riesgo evidente para la vida.</p>
<p>ATENCIÓN: Inmediata.</p> <p>1</p>	<p>ATENCIÓN: Dentro de los siguientes 30 minutos.</p> <p>2</p>	<p>ATENCIÓN: Hasta 2 horas.</p> <p>3</p>	<p>ATENCIÓN: De 2 hasta 4 horas.</p> <p>4</p>	<p>ATENCIÓN: Cita por consulta externa.</p> <p>5</p>

Figura 1. Triage



Figura 2. Escala de Glasgow

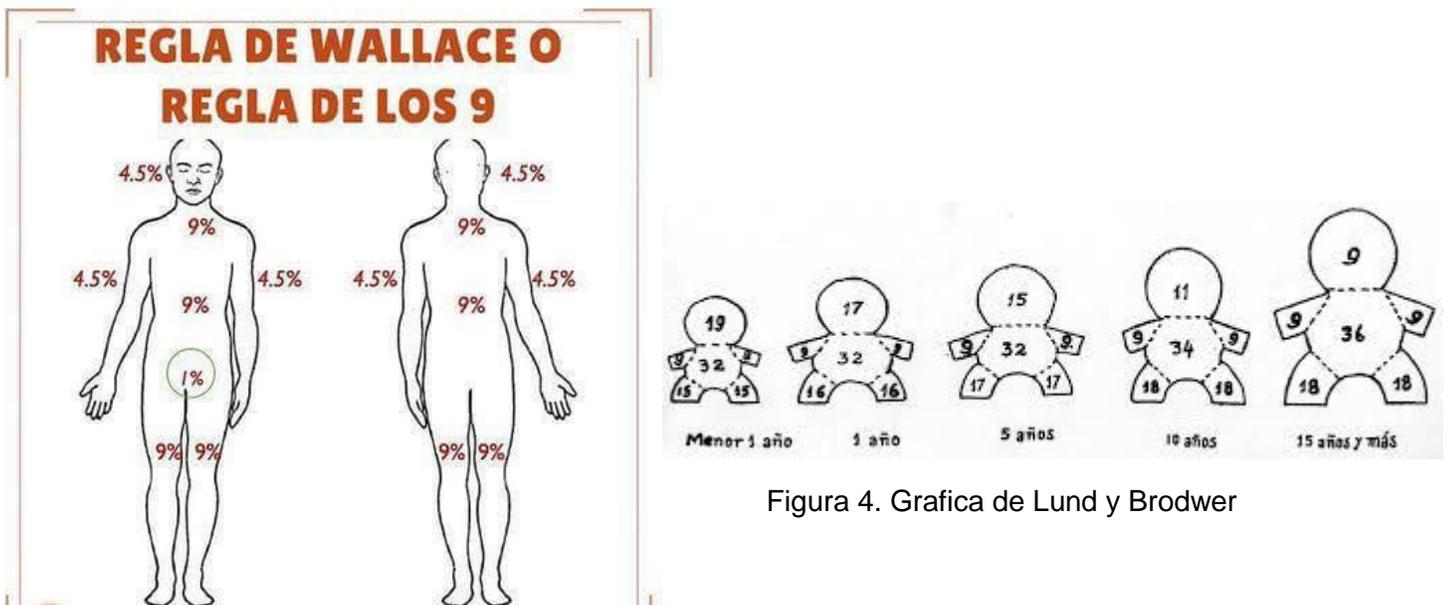


Figura 4. Grafica de Lund y Brodwer

Figura 3. Regla de Wallace

Síndromes tóxicos															
SD	PA	FC	FR	Tº	Mental	Pupilas	SatO ₂	Piel	ROT	PERIS	RAO	Sustancias responsables	Tratamiento	Precauciones	
SIMPATICOMI-MÉTICO	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	Agitado	Midriasis	N	Caliente	↑↑	↑↑	Sí	Cocaína Anfetaminas IMAO Betamiméticos	Sueroterapia, Benzodiacepinas, Control PA	Arritmias Delirio Diaforesis	
ANTICOLINÉRGICO	N/↑	↑	N/↑	↑↑	Agitado Delirio Coma	Midriasis (ciego)	N	Caliente Seca	↑	Abolición	Sí	Antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, atropina, neurolépticos, bromuro de ipratropio, antiparkinson	Sueroterapia, Benzodiacepinas, FISOSTIGMINA	Arritmias Convulsiones	
COLINÉRGICO	N	↓	N/↑	N	Estupor	Miosis	↓	Sudorosa Seca Caliente	N	↑↑	No	Organofosforados Nicotina Carbamatos Piridostigmina Setas muscarínicas	Soporte ABCD Sueroterapia ATROPINA	↑↑ Secreciones Fracaso respiratorio Bradycardias	
OPIOIDE	↓	↓	↓↓	N/↓	Coma	Miosis	↓↓	Fría	↓	↓↓	Sí	Opioides Heroína	Oxigenoterapia NALOXONA (valorar síndrome abstinencia)	Control de vía aérea	
HIPNOSEDANTE	N/↓	N/↓	N/↓	N	Coma («coma estable»)	Miosis	N/↓	N	N/↓	N/↓	No	Benzodiacepinas Alcohol Barbitúricos	Soporte ABCD Oxigenoterapia FLUMACENILO	IRA Broncoaspiración	
SEROTONINÉRGICO	N/↑	↑	N/↑	↑	Agitado Delirio	Midriasis	N	Roja Caliente Sudorosa	↑↑	N/↑	No	SIRS, IMAO, MDMA, cocaína, litio, neurolépticos	ABCD Benzodiacepinas CIPROHEPTADINA	Hipertermia Convulsiones	
ALUCINÓGENO	↑	↑	N/↑	N/↑	Delirio Alucinaciones Pánico	Midriasis	N	N	↑	↑	No	LSD, estramonio, setas	Soporte ABCD Benzodiacepinas Contenciones	Trastornos de pánico	
ABSTINENCIA ALCOHÓLICA	↑↑	↑↑	↑	N/↑	Agitado Alucinaciones Temblor	Midriasis	N	Sudorosa	↑↑	↑	No	Abstención de alcohol	Sueroterapia Vitamina B	Rabdomiólisis Convulsiones	

FC: frecuencia cardiaca; FR: frecuencia respiratoria; IMAO: Inhibidores de la monoamino oxidasa; IRA: insuficiencia respiratoria aguda; MDMA: 3,4-metilendioxiamentafetamina [éxtasis]; N: normal; PA: presión arterial; PERIS: peristaltismo; RAO: retención aguda de orina; ROT: reflejos osteotendinosos; SatO₂: saturación de oxígeno; SD: síndrome; SIRS: fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; T: temperatura

Tabla 1. Síndromes tóxicos

Principales antídotos		
Tóxico	Antídoto	Dosis
Paracetamol	N-acetilcisteína	140 mg/kg vo, seguido de 70 mg/kg cada 4 s durante 24 h
Benzodiacepinas	Flumazenil	0,2 mg iv; repetir en dosis de 0,3 mg a los 30 s y posteriormente 0,5 mg cada 30 s hasta un máximo de 3 mg
Anticolinérgicos	Fisostigmina	0,5-2 mg iv durante 2 min cada 30-60 min cuando sea necesario
Antidepresivos tricíclicos	Bicarbonato	Bolo de 1-2 mEq/kg con monitorización cardíaca
Digoxina	Anticuerpos Fab (neutralizadores)	
Neurolépticos	Biperideno	2 mg iv o im, que se puede repetir cada 30 min hasta dosis de 8 mg en 24 h
Opiáceos	Naloxona	0,4-2 mg iv, im o sc cuando sea necesario
Monóxido de carbono	Oxígeno	Alto flujo con mascarilla reservorio (FIO ₂ 100%)
Organofosforados y setas	Atropina/pralidoximina	2 mg iv, seguidos por bolos de 1 mg cada 3-5 min/ 15-30 mg/kg en 250 de suero salino 0,9% en 30 min, seguido de infusión 0,5 g/h durante 24 h
Cianuro	Hidroxibalamina Se puede asociar si es preciso con tiosulfato sódico	70 mg/kg iv 12,5 g iv en 50 ml a pasar en 10 min
Hierro	Desferroxamina	1 g im (vía iv a velocidad inferior de 15 mg/kg/h en hipotensión) cada 8 h
Arsénico, mercurio, plomo	Dimercaprol (dimercaptoetanol)	3-5 mg/kg/4 h
Metanol y etilenglicol	Etanol	0,6 g/kg en suero glucosado al 5% iv, seguido de 110 mg/kg/h hasta mantener niveles sanguíneos de 100-150 mg/dl
Betabloqueadores y antagonistas del calcio	Glucagón iv	3 mg en 1 min, que se puede aumentar a 5 mg en bolo
Heparina	Protamina	HNF: 1 mg por cada 100 UI de HNF HBPM: 20 mg
Dicumarínicos (acenocumarol)	Vitamina K	Hemorragia potencialmente mortal: 5-10 mg iv lento Elevación asintomática del INR con o sin hemorragia leve: • INR entre 5-8: 1-2 mg (oral o iv) • INR > 8: 3-5 mg (oral) o 1-2 mg (iv)

h: horas; HBPM: heparina de bajo peso molecular; HNF: heparina no fraccionada; im: intramuscular; iv: intravenoso; kg: kilogramo; mEq: miliequivalentes; mg: miligramos; min: minutos; s: segundos; vo: vía oral.

Tabla 2. Antídotos

Clasificación de la gravedad de la hemorragia	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Pérdida de sangre (ml y % de volumen)	< 750 15 %	750 - 1500 15-30 %	1500 - 2000 30-40 %	> 2000 > 40 %
Frecuencia cardíaca	< 100	100-120	120-140	> 140
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso (mmHg)	Normal o aumentado	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14 - 20	20 - 30	30 - 40	> 35
Gasto urinario (ml/h)	Mayor de 30	20 - 30	5 - 15	Insignificante
Estado mental	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansioso, agitado, confuso	Letárgico
Restitución de líquidos (regla 3:1)	Cristaloides	Cristaloides a través de dos accesos venosos	Cristaloides y sangre a través de dos accesos venosos	Cristaloides y sangre a través de dos accesos venosos

Fuente: American College of Surgeons, ATLS Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Manual del curso. Octava Edición. Chicago: Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos

Tabla 3. Hemorragias

Converse-Smith	Benaim	Denominación ABA	Fisiopatología	Pronóstico
1° grado	Tipo A	Epidérmica	Vasodilatación	No necesita injerto. Sana en 7 días sin secuelas.
2° grado superficial	Tipo AB-A	Dérmica superficial	Alteración de la permeabilidad	Debería epidermizar espontáneamente en 15 días con secuelas.
2° grado profundo	Tipo AB-B	Dérmica profunda	Coagulación plexo dérmico superficial	Habitualmente termina en injerto con secuelas estéticas y/o funcionales.
3° grado	Tipo B	Espesor total	Coagulación plexo dérmico profundo	Requiere escarectomía precoz, e injerto o colgajos.

Tabla 4. Profundidad de quemaduras

AREA	EDAD EN AÑOS					% 2°	% 3°	% TOTAL
	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 15	ADULTO			
Cabeza	19	17	13	10	7			
Cuello	2	2	2	2	2			
Tronco ant.	13	13	13	13	13			
Tronco post.	13	13	13	13	13			
Glúteo der.	2½	2½	2½	2½	2½			
Glúteo izq.	2½	2½	2½	2½	2½			
Genitales	1	1	1	1	1			
Brazo der.	4	4	4	4	4			
Brazo izq.	4	4	4	4	4			
Antebrazo der.	3	3	3	3	3			
Antebrazo izq.	3	3	3	3	3			
Mano der.	2½	2½	2½	2½	2½			
Mano izq.	2½	2½	2½	2½	2½			
Muslo der.	5½	6½	8½	8½	9½			
Muslo izq.	5½	6½	8½	8½	9½			
Pierna der.	5	5	5½	6	7			
Pierna izq.	5	5	5½	6	7			
Pie der.	3½	3½	3½	3½	3½			
Pie izq.	3½	3½	3½	3½	3½			
TOTAL								

Tabla 5. Lund y Browder

SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO

Síntomas depresivos	n	%
Disforia	9	9
Ansiedad	74	74
Sentimiento de culpa	54	54
Dificultad para la concentración	51	51
Ideación suicida	8	8

Tabla 6. Tabla de Edimburgo

Cuadro I. Escala de Geleijnse.

Variable	Puntaje
Localización del dolor	
Retro esternal	+ 3
Precordial	+ 2
Cuello	+ 1
Apical	- 1
Irradiación	
Un brazo	+ 2
Hombro, espalda, cuello, mandíbula	+ 1
Carácter	
Fuertemente opresivo	+ 3
Molestia opresiva	+ 2
Punzante	- 1
Intensidad	
Grave	+ 2
Moderada	+ 1
Varía con nitroglicerina	+ 1
Varía con la postura	- 1
Varía con la respiración	- 1
Síntomas asociados	
Disnea	+ 2
Náusea o vómito	+ 2
Diaforesis	+ 2
Antecedente de angina de esfuerzo	+ 3

Tabla 7. Escala de Geleijnse

Grupo	Hallazgos endoscópicos	Riesgo de resangrado %
Ia	Hemorragia en chorro	80-90
Ib	Hemorragia babeante	10-30
IIa	Vaso visible no sangrante	50-60
IIb	Coágulo adherente	25-35
IIC	Mancha pigmentada	0-8
III	No estigmas	0-12

Tabla 8. Clasificación de Forrest

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de sangre (ml)	Hasta 750	750-1500	1550-2.000	>2.000
Pérdidas en % de la volemia	Hasta 15	15-30	30-40	>40
Frecuencia cardiaca	<100	100-120	120-140	>140
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuída	Disminuída
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Diuresis (ml/h)	>30	20-30	5-15	Mínima
Estado mental	Ligeramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso y confuso	Letárgico
Reposición	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides y sangre	Cristaloides y sangre

Tabla 9. Clasificación de la hemorragia

HUNT Y HESS	
I	Asintomático, o cefalea y rigidez de nuca leves*
II	Cefalea y rigidez de nuca moderada o grave. Par craneal.
III	Confusión o letargia, puede haber leve déficit focal.
IV	Estupor, moderada o severa hemiparesia
V	Coma profundo, descerebración, apariencia moribunda.

Tabla 10. Escala de valoración HUNT Y HESS

Criterios Diagnósticos de la cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiperglicémico hiperosmolar (EHH)

Variables	CAD			EHH
	Leve	Moderada	Severa	
Glucosa Plasmática	> 250	> 250	> 250	> 600
pH arterial	7.25 a 7.30	7.00 a 7.24	< 7.00	> 7.30
Bicarbonato	15 a 18	10 a < 15	< 10	> 15
Cetonas urinarias o séricas	Positiva	Positiva	Positiva	Baja o negativa
Osmolaridad sérica	Variable	Variable	Variable	> 320
Brecha aniónica	> 10	> 12	> 12	> 14
Alteración del estado de conciencia	Alerta	Alerta, somnoliento	Estupor, coma	Estupor, coma

Tabla 11. Criterios diagnósticos para CAD y EHH

Bibliografía

- (s.f.). Obtenido de https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_7_7.htm
(s.f.).
(s.f.).
(s.f.). Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/10desastres_naturales.pdf
ANTAUROCO, L. R. (2017). *FACULTAD DE ENFERMERÍA*. Obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1978/SEG.ESPECI_ROCIO%20SILVA%20ANTAUROCO.pdf?sequence=2&isAllowed=y
Avila, D. M. (s.f.). *cuidados de enfermeria en el paciente politraumatizado*. Obtenido de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/388/2002-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
Bates, L. L. (s.f.). *medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en082d.pdf>
BEGOÑA, J. (s.f.). *ATENCION ENFERMERA EN URGENCIAS Y DESASTRES*. ediciones DAE.
calderon, c. v. (junio de 2013). *TFM cristina*. Obtenido de facultad oviedo: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf>
calderon, c. v. (junio de 2014). *TFM cristina pdf*. Obtenido de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf>
desastres naturales. (s.f.). Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/10desastres_naturales.pdf
Espinoza, J. M. (junio de 2011). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007
(s.f.). *ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCION DE ADICCIONES*. CDMX.
fco.gala leon,lupiani jimenes,guillen gestoso. (octubre de 2003). *reserchgate.net*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/322702057_CATASTROFES_DESASTRES_Y_EMERGENCIAS_CONCEPTO_CLASIFICACION_TIPOS_Y_GENERALIDADES
gorriz, D. c. (s.f.). *ahogados.pdf*. Obtenido de <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/18.Ambientales/Ahogados.pdf>
HENAO, N. A. (s.f.). *SLIDESHARE*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/nataliaurbiezhena/intoxicaciones-61073619>
Luna Chinchilla, M. D. (julio-agosto de 2009). Obtenido de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina9.html>
MANUEL, M. X. (s.f.). Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39969/41870>
productos seleccionados para el procedimiento. (s.f.). Obtenido de https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_7_3.htm
Sánchez Jiménez, C. R. (2012-2016). Obtenido de <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/137.pdf>
semFYC. (s.f.). Obtenido de https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2129

VERACRUZ, S. D. (2016). *CITVER*. Obtenido de
<https://www.ssaver.gob.mx/citver/files/2016/08/Manejo-de-Intoxicaciones-y-Tox%C3%ADndromes.pdf>