Complejo Asistencial de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Octubre 2026; vol. XXII (3 Extraordinario) *Versión digital* ISSN:1578-7516

V JORNADAS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN



Organiza: SEMES castilla y león · RCP en el colegio: Juntos podemos salvar vidas

Colabora: Sacyl · Junta de Castilla y León · Diputación Zamora · Zamora

NUEVO HOSPITAL

Dirección
Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretaria
Beatriz Muñoz Martín

Comité Editorial

Lorena Folgado Temprano
Soledad Gracia Tejera
Sergio Martín Blanco
Emilia Martínez Velado
Jorge Moussallem González
Luis Miguel Palomar Rodríguez
Sonia F. Pozo González
Álvaro Sánchez Tabernero
Carolina Sanmartino González

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Edita:
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Maquetación:
Beatriz Muñoz Martín

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 nº al año) es el órgano de difusión de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora: http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora

Correo electrónico :
revistanuevohospital.hvcn@saludcastillayleon.es

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)
Octubre 2026; vol. XXII (3 Extra)

V Jornadas de Enfermería de Urgencias y Emergencias de Castilla y León: "Unidos por un mismo latido"

Los días 16 y 17 de octubre de 2025, la ciudad de Zamora acogió las V Jornadas de Enfermería de Urgencias y Emergencias de Castilla y León, organizadas por SEMESCYL en colaboración con la Asociación RCP en el Colegio: Juntos podemos salvar vidas y la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Bajo el lema "Unidos por un mismo latido", este encuentro científico se consolidó como un foro de referencia y un punto de encuentro multidisciplinar para cerca de 500 profesionales de la salud procedentes de distintos puntos de la comunidad y del territorio nacional.

Concebidas desde su origen como un espacio abierto e integrador, las jornadas reunieron a enfermeras, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), Técnicos de Emergencias Sanitarias (TES), médicos y estudiantes, en torno a una realidad asistencial compartida. El programa científico y formativo combinó con acierto la actualización teórica mediante conferencias y mesas redondas sobre temas de máxima actualidad como la atención al paciente crítico y geriátrico, la donación y trasplante, el manejo del ictus, la salud emocional o la aplicación de la inteligencia artificial, con una intensa actividad práctica. En este sentido, destacaron los talleres simultáneos y las simulaciones de alta complejidad como el Rally de Emergencias o el taller de Paciente Atrapado, que evidenciaron la importancia crucial de la coordinación interinstitucional y el trabajo en equipo junto a bomberos, fuerzas de seguridad y personal militar.

La dimensión investigadora constituyó uno de los pilares fundamentales del evento, reflejada en la presentación y defensa de más de 200 trabajos científicos entre comunicaciones orales, casos clínicos, buenas prácticas y pósteres. Estas aportaciones ponen de manifiesto el compromiso activo de los profesionales del sector con la generación de conocimiento riguroso y la mejora continua de la práctica clínica asistencial.

Este número especial recopila una selección representativa de dicho esfuerzo investigador, presentando los resúmenes de las comunicaciones aceptadas por el Comité Científico y aquellos trabajos reconocidos con los premios oficiales de las jornadas. Con su publicación, se aspira a difundir la evidencia generada, estimular nuevas iniciativas científicas y mantener vivo el espíritu de colaboración que caracterizó el encuentro. Porque el conocimiento compartido enriquece la práctica clínica y nos impulsa a seguir avanzando, unidos por un mismo latido.

Comité Organizador
V Jornadas de Enfermería de Urgencias y Emergencias de Castilla y León

COMITÉS

COORDINADOR

Oscar del Valle Cuadrado

Vicepresidente 3º. Vocal de Enfermería SEMESCyL

PRESIDENTA COMITÉ ORGANIZADOR

Mª Asunción Jorge Martín
JUE Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

VICEPRESIDENTA COMITÉ ORGANIZADOR

Mª Cristina García Sánchez
JUE Urgencias. Hospital de Benavente. GASZA

PRESIDENTA COMITÉ CIENTÍFICO

Rebeca Santos Nieto
Enfermera Unidad de Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

VOCALES

Acebes de la Calle, Ana Isabel
Alonso Garrido, Carla
Anjo Ratón, Sara
Aparicio Carbajo, Araceli
Blanco Lorenzo, Alba
Calzada Sánchez, Laura
Carrera Pérez, Verónica
Chimeno de Castro, Sergio
Colinas Zarza, Esther
De Llano Pavesio, Carmen Mª
De la Iglesia Calvo, Mª Inmaculada
De la Iglesia López, Luisa
Domínguez Rodrigo, Mª del Mar
Fernández Testa, Anselma
Ferrero González, Lucía
García Santa Basilia, Noemí
Garrido Domínguez, María
Gómez Prieto, Ángel
Hernández García, Manuela
Herrero Martín, Diana
Jambrina Crespo, Sira Mª
Jiménez Barrientos, Marcela
Jorge Martín, Laura Mª
Julián Domínguez, Laura
Justo Calvo, Susana
Lorenzo Carbajo, Ana Isabel
Lorenzo Pascual, Eva Mª
Lozano Barrios, Aránzazu
Matellán Hernández, Mª Paz
Martínez Cañibano, Laura
Martínez Martínez, Soledad
Monje García, Felicidad
Morillo Sánchez, Rosa Mª
Muñoz Martín, Beatriz
Muñoz Torrero, Mª Cristina
Nieto Miguel, Beatriz
Olcina Santos, Isabel
Onrubia Baticón, Mª Henar
Ouro Blanco, Olga
Pacho Gimaré, Alicia
Paulo Pires, Ana Teresa
Pastor Sáinz, Amaya
Peña Luengo, Luis A.
Peña Mayor, Juana
Pérez Pérez, José Ramón
Pinto Bartolomé, Sonia
Pordomingo Rodríguez, Mª Dolores
Posado Temprano, Judit
Ramos Allende, Alma Mª
Real Seijas, Daniel
Rodríguez Urrez, Nuria
Román García, Amaya
Rosón Esteban, Mª Encarnación
Sacristán Sánchez, Cristina
Sánchez Pérez, Celia
Solís Parra, Sira
Sousa Márquez, Mª Montserrat
Tamamez Borges, Cristina
Tundidor Aguado, María
Vega López, José Manuel
Zotes Mateos, Gema

PROGRAMA

JUEVES 16 DE OCTUBRE DE 2025 - Mañana

VESTÍBULO TEATRO RAMOS CARRIÓN

08:30 h – 09:15h _ Entrega de documentación

SALAS POLIVALENTES

09:30 h – 11:15h _ Talleres simultáneos

RCP BÁSICA — Teatro Ramos Carrión AUDITORIO

Coordinadores:
Inmaculada de la Iglesia Calvo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Manuela Hernández García
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Asociación RCP en el Colegio: Juntos podemos salvar vidas
Beatriz Nieto Miguel
Coordinadora de enfermería en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora. Experta universitaria en cuidados críticos y emergencias, y en coordinación, gestión y dirección de centros y servicios sociales. Especializada en formación profesional sanitaria. Instructora en SVB acreditada por el Plan Nacional de RCP y el ERC.
Alicia Pacho Gimaré
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA.
Cristina Tamamez Borges
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Nuria Rodríguez Urrez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Cristina Muñoz Torrero
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Aránzazu Lozano Barrios
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Judit Posado Temprano
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Inmaculada de la Iglesia Calvo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

ECMO EN URGENCIAS: SOPORTE VITAL MÁS ALLÁ DE LOS LÍMITES — Teatro Ramos Carrión SALA ENSAYO

Coordinador:
Eva Mª Lorenzo Pascual
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Ana Isabel Acebes de la Calle
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Mª Antonia Moreno Rodríguez
Enfermera Perfusionista. Hospital Universitario de Salamanca. CAUSA
Alba Benavides Oblanca
Enfermera Perfusionista. Hospital Universitario de Salamanca. CAUSA

ACTUALIZACIÓN EN SUTURAS — Teatro Ramos Carrión SALA FORMACIÓN

Coordinador:
Rosa Mª Morillo Sánchez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Sira Solís Parra
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Laura Mª Jorge Martín
JUE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. GASZA.
Sonia Pinto Bartolomé
Enfermera Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. GASZA.

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO — Teatro Ramos Carrión SALA CAFETERÍA

Coordinador:
Verónica Carrera Pérez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
María Tundidor Aguado
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Raúl Artiguez Terraza
Instructor SEMES Sanidad Táctica
Cristina León Fernández
Instructora SEMES Sanidad Táctica

RALLY DE EMERGENCIAS — Taller exterior

Coordinadores:
Laura Julián Domínguez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Luisa de la Iglesia López
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Lucía Ferrero González
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Diana Herrero Martín
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Sara Anjo Ratón
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Esther Colinas Zarza
Enfermera Urgencias Hospital de Benavente. GASZA
Isabel Olcina Santos
Enfermera Urgencias Hospital de Benavente. GASZA
Laura Martínez Cañibano
Enfermera Urgencias Hospital de Benavente. GASZA
Carla Alonso Garrido
Enfermera Urgencias Hospital de Benavente. GASZA
Ana Teresa Paulo Pires
Enfermera Urgencias Hospital de Benavente. GASZA
Amaya Pastor Sainz
Enfermera Urgencias Hospital de Benavente. GASZA

Ponentes:
Amaya Román García
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Noemí García Santa Basilia
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Henar Onrubia Baticón
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Mª Paz Matellán Hernández
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Ángel Gómez Prieto
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora

Colaboración:
Bomberos de Zamora

MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES — Teatro Ramos Carrión SALA ANEXA EXPOSICIONES

Coordinador:
Alma Mª Ramos Allende
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Alba Blanco Lorenzo
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
José Manuel Vega López
Técnico Emergencias Sanitarias. Instructor STOP THE BLEED Program American College of Surgeons Committee on Trauma
Estefanía Castaño Flecha
Técnico Emergencias Sanitarias. Instructor STOP THE BLEED Program American College of Surgeons Committee on Trauma
Hugo Valcarce Liquete
Técnico Emergencias Sanitarias. Instructor STOP THE BLEED Program American College of Surgeons Committee on Trauma
Antonio Oviedo Faba
Técnico Emergencias Sanitarias

MANEJO DE HERIDAS EN SITUACIONES EXTREMAS — Teatro Ramos Carrión SALA OCELLUM DURI

Coordinador:
Montserrat Sousa Márquez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Mª Cristina García Sánchez
JUE Urgencias Hospital de Benavente. GASZA

Ponentes:
Comandante Enfermero D. Antonio Díaz Cortés
Ejército de Tierra – Ministerio de Defensa de España
Capitán Enfermera Raquel Piñero Lario
Ejército de Tierra – Ministerio de Defensa de España

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS	Teatro Ramos Carrión SALA SEMURE
Coordinador:	**Mª del Mar Domínguez Rodrigo** *Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*
Ponentes:	**Itziar Martínez Alpuente** *Enfermera Coordinadora Nacional de Trasplantes de la ONT. Jefa de Sección Área Enfermera Coordinador Nacional de Trasplantes de la ONT. Docente y directora del curso de Comunicación en Situaciones Críticas de la ONT* **David Uruñuela Olloqui** *Enfermero Coordinadora Nacional de Trasplantes de la ONT. Enfermero Coordinador Hospitalario del Hospital Puerta de Hierro. Docente del curso de Comunicación en Situaciones Críticas de la ONT*

DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS	Teatro Ramos Carrión SALA AZEMUR
Coordinador:	**Sara Anjo Ratón** *Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Olga Ouro Blanco** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*
Ponentes:	**Jennifer Nieto Lorenzo** *CONVATEC*

ZONA CERO: SUPERVIVENCIA EN URGENCIAS	Teatro Ramos Carrión
Coordinador:	**Marcela Jiménez Barrientos** *Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*
Ponentes:	**José Antonio Montes López** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Araceli Aparicio Carbajo** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Sira Solís Parra** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Ana Isabel Lorenzo Carbajo** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Soledad Martínez Martínez** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Begoña Fresno Gago** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*



INTERPRETACIÓN BÁSICA DEL ECG	Edificio de La Alhóndiga AULA FORMACIÓN
Coordinador:	**Gema Zotes Mateos** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*
Ponentes:	**David Álvarez Rodríguez** *JUE Cardiología. Hospital Virgen de la Concha. GASZA*

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA NEUROIMAGEN EN EL ICTUS	Edificio de La Alhóndiga AULA TALLER
Coordinador:	**Sira Jambrina Crespo** *Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Juana Peña Mayor** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*
Ponentes:	**Raúl Martín Aparicio Alonso** *LEA Urgencias. Hospital Universitario de Salamanca. CAUSA*

TERAPIAS RESPIRATORIAS ALTERNATIVAS A LA OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL	Edificio de La Alhóndiga SALÓN DE ACTOS
Coordinador:	**Sergio Chimeno de Castro** *Enfermero Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Cristina Sacristán Sánchez** *TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*
Ponentes:	**Víctor Lemes Niz** *LEA Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA* **Mª Dolores Pordomingo Rodríguez** *Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA*

MIRADOR TEATRO RAMOS CARRIÓN

11:30 h – 12:00 h _ Pausa Café

AUDITORIO TEATRO RAMOS CARRIÓN

12:00 h – 12:45 h _ Conferencia de apertura **"PROYECTO PULSO VITAL"**

Moderador:
Carmen Mª de Llano Pavesio
Enfermera Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponente:
José Luis Santos Iglesias
Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

12:45 h – 13:45 h _ Mesa **"DE LA EMERGENCIA A LA ESPERANZA: UN TRABAJO EN EQUIPO POR LA VIDA"**

Moderador:
Olga Ouro Blanco
TCAE Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Itziar Martínez Alpuente
Enfermera Coordinadora Nacional de Trasplantes de la ONT. Jefa de Sección Área Enfermera Coordinador Nacional de Trasplantes de la ONT. Docente y directora del curso de Comunicación en Situaciones Críticas de la ONT
David Uruñuela Olloqui
Enfermero Coordinadora Nacional de Trasplantes de la ONT. Enfermero Coordinador Hospitalario del Hospital Puerta de Hierro. Docente del curso de Comunicación en Situaciones Críticas de la ONT

MIRADOR TEATRO RAMOS CARRIÓN

14:00 h – 15:45 h _ Degustación "Gastronomía típica Zamorana" (Previa confirmación en la inscripción)

JUEVES 16 DE OCTUBRE DE 2025 - Tarde

AUDITORIO TEATRO RAMOS CARRIÓN

16:00 h – 17:00 h _ Mesa **"FORMACIÓN EN RCP, JUNTOS PODEMOS SALVAR VIDAS"**

Moderador:
Cristina Tamamez Borges
Enfermera Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponente:
Beatriz Nieto Miguel
Coordinadora de enfermería Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora. Experta universitaria en cuidados críticos y emergencias, y en coordinación, gestión y dirección de centros y servicios sociales. Especializada en formación profesional sanitaria. Instructora en SVB acreditada por el Plan Nacional de RCP y el ERC. Miembro de la Asociación RCP en el Colegio: Juntos podemos salvar vidas
Javier Prieto Paramio
Profesor Educación Física. IES León Felipe Benavente
Ángela Tomé Rodríguez
Alumna Bachillerato. IES María de Molina. Zamora

17:00 h – 18:00 h _ **INAUGURACIÓN OFICIAL**

18:00 h – 18:20 h _ Defensa **"PÓSTER 1"**

Moderador:
Paz Melgosa González
JUE Urgencias. Hospital Universitario de Burgos
Ana Isabel Álvarez Palmier
JUE Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico de Valladolid

18:20 h – 18:40 h _ Defensa **"PÓSTER 2"**

Moderador:
Delia Herranz Benito
JUE Urgencias. Hospital de Segovia
Leticia Arribas García
JUE Urgencias. Hospital de Medina del Campo

AUDITORIO TEATRO RAMOS CARRIÓN

18:40 h – 19:00 h _ Defensa **"CASOS CLÍNICOS 1"**

Moderador:
Ana Belén Fontaneda Alonso
JUE Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Palencia
Arantza Sancho Martín
JUE Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

19:00 h – 19:20 h _ Defensa **"CASOS CLÍNICOS 2"**

Moderador:
Belén Carranza García
JUE Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León
Sergio Sánchez Matesanz
JUE Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

PLAZA MAYOR

19:30 h _ Visita guiada (Previa confirmación en la inscripción)

VIERNES 17 DE OCTUBRE DE 2025 - Mañana

SALAS POLIVALENTES

09:00 h – 10:45h _ Talleres simultáneos

RCP BÁSICA (2ª edición)	**Teatro Ramos Carrión AUDITORIO**

Coordinadores:
Inmaculada de la Iglesia Calvo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Manuela Hernández García
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Asociación RCP en el Colegio: Juntos podemos salvar vidas
Beatriz Nieto Miguel
Coordinadora de enfermería en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora. Experta universitaria en cuidados críticos y emergencias, y en coordinación, gestión y dirección de centros y servicios sociales. Especializada en formación profesional sanitaria.
Alicia Pacho Gimaré
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Cristina Tamamez Borges
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Nuria Rodríguez Urrez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Cristina Muñoz Torrero
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Aránzazu Lozano Barrios
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Inmaculada de la Iglesia Calvo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

PACIENTE ATRAPADO (Taller – Exhibición)	**Taller exterior**

Coordinadores:
Judit Posado Temprano
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Soledad Martínez Martínez
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Amaya Román García
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Noemi García Santa Basilia
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Henar Onrubia Baticón
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Mª Paz Matellán Hernández
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora
Ángel Gómez Prieto
Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Zamora

Colaboración:
Bomberos de Zamora

ACCESO VENOSO DIFÍCIL ECOGUIADO	**Teatro Ramos Carrión SALA ENSAYO**

Coordinador:
Laura Calzada Sánchez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Araceli Aparicio Carbajo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Daniel Sánchez Rodríguez
Enfermero UCI Pediátrica. Máster en cuidados críticos y profesor del Máster en cuidados intensivos pediátricos Aula DAE.

ACTUALIZACIÓN EN SUTURAS (2ª edición)	**Teatro Ramos Carrión SALA FORMACIÓN**

Coordinador:
Rosa Mª Morillo Sánchez
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Sira Solís Parra
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes:
Laura Mª Jorge Martín
JUE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. GASZA.
Sonia Pinto Bartolomé
Enfermera Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. GASZA.

GESTIÓN DEL ESTRÉS EMOCIONAL Y PREVENCIÓN DEL BURNOUT	Teatro Ramos Carrión SALA CAFETERÍA

Coordinador: **Susana Justo Calvo**
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **Montserrat Capdevila Olivas**
Enfermera Urgencias. Hospital Quirón Málaga. Grupo GEHSEMES (Gestión Emocional y Humanización en las Emergencias)
Daniel Mercado Cabrejas
Técnico Emergencias Sanitarias. SAMUR-PC Madrid. Grupo GEHSEMES (Gestión Emocional y Humanización en las Emergencias)

CONTROL DE HEMORRAGIAS	Teatro Ramos Carrión SALA ANEXA EXPOSICIONES

Coordinador: **María Garrido Domínguez**
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Mª de la Encarnación Rosón Esteban
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **José Manuel Vega López**
Técnico Emergencias Sanitarias. Instructor STOP THE BLEED Program American College of Surgeons Committee on Trauma
Estefanía Castaño Flecha
Técnico Emergencias Sanitarias. Instructor STOP THE BLEED Program American College of Surgeons Committee on Trauma
Hugo Valcarce Liquete
Técnico Emergencias Sanitarias. Instructor STOP THE BLEED Program American College of Surgeons Committee on Trauma
Antonio Oviedo Faba
Técnico Emergencias Sanitarias

ZONA CERO: SUPERVIVENCIA EN URGENCIAS (2ª edición)	Teatro Ramos Carrión

Coordinador: **Marcela Jiménez Barrientos**
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **José Antonio Montes López**
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Araceli Aparicio Carbajo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Sira Solís Parra
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Ana Isabel Lorenzo Carbajo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Begoña Fresno Gago
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
María Tundidor Aguado
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Ana Isabel Acebes de la Calle
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

INTERPRETACIÓN BÁSICA DEL ECG (2ª edición)	Edificio de La Alhóndiga AULA FORMACIÓN

Coordinador: **Gema Zotes Mateos**
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **David Álvarez Rodríguez**
JUE Cardiología. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

SEDACIÓN Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS CORTOS EN URGENCIAS	Edificio de La Alhóndiga AULA TALLER

Coordinador: **Sira Jambrina Crespo**
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Juana Peña Mayor
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **Anselma Fernández Testa**
LEA Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Rosa Ibán Ochoa
LEA Urgencias. Hospital Río Hortega. Valladolid

HERIDAS POR ASTA DE TORO	Teatro Ramos Carrión SALA OCELLUM DURI

Coordinador: **Celia Sánchez Pérez**
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Mª del Mar Domínguez Rodrigo
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **Beatriz Montejo Maillo**
LEA Cirugía General y Digestiva. Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Álvaro Sánchez Tabernero
LEA Anestesia y Reanimación. Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Javier Hernández Gómez
Enfermero

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA FASE HIPERAGUDA DEL ICTUS ISQUÉMICO	Teatro Ramos Carrión SALA SEMURE

Coordinador: **Mª Cristina García Sánchez**
JUE Urgencias Hospital Benavente. GASZA

Ponentes: **Esther Colinas Zarza**
Enfermera Urgencias Hospital Benavente. GASZA
Laura Martínez Cañibano
Enfermera Urgencias Hospital Benavente. GASZA
Carla Alonso Garrido
Enfermera Urgencias Hospital Benavente. GASZA
Isabel Olcina Santos
Enfermera Urgencias Hospital Benavente. GASZA
Ana Teresa Paulo Pires
Enfermera Urgencias Hospital Benavente. GASZA
Amaya Pastor Sáinz
Enfermera Urgencias Hospital Benavente. GASZA

DEFENSA PERSONAL Y AUTOPROTECCIÓN	Teatro Ramos Carrión SALA AZEMUR

Coordinador: **Diana Herrero Martín**
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Lucía Ferrero González
Enfermera Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **Comandancia Guardia Civil de Zamora**

AVANCES EN OXIGENOTERAPIA Y MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA	Edificio de La Alhóndiga SALÓN DE ACTOS

Coordinador: **Daniel Real Seijas**
Enfermero Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA
Felicidad Monje García
TCAE Urgencias Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponentes: **Miguel Ángel Folgado Pérez**
LEA Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

AUDITORIO TEATRO RAMOS CARRIÓN

11:00 h – 11:30 h _ Defensa **"COMUNICACIONES ORALES Y BUENAS PRÁCTICAS 1"**

Moderador:
Mª Cristina García Sánchez
JUE Urgencias. Hospital de Benavente
Mª Antonia Jáñez Álvarez
JUE Urgencias. Hospital de El Bierzo

11:30 h – 12:00 h _ Defensa **"COMUNICACIONES ORALES Y BUENAS PRÁCTICAS 2"**

Moderador:
Elena Martín González
JUE Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Marta Quiñones Pérez
JUE Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León

MIRADOR TEATRO RAMOS CARRIÓN

12:00 h – 12:30 h _ Pausa Café

12:30 h – 14:00 h _ Mesa **"DE TOKIO A BERLÍN, UNA VISIÓN INTERNACIONAL DE LA ENFERMERÍA"**

Moderadora:
Alicia Pacho Gimaré
Enfermera Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA

Ponente:
Mesa Echibición con la colaboración especial de **la Policía Nacional de Zamora y la Comandancia de la Guardia Civil de Zamora**

MIRADOR TEATRO RAMOS CARRIÓN

14:15 h – 15:45 h _ Las Jornadas se van de pinchos por Zamora

VIERNES 17 DE OCTUBRE DE 2025 - Tarde

AUDITORIO TEATRO RAMOS CARRIÓN

16:00 h – 17:00 h _ Mesa **"PECULIARIDADES DE LA PATOLOGÍA URGENTE EN EL PACIENTE GERIÁTRICO"**

Moderador:
Beatriz Nieto Miguel
Coordinadora de enfermería en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora. Experta universitaria en cuidados críticos y emergencias, y en coordinación, gestión y dirección de centros y servicios sociales. Especializada en formación profesional sanitaria.

Ponente:
Alma Mª Matilla Martínez
Doctora en Salud. Enfermera. Máster en Investigación Clínica y en Formación del Profesorado en Biología y Geología. Experta universitaria en Urgencias y emergencias. Gerencia de Servicios Sociales. Zamora
Guzmán Tamame González
Doctor en Medicina, especialista en Geriatría y Medicina Familiar. Máster en Gerontología. Gerencia de Servicios Sociales. Zamora
Joana Alexandra Rodrigues Simao
Lda. en Enfermería. Gerencia de Servicios Sociales. Zamora

17:00 h – 18:00 h _ Mesa **"DESMITIFICANDO LA IA: MÁS ALLÁ DE ChatGPT"**

Moderador:
Patricia Miguel Gómez
Presidenta Colegio de Enfermería de Zamora

Ponente:
Ángel Carlos Herrero Lastra
Doctor en Ingeniería de Sistemas e Informática (Cum Laude). Ingeniero Industrial y Técnico en Mecánica, con máster en formación del profesorado en Matemáticas. Especialista en inteligencia artificial aplicada a la educación y la ingeniería.

18:00 h – 18:30 h _ Entrega de premios

Moderador:
Rebeca Santos Nieto
Presidenta Comité Científico V Jornadas de Enfermería de Urgencias y Emergencias de Castilla y León

18:30 h – 19:00 h _ Clausura

Moderador:
Mª Asunción Jorge Martín
Presidenta Comité Organizador V Jornadas de Enfermería de Urgencias y Emergencias de Castilla y León

Ponente:
Regina Prieto Carballo
Jefa del Servicio de Cuidados, Atención a la Cronicidad y Humanización. Junta de Castilla y León.
Carmen Casal Angulo
Vicepresidenta Tercera Enfermería SEMES

HOTEL NH PALACIO DEL DUERO

22:00 h _ Cena de Clausura (Sólo para los asistentes que hayan realizado el ingreso bancario)



Comunicaciones

Premio a la mejor comunicación oral.

Intervención formativa sobre catástrofes mediante escape room en urgencias hospitalarias

Sara Torres Omaña*, Marta Quiñones Pérez*, Carlos Méndez Martínez*, Mª Teresa Hernández Domínguez*, Pablo Vicente Benéitez*, Saúl Escudero Álvarez**

*Enfermera. Unidad de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León. León (España)
**Médico. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León. León (España)

Correo electrónico: storreso@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La docencia precisa de metodologías de aprendizaje activas. Los escapes rooms han demostrado ser útiles para asimilar conocimientos, mejorar la motivación y fomentar el trabajo en equipo. La formación ante catástrofes es escasa, siendo el escape room (ER) una metodología eficaz para alcanzar objetivos formativos.

Se evaluó la eficacia en la adquisición de conocimientos sobre la actuación ante catástrofes y accidentes con múltiples víctimas mediante una intervención en forma de ER en profesionales de un Servicio de Urgencias.

Metodología. Se realizó una intervención con diseño cuasiexperimental pre-post para valorar la eficacia de una formación mediante ER. Se diseñó un ER en dependencias del servicio de urgencias. Cada grupo de cinco personas disponía de una hora para realizarlo con un debriefing posterior que valoraba los conocimientos teórico-prácticos del plan de catástrofes mediante cuestionario.

Resultados. El estudio se encuentra en desarrollo. Actualmente, la muestra se compone de 20 profesionales del servicio de urgencias, el 85% enfermeras, con una media de edad de 39,55□10,37 años (IC95%:34,7–44,4) con 15,65□9,32 años (IC95%:11,3–20,0) de experiencia laboral. El 65% de los participantes habían realizado algún ER previo.

La puntuación provisional media de conocimientos sobre el plan de catástrofes fue 5,55□1,276 sobre 10 puntos (IC95%:4,94–6,16) que tras la intervención fue 8,25□1,055 (IC95%:7,59–8,92), presentando diferencias significativas (p<0,001).

Conclusiones. Los resultados iniciales sugieren que el ER puede ser un método útil para la adquisición de conocimientos sobre la actuación ante catástrofes externas y accidentes con múltiples víctimas.

Palabras clave: Gamificación; Capacitación en Servicio; Incidentes con Víctimas en Masa

Bibliografía

1. Anguas-Gracia A, Subirón-Valera AB, Antón-Solanas I, Rodríguez-Roca B, Satústegui-Dordá PJ, Urcola-Pardo F. An evaluation of undergraduate student nurses' gameful experience while playing an escape room game as part of a community health nursing course. Nurse Educ Today [Internet]. 2021 [consultado 20 enero 2025]; 103: 104948. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691721002057
2. Edwards T, Boothby J, Succheralli L. Escape Room: Using an Innovative Teaching Strategy for Nursing Students Enrolled in a Maternity Clinical Course. Teach Learn Nurs [Internet]. 2019 [consultado 28 noviembre 2024]; 14(4):251–3. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1557308719300149
3. Gómez-Urquiza JL, Gómez-Salgado J, Albendín-García L, Correa-Rodríguez M, González-Jiménez E, Cañadas-De la Fuente GA. The impact on nursing students' opinions and motivation of using a "Nursing Escape Room" as a teaching game: A descriptive study. Nurse Educ Today [Internet]. 2019 [consultado 28 noviembre 2024]; 72:73–6. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.018
4. Hawkins JE, Wiles LL, Tremblay B, Thompson BA. Behind the Scenes of an Educational Escape Room. AJN, Am J Nurs [Internet]. 2020 [consultado 28 noviembre 2024]; 120(10):50–6. Disponible en: https://journals.lww.com/10.1097/01.NAJ.0000718636.68938.bb
5. Janizadeh R, Omidvari F, Motlagh Z, Jahangiri M. Disaster Preparedness: Knowledge, Attitude, and Practice of Hospital Staff. Heal Emergencies Disasters Q [Internet]. 2023 [consultado 20 enero 2025]; 8(3):185–92. Disponible en: https://hdq.uswr.ac.ir/article-1-438-en.html

6. Kinio AE, Dufresne L, Brandys T, Jetty P. Break out of the Classroom: The Use of Escape Rooms as an Alternative Teaching Strategy in Surgical Education. J Surg Educ [Internet]. 2019 [consultado 2 diciembre 2024]; 76(1):134–9. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1931720418303283
7. Méndez Martínez C, Fernández Fernández JA, Sandoval Diez A, Quiñones Pérez M, López Alonso AI. Influencia de una Escape Room educativa en los estudiantes de Enfermería. En: Innovación Docente e Investigación en Salud: experiencias de cambio en la Metodología Docente. Madrid: Dykinson; 2022. pp. 83-94.
8. Parra Cotanda C, Rebordosa Martínez M, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Impacto de un programa de formación de catástrofes en el personal sanitario. An Pediatría [Internet]. 2016 [consultado 28 noviembre 2024]; 85(3):149–54. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403315003331
9. Ramírez Quesada CB, De Jesús Villa P. Revisión sistemática de la eficacia del escape room educativo como metodología universitaria para incrementar la motivación y el aprendizaje. Educ Rev Int para la Calid Educ [Internet]. 2023 [consultado 2 diciembre 2024]; 4(1):160–89. Disponible en: https://revistaeduca.org/index.php/educa/article/view/76
10. Reed JM, Ferdig RE. Gaming and anxiety in the nursing simulation lab: A pilot study of an escape room. J Prof Nurs [Internet]. 2021 [consultado 28 noviembre 2024]; 37(2):298–305. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S8755722321000065
11. Sahebzadeh M, Gherekhloo AH, Atighechian G. The Effect of Educational Intervention on Health Care Providers' Preparedness in the Natural Disasters: A Case Study of Health Care Providers in Shahreza City, Iran. Heal Emergencies Disasters Q [Internet]. 2020 [consultado 5 diciembre 2024]; 6(1):39–46. Disponible en: http://hdq.uswr.ac.ir/article-1-280-en.html

Comunicaciones presentadas.

Detección y manejo de la sumisión química en los servicios de urgencias

Claudia Fernández Suarez*, María García Fernández*, Pablo Martínez Salas*, Laura Criado Castro*, Cristina Pecero Pachón*, Sara Alonso Prada*.

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital Universitario de León (CAULE), León, España.

Correo electrónico: clawiifer@gmail.com

Introducción y objetivos. La sumisión química (SQ) implica la administración deliberada de sustancias psicoactivas con fines delictivos, afectando la voluntad y conciencia de la víctima. Este fenómeno, cada vez más común en las urgencias hospitalarias, requiere protocolos específicos para una atención adecuada.

Como objetivos se plantearon, describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de la SQ , y analizar el rol de enfermería en la atención de estos pacientes y la importancia de un protocolo avanzado para su abordaje.

Metodología. Se realizó una revisión sistemática de literatura reciente consultando diversas bases de datos científicas: Pubmed, Scopus, Scielo y Google Académico

Resultados. En el triaje, el personal de enfermería realiza una valoración inicial basada en diversos signos y síntomas de alarma. Ante sospechas, deben recogerse muestras biológicas rápidamente, siguiendo estrictos criterios temporales y asegurando la cadena de custodia. Si se sospecha una agresión sexual, se activa el protocolo correspondiente y se notifica al juzgado. Enfermería desempeña un rol esencial en la identificación precoz, recogida y conservación de muestras, acompañamiento emocional, coordinación interdisciplinaria y documentación.

Conclusiones. Se concluye que la sumisión química requiere un abordaje adecuado e integral, siendo esencial contar con protocolos claros y multidisciplinares que respalden la labor de la enfermería durante todo el proceso.

Palabras clave: Sumisión química (SQ), intoxicación, urgencias, agresión sexual facilitada por drogas (DFSA), sustancias psicoactivas.

Bibliografía:

1. Xarau SN. Nogué Toxicología clínica: bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. 2024.
2. Rial A, García-Couceiro N, Gómez P, Braña T, Isorna M. Menores y agresiones sexuales facilitadas por drogas: entre la sumisión y la vulnerabilidad química. Adicciones. 2024; 36(3):317-28. doi:10.20882/adicciones.1871
3. Díaz-Viudes A, Llorente-Ballesteros MT, Guzmán-Rosario DM, Mena-Pérez-Montaut S, Villegas-Vallbona D, Urquía-Grande ML. Sumisión química en los Servicios de Urgencias de la Red Hospitalaria. Sanid Mil. 2023; 79(1):18-21. doi:10.4321/s1887-85712023000100004
4. Salgado García E. Chemical submission: time to take action. Emergencias. 2024; 36(4):241-2. doi:10.55633/s3me/053.2024
5. Punzante APO. Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o [Internet]. Corazonessinmiedo.es; [citado 2025 ago 27]. Disponible en: https://www.corazonessinmiedo.es/wp-content/uploads/2023/07/Protocolo_SQ_2023.pdf
6. Guía para el manejo de la sospecha de sumisión química [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; [citado 2025 ago 27]. Disponible en: https://clinicomalvarrosa.san.gva.es/documents/d/clinicomalvarrosa/tripticosumisionquimica
7. Protocolo para la atención sanitaria ante la sospecha de intento de sumisión química en Castilla y León [Internet]. Saludcastillayleon.es; [citado 2025 ago 27]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/protocolo-atencion-sanitaria-sospecha-sumision-quimica.ficheros/2231253-PROTOCOLO%20ATENCI%C3%93N%20SANITARIA%20ANTE%20SOSPECHA%20DE%20SUMISI%C3%93N%20QU%C3%8DMICA%20EN%20CASTILLA%20Y%20LE%C3%93N.pdf
8. Casado AG. Actuación de la enfermera de urgencias ante casos de agresión sexual bajo sumisión química: una revisión sistemática [Internet]. Uva.es; [citado 2025 ago 27]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/59990/TFG-H2794.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Atención a los pacientes con sospecha de sumisión química en un servicio de urgencias hospitalario y resultados del análisis toxicológico [Internet]. Revistaemergencias.org; [citado 2025 ago 27]. Disponible en: https://revistaemergencias.org/articulo/atencion-a-los-pacientes-con-sospecha-de-sumision-quimica-en-un-servicio-de-urgencias-resultados-del-analisis-toxicologico/
10. Martin Acero MT. Abordaje integral de la sumisión química en mujeres: la experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid [Internet]. 2017 sep 26 [citado 2025 ago 27]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/jornada_26_sept_dgm_visibilizando_realidades.pdf
11. Consejería de Salud y Consumo. Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de actuación ante sospecha de sumisión química por objeto punzante [Internet]. 2022 ago 15 [citado 2025 ago 27]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/protocolo_sumision_quimica_15082022.pdf

Diez años de atención urgente: análisis poblacional y asistencial entre 2015 y 2024

Manuel Alesander Alonso Escribano*, Luis Antonio Peña Luengo**

*MIR de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención Primaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Jefe de Servicio y LEA. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

Correo electrónico: maalonsoe@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La presión sobre los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) ha aumentado los últimos años especialmente en zonas con elevada dispersión geográfica y envejecimiento poblacional. La presente comunicación analiza la evolución de la demanda asistencial en atención primaria (AP) y en los SUH de Castilla y León entre 2015 y 2024, con un enfoque especial en la provincia de Zamora.

Se planteó como objetivo, analizar la evolución de la atención sanitaria entre 2015 y 2024.

Metodología. Estudio observacional descriptivo con datos agregados entre los años 2015 y 2024 de la comunidad de Castilla y León.

Resultados. Comparativa 2015-2024:

- Población: -86.377 personas (-3,48%) (Zamora -17.183 (-9,36%)).
- Consultas AP: -3.500.601 (-1.213,70/1000 hab), (Zamora -466.114 (-1.939,49/1000 hab)).
- Consultas PAC: 84.133 (64/1000 hab) (Zamora 13.747 (161,62/1000 hab))
- Atenciones SUH: 113.533 (61.92/1000 hab). (Zamora 9.917, (98,48/1000 hab).

En 2024, Ávila registró la menor tasa de atenciones (314,27/1000hab) y Burgos la mayor (552,20/1000hab).

En el complejo asistencial de Zamora (CAZA) el nivel de ingreso medio es inferior al 20% siendo en 2023 el 53,74% triajes 4 y 5. Entre 2017-2023, el bimestre julio-agosto concentró más atenciones, con 258,31 atenciones/día de media en agosto.

Conclusiones. Existe una sobrecarga creciente sobre los SUH no siempre justificada por aumento poblacional ni por mayor gravedad de los casos. En comunidades con población envejecida y dispersa, se requiere reforzar la atención primaria y su papel resolutivo para contener la demanda hospitalaria. Los datos apoyan la necesidad de revisar el modelo de atención urgente, promoviendo estrategias de filtro y educación sanitaria.

Palabras clave: Análisis atención urgente, Castilla y León, Servicio de Urgencias

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal [Internet]. Madrid: INE; [consultado el 27 jul 2025]. Disponible en: https://www.ine.es
2. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL). Memorias anuales de actividad [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; [consultado el 27 jul 2025]. Disponible en: https://transparencia.jcyl.es
3. Hospital Virgen de la Concha. Datos administrativos internos no publicados. [Hospital Virgen de la Concha]; 2025.

Facilitando la acogida para técnico en cuidados auxiliares de enfermería de nueva incorporación en la organización

Rosa Myriam Gutiérrez García*

*TCAE. Coordinadora Técnicos Cuidados Auxiliares Enfermería. Complejo Asistencial de Zamora. (España)

Correo electrónico: rmgutierrezg@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La incorporación de nuevos profesionales sanitarios en el ámbito sanitario representa un momento crítico para garantizar una atención segura y de calidad. La acogida adecuada no solo facilita la integración del personal, sino que también impacta directamente en la seguridad del paciente y en la eficiencia del equipo de trabajo. En entornos de alta presión como las urgencias hospitalarias, la rotación frecuente de personal y la incorporación rápida de nuevos trabajadores pueden generar inestabilidad.

Objetivo: Difundir los recursos utilizados para mejorar el proceso de incorporación estructurado de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs).

Metodología. Análisis de la realidad de la organización, recopilación, sistematización de la información, diseño y elaboración de recursos.

Resultados. El díptico contiene los pasos a realizar durante la incorporación de forma esquemática, su ubicación, documentación y actividad/es a ejecutar. Se reflejan los aplicativos informáticos habituales (Gacela, Aida, Correo, campus virtual, persigo FOSA), acceso a la web de la organización desde la extranet y donde se encuentran los manuales de funcionamiento unidades, protocolos, procedimientos en la intranet.

Implementación. La coordinadora de TCAE tiene como función la acogida de los nuevos trabajadores, apoyar en los momentos iniciales para disminuir el estrés y ser facilitadora. Realiza acompañamiento hasta la unidad, explicación de los puntos fundamentales iniciales y seguimiento de las posibles incidencias.

Como apoyo a todo el proceso se entrega el díptico informativo como síntesis de los puntos fundamentales para facilitar los trámites necesarios y acceso a la información. Es un documento disponible que se actualiza y adapta según evoluciona la organización.

Palabras clave: Acogida, nuevos trabajadores, urgencias, seguridad del paciente, integración laboral

Bibliografía:

1. García Montes R, Díaz Villafruela D, Largo Briceño L, De Diego Montalvo A, Barquero Longarela N. Creación de un programa de acogida para enfermeras de nueva incorporación en el servicio de urgencias de un hospital universitario de la Comunidad de Madrid. Ciber Rev [internet]. 2024 [consultado 5 julio 2025]; 70: 1-4.Disponible en: https://enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2024/09/7.-CbR-Org-Jul-Agst-2024-ARTICULO-GUIA-ACOGIDA-TRABAJO-EDIT.pdf
2. Hospital Universitario La Fe. Manual de acogida para personal de nueva incorporación del Departament de Salut València La Fe [internet]. Valencia: Departament de Salut, Hospital Universitario La Fe [internet]. 21/05/2021 [consultado 5 julio 2025]:3-16. Disponible en: http://www.lafe.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=32c8faf6-29b6-4d48-ae79-d589f0238b82&groupId=18

Implantación de una guía de buenas prácticas de accesos vasculares: experiencia en un centro comprometido con la excelencia en cuidados

Araceli Blanco Rodríguez*, Rebeca Santos Nieto**, Azucena González Sanz***, Eulalia Fradejas Barrios[1]*, Mª Montserrat Martín Ruiz[2]*, Esther Colinas Zarza[3]*

*JUE Neurología/Hematología. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

**Enfermera. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

***Enfermera. Centro de salud de Toro. GASZA. Zamora (España)

[1]*Enfermer.a Consulta Accesos Vasculares. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

[2]*JUE. Oncología Médica, Hospital de día Oncológico y Oncología Radioterápica. Hospital Provincial. GASZA. Zamora (España)

[3]*Enfermera. Urgencias. Hospital de Benavente. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: ablancor@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La correcta gestión de los accesos vasculares es esencial para la seguridad del paciente y la calidad asistencial. La Guía de Buenas Prácticas (GBP) de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), dentro del programa internacional Best Practice Spotlight Organization (BPSO), proporciona recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible.

El objetivo fue implantar esta guía de forma progresiva en toda la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (GASZA).

Metodología. El proceso de implantación comenzó en 2022.

Se creó un grupo de trabajo, integrado por profesionales de enfermería y se identificaron impulsores en cada área asistencial.

Se establecieron los indicadores a evaluar: valoración antes de la inserción del dispositivo de acceso vascular (DAV), cuidados según el protocolo, permeabilidad, dolor durante la inserción y tipo de estrategia utilizada para manejo del dolor.

Como herramientas de evaluación se utilizaron: la plataforma CarEvid y las auditorías a pie de cama.

Resultados. La adherencia a las recomendaciones de la guía fue de un 77% de media, destacando la utilización de apósito transparente (100%), la identificación de la fecha de inserción (79%) y, en menor medida, la identificación de la fecha en los sistemas de infusión (39%).

Implementación. Diagnóstico de la situación inicial, formación específica (cursos teórico-prácticos y sesiones clínicas), actualización de protocolos existentes, materiales de difusión y auditorías trimestrales.

La implantación fue posible gracias al liderazgo compartido y la implicación de los profesionales.

Este trabajo se ha realizado respetando los principios éticos de nuestra profesión. No existe conflicto de intereses de los autores, ni financiación externa.

Palabras clave: Dispositivos de Acceso Vascular, Enfermería Basada en la Evidencia, Guía de Práctica Clínica, Seguridad del Paciente, Vías Clínicas

Bibliografía

1. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Vascular Access [Internet]. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021 [citado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/translations/AccesoVascular_2021.pdf
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Vascular Access [Internet]. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/translations/AccesoVascular_2021.pdf
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014.
4. Aizpuru Martínez A, Armenteros Yeguas V, Cabrerizo Chocero ML, Cidoncha Moreno MA, del Río Pisabarro C, Díez Ayestarán Eva et al. Guía para el cuidado del acceso vascular en adultos [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2021 [citado 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://seinav.org/guia-para-el-cuidado-del-acceso-vascular-en-adultos-2021/
5. Enríquez de Luna Rodríguez M, Barroso Gutiérrez C, Cuadros Gómez MJ, Fontalba Díaz F, Gavira Albiach P, Jiménez Fernández S, et al. Guía fase para la prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2017 [citado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/guia_fase_dispositivos_venosos.pdf

Implantación de una guía de buenas prácticas en enfermería de maltrato contra la mujer en urgencias hospitalarias

Carmen Ruano García*, Sergio Sánchez Matesanz**, Elena Martín González***, Arantza Sancho Martín[1]*, Olga María Corral Pedraz[2]*, Rubén Cañizares Sánchez[3]*.

*Enfermera. Urgencias. CAUSA. Salamanca (España)

**Responsable enfermería. Urgencias. CAUSA. Salamanca (España)

***Jefe de nidad de enfermería. Urgencias. CAUSA. Salamanca (España)

[1]*Jefe de unidad de enfermería. Urgencias. CAUSA. Salamanca (España)

[2]*Jefe de unidad de enfermería. Formación continuada. CAUSA. Salamanca (España)

[3]*Enfermero. Unidad de calidad. CAUSA. Salamanca (España)

Correo electrónico: c_ruano88@hotmail.com

Introducción y objetivos. La violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud estima que más de un tercio de las mujeres en el mundo la han sufrido en algún momento de su vida, lo que conlleva graves consecuencias para la salud.

Además, considera a los profesionales sanitarios con un papel relevante en la detección y atención a víctimas, publicándose guías y protocolos relacionados. Las urgencias hospitalarias constituyen un lugar clave.

Objetivos: Establecer un procedimiento validado de detección y asistencia sanitaria, coordinación con servicios especializados para atención integral y formación y sensibilización de profesionales.

Metodología. Estudio descriptivo de implantación de una guía de buenas prácticas dentro del programa de Centros Comprometidos con Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO).

Se contó con herramientas de implantación de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Una característica clave es la inclusión de dos marcos complementarios, el Marco de Acción del Movimiento Social y el Marco de Conocimiento a la Acción.

Resultados. Actualmente implantando.

Implementación. El primer paso como candidatos a CCEC fue la selección de guías y unidades a implantar.

Posteriormente se planificó la implantación, con análisis de la situación local, definición de objetivos, realización del plan de acción y selección de recomendaciones, así como captación de impulsores y colaboradores.

Para implantar recomendaciones, se actualizaron circuitos clínicos, incorporando un cribado sistemático, se imparte formación específica, se crea un sistema de registro y seguimiento y se realiza difusión mediante campañas de sensibilización.

Continuamos implantando junto a evaluación y mejora continua.

Palabras clave: Violencia de género, urgencias hospitalarias, guías de buenas prácticas

Bibliografía:

1. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guía de Buenas prácticas en enfermería. El maltrato contra las mujeres: cribado, cribado, identificación y respuesta inicial.[Internet]. Canadá: RNAO; 2005 [consultado el 11 agosto 2025]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_CribadoMaltrato_spp12_022014_-_with_supplement.pdf
2. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género. [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2017 [consultado el 11 agosto 2025]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero
3. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. [Internet] Génova: Organización Mundial de la Salud; 2013 [consultado el 11 agosto 2025]. Disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado el 11 agosto 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
5. Colectivo IOE. Detección y tratamiento de la violencia de género. Actitudes del personal sanitario del sistema nacional de salud. [Internet]. Madrid: IOE; 2011. [consultado el 11 agosto 2025]. Disponible en: https://www.colectivoioe.org/uploads/72af8b64f651f933eade7d01c9920e1a476c8a61.pdf
6. Pascual-Benito MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas. Revista de investigación y Educación en ciencias de la salud, RIECS [Internet]. 2017 [consultado el 11 de agosto de 2025]. 2(2):32-34. Disponible en: https://riecs.es/index.php/riecs/article/download/50/92/
7. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impacto f intimate partner violence against women in different lifestages. Revista PLoS One [Internet]. 2019 [consultado el 11 agosto 2025]; 14(10): e0221049. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049

Inteligencia artificial aplicada al triaje en urgencias.

María García Fernández*, Laura Martínez Cañibano*, Sara Alonso Prada*, Claudia Fernández Suarez*, Laura Criado Castro*, Mario Peláez García*

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital Universitario de León (CAULE), León, España.

Correo electrónico: mariagfmg98@gmail.com

Introducción y objetivos. El triaje constituye una etapa esencial en los servicios de urgencias, ya que permite priorizar la atención en función de la gravedad del paciente. Sin embargo, los sistemas tradicionales, basados exclusivamente en la valoración clínica humana, pueden verse condicionados por la

sobrecarga asistencial, la variabilidad entre profesionales y la subjetividad. La Inteligencia Artificial (IA) se presenta como una herramienta innovadora con potencial para mejorar la eficiencia y precisión del triaje enfermero.

Objetivo: Explorar el potencial de la inteligencia artificial como herramienta de apoyo al triaje enfermero en urgencias y analizar su impacto.

Metodología. Se realizó una revisión sistemática, se consultaron las bases de datos PubMed, IEEE Xplore y Scopus, seleccionando 24 estudios (2019–2024). Asimismo, se simuló varios modelos de triaje comparando 3 variables: el tiempo medio de clasificación, la sensibilidad en la detección de pacientes críticos y los porcentajes de sobretriaje y subtriaje.

Resultados. La simulación incluyó tres escenarios: triaje tradicional enfermero, triaje con apoyo de IA basada en datos clínicos, y un modelo de IA con aprendizaje continuo. Los resultados mostraron que la IA reduce significativamente el subtriaje, mejora la identificación de casos graves y disminuye los tiempos de espera.

Conclusiones. La IA puede convertirse en una herramienta clave de apoyo al juicio clínico enfermero, optimizando recursos y aumentando la seguridad del paciente. Su implementación debe ser progresiva, ética y con formación específica, situando a la enfermería como protagonista en la integración de tecnologías avanzadas en la atención urgente.

Palabras clave: Inteligencia artificial, triaje, urgencias, enfermería, decisiones clínicas, aprendizaje

Bibliografía

1. Zhang Z, Seely AJE, Wang D, Xu X, Jiang B, Jin Y. A real-time AI-assisted triage system for emergency departments: a multicenter validation study. J Am Med Inform Assoc. 2023; 30(2):339-347.
2. Moller S, Laursen CB, Riis A, Folkestad L, Brabrand M. Machine learning support in early triage: A clinical decision support tool improves accuracy of risk classification. BMC Emerg Med. 2021; 21(1):104.
3. Martín-Rodríguez F, López-Izquierdo R, del Pozo Vegas C, Martín-Conty JL, Delgado Benito JF, Castro Villamor MA. Aplicación de herramientas digitales al triaje de urgencias: integración y validación preliminar. Emergencias. 2023; 35(1):25-32.
4. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Patel B, Johnston M, Cookson N, King D, Darzi A. Artificial intelligence and triage in emergency medicine: a scoping review. BMJ Health Care Inform. 2022; 29(1):e100546.
6. Liu NT, Holcomb JB, Wade CE, Salinas J. Artificial intelligence-based triage and clinical decision support for battlefield trauma: A proof-of-concept study. Mil Med. 2020; 185(Suppl 1):134–139.
7. Sendak MP, Ratliff W, Sarro D, Alderton E, Gao M, Nichols M, et al. Real-world integration of a sepsis deep learning technology into routine clinical care: implementation study. JMIR Med Inform. 2020; 8(7):e15182.
8. Escobar GJ, Liu VX, Schuler A, Lawson B, Greene JD, Kipnis P. Automated early identification of adults at risk for in-hospital clinical deterioration. N Engl J Med. 2020; 383(20):1951–1960. doi:10.1056/NEJMsa2001090
9. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. Nat Med. 2019; 25(1):44–56.
10. Pishgar F, Abbasi B, Walker K, Chinthammit W. Artificial intelligence-based triage for emergency care: a review of current and future applications. Health Inf Sci Syst. 2023; 11(1):3.
11. Fernandes M, Vieira SM, Leite F, Palos C, Finkelstein S, Sousa JM. Clinical decision support systems for triage in the emergency department using intelligent systems: a review. Artif Intell Med. 2020; 102: 101762. doi:10.1016/j.artmed.2019.101762
12. Hassan R, Ali A, Elhaj FA. Deep learning approaches for emergency triage systems: current advances and challenges. Comput Biol Med. 2022; 148: 105824. doi:10.1016/j.compbiomed.2022.105824
13. Park YR, Kim Y, Kim JA, Kim JH, Park RW. Application of a deep learning algorithm for detecting unplanned reattendance in emergency departments. Sci Rep. 2021; 11: 15289. doi:10.1038/s41598-021-94570-w
14. Lin C, Jain S, Kim H, Lee T, Natarajan V. Predicting emergency triage scores using deep learning. BMC Med Inform Decis Mak. 2022; 22(1):189. doi:10.1186/s12911-022-01921-8
15. Raita Y, Goto T, Faridi MK, Brown DF, Camargo CA Jr, Hasegawa K. Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. Crit Care. 2019; 23(1):64. doi:10.1186/s13054-019-2351-7

¿Por qué se intoxican los niños?

Natalia Santos Morquecho*, Jorge Sendino González*, Ana I. Álvarez Palmier*, Diego A. Hernández Herrera*, Daniel Robledo González*, Ángela Morelle Pérez*

*Enfermero/a. Urgencias Pediatría. Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid. (España)

Correo electrónico: nsantosmo@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. Según la Asociación Española de Pediatría, 1 de cada 300 visitas a los servicios de urgencias pediátricas (SUP) se produce por exposición a sustancias potencialmente tóxicas. Las graves consecuencias que éstas pueden tener, incluso en dosis bajas, dependen de la naturaleza de la misma y la vía de exposición.

Objetivo. Identificar las características de los pacientes que acudieron por algún tipo de intoxicación en el SUP de un hospital de tercer nivel.

Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron los pacientes que acudieron al SUP de un hospital de tercer nivel desde el 1 junio de 2023 hasta el 30 de junio de 2025 con el motivo de consulta "intoxicación". Se extrajeron variables sociodemográficas y asistenciales.

Resultados. Se analizaron 66 pacientes (53% varones) con una media de edad de 5,4 años. 41 fueron intoxicaciones medicamentosas, 16 ingesta de productos domésticos, 3 por consumo de alcohol o drogas y 6 por inhalación de monóxido de carbono. 18 pacientes fueron clasificados con nivel II, 26 con nivel III y 22 con nivel IV. Las pruebas complementarias más frecuentes fueron la analítica de sangre (22 pacientes) y orina (12 pacientes). La estancia media fue de 5,6 horas y 3 pacientes precisaron ingreso.

Conclusiones. La mayoría de las intoxicaciones producidas han sido medicamentosas, bien sea por toma de una mayor dosis de la indicada o por intoxicaciones accidentales. La mayor parte de las atenciones precisaron de un nivel prioritario de atención. Tras la atención y cuidados proporcionados la mayor parte de ellas fueron dadas de alta.

Palabras clave: Intoxicación, Pediatría, Urgencias

Bibliografía

1. Intoxicaciones por fármacos en los niños [Internet]. enfamilia.aeped.es. [citado 9 julio 2025]. Disponible: https://enfamilia.aeped.es/prevencion/intoxicaciones-por-farmacos-en-ninos-0
2. Vista de Intoxicaciones agudas en pediátricos | Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. Ciencialatina.org. 2024. [citado 9 julio 2025]. Disponible en: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6142/9336

Casos clínicos

Premio al mejor caso clínico.

Ver para creer: la importancia de la ecografía pulmonar en urgencias.

Víctor Lemes Niz*, Vanesa Souto Mura**, Claudia Cañadas Lozano*, Eva Lumbrera Moreno*, Esther No Vaquero*, Víctor Manuel Vega Mateos*

*LEA Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España)
**Médico Residente Obstetricia y Ginecología. Servicio de Ginecología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Correo electrónico: lemes293@hotmail.com

Introducción y objetivos. La ecografía pulmonar ha revolucionado la evaluación de pacientes en urgencias, aportando una ventana inmediata al parénquima pulmonar. Frente a síntomas inespecíficos, permite complementar la auscultación y la radiografía, favoreciendo diagnósticos precoces y decisiones oportunas.

Presentamos un caso que ilustra cómo "ver" los pulmones puede cambiar el rumbo clínico desde el primer contacto.

Exposición del caso. Mujer de 63 años, sin antecedentes relevantes, consulta por dolor torácico y tos persistente de dos meses. A su llegada, la radiografía de tórax muestra una atelectasia masiva del lóbulo medio derecho, predominantemente anterior. Para precisar el hallazgo, se realiza ecografía pulmonar a pie de cama (POCUS), evidenciando un patrón de consolidación estático con broncograma aéreo fijo, altamente sugestivo de atelectasia secundaria a obstrucción endobronquial. Estos hallazgos orientan desde la urgencia la sospecha de neoplasia pulmonar, permitiendo optimizar estudios posteriores y derivación inmediata.

Diagnóstico y discusión. La atelectasia masiva asociada a broncograma estático en ecografía pulmonar es un hallazgo clave que sugiere obstrucción mecánica, posteriormente confirmada como carcinoma broncogénico. Este caso destaca el papel de la ecografía pulmonar como extensión de la exploración física, capaz de acortar tiempos diagnósticos y aportar información decisiva en escenarios críticos. Incorporar la ecografía al acto clínico inicial transforma la aproximación tradicional: ya no basta con auscultar, también debemos "mirar" los pulmones para detectar precozmente patologías potencialmente letales.

Palabras clave: Ecografía pulmonar; Atelectasia; Ecografía clínica a pie de cama

Bibliografía:

1. Demi L, Wolfram F, Klersy C, et al. New international guidelines and consensus on the use of lung ultrasound. J Ultrasound Med. [Internet] 2023 [consultado 25 julio 2025]; 42(3):309–44. Disponible en: https://doi:10.1002/jum.16088
2. Haaksma ME, Smit JM, Heldeweg MLA, et al. Extended lung ultrasound to differentiate between pneumonia and atelectasis in critically ill patients: a diagnostic accuracy study. Crit Care Med. [Internet] 2022 [consultado 25 julio 2025]; 50(5):750–9. Disponible en: https://doi:10.1097/CCM.0000000000005303

Casos clínicos defendidos.

Cuando la coagulación falla. A propósito de un caso clínico.

Diego Albeiro Hernández Herrera*, Marina Curiel Téllez*, Natalia Santos Morquecho*, María Lobato Fernández*, Jorge Sendino González*, Ángela Morelle Pérez*

*Enfermera. Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Correo electrónico: diegohn15@gmail.com

Introducción y objetivos. El déficit de factor V es un trastorno hemorrágico extremadamente raro, congénito o adquirido, potencialmente mortal, detectándose en la infancia mediante episodios de hemorragia cerebral.

Objetivo: Conocer el manejo enfermero de un paciente crítico ante una situación de coagulación alterada.

Se expone el caso de una paciente con coagulopatía severa que precisó de una intervención urgente y coordinada en un hospital de tercer nivel.

Exposición del caso. Lactante de 11 meses con déficit de factor V, acude a su hospital de referencia presentando el triángulo de evaluación pediátrica alterado, fluctuación del estado de conciencia y pupilas anisocóricas. Realizan prueba de imagen, evidenciando sangrado craneal y riesgo de enclavamiento. Proceden a intubación orotraqueal, canalización acceso venoso mediante vía intraósea, vía periférica, sondaje nasogástrico y derivación a hospital de tercer nivel.

En urgencias del hospital de tercer nivel se traslada a box de críticos, enfermería recibe a la paciente previa asignación de tareas. Se inicia monitorización de constantes vitales, se revisa fijación de tubo endotraqueal, se conecta a ventilación mecánica invasiva, se comprueba el adecuado funcionamiento de accesos venosos y sondas. Se administra tratamiento antifibrinolítico, componentes sanguíneos y suero salino hipertónico. Tras su estabilización y tratamiento inicial, se traslada a unidad de cuidados intensivos acompañada por enfermeras y pediatras.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico final fue hemorragia intracraneal por déficit grave de factor V de coagulación tras traumatismo craneoencefálico.

Las enfermeras son clave en la estabilización del paciente crítico, encargándose de una parte crucial de los cuidados, destacando la correcta administración del tratamiento pautado, vital en estas situaciones.

Palabras clave: Hemorragia cerebral, Factor V, Personal de Enfermería

Bibliografía:

1. Aguirre-H HD, Posada-L AF, Aponte JE. Deficiencia congénita del factor V. Rev CES Med 2014; 28(2): 247-252
2. Mariangela Velásquez et. al (2020). Hemorragia intracraneal secundario a déficit de factor V. A propósito de un caso. Revista Chilena de Neurocirugía, 46, 92-97.

Edema de úvula tras contacto con un producto químico.

Belén Anta Febrero*, Lucía Calvo Justo*, Ana Chinchilla Robles*, Alba Pérez González*, Laura Prieto Hernández**, Mireya Vega Blanco*.

* Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Benavente. Benavente (España).
**Enfermera. Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España).

Correo electrónico: belenanta@usal.es

Introducción y objetivos. El edema de úvula consiste en la inflamación de esta. Se puede deber a múltiples causas como la inhalación de determinados productos químicos. Es importante un correcto tratamiento para evitar complicaciones.

El objetivo es exponer un caso observando los hallazgos clínicos y el abordaje terapéutico utilizado.

Exposición del caso. Paciente de 76 años que acude al Servicio de Urgencias derivado desde Atención Primaria por edema de úvula. Ese día por la tarde comenzó con sensación de odinofagia y dificultad para tragar tras haber estado echando herbicida en el huerto. En Atención Primaria le administran Urbasón 60mg intramuscular (IM), Actocortina 125mg IM y una ampolla de Polaramine IM, más tarde deciden canalizar una vía venosa periférica y derivar a Urgencias Hospitalarias.

A su llegada presenta un aceptable estado general, buena coloración cutáneo-mucosa y estabilidad hemodinámica.

En la exploración física se objetiva edema de úvula, presión arterial 173/80 mmHg, saturación 93%, frecuencia cardiaca 85 lpm y temperatura 36,8ºC. No se evidencian otros hallazgos de interés.

Las pruebas complementarias fueron analítica sanguínea, gasometría venosa, detección de drogas en orina y sistemático de orina.

El tratamiento administrado fue una nebulización de Adrenalina 3ml 1:10000 en 4ml de solución isotónica, 4ml a 4l/minuto y observación de su estado durante varias horas.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico fue edema de úvula tras exposición a herbicida.

El edema de úvula es una emergencia médica ya que puede causar dificultad para respirar o tragar. Requiere tratamiento para mantener la estabilidad hemodinámica.

Palabras clave: Edema de úvula, herbicida, estabilidad hemodinámica.

Bibliografía:

1. Uvulitis [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 12 de junio de 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001257.htm
2. UpToDate 2018 [Internet]. Doctorabad.com. [citado el 12 de junio de 2025]. Disponible en: https://doctorabad.com/uptodate/d/topic.htm?path=uvulitis-clinical-features-and-treatment
3. Alcoceba E, González M, Gaig P, Figuerola E, Auguet T and Olona M. (2010). Edema of the uvula: etiology, risk factors, diagnosis and treatment. Journal of Investigatonial Allergology & Clinical Immunology: Official Organ of the International Association of Asthmology (INTERASMA) and Sociedad Latinoamericana de Alergia e Inmunologia, 20(1), p. 80-83.

Enfermedad parasitaria grave en un viajero

María Fernanda Cuenca Cajamarca*, Eva Lumbrera Moreno**, Carol Melissa Genao Sánchez***

*MIR 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

**LEA Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

***MIR 4º año. Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

Correo electrónico: mafer1600@gmail.com

Exposición del caso. Paciente masculino de 44 años acude a urgencias por presentar desde hace unos días malestar general, astenia, escalofríos, alza térmica no cuantificada, diarrea en dos ocasiones. Clínica inició tras viaje a Guinea Ecuatrorial, niega profilaxis para patologías endémicas de la zona. Ha tomado Paracetamol 1 g cada 6 horas más ibuprofeno 600mg cada 8 horas, sin mejoría. Hace 48 horas presenta de hematuria lo que lo lleva a consultar.

Analítica sanguínea: plaquetopenia grave, bilirrubina alta a expensas de directa con aumento de transaminasas y reactantes de fase aguda, sin leucocitosis, con gasometría venosa mostrando acidosis mixta con lactato de 4.2. Ecografía: Sin hallazgos relevantes.

Al primer contacto y al ver estabilidad clínica se sospecha posible cuadro gastroenteritis; sin descartar patologías endémicas de la zona de viaje, tras resultados de analítica sanguínea y clínica del paciente nos orientamos a un cuadro de posible malaria tomando en cuenta la plaquetopenia grave y las repercusiones sistémicas de pronta aparición. Se toman: Hemcultivos: Plasmodium falciparum, con reducción de carga parasitaria del 3%. Urinocultivo y coprocultivo: negativo. Frotis: presencia de parásitos intraeritrocitarios compatibles con Plasmodium.

Diagnóstico y discusión. La malaria es una causa importante de morbilidad y muerte. África representa el 94 % de los casos a nivel mundial, la mayoría a causa de P. falciparum. El paciente al ir presentando complicaciones graves fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos en donde se confirmó diagnóstico de malaria grave entre ellos: insuficiencia renal, fallo hepático agudo, ictericia, shock séptico secundario. Precisó diálisis y tratamiento con antibioticoterapia.

Palabras clave: Enfermedades parasitarias, Malaria Falciparum, Fiebre del viajero

Bibliografía:

1. Lindblade K, Ntuku H. Malaria: epidemiología, prevención y eliminación. UpToDate [internet]. 2025 [consultado 22 agosto 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com
2. Taylor T. Tratamiento de la malaria grave. UpToDate [internet]. 2025 [consultado 22 agosto 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com
3. Lesi AFE, Meremikwu MM. High first dose quinine regimen for treating severe malaria. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2004 [consultado 22 agosto 2025]; (3): CD003341. Disponible en: https://doi.org/10.1002/14651858.CD003341.pub2

Exenteración orbitaria relacionado con melanoma coroideo

Ana María López Acuña*, Rafael Molinero Pérez*

*Enfermero/a Esp. Enfermería Familiar y Comunitaria. E.A.P. (Rural) Campos Lampreana. Villarrín de Campos. Zamora. (España)

Correo electrónico: acunanita@gmail.com

Introducción y objetivos. La exenteración orbitaria es la extirpación quirúrgica del globo ocular y tejidos circundantes, incluidos párpados, músculos, nervios, tejido graso y, ocasionalmente, partes del hueso orbitario, pretendiendo mejorar la calidad de vida y resultados de salud del paciente.

Exposición del caso. Varón de 74 años, sin antecedentes oncológicos, ceguera en ojo derecho por retinosis pigmentaria. Fibrilación auricular con anticoagulación más hipertensión controlada. Acude a consulta en Atención Continuada por dolor ocular derecho y sangrado persistente de unos días de evolución.

A la exploración: Ojo derecho con proptosis, sangrado moderado y levemente activo, más dolor a la palpación en ángulo lateral de dicho ojo.

Según pruebas complementarias se evidencia masa coroidea hiperecogénica.

Lesión intraocular con extensión a órbita anterior, sin evidencia de metástasis en cerebro ni ganglios. Biopsia confirmatoria: Melanoma uveal con extensión orbitaria.

Diagnóstico y discusión. Melanoma coroideo con extensión orbitaria. Se realiza exenteración orbitaria con posterior colocación de conformador para futura prótesis ocular, pendiente de radioterapia adyuvante.

Durante el preoperatorio se debe preparar al paciente física y emocionalmente, asegurándose que esté informado y tranquilo.

Para el manejo del dolor y ansiedad proporcionaremos analgesia y ansiolíticos, atenuándolos, además de prevenir posibles complicaciones, como la infección, hemorragia y necrosis tisular. Seguidamente promoveremos la curación de la herida, minimizando el riesgo de complicaciones y mejorando la calidad de vida del paciente.

Brindaremos nuestra ayuda para afrontar el impacto emocional y psicológico que el procedimiento tiene sobre paciente y familia, además de educarles en cuidados, medicación y citas de seguimiento.

Palabras clave: Exenteración, Melanoma, Coroides, Enfermería, Urgencias

Bibliografía:

1. Segura Fernández- Nogueras MV, Tirado Pascual M, Piñas Hormeño H, Alba Linero C. Melanoma orbitario primario en una paciente con Nevus de Ota. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2025. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2025.01.008
2. Unav.edu. [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://portalcientifico.unav.edu/documentos/63bc331c3035a915c707aee0?lang=ca
3. Esteban MC, Aviñó J, Gregori EE. Melanomas orbitarios: Estudio de su naturaleza clínica y supervivencia. Annals d'Oftalmología [Internet]. 2003 [citado el 25 de Julio de 2025]. Disponible en: http://www.annalsoftalmologia.com/articulos/a1275/of-11-3-004.pdf

4. El melanoma ocular [Internet]. Asociación Mácula Retina. 2014 [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.macula-retina.es/el-melanoma-ocular/amp/
5. Aimatmelanoma.org. [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.aimatmelanoma.org/es/Melanoma-101/tipos-de-melanoma/Melanoma-ocular tratado/
6. Alarcon A, Ramos MM, Martínez JMD, Vélez IC, Exenteración Orbitaria por Tumores
7. Malignos Oculares Experiencia de doce años. 2024 [citado el 25 de julio de 2025]; Disponible en: https://roe.solca.med.ec/index.php/johs/article/download/288/277/4045
8. Montejano- Milner R, López-Gaona A, Fernández-Pérez P, Sánchez-Ordaz M, Romero-Martin R, Arbizu-Duralde A. Metástasis orbitarias: presentación clínica y supervivencia en una serie de 11 casos. Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed) [Internet]. 2020; 97(2):81-8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2020.07.021
9. Oftalmoseo.com. [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.oftalmoseo.com/documentacion/P2023/P2023_capitulo-4.18.pdf

Hipertermia maligna

Laura Martínez Cañibano*, Alicia Regueras Barrios**, Claudia Martínez López***, Carla Vecino Martínez[1]*, Carla Rodríguez Molina[2]*, María Elena Hernando Alonso[3]*

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

**Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander (España).

***Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

[1]*Enfermera. Unidad de urología. Hospital de León (CAULE). León (España).

[2]*Enfermera. Unidad de cardiología. Hospital de León (CAULE). León (España).

[3]*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de Medina del Campo. Medina del Campo (España).

Correo electrónico: Laurmc26@gmail.com

Introducción. La hipertermia maligna (HM) es una reacción farmacogenética poco frecuente y potencialmente mortal, desencadenada habitualmente por anestésicos halogenados o succinilcolina. Se caracteriza por un aumento descontrolado del metabolismo muscular, con hipertermia rápida, hipercapnia, taquicardia y rigidez muscular. La detección precoz y el tratamiento inmediato son esenciales para evitar complicaciones graves.

Exposición del caso clínico. Varón de 25 años, sin antecedentes médicos, sometido a artroscopia de rodilla bajo anestesia general con sevoflurano y succinilcolina. A los 20 minutos, el personal de enfermería detecta taquicardia (150 lpm), aumento rápido de temperatura de 39,5°C a 41°C, rigidez muscular y elevación del $EtCO_2$ (80 mmHg). Ante la sospecha de HM, se activa el protocolo: aviso al anestesiólogo, suspensión inmediata de los agentes desencadenantes, preparación y administración de dantroleno, y aplicación de medidas de enfriamiento activo.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico concluyente fue HM; se administró dantroleno sódico intravenoso (2,5 mg/kg), se inició enfriamiento con mantas hipotérmicas y fluidoterapia fría. En 30 minutos, la temperatura descendió a 38,2 °C y los valores de $EtCO_2$ se normalizaron progresivamente. El paciente ingresó en UCI, manteniéndose estable y sin complicaciones renales ni neurológicas.

El rol de enfermería en la HM es crítico: identificación temprana de signos, ejecución rápida del protocolo, preparación y administración de dantroleno, y soporte vital continuo. La formación específica del personal y la disponibilidad del fármaco en quirófanos y áreas de urgencias son determinantes para reducir la mortalidad y las secuelas.

Palabras clave: Hipertermia maligna, Dantroleno, Anestesia general, Atención de enfermería, Complicaciones intraoperatorias, Unidades de cuidados críticos.

Bibliografía:

1. Rosenberg H, Pollock N, Schiemann A, Bulger T, Stowell K. Malignant hyperthermia: a review. Orphanet J Rare Dis [Internet]. 2015 [citado 6 junio 2025]; 10(1):93. Disponible en: doi: 10.1186/s13023-015-0310-1

2. Glahn KPE, Girard T, Hellblom A, Hopkins PM, Johannsen S, Rüffert H, et al. Recognition and management of a malignant hyperthermia crisis: updated 2024 guideline from the European Malignant Hyperthermia Group. Br J Anaesth [Internet]. 2025 [citado 6 junio 2025]; 134(1):221–3. Disponible en: doi: 10.1016/j.bja.2024.09.022
3. Litman RS, Griggs SM, Dowling JJ, Riazi S. Malignant hyperthermia susceptibility and related diseases. Anesthesiology [Internet]. 2018 [citado 6 junio 2025]; 128(1):159–67. Disponible en: doi: 10.1097/ALN.0000000000001877
4. Riazi S, Kraeva N, Hopkins PM. Malignant hyperthermia in the post-genomics era: New perspectives on an old concept. Anesthesiology [Internet]. 2018 [citado 6 junio 2025]; 128(1):168–80. Disponible en: doi: 10.1097/ALN.0000000000001878
5. Larach MG, Brandom BW, Allen GC, Gronert GA, Lehman EB. Malignant hyperthermia deaths related to inadequate temperature monitoring, 2007-2012: a report from the North American malignant hyperthermia registry of the malignant hyperthermia association of the United States. Anesth Analg [Internet]. 2014 [citado 6 junio 2025]; 119(6):1359–66. Disponible en: doi: 10.1213/ANE.0000000000000421
6. Malignant Hyperthermia Association of the United States. Professional Resources. Sherburne, NY: MHAUS. [Internet] 2023 [citado 6 junio 2025]. Disponible en: https://www.mhaus.org

Intoxicación por ingestión de nitrato de amilo "popper", a propósito de un caso clínico.

César Colado García*, Carla Nicolás Ramos*, Elisa Barroso Melón*, Paula Vidal Silván**, Elvira Paredes Berzosa**, Sara Loma Ramos**.

*Enfermero Interno Residente (EIR). Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de León (UDMAFyC de León). Centro de Salud de Armunia. León (España).

**Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de León. Centro de Salud de Armunia. León (España).

Correo electrónico: cesarcoladogarcia2000@gmail.com

Introducción y objetivos. El nitrato de amilo, también llamado "popper", pertenece al grupo de los nitratos de alquilo, utilizado antiguamente para tratar dolores anginosos por su poder vasodilatador. Actualmente, está relacionado con el ambiente de ocio y las drogas de abuso. Inhalado produce hipotensión, sensación de euforia y relajación del músculo liso del esfínter anal. Esta sensación puede durar desde unos segundos hasta unos minutos. Un raro efecto adverso es la metahemoglobinemia, causada porque el compuesto es un agente oxidante sobre la hemoglobina ($Fe^{2+} \rightarrow Fe^{3+}$), liberando el oxígeno del grupo hemo. Dicha alteración produce disnea e hipoxemia con aparentes valores de saturación de oxígeno normales. El tratamiento de la metahemoglobinemia causada por nitrato de amilo es la administración intravenosa de azul de metileno por su acción reductora ($Fe^{3+} \rightarrow Fe^{2+}$), permitiendo la unión del oxígeno con el grupo hemo.

Exposición del caso. Mujer de 19 años sin antecedentes personales ni alergias medicamentosas conocidas presenta un cuadro de disnea súbita, hipoxemia, hipotensión y odinofagia tras la ingestión de un bote de nitrato de amilo. Se realiza transporte sanitario en Soporte Vital Avanzado al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Diagnóstico y discusión. El rápido diagnóstico diferencial, el tratamiento sintomático precoz e indicación del antídoto favorece la rápida y completa recuperación de la paciente en muy poco tiempo debido a la escasa vida media de la metahemoglobina (55 minutos). Es importante educar sobre el uso de este tipo de drogas en contextos de ocio y de la gravedad de sus efectos adversos.

Palabras clave: Ingestión, nitrato de amilo, metahemoglobinemia, caso clínico.

Bibliografía:

1. Valenzuela M, Phan T, Samones E, Dukes WS. Do Not Drink Poppers: A Case Report of Near Fatal Methemoglobinemia After Ingestion of Alkyl Nitrite. Cureus [Internet]. 9 de enero de 2025 [citado 24 de julio de 2025]; Disponible en: https://www.cureus.com/articles/316607-do-not-drink-poppers-a-case-report-of-near-fatal-methemoglobinemia-after-ingestion-of-alkyl-nitrite

2. Barry K, Mcateer KE. Syncope and Methemoglobinemia Preceded by Amyl Nitrite 'Popper' Inhalation. RHODE ISLAND MEDICAL JOURNAL. 2023.
3. Belzer A, Krasowski MD. Causes of acquired methemoglobinemia – A retrospective study at a large academic hospital. Toxicology Reports. Junio de 2024; 12:331-7.
4. Idries IY, Khristoforov V, Duddala S, Duong YV, Zaman M. Out of the Blue: Methemoglobinemia Associated With the Use of Amyl Nitrite in Rush Poppers for Erectile Stimulation. Cureus [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 24 de julio de 2025]; Disponible en: https://www.cureus.com/articles/165771-out-of-the-blue-methemoglobinemia-associated-with-the-use-of-amyl-nitrite-in-rush-poppers-for-erectile-stimulation

Paciente gran quemado: actuación de enfermería

Iris María Caso Puente*, Lucia Zorita Argüero*, Laura Martínez Cañibano*, Laura Criado Castro*, Pablo Martínez Salas*

* Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León. (España)

Correo electrónico: irisma1032@gmail.com

Introducción y objetivos. El paciente gran quemado es aquel que presenta quemaduras que comprometen más del 20% de la superficie corporal total (SCT), que afectan zonas críticas o presentan compromiso respiratorio, quemaduras eléctricas o por inhalación. Se pretende revisar la actuación de enfermería ante el paciente gran quemado.

Exposición del caso. Varón de 78 años traído al hospital por el servicio de emergencia tras presentarse incendio en su domicilio ocasionando graves quemaduras de 2º y 3º grado en hemicuerpo izquierdo.

AP: No alergias medicamentosas, fumador 1,5 paq/día, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Valoración Inicial: ABCDE. A: Intubación orotraqueal (IOT) por edema de glotis. Signos de inhalación de humo, fosas nasales y labios quemados y carbonizados. B: Saturación 100%. C: TA 54/40 y Frecuencia cardiaca 43. D: Glasgow 3 tras sedación. E: SCT 63% quemado, calculado por la regla de Wallace.

Cuidados de enfermería:

- Canalización de 2 vías venosas periféricas para reposición de líquidos con la fórmula de Parkland.
- Sondaje vesical, balance hídrico y signos vitales.
- Medicación para controlar el dolor y sedación para IOT.
- Profilaxis antibiótica y antitetánica.
- Escarectomías para evitar síndrome compartimental

Evolución clínica: traslado a unidad de grandes quemados.

Diagnóstico y discusión. Paciente gran quemado, crítico.

El manejo del paciente gran quemado representa un reto complejo y multidisciplinario, donde la enfermería cumple un papel crucial desde la fase aguda hasta la rehabilitación.

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel, es importante saber actuar correctamente con protocolo para la mejora de un paciente inestable y para disminuir problemas de shock hipovolémico y fallo multiorgánico.

Palabras clave: Quemadura, hidratación, sepsis, edema, WallacE, cuidados, enfermería.

Bibliografía:

1. Markiewitz A, Selig HF, Lumenta DB. An overview of recent developments in the management of burn injuries. Int J Mol Sci. 2023; 24(22):16357.
2. American Burn Association. Clinical practice guidelines on burn shock resuscitation. J Burn Care Res. 2024 May 1; 45(3):427–43.
3. Greenhalgh DG, Saffle JR, Holmes JH 4th, Gamelli RL, Palmieri TL, Horton JW, et al. Medical and surgical care of critical burn patients: A comprehensive review of current evidence and practice. J Intensive Care Med. 2024; 39(2):115–128.
4. Bouffard J, Taburet G, Nabet P, Lemoine A, Leclerc T. Adapted approaches to initial fluid management of patients with major burns in resource-limited settings: A systematic review. Burns Open. 2024; 8:100107.

5. Bailey JK, Cancio LC, Wolf SE. State of the art: An update on adult burn resuscitation. Trauma Care. 2024; 2(3):204–220.
6. Pape SA, Forrest CR, Burd A, Cancio LC. Burn disaster response in 2025: Are we still failing at patient triage and management? Burns. 2025; 51(1):35–42.

¿Sabemos cómo actuar ante un paciente agitado en urgencias extrahospitalarias?

Stefanny Priscila Aldaz Vaca*, Melannie Aldaz Vaca**

*Médico de Familia. Hospital Universitario San Pedro. La Rioja (España)

**Enfermera. MAS Prevención. Burgos (España)

Correo electrónico: stefypriscila@gmail.com

Introducción y objetivos. Los trastornos de salud mental, son un motivo frecuente de consulta en urgencias, por ello es imperativo conocer su manejo. Se deben poner en marcha los mecanismos que garanticen la seguridad de los intervinientes, implementando las medidas de contención habituales: verbal, física y/o farmacológica.

Al asistir a un paciente agitado, tenemos que tener en cuenta el principio ético de la autonomía del paciente, el cual tiene en estos casos, límites éticos y legales.

Exposición del caso. Avisan para asistir a un paciente de 29 años que está amenazando con un cuchillo a sus familiares. El paciente ha consumido alcohol y drogas. Refiere haber visto por la calle a un "hombre con un palo" y que le está buscando, por eso se ha resguardado en casa con cuchillos.

Valoramos al paciente, acompañados por las fuerzas de orden público, se muestra inquieto, suspicaz e irritable. Intentamos contener verbalmente, nos permite explorarle, destaca taquicardia de 121 lpm (latidos por minuto) y midriasis pupilar. Se reduce, inmoviliza y se le administra medicación, a fin de asegurar el traslado al hospital.

Diagnóstico y discusión. Agitación en contexto de consumo de tóxicos.

Los trastornos psiquiátricos agudos, son un motivo de consulta frecuente en urgencias y es importante considerar en primer lugar la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario que le asiste.

Implementar protocolos de actuación que tengan en cuenta la autonomía del paciente, la seguridad del personal sanitario, reconocer riesgos potenciales y los posibles desencadenantes, son la clave para el manejo urgente.

Palabras clave: Agitación, contención, urgencias

Bibliografía:

1. León Vázquez F, Ballarín González A, Cristina García Álvarez A. Autonomía de la voluntad y salud mental. Revista AMF [Internet] 2020 [consultado 5 julio 2025]; 16(1); 13-20. Disponible en: https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/autonomia-de-la-voluntad-y-salud-mental
2. Téllez Lapeira JM, Gálvez Alcaraz L. El paciente agresivo. Revista AMF [Internet] 2015 [consultado 5 julio 2025]; 11(5); 1432. Disponible en: https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/el-paciente-agresivo
3. Bengoa Urrengoetxea I, Goitia Atitxa B, Olloqui Mundet J. Urgencias psiquíatricas en Atención Primaria. Revista AMF [Internet] 2014 [consultado 5 julio 2025]; 10(4). Disponible en: https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/urgencias-psiquiatricas-en-atencion-primaria

Taquicardia ventricular con pulso en el soporte vital avanzado de enfermería. A propósito de un caso.

Rocío Rodríguez Hernández*, María Ester Delgado Sahagún**, Natalia Sandín Temprano***.

*Enfermera. SVAe Vitoria-Gasteiz. Ambulancias Gipuzkoa. Vitoria (España).

**Enfermera. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

***Enfermera. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Río Ortega. Valladolid (España).

Correo electrónico: rorohealra@gmail.com

Introducción y objetivos. La Taquicardia Ventricular (TV) es un tipo de arritmia en la que el latido cardíaco va a un ritmo acelerado impidiendo que las cámaras del corazón se llenen de forma adecuada. En electrocardiografía se define como aquella arritmia con un complejo QRS mayor de 0,12s a más de 120 latidos de frecuencia cardíaca (FC). La TV sostenida puede poner en riesgo la vida dando lugar a una parada cardiorrespiratoria (PCR).

El objetivo es proporcionar los cuidados necesarios para la situación y tratamiento necesario por parte del personal interviniente de un Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAe) en el ámbito extrahospitalario.

Exposición del caso. Mujer de 94 años institucionalizada con un Barthel de 85 puntos que tras despertar de la siesta realiza un vómito alimenticio acompañado de mareo. Tras realización de electrocardiograma (ECG) por parte del personal se solicita SVAe.

Diagnóstico y discusión. Tras realización de valoración primaria por parte del SVAe y ECG se objetivó una TV con pulso sostenida presentando signos de inestabilidad hemodinámica, por lo que se aplicó el algoritmo de taquiarritmias inestables según la European Resuscitation Council (ERC) coordinado con el médico del centro coordinador vía telefónica.

Tras realizar la cardioversión, la paciente fue trasladada hemodinámicamente estable al Servicio de Urgencias Hospitalario para la continuación de cuidados correspondientes.

Palabras clave: Taquicardia ventricular. Ambulancia. Soporte vital cardiaco avanzado

Bibliografía:

1. Rubiales, E. Indice de Barthel. SAMIUC. Sociedad Analuza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias; [Internet]. 2018 [citado el 25 de Junio de 2025]. Disponible en: https://www.samiuc.es/indice-de-barthel/
2. Taquicardia ventricular. Mayoclinic.org. [Internet]. 2024 [citado el 25 de Junio de 2025]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ventricular-tachycardia/symptoms-causes/syc-20355138
3. Soar J, Böttiger BW, Carli P, Couper K, Deakin CD, Djärv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult Advanced life Support. [Internet]. 2021; 161: 115-51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010

Casos clínicos electrónicos.

Abordaje de delirium tremens por personal de enfermería

María Merino González*, Cristina de los Remedios Gómez Cisneros**, Juan de Dios Cano López***

*Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

**Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Provincial. Zamora (España)

***Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: mariiameriino01@gmail.com

Introducción y objetivos. En esta comunicación se pretende exponer el caso clínico de paciente epiléptico, con alcoholismo como factor precipitante de cuadro convulsivo, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (S.U.H.) traído por Soporte Vital Básico (SVB) tras ser encontrado por su hermano inconsciente en su domicilio.

Objetivo: Exponer el manejo por parte de enfermería del paciente en crisis tónico-clónica y motivar la educación para la salud por parte de enfermería hacia paciente con mala adherencia terapéutica.

Exposición del caso. El paciente de 46 años encontrado inconsciente, fue trasladado en ambulancia, donde presenta tres convulsiones, recuperadas tras administración de benzodiazepinas. Ingresa consciente, orientado y colaborador. Se realiza TAC, el cuál es normal. Ha ingresado previamente nueve veces en

Medicina Interna y dos en UCI por episodios de convulsiones. Bebedor de ocho - diez cervezas al día, aunque el día del ingreso refiere haber bebido solo dos.

Diagnóstico y discusión

- Autogestión de la salud ineficaz (00276)
- Síndrome de abstinencia agudo (00258)
- Riesgo de lesión física (00336)

Monitorizamos al paciente, manteniendo vía aérea sin usar cánula orofaríngea, solo precisando aporte de O2.

Garantizamos la seguridad del paciente realizando manejo ambiental para evitar lesiones físicas durante la convulsión. Se contabiliza el tiempo de la misma y se administra medicación de rescate.

Durante el ingreso se realizan intervenciones de educación para la salud con el objetivo de aumentar conciencia de enfermedad y fomentar la adherencia al tratamiento. Se amplía intervención al ámbito familiar, para dotar a su hermano de habilidades para el manejo de las convulsiones.

Palabras clave: Convulsión Tónico Clónica, Síndrome de abstinencia, Delirium Tremens, enfermería

Bibliografía

1. Hernández Toledo, Liuba; Peña Figueredo, María de los Ángeles; Miranda Lara, Lisette: Bender del Busto JE. Cuidados De Enfermería En La Epilepsia. Revista sanitaria de investigación. 2024; V (08):1–19.
2. Olate R L. Autocuidado en pacientes con epilepsia. Rev Medica Clinica Las Condes. 2013; 24(6):1027–33.

Abordaje de la intoxicación por cocaína en el servicio de urgencias por enfermería

Cristina de los Remedios Gómez Cisneros*, María Merino González**, Juan de Dios Cano López***

*Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora. (España).

**Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

***Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Correo electrónico: cristinagcisneros@hotmail.com

Introducción y objetivos. En esta comunicación se pretende exponer el caso clínico de un paciente adulto que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (S.U.H.) intoxicación por cocaína y episodio de heteroagresividad en contexto de agitación psicomotriz.

Objetivo: Exponer el manejo por parte de la enfermera en el S.U.H. de la intoxicación por cocaína y de la agitación psicomotriz con riesgo de violencia dirigida a terceros.

Exposición del caso. El paciente acude al SUH tras consumir una cantidad sin especificar de droga. Expone que la droga en cuestión es cocaína. Es traído por las Fuerzas del Orden Público tras avisar su esposa de que se encuentra en un estado compatible con agitación psicomotriz en el domicilio. A su llegada, presenta signos de intoxicación por sustancias estimulantes y heteroagresividad.

Diagnóstico y discusión:

- Intoxicación aguda
- Riesgo de violencia dirigida a otros
- Riesgo de traumatismo físico

Se cursa muestra de sangre para detectar tóxicos que resulta positiva a cocaína. Se inicia desescalada verbal que no es efectiva, se ofrece medicación que rechaza y es necesario proceder a la contención física y posterior contención farmacológica por vía intravenosa. Se decide ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.

Palabras clave: Drogas, intoxicación, agresividad.

Bibliografía:

1. García García, MC. Actuación de enfermería ante una intoxicación. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2016 [consultado 02 de junio de 2025]. ISSN: 1886-8924. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-enfermeria-intoxicacion/
2. Consejería De Sanidad Y Políticas Sociales Junta De Extremadura, 2017. Protocolo de contención mecánica de las Unidades de Hospitalización de psiquiatría en la red de salud mental de Extremadura [en línea]. Extremadura: Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales, Dirección General de Asistencia Sanitaria, SES [consulta: mayo de 2021]. Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf
3. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet] 2015. NNN Consult, Elsevier. [Consultado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.nnnconsult.com/

Abordaje del adolescente con ideación suicida en el servicio de urgencias por enfermería

Cristina de los Remedios Gómez Cisneros*, María Merino González**, Juan de Dios Cano López***

*Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora. (España).

**Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

***Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Correo electrónico: cristinagcisneros@hotmail.com

Introducción y objetivos. En esta comunicación se pretende exponer el caso clínico de una paciente menor de edad (16 años), que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (S.U.H.) tras presentar episodio de autolesiones no suicidas (ALNS) en un contexto de ansiedad e ideación suicida.

Objetivo: Exponer el manejo por parte de la enfermera en el S.U.H. del menor con riesgo suicida y de violencia autodirigida.

Exposición del caso. La paciente acude al SUH tras realizarse cortes superficiales en ambos muslos en un contexto de marcada ansiedad ante problemática familiar, desesperanza y sensación de abandono ante la situación que vive: padres separados, vive con su abuela materna, aislada a nivel social y académico y baja autoestima crónica. Refiere pensamientos persistentes sobre el suicidio.

Diagnóstico y discusión:

- Riesgo de suicidio
- Riesgo de violencia autodirigida
- Desesperanza
- Baja autoestima crónica

Como medida preventiva, la adolescente permanece acompañada por un familiar y en una zona tranquila pero cercana al control de enfermería. Se informa a la paciente de las medidas a tomar para evitar riesgos, se recoge toda la información posible acerca de los antecedentes de autolisis y la gravedad de las autolesiones así como los medios para realizarlas, la letalidad del plan y la posibilidad de ser rescatada.

Palabras clave: Riesgo suicida, autolesión, adolescente.

Bibliografía:

1. Ansean Ramos, A. Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. [Internet] España: Fundación Salud Mental España. 2015. [Consultado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=653062
2. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet] 2015. NNN Consult, Elsevier. [Consultado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.nnnconsult.com/

Abordaje del niño con alteración conductual en el servicio de urgencias por enfermería

Cristina de los Remedios Gómez Cisneros*, María Merino González**, Juan de Dios Cano López***

*Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora. (España).

**Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

***Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Correo electrónico: cristinagcisneros@hotmail.com

Introducción y objetivos. En esta comunicación se pretende exponer el caso clínico de una paciente menor de edad (11 años), que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (S.U.H.) tras presentar alucinaciones auditivas y visuales acompañadas de alteraciones conductuales: aumento de la actividad motora y psíquica. Estas alucinaciones estaban acompañadas de repercusión emocional y conductual.

Objetivo: Exponer el manejo por parte de la enfermera en el S.U.H. del menor con alucinaciones auditivas y visuales que conllevan alteraciones de conductas.

Exposición del caso. La paciente acude al SUH acompañada por su madre, quien presenta limitaciones evidentes para cumplir el tratamiento que es pautado a la paciente en su Unidad de Salud Mental Infantil, distorsiona la realidad sobre el problema de la paciente. La niña acude afirmando ver figuras que describe como duendes que le hablan, corre tras ellos y muestra elevada ansiedad ante la situación.

Diagnóstico y discusión:
- Confusión aguda
- Temor
- Afrontamiento familiar incapacitante
- Aislamiento social

Se administran antipsicótico y ansiolítico a la menor (ya pautados aunque sin cumplimiento habitual), se realiza acompañamiento. Se entrevista a su madre, quien demuestra nula conciencia de enfermedad de la niña además de ideas sobrevaloradas en el ámbito místico- religioso que repercuten directamente en el cuidado de su hija. Se deriva a la menor al Hospital de día Infanto-Juvenil para estancia de 12 horas de lunes a viernes.

Palabras clave: Alteración conductual, alucinaciones, niño.

Bibliografía:

1. Moreno Ortiz, José Miguel. Actitudes para la desescalada en salud mental. Revista de Enfermería y Salud Mental [Internet] 2020. [Consultado 10 de junio de 2025]. Nº 15, págs. 24-28. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7341143
2. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet] 2015. NNN Consult, Elsevier. [Consultado 06 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.nnnconsult.com/

Abordaje multidisciplinar en la "hora de oro"

Azucena Mercedes Valero García*, Marta Muelas Lorenzo**, Elisa Barroso Melón***, Silvia Torres Gonzalez[1]*, Diego Álvarez Carballo[2]*, Alba Alonso González[3]*.

*EIR de Enfermería del Trabajo. Salud laboral. CAULE. León (España)

** Enfermera Especialista del Trabajo. Salud Laboral. CAULE. León (España)

*** EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria. CBS Armunia. León (España)

[1]* EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria. CBS Eras de Renueva. León (España)

[2]* EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria. CBS San Andrés del Rabanedo. León (España)

[3]* EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria. CBS Trobajo del Camino. León (España)

Correo electrónico: azucena.m.v.g@hotmail.com

Introducción y objetivos. La atención inicial al paciente politraumatizado durante la "hora de oro" es clave para reducir la morbimortalidad. En este contexto, la actuación del equipo de emergencias puede marcar una diferencia sustancial.

El objetivo es remarcar la importancia de la coordinación del equipo para actuar con rapidez y seguridad en la estabilización y traslado del paciente en el tiempo mínimo imprescindible.

Exposición del caso. Varón de 43 años que sufre una caída accidental desde 3 metros estimados de altura, impactando de espaldas sobre una estructura metálica con un saliente afilado.

A la llegada del equipo de emergencias, está consciente, Glasgow 15, taquicárdico, hipotenso y con una saturación de oxígeno de 94%. Presenta también una herida torácica posterior con burbujeo.

Se realiza valoración XABCDE, inmovilización de la columna cervical con collarín y sellado de la herida con parche de Asherman.

Se inicia monitorización, administración de oxígeno con mascarilla reservorio y canalización de dos vías periféricas para sueroterapia con cristaloides y analgesia.

Tras las medidas iniciales se evacúa al paciente en tabla espinal larga al hospital de referencia.

Diagnóstico y discusión. Politraumatismo con neumotórax abierto.

La respuesta rápida y coordinada del equipo permitió estabilizar al paciente en el entorno extrahospitalario. El caso refuerza la importancia del trabajo en equipo y la intervención precoz en escenarios de alta complejidad.

Palabras clave: Traumatismo múltiple, neumotórax abierto, atención prehospitalaria, hora de oro

Bibliografía

1. Gómez Martínez V, Sánchez González M. Empalamiento torácico. A propósito de un caso. SEMERGEN. 2017; 43(2): 160-162. doi: 10.1016/j.semerg.2016.04.025
2. Weiser T. Neumotórax (abierto) [internet]. Madrid: Merck Publishing; 2024 [consultado 11 julio 2025]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-tor%C3%A1cico/neumot%C3%B3rax-abierto?query=neumot%C3%B3rax%20abierto

Actuación de enfermería en urgencias ante una crisis asmática grave

Laura Prieto Hernández*, Fernando Muñoz Payo**

* Enfermera. Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España).

** Enfermero. Atención Primaria en C.S Tudela del Duero. Valladolid (España),

Correo electrónico: laura.enfermera.99@gmail.com

Introducción y objetivos. La crisis asmática es una urgencia médica frecuente que requiere intervención rápida y coordinada. El objetivo de este caso es exponer el abordaje enfermero en la atención inicial de una paciente con exacerbación asmática severa, resaltando la importancia del juicio clínico, monitorización continua y apoyo emocional.

Exposición del caso. Mujer de 28 años con antecedente de asma persistente mal controlada, acude al servicio de urgencias con disnea intensa, uso de músculos accesorios y sibilancias audibles. Saturación de oxígeno del 86%, frecuencia respiratoria de 32 rpm. El personal de enfermería inicia protocolo de atención: oxigenoterapia con mascarilla Venturi al 40%, monitorización de constantes, canalización IV y administración de broncodilatadores según prescripción médica. Se realiza escala de valoración de gravedad y se comunica al equipo médico para actuación conjunta.

Diagnóstico y discusión. Se diagnostica crisis asmática grave. El papel de enfermería fue determinante para la estabilización inicial, destacando la rapidez en la intervención, la aplicación de protocolos, y la vigilancia clínica constante. Además, se brindó contención emocional a la paciente, contribuyendo a disminuir la ansiedad y mejorar la respuesta al tratamiento. La formación y experiencia del personal de enfermería en situaciones críticas favorecen una atención eficaz y segura.

Palabras clave: Crisis asmática, enfermería, urgencias.

Bibliografía:

1. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Manejo de la crisis asmática en urgencias. Arch Bronconeumol. 2021; 57(4):239-45.
2. Ministerio de Sanidad. Guía clínica de asma en adultos. Madrid: MSCBS; 2020.
3. Delgado R, Pérez M. Rol de enfermería en urgencias respiratorias. Enferm Emerg. 2019;18(3):142-8

Actuación del equipo de urgencias ante el dolor del paciente con abdomen agudo

Elisa Barroso Melón*, Gema Ordóñez Sánchez**, Verónica Montilla Valbuena***, Claudia González Rodríguez[1]*, Carla Nicolás Ramos*, Azucena Valero García**

*Enfermera. Centro de Salud. C.S. Armunia. León (España)

**Enfermera. Urgencias. CAULE. León (España)

***Enfermera. REA. CAULE León (España)

[1]*Enfermera. Quirófano. CAULE. León (España)

Correo electrónico: elisabm2001@gmail.com

Introducción y objetivos. El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en urgencias en menores de 18 años. Estos pacientes pueden llegar a no ser beneficiarios de la correcta actuación del equipo, pudiendo experimentar un manejo deficiente del dolor.

El objetivo es valorar la eficacia de la actuación del equipo de urgencias en la atención del paciente con abdomen agudo.

Exposición del caso. Mujer de 14 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal súbito. Acompañada de la madre que dice que tomó analgesia hace casi 2 horas sin efecto. Llega consciente con Glasgow 15, hipertensa 147/92, taquicardia de 113 lpm y saturación de oxígeno de 96%.

Tras el triaje, pasa a un box donde se le realiza una analítica. También se le coloca un catéter venoso periférico corto 20G en flexura izquierda para administración de analgesia previa al procedimiento protocolario de realización y valoración de pruebas complementarias como biomarcadores de laboratorio e imágenes ecográficas.

Diagnóstico y discusión. Apendicitis aguda.

La apendicitis aguda es la causa quirúrgica más frecuente de dolor abdominal con mayor incidencia en niños de 10 a 20 años. El proceso de diagnóstico puede llegar a ser complejo y prolongado en el tiempo. Sin la analgesia precisa, el sufrimiento para el paciente puede llegar a provocar un impacto psicológico. Es fundamental para la profesión enfermera el velar y promover la dignidad humana; brindando atención equitativa, basada en el saber científico y centrada en la persona.

Palabras clave: Urgencias, Enfermería, Abdomen agudo, Dolor abdominal, Apendicitis aguda.

Bibliografía

1. Lee WH, O'Brien S, McKinnon E, Collin M, Dalziel SR, Craig SS, et al. Estudio de puntuaciones de apendicitis pediátrica y estrategias de manejo: Un estudio prospectivo observacional de viabilidad. Acad Emerg Med [Internet]. 2024; 31(11):1089–99. Disponible en: https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:001270318500001
2. Tegelberg A, Muntlin Å, Juhlin C, Jangland E. Compromiso en situaciones difíciles: Atención a pacientes con dolor abdominal agudo a lo largo de la cadena de atención aguda: Un estudio cualitativo. Int Emerg Nurs [Internet]. 2020; 52(100910):100910. Disponible en: https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000569480200013
3. Magnúsdóttir MB, Róbertsson V, Þorgrímsson S, Rósmundsson Þ, Agnarsson Ú, Haraldsson Á. El dolor abdominal es un problema común y recurrente en los servicios de urgencias pediátricos. Acta Pediatr [Internet]. 2019; 108(10):1905–10. Disponible en: https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000492845300026

Atención de enfermería en el servicio de urgencias a un paciente pediátrico con ahogamiento accidental en piscina.

Alicia Regueras Barrio*, María Elena Hernando Alonso**, Laura Martínez Cañibano***, Aurora Marín González [4]*, Sara Rodríguez Zapata[5]*, Jana Rivas Pérez[6]*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander (España).

**Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Medina del Campo. Medina del Campo (España).

***Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

[4]*Enfermera. Centro de salud de Villalpando. Atención primaria de Zamora. Zamora (España).

[5]*Enfermera. Unidad de Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander (España).

[6]*Enfermera. Área quirúrgica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander (España).

Correo electrónico: aliciarb_bena20@hotmail.es

Introducción y objetivos. El ahogamiento es una causa frecuente de morbimortalidad en la edad pediátrica y constituye una emergencia que requiere intervención inmediata y organizada. El personal de enfermería desempeña un rol clave en la identificación, estabilización y monitorización de estos pacientes.

El objetivo es describir la atención de enfermería en el servicio de urgencias a un paciente pediátrico que ha sufrido un ahogamiento accidental.

Exposición del caso. Varón de 10 años ingresa en el servicio de urgencias tras haber sido rescatado inconsciente en una piscina. Recibió reanimación cardiopulmonar (RCP) básica por un testigo capacitado, logrando recuperar el pulso y la respiración. A su llegada, Glasgow 12, saturación de oxígeno 90%, hipotermia leve (35.4ºC) y uso de músculos accesorios para la respiración. La valoración inicial se realizó mediante el sistema ABCDE. Las intervenciones de enfermería incluyeron la administración de oxígeno al 100%, monitorización continua, canalización de acceso venoso, control térmico con mantas, toma de muestras y colaboración con la realización de pruebas complementarias.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico concluyente fue ahogamiento por inmersión con hipoxia leve y alteración transitoria del estado neurológico. El paciente fue estabilizado y permaneció en observación durante 24 horas sin desarrollar complicaciones respiratorias o neumológicas.

La actuación rápida y protocolizada del personal de enfermería de urgencias es fundamental para reducir el riesgo de complicaciones derivadas del ahogamiento. La aplicación efectiva del enfoque ABCDE, la coordinación multidisciplinaria y la vigilancia constante permiten mejorar el pronóstico clínico en este tipo de eventos. Se destaca la importancia de la formación continua en soporte viral y atención al trauma acuático.

Palabras clave: Ahogamiento, urgencias, enfermería, pediatría, soporte vital, atención crítica.

Bibliografía:

1. World Health Organization. Global report on drowning: preventing a leading killer [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [consultado 2025 Ago 27]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/global-report-on-drowning-preventing-a-leading-killer
2. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020;142(16_suppl_2):S366–S468.
3. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018–2020. 11th ed. New York: Thieme Medical Publishers; 2018.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2022.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

Atención de enfermería en urgencias: manejo de paciente politraumatizado por accidente de tráfico.

María Elena Hernando Alonso*, Alicia Regueras Barrio**, Laura Martínez Cañibano***

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Medina del Campo (HMDC). Medina del Campo (España).

**Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander (España).

***Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

Correo electrónico: elenahernandoalonso5@gmail.com

Introducción y objetivos. El politraumatismo, frecuente en accidentes de tráfico, afecta a dos o más órganos o sistemas, y puede comprometer la vida del paciente. Es una causa importante de morbimortalidad en adultos jóvenes. Este caso clínico describe el abordaje diagnóstico y terapéutico en urgencias, destacando la aplicación del protocolo ABCDE, el trabajo multidisciplinario y la rapidez en la toma de decisiones.

Exposición del caso. Varón de 23 años ingresa en el servicio de urgencias tras colisión frontal en moto contra automóvil. Llevaba casco, pero salió eyectado. Estaba consciente, con Glasgow 14, saturación de oxígeno 95%, frecuencia cardíaca 110lpm y tensión arterial 110/70mmHg. Presenta herida en ceja derecha y dolor con impotencia funcional en pierna derecha. Tras la correcta inmovilización y traslado llega a las urgencias hospitalarias donde se activa el protocolo trauma y se aplica evaluación ABCDE. Enfermería realiza cura y sutura de la herida, canalización venosa, toma de muestras, analgesia, colocación de férula, colaboración en la realización de pruebas diagnósticas complementarias y cumplimiento de los protocolos y preparación del ingreso del paciente para cirugía programada.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico principal fue politraumatismo tras accidente de moto, con herida facial y fractura desplazada de fémur. La actuación rápida y organizada del personal de enfermería en urgencias fue clave para prevenir complicaciones. La aplicación del protocolo ABCDE permitió descartar lesiones vitales, enfocándose en el control de dolor y la estabilización de la fractura. La adecuada atención prehospitatalaria, junto con el traslado al centro especializado y la intervención inmediata, contribuyeron a una evolución clínica favorable del paciente.

Palabras clave: Enfermería, urgencias, politraumatizado, evaluación ABCDE.

Bibliografía.

1. Gómez Martínez V, Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Chacón Manzano MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Semergen [internet]. 2008 [consultado 9 septiebre 2025]; 34(7): 354-63.Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familiasemergen40-articulo-recomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193
2. Duque P, Piñeiro P, Varela JA. Paciente politraumatizado: ABCDE… ¿Qué hacemos después? Manejo durante la segunda hora. AnestesiaR [internet]. 2020 Sep 21 [consultado 9 septiembre 2025]; Disponible en: https://anestesiar.org/2020/paciente-politraumatizado-abcde-que-hacemos-despues-manejo-durante-lasegunda-hora/
3. Elsevier Connect. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. Elsevier [internet]. 5 de junio de 2017 [consultado 9 septiembre 2025]. Disponible en: https://www.elsevier.com/eses/connect/escala-de-coma-de-glasgow-tipos-de-respuesta-motora-y-su-puntuacion

Atropello en gestante: dilema materno-fetal.

Alicia Pacho Gimaré*, Rafael Molinero Pérez**, Rebeca Santos Nieto*, María Asunción Jorge Martín*, Beatriz Nieto Miguel***, Aranzazu Lozano Barrios*

*Enfermera. Urgencias Hospitalarias. Gerencia de Asistencia Sanitaria. Zamora (España).

**Enfermero. Centro de Salud Campos-Lampreana (Villarrín de Campos, Zamora, España).

***Enfermera. Gerencia de Servicios Sociales. Zamora (España).

Correo electrónico: alip189@gmail.com

Introducción y objetivos. Los traumatismos en el embarazo representan una situación clínica compleja debido al riesgo potencial para la madre y el feto. La atención inicial debe enfocarse en la estabilización materna, ya que la salud fetal depende directamente de la perfusión y oxigenación maternas.

Exposición del caso. Mujer de 29 años, embarazada de 30 semanas, atropellada por un vehículo. Trasladada por ambulancia medicalizada al servicio de urgencias.

Signos vitales: TA: 110/70 mmHg. FC: 88lpm. FR: 18rpm. Temp: 36.8°C. Saturación O_2: 98%

Mano derecha: Dolor a la palpación en base del primer metacarpiano, edema y movilidad limitada.

Herida de 4 cm en cara anterolateral del muslo.

Estudios complementarios:
- Radiografía de mano derecha: Fractura no desplazada del primer metacarpiano.
- Ecografía abdominal: Feto con vitalidad conservada, movimientos activos, líquido amniótico y placenta normales.
- Patrones analíticos y perfil obstétrico dentro de parámetros normales.

Plan terapéutico
- Inmovilización del primer metacarpiano con yeso.
- Control obstétrico y de signos de infección en herida.

Diagnóstico y discusión. Diagnóstico: Fractura no desplazada del primer metacarpiano derecho. Herida suturada en cara anterolateral del muslo izquierdo. Embarazo único de 30 semanas, sin signos de compromiso fetal. Politraumatismo leve en gestante

Discusión. La paciente sufrió un atropello leve sin impacto directo en el abdomen. La adecuada protección fetal natural y la rápida atención médica, permitieron confirmar que no existía compromiso fetal.

En mujeres embarazadas, el manejo de las fracturas se basa en los mismos principios que en población general, procurando minimizar el uso de fármacos y radiografías innecesarias.

Palabras clave: Gestante, atropello, prioridad, traumatismo

Bibliografía

1. Duque V, Guerra V, Chaverra L, Cuesta D.P, Campo M.N, Sanín-Blair J et al. Frecuencia, tipo de trauma y complicaciones en gestantes por accidentes de tránsito, un estudio multicéntrico en tres instituciones de alta complejidad obstétrica de Medellín entre 2010 y 2017. Iatreia [Internet]. 2023 Dec [cited 2025 July 10]; 36 (4): 448-458. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932023000400448&lng=en.
2. Errando, Carlos L. La paciente gestante con traumatismo grave. Consideraciones para el médico especialista en Anestesiología y Reanimación. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2005; 52: 336-348
3. Tejerizo-García A, Teijelo A.I, E. Nava, Sánchez-Sánchez M.M, García-Robles R.M, Leiva A, Morán E, Corredera F, Tejerizo-López L.C. Traumatismo no penetrante en la gestante. Un caso de encefalopatía hipoxicoisquémica fetal después de accidente automovilístico materno. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Volume 29, Issue 1, 2002, Pages 13-30

Cardioversión eléctrica en fibrilación auricular de inicio reciente: actuación enfermera en urgencias.

Rebeca Santos Nieto*, Mª Asunción Jorge Martín*, Alicia Pacho Gimaré*, Beatriz Nieto Miguel**, Laura Mª Jorge Martín***, Sonia Pinto Bartolomé***

*Enfermera. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

**Enfermera. Residencia de Personas Mayores "Los Tres Árboles". Gerencia de Servicios Sociales. Zamora (España)

***Enfermera. Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: rsantosn@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) y una de las principales causas de complicaciones cardiovasculares graves.

La cardioversión eléctrica (CVE) es una técnica eficaz para restaurar el ritmo sinusal en pacientes con FA rápida.

Este trabajo tiene como objetivo describir el abordaje enfermero integral en un caso de CVE urgente, destacando la importancia de la monitorización y los cuidados en todas las fases del procedimiento.

Exposición del caso. Mujer de 64 años sin antecedentes relevantes, que acude al SUH por palpitaciones nocturnas. A su llegada, presenta FA rápida e inestabilidad hemodinámica, con frecuencia cardíaca (FC) de 156 lpm y tensión arterial (TA) de 93/58 mmHg.

Ante la falta de respuesta al tratamiento farmacológico con adenosina, se indica CVE. Se administran previamente heparina de bajo peso molecular, sedoanalgesia con fentanilo y midazolam, y oxigenoterapia.

Tras la aplicación sincronizada de 150 julios, la paciente recupera el ritmo sinusal.

Diagnóstico y discusión. Diagnóstico final: fibrilación auricular de inicio reciente.

La CVE es una intervención segura y eficaz en pacientes con FA hemodinámicamente inestables.

La actuación enfermera es fundamental en la preparación, administración de medicación, monitorización de signos vitales y control post-CVE.

Una intervención coordinada y protocolizada reduce complicaciones y garantiza el éxito terapéutico.

Palabras clave: Fibrilación Atrial, Cardioversión Eléctrica, Enfermería de Urgencia, Arritmias Cardíacas, Atención de Enfermería

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y el tratamiento de la fibrilación auricular. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Rev Esp de Cardiol [Internet]. 2021 [consultado 10 abril 2025]; 74 (5): 437.e1-437.e116. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc--sobre-el-diagnostico-y-tratami-articulo-S0300893220306953-pdf-file
2. Martín A. Tratamiento agudo de la fibrilación auricular en urgencias. Rev Esp de Cardiol [Internet]. 2013 [consultado 10 abril 2025]; 13 (C): 14-20. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-tratamiento-agudo-de-la-fibrilacion-auri-articulo-S1131358713700542-pdf-file
3. Izura Azanza S. Guía de actuación de enfermería en la cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular. Trabajo fin de Grado. Universidad de Navarra [Internet]. 2015 [consultado 15 abril 2025]. Disponible en: https://academica-e.unavarra.es/entities/publication/a1482e76-2890-4b01-847f-e2eca8455139
4. Cano Valls A. La enfermera experta en fibrilación auricular. Enferm Cardiol [Internet]. 2022 [consultado 15 abril 2025]; 29 (87): 5-10. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8906212.pdf

Cetoacidosis diabética post ingesta de alcohol en paciente joven con diabetes mellitus tipo I.

Lucía Calvo Justo*, Mireya Vega Blanco*, Belén Anta Febrero*, Ana Chinchilla Robles*, Alba Pérez González*, Laura Prieto Hernández**.

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Benavente. Benavente (España).

**Enfermera. Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España).

Correo electrónico: lcalvojusto@gmail.com

Introducción y objetivos. La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda grave de la Diabetes Mellitus tipo I (DMI). Es fundamental un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado para prevenir complicaciones.

El objetivo es presentar un caso de CAD en un paciente joven destacando los hallazgos clínicos y el abordaje terapéutico.

Exposición del caso. Paciente varón de 31 años acude al Servicio de Urgencias por dolor en hemitórax derecho, vómitos y polidipsia. En la anamnesis refiere ingesta reciente de alcohol (4 cervezas y 1 botella de Whisky). En la exploración física presenta deshidratación, taquicardia (121 lpm), presión arterial de 103/66 mmHg y saturación de 98% basal. No se evidencian hallazgos neurológicos ni pulmonares significativos.

Las pruebas complementarias fueron analítica sanguínea, gasometría arterial, electrocardiograma, sistemático de orina y radiografía de tórax y abdomen.

Entre los hallazgos de interés encontrados destacan pH: 7.06, HCO3- 9 mmol/L, glucemia capilar de 469 mg/dl y cetonemia de 6.8 mmol/l.

El tratamiento administrado fue Bicarbonato 1M 250ml IV, 1000ml de Ringer Lactato, solución isotónica 0.9% (SSF) 500ml IV, Ondansetrón 4mg IV, Pantoprazol 40mg IV, Nolotil 2g IV y perfusión de insulina 50UI en 500ml de SSF IV a 60 ml/h con controles glucémicos cada 30 minutos hasta glucemia menor de 250 mg/dl.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico fue el síndrome hiperglucémico cetósico en paciente con DMI.

La CAD es una emergencia médica que requiere corrección en la deshidratación, insulinoterapia y monitoreo electrolítico. La ingesta alcohólica puede haber precipitado el cuadro. La atención oportuna permitió estabilizar al paciente.

Palabras clave: Cetoacidosis diabética, Diabetes Mellitus tipo I, Hiperglucemia, Alcohol, Adulto Joven.

Bibliografía:

1. American Diabetes Association. (2023). Standards of Medical Care in Diabetes – 2023.
2. Kitabchi AE, et al. Diabetic Ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Diabetes Care. 2009.

Cetoacidosis diabética: actuación de enfermería

Lucía Zorita Argüero*, Laura Martínez Cañibano*, Guillermo Cuervo Clemente*, Raquel García Rey*, Cristina Pecero Pachón*, Iris María Caso Puente.*

*Enfermeras. Servicio de urgencias. Hospital Universitario León, España.

Correo electrónico: lzoritarguero@gmail.com

Introducción y objetivos. La cetoacidosis diabética (CAD) es una urgencia metabólica potencialmente mortal en pacientes con diabetes tipo 1. Se caracteriza por hiperglucemia, cetosis y acidosis. Su manejo requiere respuesta rápida y vigilancia continua.

Exposición del caso. Paciente femenina de 19 años, con diabetes tipo 1 desde los 13, acude por vómitos, debilidad y respiración agitada. Refiere haber suspendido la insulina desde hace 3 días. A la llegada: TA 85/60 mmHg, FC 122 lpm, FR 30 rpm (Kussmaul), $SatO_2$ 97%, somnolienta pero orientada, con aliento cetónico y deshidratación evidente.

Pruebas complementarias: Glucemia 485 mg/dL, pH 7.08, HCO_3^- 8 mmol/L, cetonuria +++, Na^+ 130, K^+ 5.3, HbA1c 12.1%.

Manejo inicial: Reposición hídrica con SF 0.9% (1 L en 1h), insulina IV a 0.1 UI/kg/h, corrección del potasio según diuresis, control de glucemia y equilibrio ácido-base. Valoración por endocrinología y psicología.

Diagnóstico y discusión. Cetoacidosis diabética grave secundaria a omisión de insulina. El manejo requiere un enfoque multidisciplinar, el rol de enfermería es esencial en la administración segura de insulina intravenosa, el ajuste electrolítico, la vigilancia hemodinámica y el acompañamiento emocional. La educación terapéutica es clave para evitar recurrencias.

La CAD representa una emergencia metabólica que requiere intervención inmediata. El equipo de enfermería cumple un papel fundamental en la estabilización clínica, la prevención de complicaciones como edema cerebral e hipokalemia, y en la educación para el autocuidado. Una intervención rápida y protocolizada mejora significativamente la evolución y reduce la mortalidad.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 1, cetoacidosis diabética, urgencias, enfermería, insulina, cuidados críticos.

Bibliografía

1. Wolfsdorf JI, Glaser N, Agus M, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Pediatr Diabetes. 2022; 23(1):28–53.
2. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care. 2009; 32(7):1335–1343.
3. Fayfman M, Pasquel FJ, Umpierrez GE. Management of hyperglycemic crises: diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Med Clin North Am. 2017; 101(3):587–606.
4. Dhatariya KK, Vellanki P. Treatment of diabetic ketoacidosis in adults. Diabetes Ther. 2023; 14(2):297–309.
5. American Diabetes Association. 16. Diabetes care in the hospital: Standards of Medical Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024; 47(Suppl 1): S255–S265.

Cetosis en diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con dapaglifozina: abordaje en atención primaria.

Rafael Molinero Pérez*, Ana María Lopez Acuña*, Ana Belén Garrote Calvo**, María Teresa Matellán Matellán**, Carmen Salvador Miguel**, Miriam Colino Martínez**.

*Enfermero/a Esp. Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Campos-Lampreana (Villarrín de Campos, Zamora, España).

**Enfermera, Centro de Salud Campos-Lampreana (Villarrín de Campos, Zamora, España).

Correo electrónico: rmolinerop@gmail.com

Introducción y objetivos. Determinados pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM-T1) siguen tratamiento con dapaglifozina, cuyo riesgo es desarrollar Cetoacidosis Diabética (CAD). A su vez, un proceso intercurrente como una Gastroenteritis Aguda (GEA), puede producir cetosis y, sin intervención, conducir a CAD complicando su situación clínica

Objetivo: Abordar la cetosis en Atención Primaria (AP) para evitar la progresión del cuadro y/o su derivación hospitalaria.

Exposición del caso. Paciente con DM-T1 de 30 años, que acude al Punto de Atención Continuada refiriendo dos vómitos y malestar general, en tratamiento con Insulina y Dapaglifozina 5mg/24h.

En la exploración, consciente, orientado y colaborador, constantes en rango. Taquipneico, glucemia 118, electrocardiograma normal. Cuerpos Cetónicos en Sangre Capilar (CCSC): 3 mmol/L, a 10 minutos 3,8, y a 20 minutos 4,8.

Se administran Ondansetron 8mg y 5 u.i. de Insulina Regular en 500cc Suero Glucosado al 5% en 30 minutos, endovenosos.

En 20 minutos, mejora el malestar general, frecuencia respiratoria 18 y CCSC 2,7 mmol/L, y en 30 minutos, 2,2. Reiniciando ingesta en seguimiento domiciliario, 3 horas después, CCSC 1,3.

Diagnóstico y discusión. La cetosis, antes de progresar a CAD supone un reto para tratamiento en AP sin determinaciones en sangre venosa de cuerpos cetónicos e iones. Acordado con el paciente, ante la progresión de la cetonemia, el reducido tiempo de evolución, y conociendo su causa desencadenante, se consiguieron evitar riesgos derivados del tratamiento con dapaglifozina.

Fue resuelto sin derivación hospitalaria, rehidratando al paciente, con Glucosa e Insulina Regular endovenosos, revirtiendo el incremento de CCSC.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 1, Atención Primaria, Cetosis, Cetoacidosis, Dapaglifocina.

Bibliografía

1. Garcia-Tirado J, Farhy L, Nass R, Kollar L, Clancy-Oliveri M, Basu R, et al. Automated insulin delivery with SGLT2i combination therapy in type 1 diabetes. Diabetes Technol Ther [Internet]. 2022 [consultado 10 junio 2025]; 24(7): 461–70. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1089/dia.2021.0542
2. Reyes-Melo CA, Jiménez-Correa DE, Bonilla-Sánchez PK, Córdova-Reibán AS. Cetoacidosis diabética euglucémica. RECIAMUC [Internet]. 2024 [consultado 7 junio 2025]; 8 (1):108–14. Disponible en: https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1251
3. Isern de Val Í, Mercado Castillo H, Díaz Melé MDC. Cetoacidosis diabética euglucémica asociada a los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. Med Clin (Barc) [Internet]. 2024 [consultado 7 junio 2025]; 163(2):101–2. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2024.01.025
4. Sanz-Serra P, Pedro-Botet J, Flores-Le Roux JA, Benaiges D, Chillarón JJ. Dapagliflozina: Más allá del control glucémico en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Clin Investig Arterioscler [Internet]. 2015 [consultado 10 junio 2025]; 27(4):205–11. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2014.11.001
5. Palanca A. Inhibidores de SGLT2 ¿Nueva opción terapéutica en la diabetes tipo 1? Revista Diabetes. [Internet]. 2022 [consultado 7 junio 2025] 77. Disponible en: https://www.revistadiabetes.org/tratamiento/inhibidores-de-sglt2-nueva-opcion-terapeutica-en-la-diabetes-tipo-1/

Control de hemorragia en escenario remoto: reposición del torniquete en un caso clínico.

Carla Nicolás Ramos*, Elvira Paredes Berzosa**, César Colado García*, Paula Vidal Silván **, Elisa Barroso Melón*, Mª Noemi Valcarcel Rodríguez**

* Enfermera residente en enfermería familiar y comunitaria. C.S Armunia. León (España)

**Enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria. C.S Armunia. León (España)

Correo electrónico: nicolasramoscarla@gmail.com

Introducción y objetivos. El torniquete es un dispositivo esencial para el control de hemorragias exanguinantes en contextos de urgencia prehospitalaria. Su uso oportuno puede evitar la muerte por shock hipovolémico, pero su aplicación prolongada o inadecuada puede provocar complicaciones severas.

El objetivo es presentar un caso clínico en entorno de difícil acceso y analizar la necesidad de reposición del torniquete en base a la evidencia actual.

Exposición del caso. Varón de 35 años sufre traumatismo en extremidad inferior derecha tras una caída durante una actividad de escalada en zona montañosa. Presenta fractura abierta de tibia distal con hemorragia activa. El primer equipo de rescate aplica torniquete alto y apretado sobre el muslo, por encima de la ropa. Tiempo estimado de evacuación y traslado a centro quirúrgico: superior a 2 horas.

Diagnóstico y discusión. Ante la duración prevista del torniquete (>2h), la ubicación proximal y sobre ropa, se indica reposición para minimizar complicaciones neuromusculares y sistémicas. La técnica consiste en colocar un segundo torniquete 5-7 cm por encima de la herida, tensarlo correctamente, liberar el primero y comprobar eficacia. Esta técnica permite recuperar parte del volumen sanguíneo atrapado (hasta 700 ml) y mejorar la perfusión.

La reposición del torniquete, cuando está bien indicada, no solo preserva la vida del paciente, sino también la funcionalidad de la extremidad, minimizando secuelas y carga asistencial a largo plazo.

Palabras clave: Torniquete, hemorragia exanguinante, urgencias extrahospitalarias, reposición, montaña.

Bibliografía:

1. Campos Alfaro C. Revisión sistemática sobre el uso de torniquetes en accidentes de montaña. 2024.
2. Urrego Castañeda E, Rave Mazo M, Agudelo Arteaga JJ, Mejía Arroyave C. Uso del torniquete para el control de hemorragias en la atención prehospitalaria. 2024.

3. González Alonso V, Pérez U, Orbañanos Peiro L, Colmenar Jarillo G, Gómez Crespo JM, Hossain López S. ¿Mejora el torniquete la supervivencia del combatiente en zonas en conflicto? Sanid Mil. 2015;71(1):22–8.

Crisis epilépticas como forma de presentación de meningioma complicado: manejo en unidad medicalizada de emergencias

Tamara García Bravo*, Mª del Pilar Gonçalves Blanco**, Mª Isabel Herrera Maíllo***, Nicolás Alberto Navarro Rubio[1]*

*Enfermera. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 8.1. Navalmoral de la Mata (España)

**Bióloga. Ingulados S.L. Cáceres (España).

***Enfermera. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 7.1. Plasencia (España).

[1]*Médico. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 6.1. Navalmoral de la Mata (España).

Correo electrónico: mabelhm@hotmail.com

Introducción y objetivos. Las crisis epilépticas generalizadas constituyen un motivo de consulta urgente que puede ocultar patología neurológica grave. El objetivo es presentar un caso atendido por una Unidad Medicalizada de Emergencias (UME), destacando el abordaje avanzado y las complicaciones surgidas durante la asistencia.

Exposición del caso. Mujer de 74 años, hipertensa, que inicia en domicilio cuadro de alteración del nivel de conciencia seguido de movimientos tónico-clónicos generalizados. A la llegada de la UME presenta hemiparesia izquierda sin alteración del lenguaje. Posteriormente desarrolla tres crisis tónico-clónicas recurrentes, tratadas con midazolam intranasal e intravenoso. Tras la tercera convulsión aparece cianosis, broncoespasmo y vómito abundante, con descenso de Glasgow a 6/15. Se procede a intubación orotraqueal (12:00h) y traslado hospitalario bajo soporte vital avanzado.

Diagnóstico y discusión. En urgencias, la paciente requiere reintubación por sospecha de broncoaspiración masiva. El Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal muestra lesión frontal derecha sólida parcialmente calcificada de 30 x 36 mm, compatible con meningioma complicado, con edema perilesional y signos incipientes de herniación cerebral. El caso refleja la importancia del manejo precoz de crisis epilépticas refractarias en el ámbito extrahospitalario, la necesidad de asegurar vía aérea ante complicaciones respiratorias y el valor de la coordinación interdisciplinar en la cadena asistencial.

Palabras clave: Emergencias extrahospitalarias, Intubación orotraqueal, Meningioma

Bibliografía:

1. Buerki RA, Horbinski CM, Kruser T, Horowitz PM, James CD, Lukas RV. An overview of meningiomas. Future Oncol [Internet]. 2018 [citado 2025 Sep 20]; 14(21):2161–77. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2217/fon-2018-0006

2. Maggio I, Franceschi E, Tosoni A, Nunno VD, Gatto L, Lodi R, et al. Meningioma: not always a benign tumor. A review of advances in the treatment of meningiomas. CNS Oncol [Internet]. 2021 [citado 2025 Sep 20]; 10(2):CNS72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2217/cns-2021-0003

3. Fountain DM, Young AMH, Santarius T. Malignant meningiomas. Handb Clin Neurol [Internet]. 2020 [citado 2025 Sep 20]; 170:245–50. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-822198-3.00044-6

Crup viral en lactante: actuación de enfermería

Claudia Fernández Suárez*, Lucía Zorita Argüero*, María García Fernández*, Sara Alonso Prada*, Iris María Caso Puente*, Laura Criado Castro*

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital Universitario León, España

Correo electrónico: clawiifer@gmail.com

Introducción y objetivos. El crup viral, también denominado laringotraqueobronquitis viral, es una causa frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en niños pequeños. Se caracteriza por estridor inspiratorio, tos perruna y disfonía.

Objetivos:

- Describir la actuación enfermera en un caso de crup viral moderado.
- Analizar los cuidados prioritarios durante la fase aguda.
- Resaltar la importancia de la educación familiar para la detección precoz de signos de alarma.

Exposición del caso. Lactante masculino de 14 meses, previamente sano, consulta por dificultad respiratoria nocturna, tos metálica y fiebre de 38,5 °C. A la exploración: frecuencia respiratoria 38 rpm, frecuencia cardiaca 130 lpm, saturación de oxígeno 96% en aire ambiente, estridor inspiratorio en reposo y retracciones supraesternales. Escala de Westley: 4 puntos (crup moderado).

Manejo inicial. Se administra dexametasona oral 0,6 mg/kg y nebulización con adrenalina racémica (0,5 mL al 1:1.000 en 2 mL de suero fisiológico). Monitorización respiratoria continua durante cuatro horas sin empeoramiento. Los padres reciben educación sobre signos de alarma (cianosis, dificultad respiratoria progresiva, letargo) y el paciente es dado de alta con seguimiento ambulatorio.

Actuación de enfermería. Valoración frecuente de signos vitales, preparación y administración de medicación inhalada, vigilancia respiratoria continua, contención emocional del lactante y apoyo familiar. Se registró evolución clínica y respuesta terapéutica. Se instruyó a los cuidadores sobre la evolución domiciliaria y criterios de reconsulta.

Discusión y conclusiones. El crup viral es una infección respiratoria aguda que provoca obstrucción de la vía aérea superior. La enfermería pediátrica desempeña un papel fundamental en el control clínico, la administración de fármacos y la educación familiar, favoreciendo una recuperación rápida y segura.

Palabras clave: Crup, laringitis, lactante, urgencias pediátricas, enfermería, estridor, dexametasona.

Bibliografía

1. Gates A, Johnson DW, Prieto-Merino D, Klassen TP, Vandermeer B, Hartling L. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 8:CD001955.
2. Bjornson CL, Johnson DW. Croup in children. CMAJ. 2013; 185(15):1317-23.
3. Trotman RL, Beck CE, Johnson DW. Update on the management of croup: 2022 perspective. Pediatrics. 2022; 150(3):e2022057990.
4. Canadian Paediatric Society. Acute management of croup in the emergency department. Paediatr Child Health. 2021; 26(8):486-9.
5. Zoorob R, Sidani M. Croup: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2023; 108(2):144-51.

Entre la atelectasia y el dímero D: una caverna que cambió el diagnóstico

Manuel Alesander Alonso Escribano*, Manuel Mejías Gil**

*MIR de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención Primaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora (España).

**LEA. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

Correo electrónico: maalonsoe@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. El presente caso clínico describe a un paciente joven con dolor torácico de características pleuríticas y elevación de dímero D en el que el estudio por imagen reveló hallazgos sugestivos de neumonía cavitada.

El objetivo principal es presentar el caso clínico de un paciente joven con dolor torácico y hallazgos radiológicos compatibles con neumonía cavitada.

Exposición del caso. Historia actual: Varón de 21 años, fumador, sin otros antecedentes, con dolor de características pleuríticas que le ha despertado por la noche. Comenta un antecedente similar por el que no consultó.

Exploración física: Dentro de la normalidad. Resultado escalas pre-test (Wells, Ginebra y PERC) y de riesgo (PESI): bajo riesgo.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma sin alteraciones significativas.

Analítica: Proteína C Reactiva 7,7mg/l, Dímero D 1059 ng/ml.

AngioTC: Sin evidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP). Leve derrame pleural derecho. Hallazgos de proceso neumónico con cavitación de aproximadamente 13x8x9 mm en lóbulo superior derecho (LSD).

Diagnóstico y discusión. Neumonía cavitada en LSD. Tuberculosis a estudio.

El hallazgo de una caverna en LSD, región predilecta para la tuberculosis postprimaria, unido a la presencia de síntomas pleuríticos y al antecedente similar no evaluado, obliga a priorizar el estudio para tuberculosis incluyendo baciloscopias seriadas y cultivo de esputo., aún en ausencia de síntomas constitucionales como fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso.

Este caso pone de manifiesto cómo una presentación atípica y un algoritmo diagnóstico motivado por un hallazgo inespecífico (dímero D elevado) puede conducir al diagnóstico presuntivo de una enfermedad infecciosa de notificación obligatoria, con implicaciones clínicas y epidemiológicas.

Palabras clave: Caverna pulmonar, Tuberculosis, TAC

Bibliografía

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023. Geneva: WHO; 2023.
2. Pérez-Guzmán C, Vargas MH, Torres-Cruz A, Pérez-Padilla JR. Does aging modify pulmonary tuberculosis?: A meta-analytical review. Chest. 1999; 116(4):961–7.
3. Bates MN, Khalakdina A, Pai M, Chang L, Lessa F, Smith KR. Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2007; 167(4):335–42.
4. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, et al. Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. Clin Infect Dis. 2016; 63(7):e147-e195.
5. Hopewell PC, Pai M, Maher D, Uplekar M, Raviglione MC. International standards for tuberculosis care. Lancet Infect Dis. 2006; 6(11):710-25.

Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Cardioversión eléctrica

Reyes Castellanos Villar*, Judiht González Pérez**, Silvia Miguel Ferreras**, Sandra Quintana Vega**

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Benavente. GASZA. Zamora (España)

**Enfermera. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Benavente. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: reyes424@msn.com

Introducción y objetivos. La fibrilación auricular (FA) es una irregularidad en el latido cardíaco y a un ritmo mayor de lo habitual. La cardioversión eléctrica es un procedimiento para instaurar un ritmo cardíaco normal en pacientes con FA.

El objetivo es la instauración de la hemodinámica del paciente.

Exposición del caso. Mujer de 70 años que acude a urgencias por dolor opresivo que se irradia a brazos y espalda de horas de evolución. Como antecedentes de interés: palpitaciones. No alergias medicamentosas.

La paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, con dolor torácico irradiado a hombro izquierdo, hipoventilación pulmonar, ritmos cardíacos arrítmicos.

Constantes: tensión arterial 85/65mmhg, frecuencia cardíaca 207 latidos por minuto (lpm), afebril, taquipnea (22 respiraciones por minuto).

Pruebas realizadas: analítica sanguínea, electrocardiograma, gasometría arterial.

Hallazgos de interés: alteraciones analíticas (Troponina 10Ng/l), FA con respuesta ventricular rápida.

Tratamiento administrado: Propofol 70mg + pantoprazol 80 mg + fentanest 0.3mg + Digoxina 0.25 mg + ketorolaco 30mg + midazolam 1.5 mg + metoclopramida 10mg + paracetamol 1 gr + suero fisiológico 500 ml intravenoso + enoxaparina 80 mg/dl subcutáneo.

Tras niveles tensionales disminuyendo y frecuencia cardíaca en 260- 280 lpm, se decide realizar cardioversión eléctrica sincronizada a 200 J revirtiendo a ritmo sinusal tras la primera descarga.

Se deriva a cardiología para valoración y seguimiento.

Diagnóstico y discusión. FA con respuesta ventricular rápida

Es importante una atención médica adecuada en la FA para evitar otras patologías asociadas como el infarto cerebral.

La arritmia se produce por modificaciones en el tejido cardíaco o en las variaciones de corriente en los latidos.

Palabras clave: Fibrilación auricular, cardioversión, cardioversión eléctrica, fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

Bibliografía

1. Rodríguez Granillo AM, Guzmán Céspedes O, Meneses E, Curotto MV, Carrasco E, Pérez De La Hoz R. Comparación del uso y la eficacia de la anticoagulación oral en pacientes sometidos a ecocardiograma transesofágico y eventual cardioeléctrica por fibrilación auricular: un reporte inicial: Pp 157-158. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2025 [citado el 8 de junio de 2025]; 89(2):157–8. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482021000200157&script=sci_arttext
2. Sánchez-González C, Herrero Calvo JA. Fibrilación auricular no valvular en pacientes en hemodiálisis crónica. ¿Debemos anticoagular? Nefrología [Internet]. 2022[citado el 8 de junio de 2025]; 42(6):632–44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2022.01.005
3. López AG, Rosario HAI, Cardentey MC, Betancourt AM, Yánez LMP, Hevia JAC. Predictores de fracaso de la cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular persistente. Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2024 [citado el 8 de junio de 2025]; 30:e2227–e2227. Disponible en: https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/2227
4. Fibrilación auricular. Sangre, Corazón y Circulación [Internet]. 2009 [citado el 8 de agosto de 2025]; Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/atrialfibrillation.html
5. Oliveros-Muñoz JC, Dorado-Hoyos S, Quiroga-Naranjo D, Balsero- Salgado PA, Barrera-López AM. Manejo de pacientes con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que consultan a un servicio de urgencias. Acta Med Col [Internet]. 23 de diciembre de 2024 [citado 8 de agosto de 2025]; 50(2 - ABRIL-). Disponible en: https://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/3171

Fracturas costales con volet costal y neumotórax

Reyes Castellanos Villar*, Judiht González Pérez**, Silvia Miguel Ferreras**, Sandra Quintana Vega**

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Benavente. GASZA. Zamora (España)

**Enfermera. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Benavente. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: reyes424@msn.com

Introducción y objetivos. Las fracturas costales producidas por un traumatismo torácico, provocan una pérdida de continuidad en los arcos costales, sus complicaciones pueden ser el volet costal, que hace que la caja torácica se mueva de manera paradójica durante la reparación, y el neumotórax, causado por la lesión de la pleura o el pulmón a consecuencia de la fractura costal permitiendo la entrada de aire en el espacio pleural y pudiendo llegar a causar colapso pulmonar

El objetivo es disminuir las complicaciones derivadas de las fracturas costales

Exposición del caso. Varón de 35 años que acude a urgencias por dolor costal izquierdo tras accidente de moto, el dolor aumenta con la inspiración profunda. Antecedentes de interés: no alergias medicamentosas.

A la exploración, paciente consciente, orientado y colaborador, eupneico en reposo, murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, dolor a la palpación de arcos costales izquierdos en línea anterior axilar, no lesiones cutáneas ni deformidad.

Constantes: tensión arterial 137/74mmhg, frecuencia cardiaca 90lpm, saturación periférica de oxigeno 98%

Pruebas realizadas: Analítica sanguínea, electrocardiograma, Radiografía de tórax.

Hallazgos de interés: Fracturas costales izquierdas y neumotórax.

Tratamiento Administrado: 4mg ondansetron iv. 100mcg fentanilo iv. 500cc SSF. Oxígeno a 2 Litros con gafas nasales

Se realiza Body TAC (tomografía axial computarizada) para completar estudio e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos para drenaje torácico, monitorización y control del dolor.

Diagnóstico y discusión. Fracturas de arcos costales izquierdos y neumotórax izquierdo.

Es importante una atención médica adecuada ante un traumatismo torácico para evitar complicaciones asociadas a las fracturas costales, como son el neumotórax y el volet costal.

Palabras clave: Fracturas costales, volet costal, neumotórax

Bibliografía

1. Carriquiry GM, Servicio de Cirugía de Tórax. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay, Trostchansky J. Manejo actualizado de las fracturas costales. Rev Argent Cir [Internet]. 2020 [citado el 11 de junio de 2025]; 112(4):380–6. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2020000400380
2. Felipe Undurraga M, Patricio RodríGuez D, David Lazo P. Trauma de tórax. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2011 [citado el 11 de junio de 2025]; 22(5):617–22. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70473-4
3. Neumotórax - Manuales Clínicos [Internet]. Manuales Clínicos. 2020 [citado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/neumologia/neumotorax/
4. El Sns GDEPCEN. Guía de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento del traumatismo torácico cerrado no grave [Internet]. Guiasalud.es. [citado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc_604_traumatismo_toracico_osteba_compl.pdf
5. Atención postratamiento de una fractura de costilla [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000539.htm

Función asistencial y social de la unidad medicalizada de emergencias: de una caída a un diagnóstico crítico

Mª Isabel Herrera Maíllo*, Mª del Pilar Gonçalves Blanco**, Tamara García Bravo***, Roberto Libiano García[1]*

*Enfermera. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 7.1. Plasencia (España)

**Bióloga. Ingulados S.L. Cáceres (España).

*** Enfermera. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 8.1. Navalmoral de la Mata (España).

[1]*Técnico en Emergencias Sanitarias. HT Group.Unidad Medicalizada de Emergencias Ciudad Rodrigo. Salamanca (España),

Correo electrónico: mabelhm@hotmail.com

Introducción y objetivos. Los servicios de emergencias extrahospitalarias, además de la asistencia clínica inmediata, pueden desempeñar un papel social clave en la detección de situaciones de riesgo. Presentamos un caso donde una intervención inicialmente asistencial de patología basal no urgente, permitió identificar un grave problema de salud derivado del estado de vulnerabilidad socioeconómica del paciente, reflejando la necesidad de un abordaje integral, sanitario y social.

Exposición del caso. Varón de 81 años, antecedentes de glaucoma y déficit visual severo. La UME (unidad medicalizada de emergencias), acude por caída accidental, con dolor en ambas rodillas y astenia. A la llegada, además de deshidratación y debilidad, se detecta un entorno de insalubridad extrema y abandono social. Aunque la patología inicial no constituía urgencia vital, se decide traslado hospitalario por criterios asistenciales y sociales, contactando además con policía local y trabajadora social.

Diagnóstico y discusión. Durante el ingreso se diagnostica fracaso renal agudo mixto (prerrenal y obstructivo), probablemente relacionado con la escasa ingesta hídrica, junto con desnutrición, insuficiencia cardiaca y candidiasis mucocutánea. La intervención precoz de la UME fue determinante: sin el traslado motivado por la valoración integral, no se habría detectado la patología renal de base. El abordaje coordinado facilitó tratamiento adecuado y gestión de plaza en residencia, asegurando continuidad de cuidados y mejora de calidad de vida.

Palabras clave: Soporte vital avanzado, enfermería, emergencias

Bibliografía:

1. Coca Boronat E, Díaz Pérez MÁ, Lupiáñez Pérez I, Pérez Ardanaz B, Fuentes Ruíz JÁ, Morales Asencio JM. Prevalence of out-of-hospital nursing diagnosis for patients with chronic conditions: improving our understanding of complexity. Emergencias [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Sep 20]; 32(3):211-2. Disponible en: https://emergencias.portalsemes.org/descargar/prevalence-of-out-of-hospital-nursing-diagnosis-for-patients-with-chronic-conditions-improving-our-understanding-of-complexity/
2. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health [Internet]. 2017 [citado 2025 Sep 20]; 152:157-71. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035
3. Montero García A, Morales Asencio JM, Trujillo Illescas JA, Martí C. Factores relacionados con la pérdida de autonomía durante la atención prestada por los servicios de emergencias extrahospitalarias. Emergencias [Internet]. 2016 [citado 2025 Sep 20]; 28(5):340-4. Disponible en: https://emergencias.portalsemes.org/descargar/factores-relacionados-con-la-perdida-de-autonomia-durante-la-atencion-prestada-por-los-servicios-de-emergencias-extrahospitalarias/

Herida por detonación de explosivo. Actuación de enfermería en urgencias hospitalarias

Joana Alexandra Rodrigues Simao*, Alma María Matilla Martínez*

*Enfermera. Residencia Personas Mayores de Zamora. Zamora (España)

Correo electrónico: joana.simao25@gmail.com

Introducción y objetivos. La manipulación de explosivos caseros, como petardos, puede ocasionar lesiones graves, incluyendo heridas profundas y amputaciones. La atención de enfermería en urgencias es crucial para prevenir complicaciones como el shock hipovolémico y el control del dolor. Este caso presenta la actuación de enfermería ante una herida por detonación de petardo en un paciente adulto, destacando aspectos fundamentales en la valoración, intervenciones y decisiones clínicas.

Exposición del caso. Se trata de un varón adulto sin antecedentes personales ni alergias medicamentosas conocidas, que acude al Servicio de Urgencias por una herida causada por la detonación de un petardo en su mano izquierda.

Al ser recibido por la enfermera de triaje, se registran las siguientes constantes vitales: tensión arterial 128/81, temperatura 35,3ºC, frecuencia cardiaca 125 lpm y saturación de oxigeno 99%. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con una puntuación de 9/10 en la escala EVA para el dolor.

Se observa una herida en la mano izquierda que afecta a planos profundos y una amputación de falange.

Tras ser valorado por el médico, se procede a canalizar una vía venosa periférica nº 18 en el miembro superior derecho, se extrae una muestra de sangre para analizar la coagulación y se administra sueroterapia (solución de glucosalino al 33%) y analgesia (1ml de fentanilo 3ml/50ug intravenoso). Se limpia la herida y se aplica un apósito y vendaje. Asimismo, se solicita una radiografía de la mano y se realiza un electrocardiograma.

Después de ser valorado por el traumatólogo de guardia y debido a la estabilidad hemodinámica del paciente, se decide su traslado al Hospital de referencia en transporte secundario. Durante el traslado, el paciente refiere un dolor de intensidad 1/10 en la escala EVA.

Diagnóstico y discusión. Herida por detonación de explosivo.

El uso de petardos en festividades y celebraciones es muy común. Sin embargo, su manipulación incorrecta puede ocasionar desde quemaduras leves hasta daños graves. En estos casos, la enfermera desempeña un papel primordial en la prevención del shock hipovolémico y el control del dolor.

Palabras clave: Detonación, urgencia, enfermera

Bibliografía:

1. Organización Panamericana de la Salud. Guía de atención de heridas y quemaduras. 2019.
2. Pérez-García M. et al. Atención de emergencias en traumatismos de explosivos. Revista de Urgencias. 2020.
3. World Health Organization. Management of blast injuries.2018.

Hipopotasemia severa en paciente con trastorno de la conducta alimentaria: actuación enfermera en urgencias

Rebeca Santos Nieto*, Mª Asunción Jorge Martín*, Alicia Pacho Gimaré*, Beatriz Nieto Miguel**, Laura Mª Jorge Martín***, Sonia Pinto Bartolomé***

*Enfermera. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

**Enfermera. Residencia de Personas Mayores "Los Tres Árboles". Gerencia de Servicios Sociales. Zamora (España)

***Enfermera. Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: rsantosn@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La hipopotasemia severa es una urgencia médica que puede comprometer la vida del paciente, especialmente cuando se asocia a trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Esta alteración electrolítica puede afectar la función neuromuscular y cardíaca, generando arritmias potencialmente letales.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de hipopotasemia grave en el contexto de TCA, destacando el papel de enfermería en el abordaje clínico inmediato.

Exposición del caso. Paciente mujer de 47 años, con antecedente de TCA atípico e hipopotasemia crónica, acude al servicio de urgencias hospitalarias (SUH) por debilidad generalizada, anorexia y molestias abdominales.

A la exploración destaca hipotensión (62/43 mmHg), bradicardia leve y desnutrición severa (índice de masa corporal IMC <10). El electrocardiograma (ECG) muestra descenso del ST y la analítica revela potasio sérico de 1,8 mEq/l.

Se inicia perfusión intravenosa de solución salina y posterior administración de 40 mEq de cloruro potásico (ClK) en 500 ml de suero fisiológico al 0,9%.

La paciente rechaza ingreso hospitalario, por lo que permanece en el SUH. Tras cuatro horas, mejora clínica y analítica: potasio 3,4 mEq/l y ECG con menor alteración.

Diagnóstico y discusión. La sospecha inicial de síndrome coronario agudo con descenso del ST (SCASEST), se descartó analíticamente, estableciendo un diagnóstico final de hipopotasemia severa con alteraciones en el ECG.

El tratamiento de esta alteración requiere intervención urgente, monitorización continua y una administración cuidadosa de potasio. El personal de enfermería desempeña un papel esencial en la identificación temprana, administración segura de electrolitos y vigilancia constante del estado clínico, especialmente en pacientes vulnerables como los que presentan TCA.

Palabras clave: Hipopotasemia, Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Enfermería de Urgencia, Desequilibrio electrolítico, Servicio de Urgencia en Hospital

Bibliografía

1. Rivera-Juárez A, Hernández-Romero I, Puertas C, Zhang-Wang S, Sánchez-Álamo B, Díez-Delhoyo F, et al. Alteraciones graves del potasio plasmático: prevalencia, caracterización clínica-electrocardiográfica y su pronóstico. CardioClinics [Internet]. 2021 [consultado 12 mayo 2025]; 56 (2): 98-107. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.07.001
2. Vidal-Petiot E, Ayari H, Flamant M. Hipopotasemia. EMC - Tratado de Medicina [Internet]. 2017 [consultado 12 mayo 2025]; 21 (2): 1-7. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S1636-5410(17)84233-1
3. Vázquez M, Olivares JL, Fleta J, Lacambra I, González M. Alteraciones cardiológicas en mujeres adolescentes con anorexia nerviosa. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2003 [consultado 12 mayo 2025]; 56 (7): 669-673. Disponible en: Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-alteraciones-cardiologicas-mujeres-adolescentes-con-articulo-13049648

Ictus isquémico agudo en paciente de 61 años: diagnóstico y manejo en urgencias.

Mireya Vega Blanco*, Lucía Calvo Justo*, Belén Anta Febrero*, Ana Chinchilla Robles*, Alba Pérez González*, Laura Prieto Hernández**.

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Benavente. Benavente (España).

**Enfermera. Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España).

Correo electrónico: mireyavega888@gmail.com

Introducción y objetivos. El ictus isquémico es una emergencia médica que se produce por la interrupción del flujo sanguíneo cerebral.

El objetivo de este caso clínico es explicar la importancia de una evaluación temprana y el uso adecuado de las pruebas de imagen en el manejo de pacientes con sospecha de ictus en el servicio de Urgencias con el fin de minimizar secuelas neurológicas.

Exposición del caso. Varón de 61 años que ingresa en Urgencias a las 16:30 horas tras despertar con torpeza motora en hemicuerpo izquierdo. Niega antecedentes médicos relevantes. A su llegada presenta presión arterial de 170/92 mmHg, Glasgow 15, sin alteraciones en conciencia ni lenguaje. Se observa paresia distal en miembro superior izquierdo, sin alteraciones sensitivas.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea, INR, Tomografía Computarizada Craneal (TCC) y se monitoriza tensión arterial y glucemia capilar, manteniéndola entre 80 y 180 mg/dl.

Se realiza fibrinolisis intravenosa (IV) con Alteplasa a dosis de 0.9 mg/kg dentro de la ventana terapéutica de 4.5 horas desde el inicio de los síntomas.

Diagnóstico y discusión.Se realiza TCC que muestra infarto lacunar en región semioval derecha compatible con infarto lacunar hemimotor puro.

El infarto lacunar hemimotor puro es una forma de ictus isquémico que afecta a los ganglios basales presentando paresia aislada sin alteraciones sensoriales. La hipertensión arterial es un factor de riesgo significativo. La evaluación rápida y el uso de pruebas de imagen son esenciales para confirmar el diagnóstico, guiar el tratamiento y prevenir secuelas.

Palabras clave: Ictus isquémico, Urgencias, Diagnóstico, Tratamiento, Tomografía Computarizada.

Bibliografía:

1. Quirónsalud. El ictus isquémico es una emergencia médica que requiere acción rápida para evitar daños irreversibles. [Internet] 2024 [consultado 20 junio 2025]. Disponible en: https://quironsalud.com/es/comunicacion/contenidos-salud/ictus-isquemico-emergencia-medica-requiere-accion-rapida-ev
2. Medizinonline. Actualización sobre el tratamiento agudo del ictus isquémico. [Internet] 2024 [consultado 20 junio 2025]. Disponible en: https://medizinonline.com/es/actualizacion-sobre-el-tratammiento-agudo-del-ictus-isquemico/

3. Revista Sanitaria de Investigación. Caso clínico: Ictus isquémico. [Internet] 2024 [consultado 20 junio 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-de-enfermeria-en-urgencias-ante-un-accidente-cerebrovascular-acv/

Infarto agudo de miocardio: actuación de enfermería

Lucía Zorita Argüero*, Iris María Caso Puente*, Laura Martínez Cañibano*, Laura Criado Castro*.

* Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León. (España)

Correo electrónico: lzoritarguero@gmail.com

Introducción y objetivo. El infarto agudo de miocardio es una emergencia cardiovascular producida por la obstrucción súbita de una arteria coronaria. Su hallazgo característico en el electrocardiograma (ECG) es la elevación del segmento ST, que indica una oclusión coronaria total y grave.

Objetivos:
- Describir la actuación de enfermería en un caso de infarto agudo de miocardio.
- Analizar los cuidados prioritarios durante la fase aguda.
- Resaltar la importancia del acompañamiento y la educación sanitaria.

Exposición del caso. Varón de 58 años que acude a urgencias por dolor torácico opresivo de intensidad 9/10, acompañado de disnea y diaforesis. Antecedentes: hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo activo (un paquete/día). A la exploración: frecuencia cardiaca 96 lpm, presión arterial 140/90 mmHg, saturación de oxígeno 95% y temperatura 36,7 °C. ECG: elevación del segmento ST en derivaciones II, III y aVF compatible con infarto agudo de miocardio inferior.

Manejo inicial: Oxigenoterapia, administración de ácido acetilsalicílico 300 mg y clopidogrel 300 mg por vía oral, heparina sódica intravenosa y nitroglicerina sublingual. Ingreso inmediato en sala de hemodinámica para angioplastia primaria.

Diagnóstico y discusión. Infarto agudo de miocardio inferior Killip I. El pronóstico mejora cuando se logra la apertura del vaso coronario en menos de 90 minutos desde el primer contacto médico. El rol de enfermería es esencial para garantizar monitorización continua, administración segura de fármacos, detección precoz de complicaciones y apoyo emocional al paciente.

La actuación enfermera es clave en la estabilización clínica, la prevención de complicaciones y la recuperación integral del paciente con infarto agudo de miocardio.

Palabras clave: Electrocardiograma, infarto, cuidados, enfermería, urgencias

Bibliografía

1. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023; 44(38):3720-826.
2. Tamis-Holland JE, Abbott JD, Al-Azizi K, et al. SCAI expert consensus statement on the management of patients with STEMI referred for primary PCI. J Soc Cardiovasc Angiogr Interv. 2024; 3(11):102294.
3. American College of Cardiology/American Heart Association, ACEP, NAEMSP, SCAI. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes. Circulation. 2025 Feb 27.
4. Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine Editorial Board. State-of-the-art review: percutaneous coronary intervention in acute coronary syndrome. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2024; 26(4):12.
5. Młynarska E, Czarnik W, Fularski P, et al. From atherosclerotic plaque to myocardial infarction—The leading cause of coronary artery occlusion. Int J Mol Sci. 2024; 25(13):7295.

Manejo de síndrome coronario agudo con elevación del st en un paciente con trastorno esquizotípico de la personalidad.

Laura Prieto Hernández*, Lucía Calvo Justo**, Alba Pérez González**, Belén Anta Febrero**, Mireya Vega Blanco**, Ana Chinchilla Robles**.

*Enfermera. Unidad Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España).

**Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Benavente. Benavente (España).

Correo electrónico: laura.enfermera.99@gmail.com

Introducción y objetivos. El síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) es una forma grave de infarto agudo de miocardio (IAM), causada por la obstrucción total de una arteria coronaria, que requiere reperfusión urgente, habitualmente mediante angioplastia. En pacientes con trastornos mentales como el trastorno esquizotípico de la personalidad, se presentan retos adicionales en la comunicación y adherencia terapéutica. El objetivo es presentar el caso de un adulto con SCACEST y trastorno esquizotípico, destacando el papel clave de la enfermería en el abordaje integral.

Exposición del caso. Varón de 52 años, con diagnóstico previo de trastorno esquizotípico, acude a urgencias acompañado por su hermana por dolor torácico opresivo e irradiado, de dos horas de evolución, acompañado de síntomas vegetativos. Se niega inicialmente a recibir atención médica. A su ingreso, constantes vitales dentro de parámetros normales; el electrocardiograma (ECG) muestra elevación del ST en DII, DIII y aVF. Se realiza seriación de troponinas, que resultan elevadas. Se administra tratamiento con AAS, clopidogrel, nitroglicerina y morfina. Presenta pensamiento desorganizado y resistencia a las intervenciones.

Intervenciones de enfermería: contención verbal empática, monitorización continua, canalización periférica, administración de medicación, seguridad ambiental, coordinación con salud mental y preparación para traslado a hemodinámica. El paciente fue estabilizado y trasladado exitosamente.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico fue IAM con elevación del ST.

El trastorno esquizotípico complica el manejo clínico por su impacto en la relación terapéutica, la adherencia y el seguimiento. El abordaje respetuoso y empático de enfermería fue esencial para lograr la estabilización y atención oportuna del paciente.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), infarto agudo de miocardio (IAM), trastorno esquizotípico de la personalidad, electrocardiograma (ECG), troponinas, adulto.

Bibliografía:

1. Ibáñez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2017; 70(12):1082.e1-1082.e61.
2. Alfonso F. Comentarios a la guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2017; 70(12):1039-1045.
3. Romaguera R, Cruz-González I, Ojeda S, et al. Documento de consenso de las Asociaciones de Cardiología Intervencionista y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología sobre el manejo de las salas de procedimientos invasivos en el brote de coronavirus COVID-19. Rev Esp Cardiol. 2020; 73(5):317-322.
4. Aldama G, López M, Santás M, et al. Impacto en la mortalidad tras la implantación de una red para la atención del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2020; 73(5):323-331.
5. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Trastorno esquizotípico de la personalidad: características clínicas y diagnóstico. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2021; 14(1):9-18.

Neumonía adquirida en la comunidad: actuación de enfermería

Lucía Zorita Argüero*, Sara Alonso Prada*, Cristina Pecero Pachón*, Guillermo Cuervo Clemente*, Laura Fernández Zamora*, Laura Martínez Cañibano*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario León (CAULE). León, España

Correo electrónico: lzoritarguero@gmail.com

Introducción y objetivos. La neumonía adquirida en la comunidad es una infección respiratoria frecuente en adultos mayores y una causa relevante de hospitalización. Su evolución puede derivar en insuficiencia respiratoria y sepsis.

Objetivos:

- Describir la actuación de enfermería en un caso clínico de neumonía adquirida en la comunidad.
- Analizar los cuidados prioritarios para prevenir complicaciones.
- Destacar la importancia de la educación sanitaria en la adherencia al tratamiento.

Exposición del caso. Varón de 84 años acude a urgencias por fiebre, tos productiva y disnea de tres días. Antecedentes: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve y exfumador de 40 paquetes/año. A la exploración: temperatura 38,9 °C, frecuencia cardiaca 105 lpm, presión arterial 110/70 mmHg, saturación de oxígeno 88% en aire ambiente, frecuencia respiratoria 28 rpm y estertores húmedos en base pulmonar derecha.

Pruebas: Analítica: leucocitos 16.000/mm³, proteína C reactiva 125 mg/L. Radiografía: consolidación en lóbulo inferior derecho.

Escala Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, Age ≥65 (CURB-65): 2 puntos.

Manejo: Canalización venosa y monitorización continua. Administración de ceftriaxona 1 g intravenosa y azitromicina 500 mg intravenosa, oxigenoterapia con gafas nasales a 2 L/min, nebulizaciones con suero salino, control de temperatura, balance hídrico y registro evolutivo. Educación al paciente sobre higiene bronquial y adherencia antibiótica.

Diagnóstico y discusión. Neumonía lobar derecha adquirida en la comunidad. La enfermería desempeña un rol esencial en la detección precoz de deterioro respiratorio, el soporte clínico y la vigilancia de complicaciones como sepsis o insuficiencia respiratoria aguda.

Una intervención protocolizada y centrada en el paciente mejora la evolución clínica, previene reingresos y favorece la recuperación funcional en población vulnerable.

Palabras clave: Neumonía, adulto mayor, antibióticos, enfermería, urgencias, cuidados respiratorios.

Bibliografía:

1. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official ATS/IDSA clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2019; 200(7):e45–e67.
2. Torres A, Lee N, Cilloniz C, Vila J, Van der Eerden M. Laboratory diagnosis, biomarkers, and microbiological testing for community-acquired pneumonia: An update. Clin Chest Med. 2023; 44(1):1–14.
3. Cilloniz C, Dominedò C, Torres A. Multimorbidity and risk of mortality in patients with community-acquired pneumonia. Expert Rev Respir Med. 2022; 16(5):431–444.
4. Bruns AH, Oosterheert JJ, Hak E, Hoepelman AI. Pneumonia in elderly people: A European perspective. Eur J Intern Med. 2020; 80:1–9.
5. World Health Organization. WHO Global Report on Respiratory Infections 2023. Geneva: WHO; 2023.

Paciente pediátrico con enfermedad venérea en urgencias

Canto Velasco Calvo*, Rocío Páez González**, María Concepción Trufero Hervella***, José María Barbón Rodríguez[1]*, Pilar Ramos Calabaza[2]*, Inés Mateos Mateos[3]*

*Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

***TCAE. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[1]*TCAE. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora (España).

[2]* TCAE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[3]*Enfermera. Centro de Salud Benavente Sur. Zamora (España).

Correo electrónico: flakazmr@hotmail.com

Introducción y objetivos. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) en pediatría representan un signo de alerta importante. Pueden estar asociadas a transmisión vertical, contacto no sexual o abuso sexual. El

objetivo de este caso es describir el diagnóstico y manejo de un paciente pediátrico con ITS que acude a urgencias y abordar la importancia del enfoque multidisciplinario.

Exposición del caso. Niña de 7 años de edad, traída a urgencias por los padres debido a prurito vulvar y secreción vaginal purulenta durante 5 días. No refiere fiebre ni dolor abdominal. Antecedentes personales sin relevancia ni antecedentes conocidos de enfermedades venéreas familiares.

En la exploración se evidencia enrojecimiento y edema de los genitales externos y secreción purulenta. No se observan lesiones cutáneas ni alteraciones sistémicas. Se realiza anamnesis con los padres, sin factores de riesgo claros para transmisión sexual. Se inicia estudio microbiológico de la secreción.

Diagnóstico y discusión. La muestra confirma infección por Chlamydia trachomatis descartando otras infecciones.

Se realiza valoración psicosocial para descartar abuso sexual, sin hallazgos concluyentes. Se plantea posible transmisión perinatal tardía o contacto no sexual, aunque se mantiene vigilancia estrecha.

La presencia de Chlamydia trachomatis en una niña es motivo de estudio para identificar posible abuso, aunque también puede deberse a transmisión vertical o contaminación.

El tratamiento antibiótico debe adaptarse a la edad, garantizando su seguimiento. La detección precoz es clave para evitar complicaciones a largo plazo.

Es importante subrayar el abordaje multidisciplinario para asegurar la atención integral y protección del menor.

Palabras clave: Venérea, pediatría, urgencias.

Bibliografía

1. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Centers for Disease Control and Prevention; [Internet]. 2021 [Consultado 3 Jun 2025]. Disponible en: https://www.cdc.gov/index.html
2. Nancy Kellogs, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexually abused children. Pediatrics [Internet]. 1999 [Consultado 3 Jun 2025]; 103(1): 186-191. Disponible en: https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/116/2/506/62869/The-Evaluation-of-Sexual-Abuse-in-Children
3. Read PJ, Smith DW. Gonococcal infection in infancy and childhood. Centers for Disease Control and Prevention; [Internet]. 1995 [Consultado 3 Jun 2025]. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/gonorrhea-children.htm

Preeclampsia severa: actuación de enfermería

Guillermo Clemente Cuervo*, Lucía Zorita Argüero*, Sara Alonso Prada*, Claudia Fernández Suárez*, Laura Fernández Zamora*, Pablo Martínez Salas*

*Enfermero/a. Servicio de urgencias. Hospital Universitario León, España.

Correo electrónico: lzoritarguero@gmail.com

Introducción y objetivos. La preeclampsia severa es un trastorno hipertensivo del embarazo que compromete gravemente la salud materna y fetal. Requiere diagnóstico precoz y manejo integral para reducir la morbimortalidad.

Objetivos:

- Describir la actuación de enfermería en un caso de preeclampsia severa.
- Analizar los cuidados prioritarios maternofetales.
- Destacar la importancia del acompañamiento emocional y educativo.

Exposición del caso. Mujer de 27 años, primigesta de 32 semanas, acude por cefalea, visión borrosa y edema. Presentaba cifras tensionales de 165/105 mmHg, reflejos osteotendinosos exaltados y edema en miembros inferiores. El control prenatal había sido irregular.

Pruebas complementarias: Proteinuria 4.2 g/24h, plaquetas 110.000/mm³, creatinina 1.4 mg/dl, transaminasas elevadas y ácido úrico 8.5 mg/dl. Prueba sin estrés reactiva.

Manejo inicial: Ingreso en unidad de alto riesgo. Se administró sulfato de magnesio intravenoso como profilaxis anticonvulsiva, labetalol oral cada 8 h para control tensional y betametasona intramuscular para maduración pulmonar fetal. Monitorización: materna y fetal continua.

Actuación de enfermería: Registro horario de constantes vitales, diuresis y reflejos. Control estricto de balance hídrico. Vigilancia de toxicidad por sulfato de magnesio. Apoyo emocional y educación sobre signos de alarma. Preparación para eventual parto anticipado.

Diagnóstico y discusión. Se diagnosticó preeclampsia severa con compromiso renal y hepático leve. Se decidió manejo expectante hasta la semana 34, bajo estrecha vigilancia multidisciplinar. La enfermería tuvo un papel fundamental en la detección precoz de complicaciones y en el acompañamiento integral.

La preeclampsia severa exige intervención inmediata y coordinación multidisciplinar. La enfermería es clave en la monitorización, el soporte emocional y la educación sanitaria, mejorando el pronóstico maternofetal.

Palabras clave: Preeclampsia, embarazo, hipertensión, enfermería, complicaciones obstétricas

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Hypertension in pregnancy: executive summary. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):1–25.
2. World Health Organization. WHO recommendations: Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011.
3. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertens. 2022; 27(Suppl 1):S6–S41.
4. Sibai BM. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: evidence and clinical guidelines. Clin Obstet Gynecol. 2020; 63(2):293–303.
5. Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, de Groot CJM, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. Lancet. 2016; 387(10022):999–1011.

Presentación atípica de síndrome coronario agudo: un reto diagnóstico en urgencias

Ana Chinchilla Robles*, Lucía Calvo Justo*, Mireya Vega Blanco*, Belén Anta Febrero*, Alba Pérez González*, Laura Prieto Hernández**.

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Benavente. Benavente (España).

**Enfermera. Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España).

Correo electrónico: anachinchillarobles@gmail.com

Introduccón y objetivos. El síndrome coronario agudo (SCA) representa una causa importante de morbilidad y mortalidad. Su presentación clínica puede ser atípica, lo que dificulta la identificación temprana y el manejo adecuado.

El objetivo es presentar un caso atípico de SCA en un adulto mayor para facilitar intervenciones en urgencias.

Exposición del caso. Paciente de 68 años acude al Servicio de Urgencias por disnea y molestia epigástrica, sin dolor torácico ni otros síntomas. Antecedentes de ansiedad. En la exploración física presenta buen estado general, consciente y orientada. Bien hidratada y eupneica en reposo. Presión arterial: 178 /111 mmHg, saturación de oxígeno de 95% basal y frecuencia cardiaca de 98 lpm.

Las pruebas complementarias fueron analítica sanguínea con troponina de control, electrocardiograma.

Entre los hallazgos significativos observados se destacan: troponina de ingreso de 185 mg/dl, con incremento a 259mg/dl sugiriendo infarto no Q.

El tratamiento administrado fue furosemida de 40 mg intravenoso (IV), Alprazolam 0.5 mg sublingual, Brilique 180 mg vía oral, Inyesprin 450 mg IV, Pantoprazol 40 mg IV con repetición de electrocardiograma.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico fue sospecha de infarto no Q con presentación atípica que se basó en la elevación progresiva de troponinas, un marcador clave de daño miocárdico.

El papel de enfermería resultó fundamental para la vigilancia constante, la evaluación detallada de signos y síntomas no evidentes, facilitando una respuesta terapéutica oportuna. Este caso subraya la importancia de implementar protocolos multidisciplinarios que consideren manifestaciones clínicas atípicas, para mejorar la detección precoz y los resultados clínicos.

Palabras clave: Infarto no Q, Troponina en ascenso, Disnea aguda, Adulto mayor, Ausencia de dolor torácico.

Bibliografía:

1. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ,Barbato E, Berry C, Chieffo A et al. ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023 Oct 12; 44(38):3720–3826.
2. Cardioteca. Lo mejor del año 2023 en síndrome coronario agudo. Cardioteca. 2023.
3. Revista Española de Cardiología. Comentarios a la guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Rev Esp Cardiol. 2023.
4. Martínez-Sellés M, Gargallo García E, Fernández Cardona M, Sevilla Fernández JA. Síndrome coronario agudo. Código infarto en urgencias. Medicine (Programa de formación médica continuada acreditado). 2023; 13(87):5138–5145.

Problema de salud laboral en Técnico en Cuidados de Enfermería de urgencias y apoyo sindical

Rocío Páez González*, Canto Velasco Calvo**, María Concepción Trufero Hervella***, José María Barbón Rodríguez[1]*, Pilar Ramos Calabaza[2]*, Inés Mateos Mateos[3]*

*Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

***TCAE. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

1*TCAE. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora (España).

2* TCAE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

3*Enfermera. Centro de Salud Benavente Sur. Zamora (España).

Correo electrónico: roci_paez@hotmail.com

Introducción y objetivos. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería (TCAE) trabajadores de urgencias están expuestos a múltiples riesgos laborales. El objetivo de este caso es describir un problema de salud laboral en una TCE de urgencias, su diagnóstico y el papel del sindicato "Unión General de Trabajadores" (UGT).

Exposición del caso. Paciente mujer de 29 años, TCAE con 7 años de experiencia en urgencias hospitalarias, acude a consulta médica por dolor lumbar crónico que se ha intensificado en los últimos 6 meses, dificultando sus actividades laborales y personales.

La TCAE señala que ha reportado estas molestias al equipo de prevención, pero no ha recibido medidas efectivas.

Ante la persistencia de los síntomas y su repercusión en su calidad de vida, contacta con el sindicato UGT, que gestiona una evaluación ergonómica del puesto y facilita acceso a un programa de rehabilitación laboral.

Diagnóstico y discusión. Diagnóstico: Lumbalgia crónica de origen laboral secundaria a sobrecarga física y malas condiciones ergonómicas en urgencias. La naturaleza física de este trabajo incrementa el riesgo de trastornos musculoesqueléticos.

Cabe destacar la importancia de la prevención mediante la adecuación ergonómica, pausas activas y formación en técnicas seguras de movilización. Cuando la lesión ya se ha producido, la intervención multidisciplinaria y la gestión sindical cobran relevancia para garantizar la protección del trabajador, el reconocimiento del origen laboral y el acceso a tratamientos y adaptaciones laborales.

UGT fue clave para defender sus derechos y promover cambios en el entorno laboral que facilitaron su recuperación y reincorporación.

Palabras clave: Riesgos laborales, sindicatos, prevención, urgencias.

Bibliografía:

1. Marras WS, Ferguson SA, Burr D, et al. The role of ergonomics in preventing musculoskeletal disorders in healthcare workers. J Safety Res. 2017; 61:65-76.
2. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (España). Guía para la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. 2019.
3. Unión General de Trabajadores (UGT). Salud laboral y prevención en el ámbito sanitario. Guía práctica; 2021.
4. Szeto GPY, Straker L. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence and risk factors. Phys Ther. 2010; 90(5):770-783.

Redes sociales y el riesgo de lo viral

Rodrigo Molinera de las Heras*, Delia Herranz Benito**, Javier Prieto Serrano*, Laura García Gómez***, Cristina Sanz Prieto[1]*, José Miguel Cáceres Castro[2]*

*Técnico de Emergencias. Gerencia de Emergencias Sanitarias UME 112. Segovia (España)

**Enfermera. Urgencias. Hospital General de Segovia. Segovia (España)

***Enfermera. Gerencia de Emergencias Sanitarias UME 112. Segovia (España)

[1]*Enfermera. Matrona. Hospital General de Segovia. Segovia (España)

[2]*Médico. Gerencia de Emergencias Sanitarias UME 112. Segovia (España)

Correo electrónico: mdlhrodri@gmail.com

Introducción y objetivos. Niño, 12 años, sufre traumatismo craneoencefálico (TCE) con pérdida de conciencia tras imitar un reto de asfixia de TikTok. El caso resalta el grave impacto de las redes sociales en la salud adolescente.

Objetivos

1. Describir y destacar el problema de los retos virales.
2. Concienciar del impacto de las redes sociales en la salud de los jóvenes.

Exposición del caso. Niño, 12 años, ha visto por redes sociales un reto en el que se ahogan unos a otros y así se ven más guapos, anamnesis: comenta que realizándolo con un amigo ha perdido el conocimiento y se ha golpeado con la cabeza zona occipital contra la pared, no relajación de esfínteres, a los 30 minutos comienza con vómitos.

Orientado en las 3 esferas, pupilas isocóricas y reactivas, todas las constantes dentro de la normalidad: 145/92, 70 latidos por minuto (lpm), 98%. Glucemia: 81 mg/dl. Glasgow: 15. No dolor a la palpación.

Diagnóstico y discusión. TCE con pérdida consciencia.

Esto nos lleva a la influencia de las redes sociales, el impacto en la adolescencia y el peligro que puede llevar a la imitación de un "viral" y de su realización por parte de los adolescentes con el peligro que puede tener sobre la salud, también aumenta por el hecho de sentirse más aceptados en su círculo al realizarlo y grabarse para subirlo a las redes sociales. Este tipo de cosas ha sufrido un aumento exponencial y cada vez son más normales y habituales dentro de nuestra sociedad y nuestros jóvenes.

Palabras clave: Viral, Riesgo, Redes, Adolescente

Bibliografía

1. Ayuda en Acción. Redes sociales y jóvenes: impacto positivo o negativo. [Internet]. Madrid: Ayuda en Acción; 2024 [citado 2025 Sep 22]. Disponible en: https://ayudaenaccion.org/blog/educacion/redes-sociales-y-jovenes-impacto-positivo-o-negativo/
2. Child Mind Institute. Cómo afecta el uso de las redes sociales a los adolescentes. [Internet]. Nueva York: Child Mind Institute; 2024 [citado 2025 Sep 22]. Disponible en: https://childmind.org/es/articulo/como-afecta-el-uso-de-las-redes-sociales-los-adolescentes/
3. Psicología y Mente. Beneficios y peligros de las redes sociales en adolescentes. [Internet]. Barcelona: Psicología y Mente; 2024 [citado 2025 Sep 22]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/desarrollo/beneficios-y-peligros-redes-sociales-en-adolescentes
4. PantallasAmigas. Retos virales, "challenges" y prevención de conductas de riesgo en la adolescencia. [Internet]. Bilbao: PantallasAmigas; 2024 [citado 2025 Sep 22]. Disponible en: https://pantallasamigas.net/retos-virales-triviales-claves-prevencion-challenges-inapropiados/

Síndrome coronario agudo inducido por cocaína: actuación enfermera en un caso de fibrinólisis urgente

Rebeca Santos Nieto*, Mª Asunción Jorge Martín*, Alicia Pacho Gimaré*, Beatriz Nieto Miguel**, Laura Mª Jorge Martín***, Sonia Pinto Bartolomé***

*Enfermera. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

**Enfermera. Residencia de Personas Mayores "Los Tres Árboles". Gerencia de Servicios Sociales. Zamora (España)

***Enfermera. Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: rsantosn@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. El consumo de cocaína constituye un importante problema de salud pública debido a su impacto agudo sobre el sistema cardiovascular. Entre sus efectos más graves se encuentran el infarto agudo de miocardio (IAM), arritmias y parada cardiorrespiratoria (PCR), incluso en personas jóvenes sin factores de riesgo conocidos.

El objetivo de este trabajo es exponer un caso clínico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) inducido por cocaína, destacando el abordaje enfermero en el proceso asistencial.

Exposición del caso. Varón de 35 años, sin antecedentes previos, acude a Urgencias por dolor torácico opresivo tras consumo de cocaína y alcohol. Electrocardiograma (ECG) con elevación del ST en derivaciones inferiores y laterales, y troponinas elevadas. Se administra tratamiento inicial con nitroglicerina, ácido acetilsalicílico (AAS) y pantoprazol. Posteriormente, el paciente sufre PCR por fibrilación ventricular. Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), soporte vasoactivo y se administra tenecteplasa ante la imposibilidad de realizar intervención coronaria percutánea (ICP) inmediata. La actuación enfermera fue crucial en la identificación de la PCR, la administración del fibrinolítico y en la monitorización constante del paciente.

Diagnóstico y discusión. b Diagnóstico final: SCACEST inducido por consumo de cocaína.

La cocaína provoca vasoespasmo coronario y trombosis, favoreciendo IAM.

La fibrinólisis es una estrategia efectiva cuando no es posible la ICP urgente.

El papel de enfermería es clave en la administración segura de fibrinolíticos y en la vigilancia de posibles complicaciones, reforzando la importancia de una formación especializada en urgencias cardiovasculares.

Palabras clave: Infarto del Miocardio, Trastornos Relacionados con Cocaína, Enfermería de Urgencia, Fibrinólisis

Bibliografía

1. Protocolo Código Infarto Castilla y León. Estrategia de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. [Internet]. 2021 [consultado 30 abril 2025]; Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/codigo-

infarto-castilla-leon.ficheros/2045490-Actualizacion%202021%20C%C3%B3digo%20Infarto%20en%20CyL%20.pdf

2. Boscha X, Loma-Osorioa P, Guascha E, Noguéb S, T. Ortiza JT, Sánchez M. Prevalencia, características clínicas y riesgo de infarto de miocardio en pacientes con dolor torácico y consumo de cocaína. Rev Esp de Cardiol [Internet]. 2010 [consultado 30 abril 2025]; 63 (9): 1028-1034. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-prevalencia-caracteristicas-clinicas-y-r-articulo-13154325-pdf
3. Rosales Chaves, MA. Infarto agudo al miocardio asociado al uso de cocaína. Revista Electrónica PortalesMedicos.com. [Internet]. 2024 [consultado 5 mayo 2025]; XIX (7): 200. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/infarto-agudo-al-miocardio-asociado-al-uso-de-cocaina/
4. Meseguer Fernández MR. Plan de cuidados de enfermería para paciente que presenta síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). A propósito de un caso. Enfermería en Cardiología. [Internet]. 2020 [consultado 7 mayo 2025]; 81: 54-59. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7845229.pdf
5. Rodríguez Ramos PI. Consumo de cocaína e infarto agudo de miocardio en población joven. Trabajo fin de Grado. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife [Internet]. 2017 [consultado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5372/CONSUMO%20DE%20COCAINA%20E%20INFARTO%20AGUDO%20DE%20MIOCARDIO%20EN%20POBLACION%20JOVEN.pdf

Shock cardiogénico

Reyes Castellanos Villar*, Judiht González Pérez**, Silvia Miguel Ferreras**, Sandra Quintana Vega**

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Benavente. GASZA. Zamora (España)

**Enfermera. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Benavente. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: reyes424@msn.com

Introducción y objetivos. El shock cardiogénico se produce cuando la bomba cardiaca no consigue aportar al organismo el oxígeno y sangre necesarios. Los signos como molestias torácicas, obnubilación, frecuencia cardiaca (FC) rápida, disnea.

Exposición del caso. Paciente de 69 años que acude a urgencias, por expectoración verdosa y tos intensa. Alérgico a betalactámicos e intolerancia al fluimucil oral. Antecedentes: Exfumador, Hipertensión, dislipemia, Diabetes tipo 2 y linfoma b difuso de células grandes en remisión.

Presenta palidez cutánea, anuria, sudoración fría y hemodinámicamente inestable.

Constantes: tensión arterial(TA) 91/ 63 mmhg, FC 94 latidos por minutos. Saturación de oxigeno 96%, apirético.

Pruebas realizadas: analítica sanguínea, electrocardiograma, radiografía de tórax, sistemático de orina, gasometría arterial basal.

Hallazgos de interés: Dímero D 765 ng/ml, Lactato 2.0 mmol/L, Troponina de 91 mg/dL, ProBNP 14000pg/ml, acidosis metabólica y fallo renal. En el electrocardiograma presenta disfunción ventricular izquierda severa.

Tratamiento en urgencias: 2/3 de fentanest + paracetamol 1 gr + Suero Fisiológico 2000 ml+ Actocortina 100mg + ciprofloxaciono 400 mg + ringer lactato 1000 ml + Noradrenalina 1 amp en 250 ml glucosado 5% a 6ml/h que se titula hasta 10ml/h tras caída de FC a 40 lpm y TA 50/30mmhg.

Se decide ingreso en cuidados intensivos.

Diagnóstico y discusión. Shock cardiogénico.

El shock cardiogénico tiene una elevada tasa de mortalidad por lo que su diagnóstico y tratamiento precoz es de vital.

La identificación de la enfermedad ira determinado por tensión arterial baja y bajo flujo sanguíneo y enfermedades como valvulopatías aumentan las probabilidades de padecerlo.

Palabras clave: Shock, cardiogénico, shock cardiogénico, choque cardiogénico

Bibliografía

1. Choque cardiógeno [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000185.htm
2. Amado J, Gago P, Santos W, Mimoso J, de Jesús I. Rev Port Cardiol [Internet]. 2016. [citado el 6 de junio de 2025]; 35(12):681–95. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.08.004
3. Síndrome E, están: EE. Existe una gran diversidad de enfermedades cardiovasculares que pueden provocar el desarrollo de [Internet]. Medigraphic.com. 2000 [citado el 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2000/h002f.pdf
4. Ojeda-Riquenes Y, Sosa-Diéguez G. Choque cardiogénico en los síndromes coronarios agudos. Revista Electrónica Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2020 [citado el 8 de agosto de 2025]; 45(3). Disponible en: https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2168
5. 5. Zeledón SF, Méndez JE, Pucci CJ, Escalante GC, Estrada G C. Choque cardiogénico: Historia, fisiopatología e implicaciones terapéuticas. Parte I. Rev Costarric Cardiol [Internet]. 2009 [citado el 6 de junio de 2025]; 11(2):24–32. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422009000200009
6. Guzmán-Rodríguez R, Polo-Lecca G, Aráoz-Tarco O, Alayo-Lizana C, Chacón-Diaz M. Características actuales y factores de riesgo de mortalidad en choque cardiogénico por infarto de miocardio en un hospital latinoamericano. Arco Perú Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2020 [citado el 6 de junio de 2025]; 1(4):206–14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.47487/apcyccv.v1i4.89

Trastorno depresivo mayor: actuación de enfermería

Pablo Martínez Salas*, Lucía Zorita Argüero*, Guillermo Cuervo Clemente*, María García Fernández*, Raquel García Rey*, Laura Martínez Cañibano*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario León (CAULE). León, España

Correo electrónico: rydenms@gmail.com

Introducción y objetivos. El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se caracteriza por alteración persistente del estado de ánimo, anhedonia y disfunción social. Su detección precoz y abordaje integral son esenciales, siendo la enfermería clave en la seguridad y recuperación del paciente.

Objetivo: Conocer la actuación enfermera en el TDM

Exposición del caso. Mujer de 38 años derivada a urgencias por ideación suicida verbalizada en atención primaria. Refiere ánimo deprimido, insomnio y anhedonia de tres meses de evolución. Antecedentes: episodios depresivos leves, madre con trastorno bipolar. Exploración: aspecto descuidado, contacto ocular escaso, discurso hipoproductivo, afecto plano, ideación autolítica sin plan concreto, juicio conservado. Escala MADRS: 29 puntos (depresión moderada-grave).

Manejo inicial: ingreso voluntario en unidad psiquiátrica. Se inicia sertralina 50 mg/día y quetiapina 25 mg nocturna. Intervención enfermera: valoración continua de riesgo suicida, registro conductual, control del sueño y rutina estructurada. Se realiza contención emocional, psicoeducación sobre tratamiento y participación en terapias grupales de activación conductual.

Diagnóstico y discusión. Trastorno depresivo mayor, episodio moderado, sin características psicóticas. Presencia de al menos 5 de los síntomas: ánimo depresivo (tristeza persistente) o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante más de 2 semanas, representando un cambio en el funcionamiento previo.

El TDM con ideación suicida requiere un entorno seguro y apoyo permanente. La enfermería tiene un rol esencial en la vigilancia del riesgo, el acompañamiento emocional y la educación terapéutica, favoreciendo la adherencia, la reducción del riesgo suicida y la recuperación funcional del paciente.

Palabras clave: Depresión, salud mental, enfermería, riesgo suicida, psicofármacos.

Bibliografía:

1. Malhi GS, Bell E, Boyce P, Bassett D, Berk M, Bryant R, et al. The 2023 clinical practice guidelines for mood disorders: major depressive disorder summary. Aust N Z J Psychiatry. 2023; 57(4):369 410.
2. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018; 391(10128):1357 1366.
3. McAllister Williams RH, Arango C, Blier P, et al. The identification, assessment and management of difficult to treat depression: consensus statement. World Psychiatry. 2020; 19(3):306 321.
4. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. Geneva: WHO; 2021.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5 TR). 5th ed., text rev. Washington, DC: APA; 2022.

Una joroba infrecuente, un diagnóstico crucial: tromboembolismo pulmonar bilateral

Manuel Alesander Alonso Escribano*, Ainhoa Urraca Gamaury**

*MIR de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención Primaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora (España).

**LEA. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

Correo electrónico: maalonsoe@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. El tromboembolismo pulmonar (TEP) representa una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular y una de las emergencias médicas más desafiantes en los servicios de urgencias. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que exige un alto índice de sospecha basado en la combinación de factores de herencia predisponentes y factores desencadenantes temporales.

Objetivo: Describir el proceso diagnóstico y el manejo terapéutico de un caso de TEP bilateral en un paciente con múltiples factores de riesgo concomitantes.

Exposición del caso. Varón de 65 años, sedentario, con antecedentes de safenectomía reciente, dislipemia, FA paroxística (CHADsVasc 0), IAM tipo 2 y oligodendroglioma, que acude al servicio de urgencias por disnea y dolor súbito nocturno de tipo pleurítico localizado en omoplato derecho.

Exploración física: Dentro de la normalidad salvo crepitantes en base derecha.

Escalas pre-test: Wells: 6,5 puntos (riesgo alto para TEP); Ginebra: 15 puntos (riesgo alto para TEP); PERC: 3 puntos (probabilidad TEP); PESI: 105 puntos (clase III, riesgo intermedio)

Pruebas complementarias:

ECG: RS a 75 lpm. Eje 30º. Intervalo PR 0,20mseg. QRS estrecho. SIQIIITIII. Analítica: Dímero D 8081ng/ml. Rx Torax: Campos pulmonares claros y simétricos, con opacidad en forma de cono en base pleural, bien definida en hemitórax derecho compatible con joroba de Hampton. Resto, sin alteraciones. AngioTC: TEP bilateral con infartos pulmonares derechos.

Diagnóstico y discusión. TEP bilateral

Los antecedentes del paciente y la anamnesis son altamente sugerentes de TEP.

La aplicación de las escalas, nos indica una probabilidad pre-test elevada lo que indica la realización de pruebas diagnósticas avanzadas.

El ECG (SIQIIITIII), la analítica (dímero D 8081 ng/ml) y la Rx de Torax (joroba de Hampton, compatible con infarto pulmonar) eleva la sospecha diagnóstica que se confirma con el gold standard que es el angioTC.

El tratamiento del TEP en este contexto incluye anticoagulación sistémica, monitorización estrecha y hospitalización.

Palabras clave: Joroba de Hampton, Escala de Wells, TEP.

Bibliografía

1. Konstantinides SV, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2020; 41(4):543–603.
2. Aujesky D, et al. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 172(8):1041–6.
3. Stein PD, et al. Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2006; 354(22):2317–27.
4. Heit JA. The epidemiology of venous thromboembolism. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2008; 28(3):370–2.
5. Khorana AA, et al. Risk factors for venous thromboembolism in cancer patients. Thromb Res. 2007; 118(5):525–30.

Variaciones en el electrocardiograma por hipotermia

Javier Prieto Serrano*, Rodrigo Molinera de las Heras*, Delia Herranz Benito**, José Carlos Batalla Garlito***, Laura García Gómez[1]*, Cristina Sanz Prieto[2]*

*TES. Servicio de emergencias extrahospitalarias de Castilla y León (ambulancias Rodrigo). Segovia (España)

**JUE Urgencias. Hospital General de Segovia. Segovia (España)

***Médico. Samur Protección civil, Madrid (España)

[1]*Enfermera. Servicio de emergencias extrahospitalarias de Castilla y León. Sacyl. Segovia (España)

[2]*Enfermera especialista en ginecología y obstetricia. Hospital General de Segovia. Segovia (España)

Correo electrónico: javierprietoserrano@hotmail.com

Introducción y objetivos. En la atención prehospitalaria, cuando se trata de pacientes con bajo nivel de conciencia y circunstancias sociales y ambientales adversas, se torna imprescindible una rápida valoración y un enfoque multidisciplinar. En el caso a tratar, vemos cómo identificar la etiología es fundamental para abordar el caso. Estando presente como posibles causas la exposición al frío, el consumo de tóxicos y la presencia de alteraciones metabólicas y cardiacas.

Exposición del caso. Varón de 52 años, hallado en el interior de un habitáculo con presencia de humo, ropa mojada, estado nutricional caquéctico y bajo nivel de conciencia. Se sospecha consumo de alcohol u otras drogas, lo que justificaría el bajo nivel de conciencia.

En la exploración física se observa hipoventilación, y al realizar analítica muestra hipercapnia e hipopotasemia. El ECG revela un bloqueo de rama, que inicialmente hace pensar en un síndrome coronario agudo.

Durante nuestra intervención, comenzamos quitando la ropa mojada y aplicando medidas de calentamiento progresivo, y se observa cómo hay una mejoría de la alteración de la conducción. Lo que nos hace pensar que la etiología del bloqueo es la hipotermia.

Diagnóstico y discusión. Este caso nos muestra de nuevo la gran importancia de los factores externos como la hipotermia. Se tuvo que diferenciar entre una alteración cardiaca primaria de una secundaria a hipotermia. La hipopotasemia y la hipercapnia pudieron contribuir al cuadro clínico.

El papel del TES es fundamental para tratar de revertir las causas secundarias en este caso la hipotermia dando espacio al resto del equipo a que valoren otras opciones diagnósticas. La recuperación del bloqueo tras la normalización de la temperatura apoya el diagnóstico de alteración de la conducción por hipotermia, evitando tratamientos invasivos innecesarios. Este tipo de casos nos hace ver la necesidad de integrar datos de la anamnesis, ambientales, sociales, ambientales y analíticos.

Palabras clave: Hipotermia, alteraciones ECG, diagnóstico diferencial, alcohol

Bibliografía

1. Tintinalli JE. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 9th ed. McGraw-Hill; 2020.
2. Danzl DF, Pozos RS. Accidental hypothermia. N Engl J Med. 1994 Dec 29; 331(26):1756-60.
3. Soar J, Becker LB, Berg KM, Einav S, Ma Q, Olasveengen TM, et al. Cardiopulmonary resuscitation in special circumstances. Lancet. 2021 Oct 2; 398(10307):1257-68.

Sesión de pósteres

Premio al mejor póster.

¡Se ahoga! Motivos más frecuentes de atragantamiento en neonatos y lactantes.

Marina Curiel Téllez*, Laura Posado Fernández*, Raquel Rojo Alejos*, María Lobato Fernández*

*Enfermera. Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Correo electrónico: mcurieltellez@gmail.com

Introducción y objetivos. El atragantamiento es una causa frecuente y urgente de atención en los servicios de urgencias hospitalarias pediátricas, el cual se define como el evento grave en el que se obstruye la vía aérea a causa de un cuerpo extraño, impidiendo una ventilación y oxigenación adecuada.

Objetivos.Identificar las causas más frecuentes de atragantamiento. Conocer el manejo hospitalario de atragantamiento

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes menores de 2 años que han acudido al servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre el 1/01/2022 y 30/06/2025.

Resultados. Tras el análisis de las variables indicadas anteriormente se obtuvieron los siguientes datos; Se analizaron 55 pacientes. En triaje, 25 pacientes fueron prioridad I, 11 prioridad II, y 12 prioridad IV. Las principales causas identificadas fueron: lactancia, contenido orogástrico, mucosidad, medicación y cuerpos extraños. En cuanto al manejo clínico, 48 casos el episodio se resolvió de forma espontánea.

El atragantamiento en menores de 2 años de edad supone una causa urgente de consulta en los servicios de urgencias pediátricas. Dichos eventos ocurren en el ámbito domiciliario, convirtiendo la educación para la salud y los conocimientos en soporte vital básico a padres y cuidadores en un pilar básico para la correcta resolución de los episodios.

Conclusiones. El atragantamiento en menores de 2 años es frecuente en urgencias, sin embargo, la mayoría de pacientes acuden estables y el atragantamiento se resuelve espontáneamente sin necesidad de realizar ningún procedimiento en el servicio.

Palabras clave: Atragantamiento, urgencias médicas, educación en salud.

Bibliografía:

1. Retana Puigmartí M, Rodríguez Ruiz C. Atragantamiento: abordaje en niños y adultos. FMC [Internet]. 2023 [citado 21 julio 2025]; 30(10):524–527. Disponible en: https://www.fmc.es/es-atragantamiento-abordaje-en-ninos-y-adul-articulo-S1134207223001962
2. Atragantamiento en menores de 1 año. Guía práctica. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) [Internet]. 2021 [citado 21 julio 2025]. Disponible en: https://www.semfyc.es/recursos-ciudadania/guia-practica/42/444
3. Martí Martí L. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. Grupo Previnfad [Internet]. 2025 [citado 21 julio 2025]. Disponible en: https://previnfad.aepap.org/recomendacion/accidentes-domesticos-rec
4. García Villarroya B, Martín Lanzuela I, Guillén Ginés T, Otal Agut P, Uruén Subías M. El riesgo de atragantamiento en el bebé con el uso del Baby Led Weaning (BLW): ¿miedo o realidad? Revisión sistemática. Rev Med PortalesMed [Internet]. 2020 [citado 21 julio 2025]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-riesgo-de-atragantamiento-en-el-bebe-con-el-uso-del-baby-led-weaning-blw-miedo-o-realidad-revision-sistematica/

Pósteres defendidos.

Actuación de enfermería en intoxicaciones agudas en el servicio de urgencias

Lucía Ferrero González*, María Garrido Domínguez*, José Miguel Rodríguez Alonso*

*Enfermero/a. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

Correo electrónico: luciaferrerogonzalez@gmail.com

Introducción y objetivos. Las intoxicaciones agudas constituyen una de las emergencias más frecuentes en los servicios hospitalarios, representando un desafío clínico importante. La intervención de enfermería es clave para garantizar una valoración inicial efectiva y la aplicación de protocolos adecuados.

Objetivo: analizar las principales intervenciones de enfermería en el manejo de intoxicaciones agudas en los servicios de urgencias.

Material y métodos. Se realizó una revisión narrativa basada en literatura científica reciente, considerando artículos que abordaran las intervenciones de enfermería en intoxicaciones agudas. Se incluyó estudios que analizaban técnicas de valoración inicial, descontaminación, manejo clínico y seguimiento del paciente.

Resultados. Se destaca la relevancia de una evaluación estructurada, priorizando la estabilización de funciones vitales mediante el enfoque ABCDE. La identificación precoz de signos de intoxicación grave permite implementar técnicas de descontaminación, como lavado gástrico y administración de carbón activado, eficaces en casos seleccionados.

La administración de antídotos específicos y la monitorización continua de signos vitales son esenciales para prevenir complicaciones. Además, la educación sanitaria al paciente y su entorno complementa la atención, promoviendo la prevención de recaídas y el reconocimiento temprano de intoxicaciones futuras.

Conclusiones. La actuación de enfermería en intoxicaciones agudas requiere una intervención sistemática que combine valoración rápida, técnicas de descontaminación, monitorización y apoyo educativo. Este enfoque integral permite mejorar los resultados clínicos y prevenir complicaciones. Es esencial la formación continua del personal de enfermería en este ámbito para garantizar una atención segura y eficaz.

Palabras clave: Intoxicación, Urgencias, Enfermería, Antídotos

Bibliografía

1. Amigó-Tadín M, Nogué-Xarau S, Sánchez -Sánchez M. Técnicas y procedimientos aplicados a los pacientes con intoxicación aguda en un servicio de urgencias. Enfermería Clínica [internet]. 2007 [consultado 10 junio 2025];17(5):231–8. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-tecnicas-procedimientos-aplicados-los-pacientes-intoxicacion-aguda-13110926
2. Rodríguez-Rubio A. Manejo de las intoxicaciones agudas. N Punto [internet]. 2018 [consultado 10 junio 2025];1(9):3–12. Disponible en: https://www.npunto.es/revista/9/manejo-de-las-intoxicaciones-agudas
3. Villodre-Martínez I. Actuación de enfermería de urgencias ante una intoxicación aguda. N Punto [internet]. 2024 [consultado 10 junio 2025];103(103):1–103. Disponible en: https://www.npunto.es/revista/78/actuacion-de-enfermeria-de-urgencias-ante-una-intoxicacion-aguda
4. Basauri-Savelli S, Vásquez V, Maluenda-Barrientos F, Lara-Hernandez B. Enfrentamiento inicial de las intoxicaciones por medicamentos orales en el servicio de urgencia. ARS MEDICA. [internet]. 2023 [consultado 10 junio 2025];48 (2), 32-42. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-18552023000200032&script=sci_arttext

Comparativa del síncope, lipotimia, ictus e intoxicación etílica

José Antonio Montes López*, Cristina Nieto Salvadores*, Mª Inmaculada de la Iglesia Calvo*, Manuela Hernández García*

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: volkov.3@hotmail.com

Introducción y objetivos. Síncope es una pérdida transitoria de la conciencia, común en los servicios de urgencias. Debido a su presentación clínica, es crucial diferenciarlo de otros síntomas como la lipotimia, ictus o la intoxicación etílica, que requieren abordajes diferentes.

Objetivos. Conocer las características definitorias del síncope respecto a otros cuadros clínicos similares.

Material y métodos. Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Google Académico. Se utilizaron términos de búsqueda: síncope, ictus, lipotimia, mareo, manejo en urgencias de las patologías mencionadas. Se incluyeron estudios de los últimos 10 años, en español e inglés, excluyendo los artículos sin acceso a texto completo.

Resultados. El sincope se caracteriza por inicio súbito, corta duración y recuperación espontánea. La lipotimia no tiene pérdida total de conciencia. El ictus suele acompañarse de déficit neurológicos focales. Y la intoxicación etílica presenta alteración del nivel de conciencia y signos de consumo. El personal de enfermería en la valoración inicial e identificación de signos de alarma juegan un papel clave.

Conclusiones. La atención en urgencias debe centrarse en la identificación precoz y la diferenciación de las causas de pérdida de conciencia. La valoración clínica rápida permite reducir errores diagnósticos, mejorar la atención al paciente y optimizar los recursos.

Palabras clave: Síncope, Lipotimia, Ictus, Intoxicación etílica, Urgencias

Bibliografía:

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke [internet]. 2018 [consultado 14 de Agosto 2025]; 50(12). Disponible en: https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211.
2. Isasia Muñoz T, Vivancos Mora J, Del Arco Galán C. Protocolo de actuación en urgencias hospitalaria. Emergencias [internet] 2001 [consultado 14 de Agosto 2025]; 13: 178-187. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2001_13_3_178-87.pdf
3. Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope [internet]. 2001 [consultado 14 de Agosto 2025]; 22(15):1256-1306. Disponible en: https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2739
4. Alfonso Martín Martínez. Ángel Moya Mitjans. Francisco Moya Torrecilla.Coral Suero Méndez. Manejo-paciente-con-sincope-en-urgencias.pdf [Internet]. 2019 [consultado 14 agosto 2025]. Disponible en: https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/06/manejo-paciente-con-sincope-en urgencias.pdf
5. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope. [Internet]. 2017 [consultado el 14 agosto 2025]. Disponible en: https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2017.03.003
6. M.A. Abreu Galán. Protocolo terapéutico del paciente con intoxicación alcohólica. Medicine: Programa de formación, ISSN 0304-5412, seri8, Nº102, [Internet]. 2003 (ejemplar dedicado a enfermedades del sistema nervioso (XII), pags. 5509-5512. [consultado 14 agosto 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0304-5412(03)71019-1

El futuro es ahora: encuesta de opinión satisfacción

Joaquín Madrigal Andrés*, Ana Belén Fontaneda Alonso**

*Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villamuriel de Cerrato. Palencia (España)

**Supervisora Urgencias CAUPA. Palencia (España)

Correo electrónico: jmadrigal@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. Los practicum permiten a los estudiantes de enfermería valorar la calidad asistencial y su formación. Este estudio analiza su satisfacción y preferencias laborales futuras para detectar áreas de mejora en la formación práctica.

Objetivos

- Evaluar la satisfacción en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH).
- Identificar dificultades durante las prácticas.
- Proponer mejoras formativas.
- Conocer preferencias laborales y factores que influyen en la elección de contratos.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal mediante encuesta validada a 92 estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería (E.U.E.). Se aplicó un enfoque mixto con análisis cuantitativo y cualitativo. La participación fue del 67%, con alta fiabilidad (alfa de Cronbach 0.8–0.89) y correlación significativa ($r > 0.7$).

Resultados. En AP, el 52% señaló carencias en centros urbanos y propuso rotaciones con matrona y trabajadora social. Las principales dificultades fueron el desconocimiento técnico, escasa implicación docente y ausencia de rotaciones rurales. En AH, las Consultas Externas fueron las peor valoradas (34%), seguidas de actitudes poco formativas del personal. Las propuestas más frecuentes incluyeron mejorar la calidad docente y ampliar rotaciones en Servicios Especiales. La satisfacción media fue de 6,25 en AP y 6,13 en AH. El Servicio de Urgencias fue el mejor valorado (26%). El factor más influyente para aceptar un contrato fue su duración (37%).

Conclusiones. El Servicio de Urgencias destaca como preferido. La duración del contrato prima sobre la satisfacción formativa. Se recomienda reforzar la formación de tutores, eliminar rotaciones de escaso valor, como ciertas Consultas Externas. La nota media indica amplio margen de mejora.

Palabras clave: Calidad docente, acciones de mejora, preferencias laborales

Bibliografía

1. Papastavrou E, Dimitriadou M, Efstathiou G, et al. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. BMC Nurs. 2016; 15: 44.
2. Warne T, Johansson UB, Papastavrou E, et al. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. Nurse Educ Today. 2010; 30(8):809-815.
3. Fernández-García E, Jiménez-Rodríguez D, Torres-Parejo Ú, et al. Satisfacción y percepción de los estudiantes de enfermería sobre prácticas clínicas tras la pandemia COVID-19. Rev Latinoam Enferm. 2021; 29: e3541.
4. Roca J, Canet O, Figueiredo T, et al. Evaluación de la satisfacción de los estudiantes de enfermería con las prácticas clínicas en Atención Primaria. Enferm Clin. 2020;30(1):24-3
5. Ramírez-Castro L. Nivel de satisfacción de los estudiantes de Enfermería en prácticas clínicas en hospitales públicos [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022.

Inmovilización en trauma grave

Cristina Nieto Salvadores*, Mª Inmaculada de la Iglesia Calvo*, José Antonio Montes López*

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: crisi_90@hotmail.com

Introducción y objetivos. La inmovilización y movilización en pacientes con trauma grave son procedimientos fundamentales para prevenir lesiones secundarias en la columna vertebral, especialmente en casos de sospecha de lesión raquimedular. La correcta selección de dispositivos y técnicas ayuda a reducir complicaciones y mejorar la seguridad del paciente.

Se plantearon como objetivos analizar las principales técnicas y dispositivos de inmovilización y movilización utilizados en pacientes con trauma severo e identificar los criterios de evaluación de riesgo para su aplicación.

Material y métodos. Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Google Académico. Se utilizaron como términos de búsqueda: inmovilización, trauma grave, servicios de urgencias y dispositivos. Se incluyeron estudios de los últimos 10 años, en español e inglés, excluyendo los artículos sin acceso a texto completo.

Resultados. Los dispositivos principales incluyen collarines cervicales rígidos, férulas para extremidades, colchones de vacío y tablas especiales, como la camilla de tijera o el tablero espinal. La evaluación de riesgo se realiza mediante criterios como edad, mecanismo lesional, síntomas neurológicos y signos de deformidad. La inmovilización está indicada en pacientes con alto riesgo de lesión. La elección del método debe garantizar la protección de la columna, facilitar la exploración clínica, ser de fácil aplicación y radiotranslúcido.

Conclusiones. La correcta inmovilización y movilización en trauma grave exigen una evaluación exhaustiva del riesgo y la utilización de dispositivos adecuados que permitan una atención segura. La formación de los profesionales reduce las complicaciones y mejora los resultados en la atención urgente.

Palabras clave: Inmovilización, trauma grave, servicios de urgencias, dispositivos

Bibliografía

1. Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas (GIDEP). Restricción de la movilidad cervical (RMC) [internet]. 2025 [consultado 09 de agosto 2025]. Disponible: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/gidep_epdt/es_def/adjuntos/GIDEP_INM_Cervical.pdf
2. Aymerich Cano H, Barreiro Díaz MA, Cegarra García M, Chayán Zas MA, García Rúa R, Gómez Tellado M. [internet]. 1ª ed. Santiago de Compostela; 2010 [consultado 09 de agosto 2025]. Disponible en: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/documents/10-0617.pdf
3. Guerrero López F, Aranda Narváez JM, Barrera Chacón JM, Blanco Orozco AI, Cabello Serrano A, Correa Ruiz A, et al. Atención al Trauma Grave [internet]. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familia; 2020 [consultado 09 de agosto 2025]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_ATG.pdf
4. Ossaba Vélez S, Sanz Canalejas L, Martínez-Checa Guiote J, Díez Tascón A, Martí de Gracia M. Traumatismo de la columna vertebral cervical. Radiología, Suplemento "Radiología de Urgencias" [internet]. 2025 [consultado 09 de agosto 2025]; 65(S1): S21-S31. Disponible en: doi:10.1016/j.rx.2022.10.010

Intervención en tabaquismo en atención primaria: estrategia para reducir complicaciones en urgencias

Yolanda Martin Vaquero*, Ana Isabel García Tejera**, Candelas Isidro Marcos**, Carmen García López***, José Ángel Sánchez Cerezal[1]*, Noelia Sánchez Jiménez[2]*.

*Enfermera. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora. (España)

**Enfermera. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. (España)

***Enfermera. Centro de Salud Carbajales. Zamora. (España)

[1]*Enfermero. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. (España)

[2]*Enfermera. Centro de Salud Toro. Zamora. (España)

Correo electrónico: ymartinv@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. Las personas fumadoras tienen mayor probabilidad de acudir a urgencias por crisis respiratorias, dolor torácico, complicaciones infecciosas. También los fumadores pasivos, incluidos niños, pueden sufrir crisis asmáticas. La atención urgente es un momento crítico clave para ofrecer intervención y recursos para dejar de fumar. En 2022, se inició la implantación de la guía de buenas prácticas "Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria" de la RNAO®.

Objetivo. Analizar los resultados obtenidos tras la implantación de la guía en Atención Primaria (A.P.) durante el primer semestre de 2025.

Material y métodos. Estudio descriptivo de registros anonimizados de la guía asistencial del paciente fumador en A.P. Fuente: MEDORA

Resultados. Se han creado 5 consultas específicas en A.P. (3 en centros de salud rurales y 2 en un centro salud urbano), con 337 pacientes y 1402 citas (se realizan el 77% presenciales o telefónicas). El 58% son

hombres, con una media de edad de 51,5 años [13-83] y edad de inicio de 17 años. El consumo medio es de 21,7 cigarrillos/día. La motivación media para dejar de fumar es de 8/10. El 38% presenta tabaquismo severo y el 32% moderado. Se utiliza citisina en el 84% y vareniclina en menor proporción. Se han registrado 32 exfumadores (≥1 año sin fumar); el resto continúa en proceso.

Conclusiones. El abordaje desde A.P. muestra una actividad creciente y efectiva. Facilitar el acceso a recursos de cesación puede reducir futuras atenciones urgentes relacionadas con el tabaquismo activo y pasivo.

Palabras clave: Tabaquismo, Cesación tabáquica, Atención Primaria (A.P.), Guía de buenas prácticas RNAO®, Motivación para dejar de fumar, Crisis respiratorias.

Bibliografía:

1. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Proceso Asistencial Integrado para la Atención a las Personas Fumadoras. Valladolid: Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria; [Internet]. 2019 [citado 11 jul 2025]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria. 3ª ed. Toronto (ON): RNAO; [Internet]. 2017 [citado 11 jul 2025]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0012_IntervencionesConsumoTabaco_2017.pdf

Manejo avanzado del golpe de calor en tiempos de cambio climático: rol de enfermería en urgencias

Pablo Martínez Salas*, Laura Martínez Cañibano*, Lucia Zorita Argüero*, Laura Criado Castro*, María García Fernández* Claudia Fernández Suárez*

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital universitario de León (CAULE), León, España

Correo electrónico: rydenms@gmail.com

Introducción y objetivos. El aumento de las temperaturas globales ha incrementado la incidencia de golpe de calor, una emergencia médica potencialmente mortal. El personal de enfermería juega un rol clave en su detección, manejo y recuperación. La actualización de protocolos y el uso de equipamiento adecuado son fundamentales para mejorar los resultados clínicos.

Objetivos. Describir estrategias avanzadas para el manejo del golpe de calor grave y destacar el rol de enfermería en la atención de estos pacientes.

Material y Métodos. Se realizó una revisión sistemática en PubMed, Cochrane, UpToDate y Scopus, con descriptores MeSH: Heatstroke, Climate Change, Emergency Nursing, Emergency Medical Services, Critical Care y Clinical Protocols. Se incluyeron ensayos clínicos, cohortes, revisiones sistemáticas, guías clínicas y consensos (2018-2024), en inglés o español, con alta calidad metodológica (escala SIGN).

Se analizó la información según tres ejes: estrategias de enfriamiento rápido, protocolos clínicos y rol de enfermería en golpe de calor grave.

Resultados. El análisis de 13 estudios confirma que el enfriamiento rápido inmediato reduce la mortalidad; la inmersión en agua helada es la técnica más eficaz, seguida del enfriamiento evaporativo y dispositivos externos.

Intervenir dentro de los primeros 30 minutos mejora resultados y previene fallo multiorgánico. Las guías recomiendan protocolo ABCDE, monitorización neurológica y vigilancia hemodinámica. Los protocolos internacionales coinciden en priorizar la detección y manejo inicial por enfermería.

Conclusiones. El golpe de calor es una emergencia creciente que requiere una respuesta rápida. Enfermería, con protocolos actualizados y tecnología adecuada, es clave para optimizar el tratamiento y reducir complicaciones.

Palabras clave: Golpe de calor, cambio climático, atención de urgencias, enfermería, protocolos clínicos, cuidados.

Bibliografía:

1. Epstein Y, Yanovich R. Heatstroke. N Engl J Med. 2019; 380(25):2449–59.
2. Casa DJ, Armstrong LE, Kenny GP, O'Connor FG, Huggins RA. Exertional heat stroke: new concepts regarding cause and care. Curr Sports Med Rep. 2021; 20(4):185–90.
3. Bouchama A, Dehbi M, Chaves Carballo E. Cooling techniques in heat stroke. Crit Care Med. 2007; 11(3):R54.
4. Grundstein A, Vanos JK, Hajna S, Cooper ER, Casa DJ. Hospitalizations and emergency department visits associated with heat stroke in the United States. Environ Res. 2020; 183:109203.
5. Morabito M, Crisci A, Messeri A, et al. Heat related mortality in Europe: trends under climate change scenarios. Sci Total Environ. 2021; 773:145627.
6. Hifumi T, Kondo Y, Shimizu K, Miyake Y. Heatstroke. J Intensive Care. 2018; 6:30.
7. Spector JT, Sheffield PE. Re evaluating heat stroke thresholds for public health protection. Environ Health Perspect. 2021; 129(9):095001.
8. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Heatwaves: Deadly Consequences and Health Emergency Preparedness. Geneva: IFRC; 2022.
9. Montain SJ, Cheuvront SN, Sawka MN. Exercise associated hyponatremia: quantitative analysis to understand the etiology. Br J Sports Med. 2019; 53(23):1382–9.
10. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with heat-related illnesses. Ann Emerg Med. 2021; 77(4):e1–20.
11. García Méndez M, Ortiz Hernández L, Rojas Roque A. Enfermería de urgencias frente a olas de calor: una revisión integrativa. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2023; 31(1):55–64.
12. Intergovernmental Panel on Climate Change. Sixth Assessment Report: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Geneva: IPCC; 2022.

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería informadora en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel

Rosa María Sánchez Pérez*

*TCAE. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca (España).

Correo electrónico: rosacharra1@gmail.com

Introducción y objetivos. En muchas ocasiones, Urgencias es el primer punto de contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario público, y su percepción sobre su funcionamiento y la calidad influye en su relación futura y expectativas.

El objetivo es implementar un programa de gestión de información para ofrecer un servicio de calidad.

Material y métodos. El programa se enfoca en brindar información clara y oportuna sobre el proceso asistencial a los usuarios, acogiéndolos y transmitiéndoles serenidad, mejorando la percepción del servicio y la relación entre el personal sanitario.

El programa cuenta con profesionales técnicos en cuidados de enfermería con experiencia en Urgencias. Se utiliza recursos como terminales informáticos y sistemas de comunicación para facilitar la gestión de información.

Implementación. Se desarrolla en la unidad de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca y se dirige a familiares y acompañantes, excluyendo la información médica. Durante el turno de mañana, se recopila información relevante sobre los pacientes, se atiende a los familiares, se proporciona información sobre los tiempos de espera y se colabora con otros servicios del hospital. En el turno de tarde, se establece coordinación entre dos TCAES para atender a personas que requieren información y recoger llamadas.

Palabras clave: TCAE informadora, urgencias, información, acompañantes

Bibliografía.

1. Busca P, Marrón R. La informatización en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010; 33(Supl 1):117-27.
2. Carbonell Torregrosa MA, Girbés Borrás J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Emergencias. 2006; 18:30-5.
3. Carrasco Peralta JA. Manual de estándares de servicios de emergencia y urgencias. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2015
4. García Millán A. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Rev Clin Med Fam. 2009; 2:275-9.
5. García-García A, Arévalo-Velasco A, García-Iglesias MA, Sánchez-Barba M, Delgado-Vicente MA, Bajo-Bajo A, et al. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. Rev Calid Asist. 2015;30(4):203-9
6. España. Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. BOE nº 83, 8 abr 2003; p.12534-41.
7. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, 15 nov 2002; p.40126-32.

Tríada letal del trauma.

Cristina Pecero Pachón*, Laura Martínez Cañibano*, Claudia Fernández Suárez*, Iris María Caso Puente*, Laura Criado Castro*, María García Fernández*.

*Enfermera. Servicio de Urgencias, Hospital de León (CAULE), León (España).

Correo electrónico: cpecerop02@gmail.com

Introducción y objetivo. La tríada letal del trauma es un conjunto de tres condiciones médicas que pueden llevar a la muerte si no se tratan rápidamente: hipotensión arterial, acidosis metabólica y coagulopatía.

Este trabajo tiene como objetivo determinar el conocimiento ante los cuidados de enfermería en la tríada letal del trauma.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica de la evidencia científica. La búsqueda se ha realizado en la base de datos Pubmed; se ha utilizado los tesauros MeSH: "lethal triad of trauma", "death", "trauma", "hospital service emergencies" y "nursing care"; y, los operadores booleanos AND y OR. Se escogieron estudios escritos en español o inglés, 2019-2024, en humanos y en adultos. Para valorar la calidad de los 9 estudios seleccionados se utilizó la declaración STROBE.

Resultados:

La tríada letal del trauma describe:

- Trauma mayor o politrauma: tras múltiples lesiones graves, el cuerpo puede entrar en un estado de shock traumático.
- Lesiones penetrantes: heridas que provocan pérdida de sangre y daño tisular, desencadenando la respuesta fisiológica.
- Trauma contundente severo: lesiones contundentes graves provocan un daño tisular extenso y una respuesta sistémica.

Los cuidados de enfermería son críticos y se centran en la estabilización y la prevención de complicaciones mortales: monitorización, manejo de la vía aérea, control de hemorragia, corrección de hipotensión, manejo de la acidosis metabólica, prevención y manejo de la coagulopatía y del dolor.

Conclusión. En la tríada letal del trauma, el cuerpo está luchando por mantener la homeostasis; indica un estado crítico que requiere atención médica inmediata. El tratamiento se centra en estabilizar al paciente y prevenir el deterioro.

Palabras clave: Acidosis, hipotermia, coagulopatías, cuidados críticos, atención de enfermería.

Bibliografía:

1. Mikhail J. The trauma triad of death: hypothermia, acidosis, and coagulopathy. AACN Clin Issues [Internet]. 1999; 10(1):85-94. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/00044067-199902000-00008
2. Van Veelen MJ, Brodmann Maeder M. Hypothermia in trauma. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021; 18(16):8719. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168719
3. Thorsen K, Ringdal KG, Strand K, Søreide E, Hagemo J, Søreide K. Clinical and cellular effects of hypothermia, acidosis and coagulopathy in major injury. Br J Surg [Internet]. 2011; 98(7):894-907. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/bjs.7497
4. Dietz N, Blank M, Asaka W, Oxford BG, Ding D, Sieg E, et al. Emergent management of severe hypothermia, acidemia, and coagulopathy in operative penetrating ballistic cranial trauma. Cureus [Internet]. 2024; 16(3):e55630. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7759/cureus.55630
5. Mills JD. Trauma Diamond of death: Adding calcium to the lethal triad. J Emerg Nurs [Internet]. 2024; 50(3):330-5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2023.12.011
6. Martini WZ. Coagulopathy by hypothermia and acidosis: Mechanisms of thrombin generation and fibrinogen availability. J Trauma [Internet]. 2009; 67(1):202-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/ta.0b013e3181a602a7
7. Iyengar KP, Venkatesan AS, Jain VK, Shashidhara MK, Elbana H, Botchu R. Risks in the management of polytrauma patients: Clinical insights. Orthop Res Rev [Internet]. 2023; 15:27-38. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2147/ORR.S340532
8. Martini WZ, Pusateri AE, Uscilowicz JM, Delgado AV, Holcomb JB. Independent contributions of hypothermia and acidosis to coagulopathy in swine. J Trauma [Internet]. 2005; 58(5):1002-9; discussion 1009-10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/01.ta.0000156246.53383.9f
9. De Robertis E, Kozek-Langenecker SA, Tufano R, Romano GM, Piazza O, Zito Marinosci G. Coagulopathy induced by acidosis, hypothermia and hypocalcaemia in severe bleeding. Minerva Anestesiol. 2015; 81(1):65–75. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24608516/
10. Perlman R, Callum J, Laflamme C, Tien H, Nascimento B, Beckett A, et al. A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients. Crit Care [Internet]. 2016; 20(1):107. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1271-z
11. Van Veelen MJ, Brodmann Maeder M. Hypothermia in trauma. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021; 18(16):8719. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168719
12. Moffatt SE. Hypothermia in trauma. Emerg Med J [Internet]. 2013; 30(12):989-96. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2012-201883
13. Reynolds BR, Forsythe RM, Harbrecht BG, Cuschieri J, Minei JP, Maier RV, et al. Hypothermia in massive transfusion: Have we been paying enough attention to it? J Trauma Acute Care Surg [Internet]. 2012; 73(2):486-91. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/ta.0b013e31825c163b

Pósteres electrónicos.

Abordaje de la agitación en urgencias y emergencias de salud mental: una propuesta de buenas prácticas

Daniel Garcia Sangrador *, Paula Gutiérrez Báez*, Lidia Casado De Anta*, Tania Patricia Martins Rodrigues**, Aroa Martin Blanco **, Jaime Ferrin Franco***

* Enfermera/o especialista en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Salud mental. Hospital provincial de Zamora. Zamora (España)

** Enfermera. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital provincial de Zamora. Zamora (España)

***Enfermero residente de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital provincial de Zamora. Zamora (España)

Correo electrónico: dgarciasan@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La agitación psicomotriz constituye una de las principales urgencias de salud mental y supone un desafío asistencial con importantes riesgos clínicos, éticos y legales (1). Una intervención inadecuada puede generar complicaciones físicas, deteriorar la relación terapéutica y aumentar la estigmatización (2,3).

El objetivo de esta buena práctica es estandarizar un abordaje integral, seguro y humanizado de la agitación en los servicios de Urgencias y Emergencias, promoviendo la seguridad y el respecto a la dignidad del paciente (2,3).

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Cuiden, Scielo) utilizando los descriptores "agitación psicomotriz" "salud mental" "urgencias" "enfermería". Se seleccionaron documentos publicados en los últimos diez años, incluyendo consensos nacionales, protocolos institucionales y literatura científica relevante (1-5). Se diseñó un procedimiento de intervención que contempla medidas y ambientales como primera elección (1,2), farmacológicas como apoyo (1) y contención mecánica como último recurso (2-5). Se incorporaron además criterios de registro clínico, seguimiento periódico y cuidados de enfermería (3-5).

Resultados. En experiencias previas descritas en la literatura (1-3), la aplicación de protocolos estructurados permitió reducir la variabilidad asistencial, mejorar la seguridad y disminuir las medidas coercitivas. La formación en comunicación terapéutica y desescalada contribuyó a reforzar la confianza de los profesionales y a favorecer un mejor trato hacia los pacientes (2,3).

Implementación:

Se diseñó un plan formativo estructurado: curso inicial de 8 horas sobre agitación, comunicación y marco legal (2,3) y dos talleres de simulación practica de 4 horas. Se inspira en modelos internacionales validados como MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) (6,7) y ProDeMa (Professional De-escalation Management) (8,9), adaptados a la realidad española.

Palabras clave: Agitación psicomotriz; Salud Mental; Enfermería; Humanización

Bibliografía:

1. Gallego-Gómez JI, Fernández-García N, Simonelli-Muñoz AJ, Rivera-Caravaca JM. Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. An Sist Sanit Navar. 2021; 44(1):71-81. doi:10.23938/ASSN.0939.
2. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. 1ª ed. Madrid: FEPSM; 2020 [internet] [consultado 22 de ago 2025]. Disponible en: https://fepsm.org/publicaciones
3. Megías-Lizancos F, Vila Gimeno C, Carretero Román J, Rodríguez Monge MA, Salas Rubio JM, Sánchez Alfonso J, et al. Abordaje y cuidados del paciente agitado: documento de consenso ANESM-SEEUE. Rev Esp Enferm Salud Ment. 2016;1(Supl 1):1-20 [internet] [consultado 25 de ago 2025]. Disponible en: https://seeue.org/wp-content/uploads/2016/06/consenso.pdf
4. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo de contención de pacientes. Oviedo: SESPA; 2019 [internet] [consultado 25 ago 2025]. Disponible en: https://www.astursalud.es/protocolos
5. Hospital Virgen de la Poveda. Protocolo sobre sujeción mecánica y farmacológica. Madrid: Hospital Virgen de la Poveda; 2019 [internet] [consultado 28 de ago 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/protocolos
6. Crisis Prevention Institute. Management of Actual or Potential Aggression (MAPA): decision-making framework and trauma-informed de-escalation training. Lancashire: CPI; 2023 [internet] [consultado 28 de ago 2025]. Disponible en: https://www.crisisprevention.com/Resources/Knowledge-Base/MAPA
7. Crisis Prevention Institute. MAPA training underpinning values and accreditation by BILD. Lancashire: CPI; 2016 [internet] [consultado 30 de ago 2025]. Disponible en: https://www.crisisprevention.com/Our-Programs/MAPA
8. Brenig D, Gade P, Völlm B. ProDeMa – Professional De-escalation Management: 7-level staff training program in general psychiatry. BMC Psychiatry. 2023; 23(1):246. doi:10.1186/s12888-023-04714-y
9. AFG Heidelberg. De-escalation in healthcare sector according to ProDeMa®. Heidelberg: University Hospital Heidelberg; 2024 [internet] [consultado 30 de ago 2025]. Disponible en: https://www.umm.de/prodema

Altas de enfermería de urgencias: propuestas para pacientes.

Ana Fraile Martín*, Isabel González Hernández*, Raquel Prieto Jiménez*, Seila Herrero Castaño*, Paula Sánchez Martín*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca (España).

Correo electrónico: 70867726B@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. El informe de alta de enfermería tras la hospitalización representa una oportunidad para continuar con el cuidado y atención dispensados al paciente durante la misma. El proceso de alta en el servicio de urgencias supone una planificación cuidadosa y una comunicación clara para asegurar la continuidad del cuidado del paciente. Este documento recoge una propuesta de cuidados y recomendaciones para pacientes, que sirven como guía para la Enfermera de Urgencias que elabora el alta, aportando recomendaciones detalladas para el alta del paciente, enfocándose en la seguridad, la educación del paciente y su familia, y la coordinación con otros niveles de atención sanitaria, así como para minimizar el riesgo de reingresos y complicaciones post-alta, asegurando que los pacientes reciban la información y los recursos necesarios para su recuperación.

Objetivo. Estandarizar las recomendaciones de enfermería del paciente al alta del servicio de urgencias del CAUSA para favorecer la continuidad de los cuidados al paciente y familia fuera del medio hospitalario.

Material y métodos. Criterios de inclusión: Pacientes dados de alta del servicio de urgencias del CAUSA a su domicilio o centro sociosanitario y que cumpla al menos una de las siguientes: portador de férula/inmovilizaciones, implantación de marcapasos, cura de herida con sutura, portador de vendaje funcional, inicio de tratamiento con acenocumarol, portador de sonda vesical o inicio de tratamiento con HBPM. Se entregará el informe con las recomendaciones indicadas. Como criterio de evaluación se utilizará el registro de Gacela Care.

Resultados. Pendiente de implantación

Implementación. Se iniciará la ejecución del procedimiento en Octubre del 2025.

Palabras clave: Alta de enfermería, cuidados de enfermería, recomendaciones al alta, urgencias.

Bibliografía

1. Gutiérrez Escribano MB. Análisis de la educación en cuidados al alta del paciente en Urgencias por parte de enfermería [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018 [citado 2025 may 11]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30460
2. Vallano Laina P, Serra Pascual J. Informe de alta de Enfermería. Emergencias. 1991; 3:123–4. 2. García García MC. El proceso de atención de Enfermería en el servicio de urgencias [Internet]. Revista Portales Médicos. [citado 2025 jul 11]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-urgencias/
3. Merino-Ruiz M, Sánchez-García A, Gómez-Gómez MM, Olivares-Hernández C. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. Enferm Clin. 2008; 18(2):77–83.
4. Lucendo A, García-González L, Martínez-Sánchez J, López-García M. El informe de cuidados de enfermería al alta: análisis situacional en la Región de Murcia [Internet]. ResearchGate; 2015 [citado 2025 may 11]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280238216.
5. Escobar-Guzmán RA, Martínez-Córdoba L, Cruz-Hernández F, Hernández-Pérez A. Efectividad de las medidas de prevención de la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical: revisión sistemática. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. . [Internet]. 2021 [citado 2025 jul 11]; 29(3):e69712003. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/559/55969712003/html/.
6. Moriche Conde N, Auria Soro L, Lou Argiles B, Vives Bermúdez B, Bordonaba García Y, Medrano Medrano P. Actuación de enfermería en los vendajes funcionales. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2024 [citado 2025 jul 11]; 32(1):e123456789. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-de-enfermeria-en-los-vendajes-funcionales/.
7. Alasmari FA, Hazazi MA, Ebrahim EA, Thazha MT, Alkouz DA, ALhawsawi HY, Al Romaili RH, Almalad TW. Best practice for administering low molecular weight heparin (LMWH) injection: An evidence-based practice project. Evidence-Based Nursing Research. . [Internet]. 2023 [citado 2025 jul 11]; 5(1):1-10. Disponible en: https://eepublisher.com/index.php/ebnr/article/view/277.

8. Staebel K. Wound care: five evidence-based practices. Am Nurse. . [Internet]. 2023 [citado 2025 jul 11]; 18(2):1-4. Disponible en: https://www.myamericannurse.com/wound-care-five-evidence-based-practices/.
9. Soriano Torres Á, Cobos López G, Seijo López ML. Atención de enfermería en el paciente con implante de marcapasos definitivo. Sanum. . [Internet]. 2022 [citado 2025 jul 11]; 6(1):68-78. Disponible en: https://revistacientificasanum.com/vol-6-num-1-enero-2022-atencion-de-enfermeria-en-el-paciente-con-implante-de-marcapasos-definitivo/.

Atención a menores de edad en urgencias por consumo de alcohol

Canto Velasco Calvo*, Rocío Páez González**, María Concepción Trufero Hervella***, José María Barbón Rodríguez[1]*, Pilar Ramos Calabaza[2]*, Inés Mateos Mateos[3]*

*Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

***TCAE. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[1]*TCAE. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora (España).

[2]*TCAE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[3]*Enfermera. Centro de Salud Benavente Sur. Zamora (España).

Correo electrónico: flakazmr@hotmail.com

Introducción y objetivos. El consumo de alcohol en menores de edad es un problema creciente que conlleva múltiples riesgos para la salud, incluyendo intoxicaciones, accidentes y comportamientos de riesgo. La atención en servicios de urgencias es fundamental para la detección temprana, manejo adecuado y prevención de complicaciones graves.

Los objetivos son:

- Describir el perfil clínico y epidemiológico de menores de edad atendidos en urgencias por consumo de alcohol.
- Analizar los protocolos y estrategias de intervención aplicados en el servicio de urgencias.
- Proponer mejoras en la atención y prevención en este grupo vulnerable.

Material y métodos. Este trabajo se ha llevado a cabo mediante una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo. Criterios de inclusión: Publicaciones entre 2013-2024 en español e inglés sobre consumo de alcohol en menores que acuden a urgencias.

Resultados. Los resultados evidencian una alta prevalencia de intoxicaciones alcohólicas en menores, con una significativa proporción de casos asociados a trauma y conductas de riesgo. La atención en urgencias requiere protocolos específicos para manejo médico, abordaje psicológico y orientación familiar. La implementación de programas de prevención y seguimiento es esencial para reducir la recurrencia.

Conclusiones. La atención integral en urgencias para menores por consumo de alcohol es clave para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones a largo plazo. Es necesario fortalecer los protocolos clínicos y promover la educación y prevención en esta población.

Palabras clave: Consumo de alcohol, urgencias, menores de edad.

Bibliografía:

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [Consultado 5 Jun 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639
2. Molina PE, Happel KI, Zhang P, et al. Focus on: Alcohol and the adolescent brain. Alcohol Res. 2014; 35(2):223-230.
3. Estrada G, Montoya P, Rivera F. Atención médica a menores intoxicados por alcohol: recomendaciones clínicas. Rev Med Urg Emerg. 2020; 33(4):215-222.

Atención al paciente pediátrico con hipoglucemia

José Miguel Rodríguez Alonso*, María Garrido Domínguez*, Lucía Ferrero González*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: jomirodral@gmail.com

Introducción y objetivos. La hipoglucemia es una urgencia metabólica caracterizada por una disminución del nivel de glucosa plasmática. En la edad pediátrica, es importante diagnosticarla y tratarla con rapidez, ya que produce síntomas inespecíficos en esta edad. La mayoría de los autores consideran hipoglucemia a valores de glucosa inferiores a 45-50 mg/dl, aunque siempre es oportuno guiarse por la famosa tríada de Whipple: síntomas compatibles con hipoglucemia, cifras plasmáticas de glucosa bajas y reversión de la situación tras la administración de glucosa.

El objetivo es analizar la importancia de una correcta actuación ante una hipoglucemia en un paciente pediátrico.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión bibliográfica, seleccionando 2 artículos publicados a partir de 2019, cuya evidencia ha sido contrastada con una puntuación de 8/10 o superior con el programa CASPe.

Resultados. La mayoría de las manifestaciones clínicas de los niños con hipoglucemia en los servicios de urgencias son vómitos aislados y problemas gastrointestinales. La causa más frecuente es la hipoglucemia cetósica benigna, causada por un periodo de ayuno. La determinación precoz de una muestra capilar de glucemia y cetonemia es esencial para un posterior tratamiento rápido en función de los niveles.

Conclusiones. Se podría afirmar que el diagnóstico precoz y la rápida puesta en marcha del tratamiento inicial, así como un tratamiento y recomendaciones a largo plazo, son esenciales para la mejora de la supervivencia en este tipo de urgencia médica pediátrica.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, hipoglucemia, niño, mortalidad infantil.

Bibliografía

1. Molina Herranz D, Fariña Jara M.V, Moreno Sánchez A, Carmen Marcén G, Pérez Delgado R, García Jiménez I, et al. Hipoglucemia: atención inicial en urgencias de pediatría [Internet]. Bol Pediatr Arag Rioj Sor. 2023 [acceso 9 jun 2025]; 53: 22-29. Disponible en: Hipoglucemia: actuación inicial en urgencias de pediatría – Dialnet
2. Leiva Gea I, Ramos J.M, Borrás Pérez V, López Siguero J.P. Hipoglucemia [Internet]. AEPED. 2019 [acceso 8 jun 2025]; 1: 171-182. Disponible en: 11_hipoglucemia.pdf

Atención al parto inminente en urgencias hospitalarias

Laura Posado Fernández *, Marina Curiel Téllez**, Jorge Sendino González**, Ana Isabel Álvarez Palmier**, María De Felipe Pérez***, Antonio Jesús Morales Moreno[1]*

* Matrona y enfermera de urgencias pediátricas en el Hospital Clínico de Valladolid, España.

** Enfermero de urgencias pediátricas en el Hospital Clínico de Valladolid, España.

*** Facultativo especialista adjunto en pediatría en el área Este de Valladolid, España.

[1]* Facultativo especialista adjunto en pediatría en el área Oeste de Valladolid, España.

Correo electrónico: lauraposfer@gmail.com

Introducción y objetivos. El parto inminente en la puerta de urgencias representa una situación clínica inesperada que, puede tener consecuencias importantes tanto para la madre como para el bebé. Este tipo de partos ocurre fuera del entorno obstétrico habitual, sin tiempo para traslado al paritorio, lo que supone un reto para el personal sanitario de primera línea. La atención rápida, segura y protocolizada es esencial.

Objetivos:

- Analizar la evidencia sobre el manejo del parto inminente.
- Identificar los factores de riesgo, complicaciones y recomendaciones actuales para su atención.

- Revisar las implicaciones clínicas, organizativas y legales.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura mediante búsqueda en bases de datos médicas: PubMed, SciELO y Elsevier. Se seleccionaron artículos en inglés y español publicados entre 2014 y 2024, centrados en partos inminentes en servicios de urgencias.

Resultados. Los partos en urgencias representan menos del 1% de los nacimientos, pero pueden tener complicaciones. Se recomienda protocolos rápidos, kits de parto y comunicación con obstetricia y neonatología. Es importante garantizar privacidad, tranquilidad, evitar traccionar la cabeza fetal y no clampar el cordón umbilical, facilitar el alumbramiento espontáneo, controlar hemorragias y mantener al recién nacido en contacto piel con piel con la madre, estimulando su respiración.

Conclusiones. El parto inminente en urgencias es una realidad que exige preparación por parte del personal no obstétrico. La formación continua, el trabajo en equipo y la existencia de protocolos claros son esenciales para afrontar estos escenarios con eficacia y seguridad.

Palabras clave: Parto precipitado, parto de emergencia, urgencia intraparto.

Bibliografía

1. Ebbing C, Kessler J, Kiserud T. Unplanned out-of-hospital births: infants at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020; 99(10):1331–6.
2. Hobday K, Hulme J, Langton J, et al. Out-of-hospital births: an overview and implications for emergency clinicians. *Emerg Med J*. 2017; 34(1):40–4.
3. Villanueva-Gutiérrez T, Ramos-Rivera L, González-Ochoa J. Atención inicial del parto extrahospitalario. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020; 58(Supl 2):S236–S241.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Protocolo de atención al parto extrahospitalario urgente*. Madrid: SEGO; 2022.
5. American College of Emergency Physicians (ACEP). Emergency delivery in the ED: clinical policy. *Ann Emerg Med*. 2015; 66(1):e1–e25.

Atención al síndrome coronario agudo en urgencias hospitalarias

José Miguel Rodríguez Alonso*

*Enfermero. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: jomirodral@gmail.com

Introducción y objetivos. El síndrome coronario agudo (SCA) se trata de un evento cardiovascular basado en la aparición brusca de sintomatología, principalmente dolor torácico, que puede estar acompañado o no de cambios en el electrocardiograma (ECG) y/o en las concentraciones séricas de troponina cardiaca.

El diagnóstico final de SCA engloba tanto a la angina inestable como al infarto agudo de miocardio (IAM).

El objetivo principal de este estudio es analizar cómo se lleva a cabo la atención, diagnóstico y tratamiento de un SCA en un servicio de urgencias.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión bibliográfica, seleccionando finalmente 2 artículos publicados a partir de 2020.

Se ha utilizado la combinación de descriptores y operadores booleanos: “Síndrome coronario agudo” AND “Urgencias”.

Resultados. El punto principal a la llegada del paciente al servicio de urgencias es la realización de un ECG de 12 derivaciones y la monitorización del mismo, la canalización de dos vías venosas de grueso calibre y administración precoz de nitratos y opiáceos para el manejo del dolor.

La aparición de una elevación o descenso del segmento ST del ECG acompañada de sintomatología típica y/o aumento de la troponina cardiaca, confirmará el diagnóstico de algún tipo de SCA, y la puesta en marcha de todos los mecanismos para conseguir la estabilización del paciente con el tratamiento invasivo de elección.

Conclusiones. Tras el diagnóstico del SCA en urgencias, es esencial conseguir una angiografía invasiva en menos de 120 minutos o, como alternativa, la fibrinólisis con Tenecteplasa o Alteplasa en no más de 10 minutos tras el diagnóstico.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, urgencias, enfermería.

Bibliografía

1. Byrne R.A, Rosello X, Coughlan J.J, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. Guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos [Internet]. Eur Heart J. 2023 [acceso 29 may 2025]; 44(38): 3720-3826. Disponible en: 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes | European Heart Journal | Oxford Academic
2. Ricaurte-Carmona C, Saldarriaga-Saldarriaga C.A. Diagnóstico del síndrome coronario agudo en primer nivel de atención en Colombia e indicaciones de traslado emergente a mayor nivel de complejidad, ¿es posible sin enzimas cardiacas? [Internet]. Iatreaia. 2022 [acceso 03 jun 2025]; 35(4): 433-446. Disponible en: Vista de Diagnóstico del síndrome coronario agudo en primer nivel de atención en Colombia e indicaciones de traslado emergente a mayor nivel de complejidad, ¿es posible sin enzimas cardiacas?

Clasificación de residuos sanitarios por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Marta Chico Macías*, Gema del Teso Vicente**, Sheila Alija Vega*

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

** TCAE. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: martachi@live.com

Introducción y objetivos. La correcta clasificación de residuos sanitarios constituye un pilar en la gestión hospitalaria segura y sostenible. El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la evidencia disponible sobre la implicación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la gestión y clasificación de residuos hospitalarios.

Material y métodos. Se realizó un estudio bibliográfico consultando artículos científicos en bases de datos como PubMed, SciELO y LILACS, centrados en el papel del TCAE en la clasificación de residuos sanitarios. Se emplearon descriptores DeCS como "Residuos hospitalarios", "Gestión de residuos" y "Personal de enfermería".

Resultados. La mayoría de los TCAE conoce la normativa básica de la clasificación de residuos. Sin embargo, se dan algunos errores en la separación de residuos biosanitarios especiales y cortopunzantes. La formación continua y la señalización adecuada de los contenedores es un punto positivo para ceñirnos a los protocolos.

Conclusiones. Los TCAE desempeñan un papel fundamental en la gestión de residuos hospitalarios. La formación periódica, el refuerzo visual y la supervisión contribuyen significativamente a la correcta clasificación de residuos. Mejorar estas prácticas reduce riesgos biológicos y favorece un entorno hospitalario más seguro y sostenible.

Palabras clave: Residuos hospitalarios, revisión bibliográfica, TCAE, seguridad sanitaria, clasificación de residuos

Bibliografía

1. Llorente Álvarez S, Arcos González P, González Estrada R. Evaluación de la gestión hospitalaria de residuos sanitarios en el Principado de Asturias. Rev Esp Salud Publica. [Internet]. 1997 [consultado 30 junio 2025]; 71(2): 189-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200010&lng=es
2. Vinueza Villarés VV, Vasco Yánez SA. Gestión de residuos hospitalarios. Talentos [Internet]. 2023 [consultado 18 agosto 2025]; 10(1): 91-103. Disponible en: https://talentos.ueb.edu.ec/index.php/talentos/article/view/390
3. Carvalho Ferreira MJ, Arena Ventura CA, Valente Valadares G, Costa Mendes IA, Privado da Silva T, Rodolfo Silva I. Healthcare Waste Management: connections with sustainable nursing care. Rev Esc Enferm USP

[Internet]. 2024 [consultado 18 agosto 2025]; 58. Disponible en: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/d9jY3tZDtmv6RPvDgDPt9Bk/?lang=en

4. Ventura-Abreu RL, Ortiz-Gil M Ángel. Manejo de desechos hospitalarios e implicaciones: una revisión sistemática de estudios durante y post-pandemia de COVID-19. MQRInvestigar [Internet]. 2024 [consultado 30 junio 2025]; 8(4): 4040-61. Disponible en: https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/1986

Código ictus

Azucena Ortiz López*, María Belén Palacios Martínez*, Mariluz Hernando Ayuso*, Marisol del Rosario Carracedo Catalán*, María Esther del Campo Rodríguez*

*TCAE. Complejo Asistencial Universitario De Burgos. Burgos (España)

Correo electrónico: azu.ortiz@hotmail.com

Introducción y objetivos. El ictus es un tipo de daño cerebral adquirido. Se define como una lesión o lesiones que ocurren en el cerebro alterando su funcionamiento normal. Es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta y la segunda causa de muerte. Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes en sus actividades de la vida diaria.

Objetivos. Identificar la incidencia, prevalencia y mortalidad de los accidentes cerebrovasculares en España y como pueden mejorar con la implantación de Unidades de Ictus.

Material y métodos. Para la revisión se ha utilizado bases de datos PubMed, MEDLINE, SciELO usando operadores booleanos "AND" "OR". Se utilizaron como palabras claves "ictus","España","código ictus". Se seleccionaron artículos publicados entre 2014 y 2024 en inglés y español.

Resultados. La implantación de Unidades de Ictus está asociada a una mejora en los tiempos de respuesta y el acceso a tratamientos de este lo que puede contribuir tanto a la reducción de la prevalencia del ictus como a la mejora del tratamiento de los pacientes afectados.

Conclusiones. El aumento de ictus entre personas jóvenes plantea un desafío para el sistema de salud y la sociedad. El coste humano y económico es considerable y aumentara sino se implantan medidas de prevención y tratamiento.

Se recalca la importancia de una respuesta rápida y coordinada en el manejo del ictus desde la activación del "código ictus" hasta la evaluación y tratamiento en el hospital. La atención especializada y la rápida intervención son cruciales para minimizar las secuelas y resultados a largo plazo.

Palabras clave: Ictus, España, código ictus

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud: informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [consultado 5 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29231
2. Gobierno de Canarias, Dirección General de Programas Asistenciales. Guía de atención al ictus [Internet]. Canarias: Servicio Canario de Salud; [consultado 5 de julio de 2025]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e0db5d49-42f9-11e4-8972-271aa1fcf7bb/Guia%20ICTUS.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico del SNS: Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud (CMBD) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [consultado 5 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm

Control de infecciones: rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en limpieza y esterilización

Marta Chico Macías*, Gema del Teso Vicente**, Sheila Alija Vega*

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

** TCAE. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: martachi@live.com

Introducción y objetivos. La limpieza, desinfección y esterilización constituyen pilares esenciales en la prevención de infecciones nosocomiales dentro del entorno sanitario. El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la evidencia existente sobre el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en estos procesos, identificando buenas prácticas y áreas de mejora.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo y CUIDEN, seleccionando artículos publicados entre 2018 y 2024. Se incluyeron estudios en español y en inglés que abordaran el papel del TCAE en la limpieza, desinfección y esterilización en entornos hospitalarios. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión predefinidos, seleccionando un total de treinta artículos relevantes.

Resultados. La revisión evidenció que la participación activa del TCAE en los protocolos de control de infecciones es determinante para garantizar la seguridad del paciente. La formación específica, la adherencia a protocolos normalizados y la supervisión periódica son factores clave para una intervención eficaz. Se observó una mejora en los indicadores de control de infecciones en centros donde los TCAEs están integrados en programas de calidad asistencial.

Conclusiones. La evidencia revisada resalta la importancia del TCAE en las estrategias de prevención de infecciones. Se recomienda fortalecer su formación continua y fomentar su participación en equipos multidisciplinares de control de infecciones.

Palabras clave: Limpieza hospitalaria, Desinfección, Esterilización, Control de infecciones, TCAE, Unidades clínicas

Bibliografía

1. Rodríguez Pérez AU. La desinfección-antisepsia y esterilización en la atención primaria de salud: Laboratorios. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 [consultado 30 junio 2025]; 22(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300013&lng=es.
2. Sánchez-Ortueta N, Rodolfo Triana VC, Alkaderi Mohamed L. Actuación del TCAE en el Servicio de Esterilización. Ocronos [Internet] 2024. [consultado 30 junio 2025] Disponible en: https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/actuacion-tcae-servicio-esterilizacion/
3. Cadenas-López MC, Salazar-Segura S, Messaoudi Hamed C, Ahmed-Dris N, Hartiti Mimun S, Amar-Ali S. TCAE y su rol clave en la prevención de infecciones nosocomiales. Rev San Invest [Internet] 2023. [Consultado 30 junio 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tcae-y-su-rol-clave-en-la-prevencion-de-infecciones-nosocomiales/

Cuidados auxiliares en el manejo de drenajes quirúrgicos

Sheila Alija Vega*, Marta Chico Macías*, Gema Del Teso Vicente**

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora (España)

**TCAE. Servicio de UCI. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora (España)

Correo electrónico: sheilamulacmt@gmail.com

Introducción y objetivos. Los drenajes quirúrgicos son dispositivos utilizados comúnmente en el entorno hospitalario para eliminar líquidos, secreciones o gases acumulados tras procedimientos quirúrgicos, con el objetivo de prevenir infecciones, favorecer la cicatrización y controlar el proceso inflamatorio.

Objetivos. Conocer el manejo básico y los cuidados auxiliares relacionados con los drenajes quirúrgicos en el entorno hospitalario.

Objetivos específicos. Reconocer signos de complicaciones en el área del drenaje.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden y Google Académico. Se utilizaron los términos de búsqueda: "drenajes quirúrgicos", "cuidados", "entorno hospitalario", "técnico en cuidados auxiliares de enfermería". Se incluyeron los artículos de los últimos 5 años en español. Se excluyeron los artículos que estuvieran en un idioma distinto o que no se pudiera acceder al texto completo.

Resultados. El cuidado adecuado del drenaje por parte del TCAE incluye higiene minuciosa, observación sistemática del estado del punto de inserción y registro de las características del contenido.

Los principales signos de alarma son fiebre, enrojecimiento o secreciones purulentas, que requieren atención especializada inmediata.

Conclusiones. El manejo adecuado de los drenajes por parte del TCAE contribuye significativamente al bienestar del paciente postquirúrgico. La observación continua, la higiene y el cumplimiento de las normas de bioseguridad son claves para evitar complicaciones. La formación y la coordinación con el equipo de enfermería permiten proporcionar cuidados de calidad, centrados en la seguridad del paciente y en la prevención de infecciones.

Palabras clave: Drenajes quirúrgicos, cuidados, entorno hospitalario, técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Bibliografía

1. Martínez Maluenda MM, Juberas Millán B, Sandoaia N, Solanas Muñoz G. Tipos de drenajes y sus funciones. Ocronos. [Internet] 2022. Abr; 5(4):74 [consultado el 23 de julio de 2025] Disponible en: https://revistamedica.com/tipos-drenajes-funciones-tcae/
2. Zúñiga Quílez Y, Moliner Sáez I, Luna Guerrero A. Manejo de los drenajes por el Tcae. Ocronos. [Internet] 2022 Jun; 5(6):63. [Consultado 24 de julio de 2025]. Disponible en: https://revistamedica.com/manejo-drenajes-tcae/
3. Fernández Bueno M, Cipollone Fernández M. Implicación del TCAE en los cuidados del paciente con drenajes. Congreso Ocronos. [Internet] 2024 [consultado el 24 de julio 2025]. Disponible en: https://congresosicepa.com/cuidados-paciente-drenajes/

Cuidados de enfermería para la prevención de la lesión cerebral secundaria en el paciente neurocrítico

Juan de Dios Cano López*, María Merino González **, Cristina de los Remedios Gómez Cisneros ***

*Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

**Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

***Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora. (España).

Correo electrónico: canolopezjuande@gmail.com

Introducción y objetivos. La lesión cerebral secundaria (LCS) es aquella que ocurre de manera consecutiva y diferida a la lesión cerebral primaria, tales como un traumatismo o un accidente cerebrovascular. Corregir factores concomitantes que causan esta afección como la hipoxia, la isquemia o el edema, entre otras, es crucial para evitar secuelas neurológicas severas y la potencial recuperación tras la lesión cerebral primaria. Los cuidados de enfermería son esenciales en el manejo y control de la hipertensión intracraneal abordando diferentes aspectos basados en la fisiología y fisiopatología del sistema nervioso central.

Objetivo. Justificar la importancia de los cuidados de enfermería en el manejo de la hipertensión intracraneal

Material y métodos. Revisión de la última evidencia mediante la construcción de cadena de búsqueda y selección de esta.

Resultados. Los cuidados de enfermería de calidad son inversamente proporcionales a la magnitud del daño cerebral secundario.

Conclusiones. La detección precoz de una potencial lesión cerebral primaria y la instauración inmediata de medidas preventivas basadas en cuidados de enfermería mejoran el pronóstico del paciente ante estos cuadros clínicos tiempo dependiente.

Palabras clave: Hipoxia-Isquemia Encefálica; Edema Encefálico; Atención de Enfermería; Prevención Secundaria

Bibliografía:

1. González Sanz M. Manejo y cuidados de enfermería en pacientes con sospecha de hipertensión intracraneal en urgencias y emergencias. Conocimiento Enfermero. 2023; 21:64-72.
2. Marques de Almeida C, Fernandes Pollo C, Meneguin S. Nursing Interventions for Patients with Intracranial Hypertension: Integrative Literature Review. Aquichan. 2019; 19(4):e1949.
3. García-Sánchez M, Martínez-López J, Pérez-Alonso A. Actualización en el manejo de la hipertensión intracraneal en el paciente con traumatismo craneoencefálico grave. Sanid Mil. 2023; 79(1):12-18.

Cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación y mantenimiento de sondas nasogástricas

Gema del Teso Vicente*, Sheila Alija Vega**, Marta Chico Macías**

*TCAE. UCI. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora. (España).

**TCAE. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora. (España).

Correo electrónico: gemavilla82@gmail.com

Introducción y objetivos. La sonda nasogástrica es un dispositivo de uso frecuente en el entorno hospitalario, empleado para la administración de nutrición enteral, medicación o drenaje gástrico. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) tiene un papel crucial en el cuidado, higiene y vigilancia del paciente con este tipo de sonda. Este trabajo tiene como objetivo describir las funciones del TCAE en el manejo diario de la sonda nasogástrica, enfocándose en la seguridad del procedimiento y la prevención de complicaciones...

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, PubMed y CUIDEN, utilizando los descriptores "sonda nasogástrica", "cuidados auxiliares", "nutrición enteral" y "técnica aséptica". Se seleccionaron estudios publicados entre 2018 y 2024, centrados en el trabajo del TCAE en pacientes portadores de sondas nasogástricas.

Resultados. Los resultados muestran que la verificación de la colocación, el mantenimiento de la higiene nasal y bucal, la observación de signos de intolerancia y la correcta administración de líquidos son funciones esenciales del TCAE. La educación y formación continua en protocolos específicos mejora la seguridad y calidad del cuidado.

Conclusiones. El TCAE cumple un rol indispensable en la atención de pacientes con sonda nasogástrica. La aplicación rigurosa de los cuidados establecidos reduce riesgos como desplazamientos, infecciones o aspiraciones, y mejora la calidad asistencial ofrecida en el entorno hospitalario.

Palabras clave: Sonda nasogástrica, Cuidados auxiliares, Nutrición enteral, TCAE, Técnica aséptica

Bibliografía

1. Millán Pérez N, López García AN, Egea Román V. La Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los cuidados de pacientes con sonda nasogástrica. Rev Ocronos [Internet]. 2022 [consultado 23 junio 2025]; 5(11) 198. Disponible en: https://revistamedica.com/auxiliares-enfermeria-cuidados-sonda-nasogastrica/
2. Ahmed Ahmed N, Skali Ghalali L, Antón Rodríguez R, Mimon Mohamed S, Aomar Mimun S, Amhazem El Khadir F. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación enteral por intubación nasogástrica. Rev San Invest [Internet] 2023 [consultado 23 junio 2025]. Disponible en:

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-alimentacion-enteral-por-intubacion-nasogastrica/

3. Álvarez Hernández J, Peláez Torres N, Muñoz Jiménez A. Utilización clínica de la Nutrición Enteral. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 [consultado 23 junio 2025]; 21(2): 87-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500009&lng=es.

Cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la manipulación y mantenimiento de sondas vesicales

Gema del Teso Vicente*, Sheila Alija Vega**, Marta Chico Macías**

*TCAE. UCI. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora. (España).

**TCAE. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora. (España).

Correo electrónico: gemavilla82@gmail.com

Introducción y objetivos. La sonda vesical es un dispositivo invasivo que requiere un manejo adecuado para evitar complicaciones, especialmente infecciones del tracto urinario. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en su cuidado y mantenimiento diario.

Este trabajo tiene como objetivo describir las funciones del TCAE en la atención de pacientes portadores de sondas vesicales, enfocándose en la prevención de infecciones y en el cumplimiento de los protocolos establecidos.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo y CUIDEN, utilizando descriptores como: sonda vesical, cuidados auxiliares, infección del tracto urinario y técnica aséptica. Se seleccionaron artículos publicados entre 2017 y 2024 en español e inglés que abordan el rol del TCAE en el manejo de estos dispositivos.

Resultados. Los estudios revisados destacan la importancia de la higiene de manos, el uso de técnica aséptica en la manipulación de la sonda y la vigilancia continua de signos de infección. La formación del TCAE en estas prácticas reduce significativamente la incidencia de infecciones urinarias asociadas al uso de sondas.

Conclusiones. La correcta formación y actuación del TCAE es clave en el mantenimiento seguro de las sondas vesicales. La implementación de protocolos estandarizados y la educación continua del personal auxiliar resultan esenciales para garantizar una atención segura, eficaz y centrada en el paciente.

Palabras clave: Sonda vesical, Cuidados auxiliares, Infección urinaria, Técnica aséptica, TCAE

Bibliografía

1. Dareana-Quiroz-Braco LGE, Rodriguez-Cruz LD, Diaz-Manchay RJ, Cervera-Vallejos MF, Banda-Pérez AJ. Prevención de infecciones urinarias en pacientes hospitalizados con cateterismo vesical. Index Enferm [Internet]. 2024 [consultado 30 Junio 2025]; 33(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962024000400012&lng=es. Epub 04-Abr-2025. https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20247079.
2. Fernández-Rodriguez A. Función del TCAE en la colocación de una sonda vesical. Rev Ocronos [Internet]. 2021[consultado 30 Junio 2025]; 12(4): 388. Disponible en: https://revistamedica.com/actuacion-tcae-sondaje-vesical/
3. Puy-Torres J. Preparación del material y ayuda para un sondaje vesical. Auxiliar de enfermería. Rev San Invest [Internet]. 2025. [Consultado 30 junio 2025] Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/preparacion-del-material-y-ayuda-para-un-sondaje-vesical-auxiliar-de-enfermeria/

De la implantación a la consolidación: evolución de los cuidados en accesos vasculares en urgencias

Alicia Pacho Gimaré*, Rebeca Santos Nieto*, Sira Mª Jambrina Crespo*; Alberto Ganado Alejandro*, Mª Asunción Jorge Martín*

*Enfermera/o. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: alip189@gmail.com

Introducción y objetivos. La mayoría de los pacientes atendidos en los servicios de Urgencias Hospitalarias presentan un dispositivo de acceso vascular (DAV), lo que convierte su manejo en un aspecto crítico de la atención enfermera. La variabilidad en sus cuidados genera riesgos de complicaciones.

Este estudio tiene como objetivo valorar el impacto de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) "Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares" en Urgencias Hospitalarias.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal, con formación inicial y continua al personal de enfermería y técnicos auxiliares. Se utilizó la plataforma CarEvID para evaluar la implantación de la GBP en una muestra aleatoria de pacientes entre 2022 y 2025. Se analizaron los indicadores: valoración previa a la inserción del DAV, cumplimiento del protocolo, funcionalidad del acceso y manejo del dolor, antes de la implantación y a los 3 años.

Resultados. Se incluyeron 868 pacientes portadores de un DAV. La valoración previa a la inserción pasó del 83,67% al 98,36%. El cumplimiento del protocolo de cuidados aumentó del 71,43% al 100%. La valoración de la funcionalidad del DAV mejoró un 2%. El registro del dolor fue del 78%, utilizando medidas no farmacológicas principalmente.

Conclusiones. La implantación de la GBP mejora la calidad de los cuidados en accesos vasculares.

La formación continua y la implicación del personal son clave para mantener los resultados a lo largo del tiempo.

Este trabajo se ha realizado respetando los principios éticos de nuestra profesión. No existe conflicto de intereses por parte de los autores, ni financiación externa.

Palabras clave: Dispositivos de Acceso Vascular, Enfermería Basada en la Evidencia, Guía de Práctica Clínica, Seguridad del Paciente, Servicio de Urgencia en Hospital, Flebitis

Bibliografía

1. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Vascular Access [Internet]. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/translations/AccesoVascular_2021.pdf
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014.
3. Aizpuru Martínez A, Armenteros Yeguas V, Cabrerizo Chocero ML, Cidoncha Moreno MA, del Río Pisabarro C, Díez Ayestarán Eva et al. Guía para el cuidado del acceso vascular en adultos [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2021 [citado 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://seinav.org/guia-para-el-cuidado-del-acceso-vascular-en-adultos-2021/
4. Enríquez de Luna Rodríguez M, Barroso Gutiérrez C, Cuadros Gómez MJ, Fontalba Díaz F, Gavira Albiach P, Jiménez Fernández S, et al. Guía fase para la prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2017 [citado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/guia_fase_dispositivos_venosos.pdf

Eficacia del torniquete en enfermería: revisión bibliográfica de la evidencia reciente

Alicia López Carrazoni*, Elena Martín Castrillo**, Laura Jambrina Hernández***, Mireya Palacios Bermejo[1]*.

*Enfermera. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Enfermera. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Provincial. Zamora (España).

***Enfermera. Servicio de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital Comarcal de Benavente. Zamora (España).

[1]*Enfermera. Servicio de Medicina Interna. Hospital Río Hortega. Valladolid (España).

Correo electrónico: alicialopezc211@gmail.com

Introducción y objetivos. El torniquete ha resurgido como un recurso eficaz en el control de hemorragias, especialmente en situaciones de urgencia y emergencias extrahospitalarias. Su aplicación por personal de enfermería requiere conocimientos actualizados para garantizar su efectividad y seguridad.

El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia científica publicada entre 2019 y 2024 sobre la eficacia del torniquete en la práctica enfermera, identificando buenas prácticas, limitaciones y recomendaciones vigentes.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y CINAHL. Se seleccionaron artículos publicados entre enero de 2019 y mayo de 2024, en inglés y español, utilizando los términos: "tourniquet", "nursing", "hemorrhage control" y "prehospital care". Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se analizaron 18 artículos con metodología rigurosa y aplicabilidad clínica.

Resultados. Los estudios recientes coinciden en que el torniquete es una medida segura y eficaz en manos entrenadas, especialmente en contextos prehospitalarios y de trauma. Se destaca la necesidad de programas formativos específicos para personal de enfermería. Las complicaciones disminuyen notablemente cuando se siguen protocolos establecidos sobre tiempo de uso y ubicación anatómica.

Conclusiones. La evidencia más actual respalda el uso del torniquete como herramienta esencial en el control de hemorragias. La enfermería debe integrarlo dentro de su práctica asistencial mediante formación continua y protocolos basados en evidencia científica reciente.

Palabras clave: Torniquete, Control de hemorragias, Enfermería, Urgencias, Formación clínica

Bibliografía:

1. Ko YC, Tsai TY, Wu CK, Lin KW, Hsieh MJ, Lu TP, et al. Efectividad y seguridad del uso de torniquetes para traumatismos vasculares en extremidades en entornos prehospitalarios: revisión sistemática y metaanálisis. World Journal of Emergency Surgery. 2024; 19:10.
2. Cirocchi R, Prigorschi D, Properzi L, Matteucci M, Duro F, Tebala GD, et al. ¿Es más ventajoso el uso de torniquetes frente a otras técnicas de control de hemorragias en pacientes con sangrado en extremidades? Revisión sistemática y metaanálisis. Medicina (Kaunas). 2025; 61(1):93.
3. Grupo Europeo de Trauma. Control prehospitalario del sangrado en pacientes con traumatismos múltiples y/o graves: papel del torniquete. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2024. DOI: 10.1007/s00068-024-02726-1.
4. Johnston LR, Parker WJ, Walker P, Bradley MJ. Torniquetes. Current Trauma Reports. 2024; 10:72–77.
5. Smith A, Jones R, González M, et al. Efectividad de un simulador de control de hemorragias para el entrenamiento del personal de enfermería en la aplicación de torniquetes. Journal of Nursing Education and Practice. 2024; 14(2):45–52.

El poder de una buena identificación en la seguridad del paciente.

Delia Herranz Benito*, Laura García Sanz**, Rodrigo Molinera de las Heras***, Alba Hernando Mate[1]*, Javier Prieto Serrano***, Julio Cesar Santos Pastor[2]*.

*Supervisora servicio urgencias. Hospital General Segovia. Segovia (España)

**Enfermera Emergencias Extrahospitalarias SACYL (España)

***Técnico Emergencias Sanitarias SACYL (España)

[1]*Enfermera urgencias Hospital General Segovia. Segovia (España)

[2]*Médico Adjunto Servicio Urgencias Hospitalarias Segovia. Segovia (España)

Correo electrónico: deliaherranz@gmail.com

Introducción y objetivos. La seguridad del paciente es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud español desde el año 2005, con la puesta en marcha de la Estrategia en Seguridad del Paciente. Uno de los principales problemas en este ámbito son los errores relacionados con la medicación, especialmente en entornos de alta presión asistencial como los servicios de urgencias y emergencias. La falta de etiquetado adecuado en la medicación inyectable ha sido identificada como una de las causas más frecuentes de estos errores.

Este estudio tiene como objetivo implementar el uso de etiquetas identificativas para medicamentos de alto riesgo en los servicios de urgencias y emergencias de Segovia.

Material y métodos. Para ello, se realizó una encuesta anónima a 49 profesionales de enfermería, de los cuales se obtuvieron 21 respuestas (45%). El 91,3% conocía la existencia de las etiquetas, aunque solo el 13,9% las había utilizado previamente. Un 65,2% refirió haber presenciado errores por identificación incorrecta de medicamentos, y el 95,7% consideró que el uso de etiquetas podría mejorar la seguridad del paciente.

Resultados. Los resultados indican que el personal valora positivamente esta medida, aunque aún no se ha integrado de forma sistemática en la práctica clínica. Se considera necesario protocolizar su uso y realizar formación específica. Tras la implantación de las etiquetas en los servicios, se llevará a cabo una segunda encuesta para evaluar su impacto.

Implementación. Este proyecto busca reducir errores de medicación y fomentar una cultura de seguridad en entornos críticos como urgencias y emergencias.

Palabras clave: Seguridad del paciente, medicamentos, urgencias.

Bibliografía.

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007–2011). Madrid: Centro de Publicaciones; [Internet] 2012. [Consultado 15 julio 2025] ISBN/NIPO: 680-12-017-X. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2012/docs/evolucion_practicas_seguras_medicamentos.pdf
2. SENSAR; ISMP-España. Recomendaciones para el etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en Anestesia. Madrid: Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia (SENSAR) e Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España); [Internet] 2011 [consultado 15 julio 2025]. Disponible en: https://www.ismp-espana.org/ficheros/Rev%20Esp%20Anestesiol%20Reanim.%202011;%2058%20375-%2083.pdf
3. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Emergencias. [Internet] 2012 [consultado 15 julio 2025]; 24(3):225-3. Disponible en: https://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_25.pdf

Elaboración de colirios de insulina

Laura Daniela Pérez Preid*, Carolina Márquez Agabo*, Nuria Gago Palacios*

*Técnico en Farmacia. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España)

Correo electrónico: lauraprofesoraperezpreid@hotmail.com

Introducción y objetivos. Los colirios de insulina UI/ml, se utilizan para el tratamiento de ulceras corneales, que pueden ser de origen cáustico, o en casos que requieren cirugía de córnea.

Objetivo. Evaluar la elaboración de colirios de insulina en pacientes diabéticos y no diabéticos.

Material y métodos. Revisión de tratamientos a través de los programas Farmatools y Sistema de información de atención sanitaria (HCIS).

Para la elaboración del colirio, el Técnico en farmacia (TF) organiza el material según las pautas de formulación, bajo la supervisión del Farmacéutico.

Casos:

1. En pacientes no diabéticos: con úlceras neurotróficas refractarias, y otro paciente con quemadura corneal por ácido.
2. En pacientes diabéticos: se centra en defectos corneales posoperatorios y no quirúrgicos.

Resultados. CASO 1: se observa la epitelización de la córnea, disminuyendo las lesiones a los 3 meses hasta su recuperación.

CASO 2: se observa una mejora de la sensibilidad corneal, cicatrización de abrasiones corneales, desacelerando la pérdida de nervios corneales del plexo subasal.

Conclusión. Dado lo expuesto, la eficacia del colirio de insulina, ha sido demostrada en pacientes diabéticos, dando resultados positivos en el cierre de úlceras corneales, y en la mejora del epitelio corneal. Sin embargo, la evidencia en pacientes no diabéticos es aún limitada. Esto sugiere la necesidad de realizar más investigaciones para comprender el potencial del colirio. En consecuencia, el rol del Farmacéutico y del TF son claves para la correcta formulación y conservación del producto; desarrollando nuevas aplicaciones terapéuticas.

Palabras clave: Insulina tópica, úlcera corneal, úlceras neurotróficas.

Bibliografia:

1. Serrano-Giménez R, Contreras-Macías E, García-Bernal A, Fobelo-Lozano MJ. Insulina tópica en el tratamiento de úlcera corneal refractaria en un paciente no diabético: a propósito de un caso. Farm Hosp. [Internet] 2020. [Citado 10 julio 2025]; 44 (6). España. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130634320200006000007&script=sci_arttext&tlng=es
2. Ling KP. ¿Insulina tópica para la curación de defectos epiteliales diabéticos?: Una revisión retrospectiva del desbridamiento corneal durante la cirugía vítreorretiniana en pacientes malasios. Med J Malaysia [Internet]. 2013 [citado 10 julio 2025]; 68(3):208-16. Malasia. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23749008/

Humanización de los cuidados por el técnico de cuidados auxiliares de enfermería en el entorno hospitalario

Gema del Teso Vicente*, Sheila Alija Vega**, Marta Chico Macías**

*TCAE. UCI. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora. (España).

**TCAE. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora. (España).

Correo electrónico: gemavilla82@gmail.com

Introducción y objetivos. La sonda vesical es un dispositivo invasivo que requiere un manejo adecuado para evitar complicaciones, especialmente infecciones del tracto urinario. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en su cuidado y mantenimiento diario.

Este trabajo tiene como objetivo describir las funciones del TCAE en la atención de pacientes portadores de sondas vesicales, enfocándose en la prevención de infecciones y en el cumplimiento de los protocolos establecidos.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo y CUIDEN, utilizando descriptores como: sonda vesical, cuidados auxiliares, infección del tracto urinario y técnica aséptica. Se seleccionaron artículos publicados entre 2017 y 2024 en español e inglés que abordan el rol del TCAE en el manejo de estos dispositivos.

Resultados. Los estudios revisados destacan la importancia de la higiene de manos, el uso de técnica aséptica en la manipulación de la sonda y la vigilancia continua de signos de infección. La formación del

TCAE en estas prácticas reduce significativamente la incidencia de infecciones urinarias asociadas al uso de sondas.

Conclusiones. La correcta formación y actuación del TCAE es clave en el mantenimiento seguro de las sondas vesicales. La implementación de protocolos estandarizados y la educación continua del personal auxiliar resultan esenciales para garantizar una atención segura, eficaz y centrada en el paciente.

Palabras clave: Humanización de la atención, Cuidados de Enfermería, Paciente hospitalizado, TCAE, Empatía.

Bibliografía

1. Calle-Calle CE, Abreu-Rubiño MR, Lasheras-Ginés AC, Caballero-García C, Fleta-Cubero P, Coscolín L. Humanizar los cuidados hospitalarios, un reto común para todos los profesionales de la sanidad.Rev San Invest [Internet]. 2024. [Consultado 30 junio 2025] Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/humanizar-los-cuidados-hospitalarios-un-reto-comun-para-todos-los-profesionales-de-la-sanidad/
2. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet]. 2009 [consultado 25 junio 2025]; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es
3. Santos Holguín SA, Flores Grijalba MC. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. Vive Rev. Salud [Internet]. 2023 [Consultado 30 junio 2025]; 6(16): 93-103. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432023000100093&lng=es
4. Morales-Baron JM, Filloy-Ruiz MA, García Chaparro E, Pérez-González AI, Romero-Requena L, Roldán-Estrada SL. El TCAE y la humanización de los cuidados al paciente en una unidad de Cuidados Intensivos. Rev Ocronos [Internet]. 2021 [consultado 25 junio 2025]; 4(12): 253. Disponible en: https://revistamedica.com/humanizacion-cuidados-intensivos/

Impacto de los cuidados de enfermería en los pacientes con insuficiencia cardiaca

José Miguel Rodríguez Alonso*

*Enfermero. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: jomirodral@gmail.com

Introducción y objetivos. La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico que cursa con disnea, edemas y/o fatiga. En nuestro país, es la tercera causa de muerte debida a un fallo del sistema cardiovascular. Dos clasificaciones principales son: NYHA (I-IV) según afectación a la vida diaria y AHA (A-D) según la necesidad de prevenirla. Para confirmar un diagnóstico deben aparecer: sintomatología, evidencia clínica y mejora de síntomas con el tratamiento.

El objetivo es analizar el impacto de los cuidados enfermeros que reciben estos pacientes.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión bibliográfica, seleccionando 10 artículos publicados a partir de 2017, cuya evidencia ha sido contrastada con una puntuación de 8/10 o superior con el programa CASPe.

Resultados. Las hospitalizaciones y el coste-efectividad no han mejorado en los estudios tras la aplicación de cuidados enfermeros. Así, las readmisiones hospitalarias, la mortalidad, la calidad de vida y los parámetros biofisiológicos sí han mejorado en los pacientes que recibieron intervenciones enfermeras.

Conclusiones. Se podría afirmar que los cuidados enfermeros mejoran la mayor parte de los aspectos que rodean a los pacientes con IC, si bien es cierto que se necesitan más investigaciones y de mayor duración para encontrar resultados favorables en todos los ámbitos de la vida de los pacientes.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, insuficiencia cardiaca, hospitalización, mortalidad, calidad de vida.

Bibliografía

1. McDonagh T.A, Metra M, Adamo M, Gardner R.S, BaumBach A, Böhm M et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and

treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. EurHeartJ [Internet]. 2021 [acceso 12 feb 2022]; 42 (36): 3599-3726. Disponible en: Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica - Revista Española de Cardiología

2. Mayo Clinic [Internet]. Arizona: Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER); 1998. Insuficiencia cardíaca; 10 dic 2021 [acceso 2 Mar 2022]. Disponible en: Insuficiencia cardíaca - Síntomas y causas - Mayo Clinic
3. SaludMadrid [Internet]. Madrid: Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Ficha indicador de Mortalidad por Insuficiencia Cardiaca; 12 Feb 2022 [acceso 12 feb 2022]. Disponible en. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud | Comunidad de Madrid
4. INE [Internet]. Madrid: Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Estadística de defunciones según la causa de muerte; 2020 [acceso 10 feb 2022]. Disponible en: INE. Instituto Nacional de Estadística
5. Groenewegen A, Rutten H.F, Mosterd A, Hoes A.W. Epidemiology of heart failure. EurHeartJ [Internet]. 2020 [acceso 06 feb 2022]; 22: 1342-1356. Disponible en: Epidemiology of heart failure - Groenewegen - 2020 - European Journal of Heart Failure - Wiley Online Library
6. Roger V.L. Epidemiology of Heart Failure. A contemporary perspective. Circ.Res. [Internet]. 2021 [acceso 06 feb 2022]; 128 (10): 1421-1434. Disponible en: Epidemiology of Heart Failure | Circulation Research
7. Seferovi´c P.M, Vardas P, Jankowska E.A, Maggioni A.P, Timmis A, Milinkovíc I et al. The Heart Failure Association Atlas: Heart Failure Epidemiology and Management Statistics 2019. EurHeartJ [Internet]. 2021 [acceso 08 feb 2022]; 23: 906-914. Disponible en: The Heart Failure Association Atlas: Heart Failure Epidemiology and Management Statistics 2019 - PubMed
8. MSD (Merck Sharp and Dohme corp) Manuals [Internet]. Kenilworth, NJ: Merck and Co Inc; 2015. Insuficiencia cardiaca (Insuficiencia cardiaca congestival); nov 2020 [acceso 08 feb 2020]. Disponible en: Insuficiencia cardíaca - Trastornos cardiovasculares - Manual MSD versión para profesionales
9. SVNPAR/ENAPE [Internet]. Álava. Escala de disnea NYHA: New York Heart Association; 2018 [acceso 07 feb 2022]. Disponible en: Table: Clasificación de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association (NYHA)-Manual MSD versión para profesionales
10. Piñar Sancho G, Cespedes Prado D. Insuficiencia cardiaca en el adulto mayor. Rev.Med.Sinerg. [Internet]. 2020 [acceso 21 mar 2022]; 5(9): e567. Disponible en: (PDF) Insuficiencia cardiaca en el adulto mayor
11. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. Patient Education and Counseling [Internet]. 2018 [acceso 08 feb 2022]; 101: 363-374. Disponible en: The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review - PubMed
12. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p13-17.
13. Ordóñez-Piedra J, Ponce-Blandón JA, Robles-Romero JM, Gómez-Salgado J, Jiménez-Picón N, Romero-Martín M. Effectiveness of the Advanced Practice Nursing interventions in the patient with heart failure: A systematic review. Nurs Open [Internet]. 2021 [acceso 20 feb 2022]; 8 (4): 1879-1891. Disponible en: Effectiveness of the Advanced Practice Nursing interventions in the patient with heart failure: A systematic review - PubMed
14. Son Y.J, Choi J, Lee H.J. Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [acceso 20 feb 2022]; 17 (18): 6559. Disponible en: Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed
15. Qiu X, Lan C, Li J, Xiao X, Li J. The effect of nurse-led interventions on re-admission and mortality for congestive heart failure: A meta-analysis. Medicine [Internet]. 2021 [acceso 20 feb 2022]; 100 (7): e24599. Disponible en: The effect of nurse-led interventions on re-admission and mortality for congestive heart failure: A meta-analysis - PubMed
16. Arjunan P, Trichur RV. The Impact of Nurse-Led Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Biophysiological Parameters in Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. JNR [Internet]. 2021 [acceso 23 feb 2022]; 29 (1): pe130. Disponible en: The Impact of Nurse-Led Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Biophysiological Parameters in Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial – PubMed

Implantación de inteligencia artificial en el triaje enfermero: buena práctica para la eficacia y la seguridad

Carmen Suárez Sánchez*, Marta Rodríguez Jaramillo**

* Enfermera. Pediatría. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Enfermera. Unidad de Cirugía- Ginecología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: carmensuasan@gmail.com

Introducción y objetivos. El triaje en urgencias es un proceso determinante en la cadena asistencial, cuya correcta ejecución por parte del personal de enfermería influye directamente en la seguridad del paciente y en el uso eficiente de los recursos. La inteligencia artificial (IA), entendida como el conjunto de algoritmos capaces de procesar datos clínicos y proponer decisiones, se perfila como una herramienta de apoyo al juicio clínico. Este trabajo propone una buena práctica basada en la introducción progresiva de sistemas de IA en el triaje enfermero, con el objetivo de mejorar tiempos de respuesta, homogeneidad en la clasificación y reducción del error humano.

Material y métodos. Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura publicada entre 2019 y 2025 en las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus. Se seleccionaron estudios que evaluaban la aplicación de IA en el triaje en términos de precisión diagnóstica, tiempos de actuación, impacto clínico y percepción profesional. También se analizaron plataformas digitales utilizadas en entornos hospitalarios europeos.

Resultados. Los datos reflejan mejoras significativas en la precisión del triaje (85–95 %) y una reducción media del 25 % en los tiempos de clasificación. Se detectaron barreras como la necesidad de formación específica, la desconfianza ante el reemplazo del juicio profesional y limitaciones éticas en su implementación sin supervisión humana.

Implementación. Se plantea un modelo piloto de integración de IA bajo supervisión enfermera, incluyendo formación específica y evaluación continua. Esta buena práctica busca fortalecer la toma de decisiones clínicas, sin sustituir la competencia profesional del personal de enfermería.

Palabras clave: Inteligencia artificial, triaje, enfermería, urgencias, buenas prácticas, digitalización

Bibliografía

1. Friedman AB. Artificial Intelligence for Emergency Care Triage—Much Promise, but Still Much to Learn. JAMA Newt Open. 2024; 7(1):e2818391.
2. Chang YH, Shih HM, Wu JE, Huang FW, Chen WK, Chen DM, Chung YT, et al. Machine learning–based triage to identify low-severity patients with a short discharge length of stay in emergency department. BMC Emerg Med. 2022; 22:88.
3. Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York, NY: Basic Books; 2019.

Implementación de cardioprotección en atención primaria rural: ayudas que salvan vidas.

Rafael Molinero Pérez*, Ana María López Acuña*, Ana Belén Garrote Calvo**, María Teresa Matellán Matellán**, Carmen Salvador Miguel**, Miriam Colino Martínez**.

*Enfermero/a Esp. Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campos-Lampreana. Villarrín de Campos, Zamora. (España).

**Enfermera. Centro de Salud Campos-Lampreana. Villarrín de Campos, Zamora. (España).

Correo electrónico: rmolinerop@gmail.com

Introducción y objetivos. La dispersión geográfica en Castilla y León condiciona mayores tiempos de desplazamiento pudiendo generar demoras no admisibles en patologías crono-dependientes, como una Parada Cardiorrespiratoria (PCR).

Objetivos:

- Conseguir que la población residente en los núcleos rurales gane experiencia y confianza para incrementar las posibilidades de supervivencia de víctimas de PCR, desarrollando Intervenciones Comunitarias.
- Crear referentes sociosanitarios.

Material y métodos. Se realizan sesiones de Educación para la Salud de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y Desfibrilación Precoz, priorizando los núcleos rurales más distantes o con peor acceso a los recursos, y evaluando a los referentes sanitarios antes y después de cada intervención.

Las sesiones son teórico-prácticas, abiertas a residentes de entre 15 y 70 años, con actividad laboral en el núcleo rural y motivación personal, utilizando maniquíes de RCP.

Resultados. Los resultados de la evaluación muestran desconocimiento en determinados conceptos y confusión en otros, evidenciando dudas sobre el protocolo de actuación.

La intervención comunitaria organiza y afianza los conocimientos (resultados en la evaluación de 36% de aciertos previos a la intervención, ascendiendo a 72% post-intervención).

Conclusiones. Los referentes sociales del municipio facilitan el contacto y la asistencia en PCR, ganando tiempo en la asistencia y mejorando la supervivencia del paciente.

Los resultados serán observables a medio-largo plazo evaluando los episodios que permitan recurrir a los conocimientos y capacidades adquiridas en las sesiones de RCP, evaluando posteriormente la supervivencia.

Los estudios previos manifiestan la efectividad de estas intervenciones, considerando los referentes sanitarios se espera mejorar su efectividad.

Palabras clave: Reanimación, Parada Cardiorespiratoria, Intervención Comunitaria, Educación, Atención Primaria, Enfermería

Bibliografía

1. Sastre Carrera MJ, García García LM, Bordel Nieto F, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Benítez Robredo MT, et al. Enseñanza de reanimación cardiopulmonar básica al público en general. Revista Aten Primaria [Internet]. 2004 [consultado 12 junio 2025]; 34(8): 408–413. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(04)78924-6
2. Castro Jiménez RA, Zamora Hermosilla M, Jiménez Moral G, Maíz Gabino V, Fonseca del Pozo FJ. ¿Es importante la formación y reciclaje en soporte vital básico en alumnos de enseñanza primaria? Revista Med Gen Fam [Internet]. 2022 [consultado 7 junio 2025]; 11(4): 153-159. Disponible en: https://mgyf.org/es-importante-la-formacion-y-reciclaje-en-soporte-vital-basico-en-alumnos-de-ensenanza-primaria/

Implementación de registro y evaluación formativa del alumnado técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias: prácticas efectivas.

Rosa Myriam Gutiérrez García*, Mª Belén Palacios Martínez**, Mª Socorro García Tuda***, Montserrat Rodríguez Calderón[1]*, Dolores Prieto García[2]*

*TCAE. Coordinadora TCAE Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

**TCAE. Coordinadora TCAE Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos (España).

***TCAE. Coordinadora TCAE Complejo Asistencial Universitario de Soria. Soria (España).

[1]*TCAE. Coordinadora TCAE Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca (España).

[2]*TCAE. Coordinadora TCAE Hospital El Bierzo. Ponferrada. León (España)

Correo electrónico: rmgutierrezg@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La formación clínica en servicios de urgencias representa un entorno desafiante para el aprendizaje del alumnado de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), donde la correcta evaluación y el registro sistemático de sus actividades resultan fundamentales para garantizar una experiencia formativa de calidad. La implementación de evaluaciones formativas y la supervisión directa

han evidenciado beneficios en el fortalecimiento del rendimiento del alumno y en la mejora de la calidad y seguridad en la atención clínica

Objetivos: Analizar estrategias eficaces para el registro de actividades clínicas y la evaluación educativa del alumnado de TCAE en servicios de urgencias, destacando su impacto en el desarrollo profesional y la calidad del aprendizaje.

Material y métodos. Revisión narrativa basada en literatura científica reciente (2020–2024), seleccionada mediante criterios DeCS en bases como PubMed, BMC y Scopus. Se incluyeron estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos relacionados con prácticas docentes, evaluación formativa y estrategias de aprendizaje en urgencias.

Resultados. Se identificó que el uso de evaluaciones formativas, herramientas de retroalimentación estructuradas y metodologías apreciativas mejora la autopercepción del desempeño, la integración interprofesional y la seguridad del paciente. El registro sistemático de las actividades clínicas permite a los docentes hacer un seguimiento más eficaz, identificar brechas formativas y personalizar la tutoría.

Conclusiones. Se recomienda integrar modelos de evaluación continua, y formación docente en retroalimentación efectiva. Estas acciones permiten fortalecer la calidad educativa en urgencias y preparar mejor al alumnado para escenarios clínicos reales.

Palabras clave: Enfermería, Evaluación Educacional, Servicios de Urgencia, Prácticas Clínicas, Estudiantes de Enfermería

Bibliografía:

1. Zhang Y, Liu X, Wang J, He W, Xu Y. Aplicación de la evaluación formativa en la mentoría de estudiantes de enfermería interna en un servicio de urgencias. Front Public Health. 2022; 10:974281.
2. Hood K, Cross W, Cant R. Evaluación de equipos interprofesionales de estudiantes en urgencias: oportunidades y desafíos. BMC Med Educ. 2022; 22:39.
3. Schnabel N, Okoli D, Bailes C, Davis M, Haas M. Educación apreciativa para mejorar las interacciones docentes en urgencias. AEM Educ Train. 2024; 8.
4. Albar I, Rahmayanti D, Pratama NR, et al. Estrategias de aprendizaje efectivas en el departamento de emergencias para estudiantes de medicina. Rev Elektron Kedokteran Indones. 2023; 11:297–304.
5. Zhang Y, Liu X, Wang J, He W, Xu Y. Applying formative evaluation in the mentoring of student intern nurses in an emergency department. Front Public Health. 2022; 10:974281.
6. Ramdani W, Setiawan S, Denny IA, et al. Challenges of nursing students during clinical practice in emergency department: a case study. Afr J Nurs Midwifery. 2024.
7. Saxton R, Harder N, Hinz A, et al. Students' experiences of clinical immersion in operating room and emergency department. Nurse Educ Pract. 2020; 43:102709.

Importancia del registro y control de las constantes vitales por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Marta Chico Macías*, Gema del Teso Vicente**, Sheila Alija Vega*

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

** TCAE. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: martachi@live.com

Introducción y objetivos. El registro adecuado de las constantes vitales es una tarea fundamental del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención sanitaria. Su vigilancia permite la detección precoz de alteraciones que pueden indicar un empeoramiento clínico del paciente. Este trabajo tiene como objetivo destacar la importancia del papel del TCAE en la monitorización de constantes vitales y analizar su impacto en la calidad asistencial.

Material y métodos. Se realizó un estudio bibliográfico mediante la revisión de literatura científica publicada entre 2015 y 2024. Se consultaron bases de datos como SciELO, Medline y Cuiden, además de

guías clínicas y protocolos de actuación de centros sanitarios. Se seleccionaron artículos relevantes en español e inglés sobre la función del TCAE en la vigilancia de constantes vitales.

Resultados. La evidencia muestra que una toma de constantes vitales adecuada y sistemática por parte del TCAE mejora la detección temprana de complicaciones, reduce los errores clínicos y fortalece el trabajo multidisciplinar. Se identificó la necesidad de formación continua y estandarización de procedimientos.

Conclusiones. El TCAE desempeña un papel clave en la vigilancia de las constantes vitales. Su correcta actuación contribuye a mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia asistencial y la calidad del cuidado. Es esencial fomentar la capacitación y protocolización de estas tareas dentro del equipo sanitario.

Palabras clave: Constantes vitales, TCAE, control clínico, signos vitales, monitorización, cuidados auxiliares

Bibliografía

1. Fernandez-Bueno M, Cipollone Fernandez M. El manejo de las constantes vitales por los TCAE. III Congreso Virtual SICEPA – USIPA: Sanidad, un trabajo en equipo". [Internet] 2022 [consultado 30 junio 2025]. Disponible en: https://congresosicepa.com/constantes-vi tales-TCAE/
2. Ojeda-Borras Y, Pérez-Pestana J, Sanchez-Pérez M. El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma de constantes vitales. Ocronos. [Internet] 2024[consultado 30 junio 2025]; 7(1): 400. Disponible en: https://revistamedica.com/doi-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-constantes-vitales/
3. Valdespina C. Las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE). El blog de Salusplay. [Internet]. 2020 [consultado 30 junio 2025]. Disponible en: https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados- Enfermería/

Intervención enfermera en la calidad de vida en pacientes post-ictus.

Carla Contreras Rodrigo*

*Enfermera. Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: carlacontrerasrodrigo2002@gmail.com

Introducción y objetivos. El ictus es una de las principales causas de discapacidad y muerte prematura en adultos. Sus secuelas afectan gravemente la calidad de vida de los pacientes, tanto a nivel físico como emocional y social. La enfermería desempeña un papel esencial en la recuperación, ofreciendo cuidados integrales que contribuyen significativamente a mejorar el bienestar del paciente.

Objetivo. Analizar el papel de la enfermería en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un ictus.

Material y métodos. Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Enfispo, Dialnet Y Clinicalkey. Se utilizó la pregunta PICO: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con ictus? y los descriptores DeCS y MeSH de las palabras clave. También se obtuvo información del manual del código ictus realizado por el Sacyl.

Resultados. El ictus provoca un gran impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando a sus capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales. Ocasiona secuelas, generando una pérdida de la autonomía lo que conlleva a condicionar el bienestar integral del paciente. La intervención de enfermería es fundamental en el proceso de recuperación, mediante la educación sanitaria, el apoyo emocional y el acompañamiento durante la rehabilitación.

Conclusiones. Una atención holística enfocada en las necesidades individuales del paciente, junto con intervenciones precoces y adaptadas por parte del personal de enfermería, favorece una recuperación más efectiva, reduce el riesgo de complicaciones y mejora significativamente la percepción del bienestar y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Ictus, intervención de enfermería, aspecto psicosocial, calidad de vida.

Bibliografía

1. NCI Ddcd. Instituto Nacional del Cáncer. [Internet]. [Consultado 2025 Marzo 04. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/ictus.
2. Sanidad Md. Ministerio de Sanidad. [Internet]. [Consultado 2025 Marzo 04. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6549#:~:text=El%20ictus%20es%20una%20enfermedad,de%20los%20casos%20podr%C3%ADan%20evitarse.
3. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, et al. Carga mundial, regional y nacional de accidentes cerebrovasculares y sus factores de riesgo, 1990-2019: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades 2019. Lancet Neurol. 2021 Octubre; 20(10).
4. Tenerife Nc. Neuro-centro. [Internet]. 2025 [consultado 2025 Abril 27. Disponible en: https://neurocentro.com/ictus-que-beneficios-aporta-la-fisioterapia-en-la-rehabilitacion/
5. Zrelak P, Utley-Smith Q, Farris K, Soban L, Williams M. Las enfermeras desempeñan un papel clave a la hora de abordar el bienestar mental de las personas después de un accidente cerebrovascular. American Heart Association. 2024 Agosto.
6. Alexandrov AV, Krishnaiah B. Accidente cerebrovascular isquémico. Manual MSD Versión para público general. 2023 Agosto.
7. NCI Ddcd. Instituto nacional del cancer. [Internet]. [Consultado 2025 Abril 29. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/ictushemorragico.
8. Cerebal Edd. American Stroke Association. [Internet]. 2024 [consultado 2025 Mayo 2. Disponible en: https://www.stroke.org/es/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/balance
9. Cerebral Edd. American Stroke Association. [Internet]. 2023 [consultado 2025 Mayo 2. Disponible en: https://www.stroke.org/es/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/spasticity
10. Cerebral Edd. American Stroke Association. [Internet]. 2024 [consultado 2025 Mayo 2. Disponible en: https://www.stroke.org/es/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/fatigue
11. Médica E. Medline Plus. [Internet]. 2024 [consultado 2025 Mayo 2. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000024.htm#:~:text=La%20afasia%20es%20la%20p%C3%A9rdida,con%20alguien%20que%20tenga%20afasia
12. Médica E. Medline Plus. [Internet]. 2024 [consultado 2025 Mayo 2. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007470.htm
13. Coryell W. Manual MSD Versión para público general. [Internet]. 2023 [consultado 2025 Mayo 2. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornosdel-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n
14. López-Dóriga Bonnardeaux P, Andrino Díaz N. Apatía postictus. Elservier. 2016; 51(3).
15. Fernández-López J, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Scielo. 2010 Abril; 84(2).
16. Ríos Lago M. Esperanza de vida tras un ictus. Fundación Hospitalaria, Red de Daño Cerebral y Neurorrehabilitación. 2021 Noviembre.
17. Fernández Benito R, López Rojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. Fundación de Enfermería de Cantabria. ; 1(7).
18. Tanlaka E, McIntyre A, Connelly D, et al. El papel y las contribuciones de las enfermeras en las unidades de rehabilitación de accidentes cerebrovasculares: una revisión integradora. PubMed Central. 2023 Junio; 45(8).
19. Ferrer Arnedo C. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI. Elsevier. 2014 Julio-Diciembre; 40(1).

La estabilización pélvica en el paciente politraumatizado

Alba Pérez González*, Lucia Calvo Justo*, Belén Anta Febrero*, Mireya Vega Blanco*, Ana Chinchilla Robles*, Laura Prieto Hernández**

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Benavente. Benavente (España).

**Enfermera. Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España).

Correo electrónico: perezglezalba@gmail.com

Introducción y objetivos. En el paciente politraumatizado es común encontrarnos con fracturas de pelvis que pueden provocar repercusiones hemodinámicas.

La adecuada estabilización de estas fracturas en la etapa temprana puede disminuir el impacto que tienen en el paciente y reducir el riesgo de una hemorragia mayor.

Objetivos:

- Conocer los principales estabilizadores mecánicos de la pelvis.
- Determinar las pautas de utilización de la sábana y cinturón pélvicos.

Material y métodos. Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se ha realizado una recopilación de artículos, en inglés y en español, extraídos de las principales bases de datos: Pubmed, Google académico… así como de manuales de urgencias y emergencias.

Resultados. En el manejo inicial del paciente con fractura de pelvis, especialmente si se encuentra hemodinámicamente inestable, está indicado el uso de dispositivos de compresión circunferencial pélvica que se deben colocar lo antes posible.

Estos dispositivos aportan estabilidad mecánica y contribuyen al control del sangrado mediante compresión.

Existen dos sistemas de estabilización: sábana o cinturón pélvico, aplicados a nivel de los trocánteres mayores y la sínfisis púbica para reducir la fractura y disminuir el volumen pélvico mediante la aducción de los miembros inferiores.

Se deben retirar cuando el paciente esté estable y ser reemplazados por otros mecanismos como los fijadores externos o una osteosíntesis definitiva.

Conclusión. La mortalidad en pacientes con traumatismo pélvico se sitúa en torno al 15%, aunque pueden variar en función de la gravedad de las lesiones asociadas.

La implementación de protocolos multidisciplinares y los avances en los cuidados críticos, ha conseguido disminuir la tasa de mortalidad.

Palabras clave: Paciente politraumatizado, fractura de pelvis, cinturón pélvico, sábana pélvica.

Bibliografía

1. Álvarez Chaves, R. Abordaje del manejo agudo de las fracturas de pelvis y su relación con la estabilidad hemodinámica del paciente politraumatizado: una revisión sistemática de la literatura [Internet]. 2023 [citado 2025 Sep 22]. Disponible en: https://hdl.handle.net/10669/89205
2. Granados Cordero J, Angel Rueda M, Garcia Martín FJ, Pérez Torres I, Yáñez Isidro S. Cuidados de enfermería en pacientes con cinturón pélvico tras fractura inestable de pelvis. Hygia de enfermería: revista científica del colegio, ISSN 1576-3056, No 86, 2014, págs 51-54 [Internet]. 2014 [citado 2025 Sep 22] ;(86):51–4. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5006080&info=resumen&idioma=SPA
3. Coccolini F, Stahel PF, Montori G, Biffl W, Horer TM, Catena F, et al. Pelvic trauma: WSES classification and guidelines. World journal of emergency surgery : WJES [Internet]. 2017 Jan 18 [citado 2025 Sep 22]; 12(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28115984/
4. Bakhshayesh P, Boutefnouchet T, Tötterman A. Effectiveness of non invasive external pelvic compression: a systematic review of the literature. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine [Internet]. 2016 May 18 [citado 2025 Sep 22];24(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27193135/
5. Arjona Burgos I. Manejo y tratamiento del traumatismo pélvico. 2015 [citado 2025 Sep 22]; Disponible en: https://dspace.unia.es/handle/10334/3535
6. Evidencias sobre el uso de fajas pélvicas, por Andrew Fisher. – El Blog de Tiro Táctico (EBdT2) [Internet]. [Citado 2025 Sep 22]. Disponible en: https://tirotactico.net/2019/06/29/17879/

La inteligencia artificial en urgencias y emergencias

Rocío Páez González*, Canto Velasco Calvo**, María Concepción Trufero Hervella***, José María Barbón Rodríguez[1]*, Pilar Ramos Calabaza[2]*, Inés Mateos Mateos[3]*

*Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

***TCAE. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[1]*TCAE. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora (España).

[2]* TCAE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[3]*Enfermera. Centro de Salud Benavente Sur. Zamora (España).

Correo electrónico: roci_paez@hotmail.com

Introducción y objetivos. La integración de la inteligencia artificial (IA) en los servicios de urgencias está transformando la atención sanitaria. Desde la predicción temprana de condiciones críticas hasta la optimización de recursos. Sin embargo, su implementación plantea desafíos éticos, técnicos y organizativos que requieren investigación.

Los objetivos serían analizar las aplicaciones actuales de la IA en urgencias, identificar los beneficios y limitaciones la misma, así como los desafíos éticos y técnicos, así como proponer recomendaciones para un uso seguro y efectivo.

Material y Métodos. Se realizó una revisión bibliográfica entre 2015 y 2024 en bases de datos como PubMed y SciELO. Se incluyeron estudios en español e inglés que abordaran el uso de la IA en servicios de urgencias.

Resultados. La IA ha demostrado su potencial en diversas áreas de la atención de urgencias y emergencias como son:

- El diagnóstico (por ejemplo, de sepsis) y predicción (por ejemplo, de mortalidad).
- Optimización de recursos: ayudan en la asignación eficiente de personal y recursos.
- Triaje automatizado: con sistemas como ARTEMIS mejorando la eficiencia del triaje.

No obstante, existen desafíos significativos como problemas éticos y de privacidad, el requerimiento de formación al personal y el establecimiento de normativas y procesos de validación para garantizar la seguridad y la eficacia.

Conclusiones:

La IA ofrece importantes oportunidades para mejorar la atención en urgencias, pero su implementación debe ser cuidadosa y ética. Es fundamental establecer marcos regulatorios, garantizar la formación continua del personal y fomentar la colaboración interdisciplinaria para maximizar los beneficios.

Palabras clave: Inteligencia Artificial, urgencias, recursos.

Bibliografía:

1. Castro Delgado R, Pardo Ríos M. La inteligencia artificial y los servicios de urgencias y emergencias: debemos dar un paso adelante. Emergencias. 2024; 36(2):153–6.
2. Correia G, Alves V, Novais P. The impact of artificial intelligence on emergency medicine: a review of recent advances [Internet]. arXiv; 2025 Mar 17 [consultado 5 junio 2025]. Disponible en: https://arxiv.org/abs/2503.14546
3. Nogué-Xarau S, Amigó-Tadin M, Ríos-Guillermo J. ¿Puede la inteligencia artificial ayudar al urgenciólogo en el diagnóstico de las intoxicaciones? Emergencias. 2024; 36(2):153–6.
4. Senthilkumaran RK, Prashanth M, Viswanath H, et al. ARTEMIS: AI-driven robotic triage labeling and emergency medical information system [Internet]. arXiv; 2023 Sep 16 [consultado 5 junio 2025]. Disponible en: https://arxiv.org/abs/2309.08865
5. Vázquez-García A, García-Ruiz A, Rodríguez-González A, et al. Artificial intelligence in emergency medicine: a systematic literature review. Int J Med Inform. 2023; 180:105274.
6. Obermeyer Z. Artificial intelligence and health equity [Internet]. Time; 2023 Nov 15 [consultado 5 junio 2025]. Disponible en: https://qa.time.com/6308242/dr-ziad-obermeyer/

La mejora del pronóstico del paciente crítico a través de los diferentes niveles asistenciales.

Rafael Molinero Pérez*, Ana María López Acuña*, Ana Belén Garrote Calvo**, María Teresa Matellán Matellán**, Carmen Salvador Miguel**, Alba González Fernández***.

*Enfermero/a Esp. Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Campos-Lampreana (Villarrín de Campos, Zamora, España).

**Enfermera, Centro de Salud Campos-Lampreana (Villarrín de Campos, Zamora, España).

***Enfermera Esp. Obstétrico-Ginecológica, Centro de Salud Campos-Lampreana (Villarrín de Campos, Zamora, España).

Correo electrónico: rmolinerop@gmail.com

Introducción y objetivos. La asistencia inicial y abordaje de los traslados extrahospitalarios representan un desafío para el pronóstico del paciente, mediado por Atención Primaria (AP) y Emergencias Sanitarias (ES). Se pretende definir propuestas para mejorar el pronóstico del paciente en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

Material y métodos. Se realizan búsquedas en las bases de datos médicas y de enfermería, protocolos y procedimientos de derivación de AP y ES, valorando competencias profesionales, peticiones sindicales y profesionales, seleccionando datos relevantes.

Resultados. En Castilla y León, las dificultades surgen de factores estructurales, logísticos y de recursos, unido a dispersión geográfica y envejecimiento poblacional, mayor prevalencia de pluripatologías y enfermedades crónicas, sobreañadiendo la apertura reducida de Consultorios Rurales.

Se detectan mayores tiempos de espera para el traslado, pudiendo producir demoras críticas en picos de actividad. En la coordinación y comunicación entre niveles existe falta de antelación o detalles, o problemas derivados del canal de comunicación, protocolos complejos. En algunas ocasiones existen problemas con la calidad del traslado.

Existen peores pronósticos en patologías tiempo-dependientes, aumento de morbimortalidad, insatisfacción, y sobrecarga. La falta de personal y carga de trabajo genera burnout profesional y mayor presión asistencial.

Entre las soluciones y mejoras: el incremento de la inversión en transporte sanitario, el fortalecimiento de coordinación entre niveles, la inversión en nuevas tecnologías, el refuerzo de personal y formación continua.

Implementación. Desarrollo progresivo de mejoras estructurales y funcionales, desarrollo especialista en atención primaria con actualización del perfil de urgencias, iniciativa enfermera para traslados, limitación del intrusismo.

Palabras clave: Pronóstico, nivel asistencial, urgencias, atención primaria, atención hospitalaria, emergencias, calidad.

Bibliografía

1. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Sacyl. Manual de actuación clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencia. Asistencia extrahospitalaria. Actuación en la vía pública. Pags. 19-49. Julio 2019. ISBN: 978-84-16761-48-7.
2. Pérez Martín Á, López Lanza JR, Dierssen Sotos T, Villa Puente M, Raba Oruña S, del Río Madrazo JA. Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año. Semergen [Internet]. 2007 [citado el 11 de julio de 2025]; 33(7):341–8. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-analisis-las-derivaciones-hospitalarias-un-servicio-urgencias-13109441
3. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Castilla y León. CCOO. 100 propuestas de la FSS-CCOO de Castilla y León para una Atención Primaria de Calidad. Enero 2020. Pags.1-6. [Internet]. Ccoo.es. [citado el 11 de julio de 2025]. Disponible en: https://sanidad.ccoo.es/fa601e56ac5499b73e42b54e3a686ca4000058.pdf

Manejo de las quemaduras desde la perspectiva de enfermería asistencial

Elena de los Ángeles Burló López*

*Enfermera. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: elenaburlolopez@gmail.com

Introducción y objetivos. El personal de enfermería tiene un rol fundamental en el tratamiento de quemaduras menores ya que su actuación influye directamente en la cicatrización.

Objetivo general: identificar las últimas evidencias para un manejo integral de quemaduras menores en el ámbito asistencial.

Objetivos específicos: conocer los cuidados iniciales, seleccionar el apósito más adecuado para quemaduras de segundo grado, analizar el uso de antibióticos tópicos y estudiar el abordaje de las flictenas.

Material y métodos. La metodología se basó en una revisión narrativa utilizando bases de datos como PubMed, CINAHL, LILACS, Cochrane y Cuiden Plus, con inclusión de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y narrativas.

Resultados. El manejo inicial debe incluir una limpieza con suero fisiológico, secado a toques y evaluación del lecho. Es fundamental valorar la profundidad, extensión, causa y fase de cicatrización para planificar adecuadamente las curas y elegir el apósito más adecuado.

En cuanto a los antibióticos tópicos, la evidencia indica que solo deben utilizarse ante signos de infección, siendo los más comunes la sulfadiazina argéntica y la nitrofurazona. En relación con las flictenas, no existe consenso: algunos autores recomiendan mantenerlas intactas, mientras otros sugieren desbridarlas según ciertas condiciones clínicas.

Conclusiones. Aunque existen guías claras para las curas iniciales, persisten controversias en aspectos como el manejo de las flictenas. El uso de antibiótico tópico de manera profiláctica está desaconsejado. Es clave atender el dolor y el bienestar del paciente.

Palabras clave: Quemaduras, adultos, atención de enfermería, cuidados de la piel y cuidado del paciente.

Bibliografía

1. Cruz Acquaroni MM, González Gómez IC, de Castro Martínez AC. Compendio DAE de patologías [Internet]. 5th ed. DAE; 2020. [Consultado 20 enero de 2023]. 793. Disponible en: https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/457/?key=bTVoYldVOVZVcEJSVTRtYm05a2J6MDBOVGNtWm1WamFHRTlNakF5TXpBeU1UZ3lNRE16Sm5ScGNHOWZjSEp2ZUhrOU1pWndZWE56ZDI5eVpEMVZTa0ZGVGpVeE1RPT1kWE5sYw%3D%3D
2. González Bosquet L. Las quemaduras y su tratamiento [Internet]. 2003 [consultado 20 enero de 2023]. 5. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13053120
3. Fernández Santervás Y, Melé Casas M. Quemaduras. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). 2019 [consultado 23 enero 2023]. 1-11.
4. Casteleiro Roca MP, Castro Prado J. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Guía práctica de lesiones por quemadura. Guía nº5. [Internet]. Santiago de Compostela (A Coruña); 2016. [Consultado 24 enero 2023]. 68. Disponible en: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/70/GUÍA%20Nº5%20QUEMADURAS%20cast.pdf
5. Pérez Boluda MT, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [Internet]; 2011 [consultado 24 enero 2023]. 120. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE, 2022 [consultado 21 enero 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=52137#!tabs-grafico
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, cop. 2020 [consultado 2 febrero 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns
8. Manrique Martínez I, Angelats Romero CM. Abordaje de las quemaduras en atención primaria [Internet]; 2019 [consultado 2 febrero 2023]. 81-89. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Angelats-

Romero/publication/347078994_Abordaje_de_las_quemaduras_en_Atencion_Primaria/links/5fd7cc22299bf140880f53fd/Abordaje-de-las-quemaduras-en-Atencion-Primaria.pdf

9. Moreno Artero E, Rodríguez Garijo N, Tomás Velázquez A, García Martínez FJ. Puntos clave. 2019 [consultado 3 febrero 2023]. 34(3):175-179.
10. Cabrera Rodríguez CA, Domínguez Marmolejo A, López Campos P, Machuca Albertos MJ, Pérez Milena A, Piñar Salcedo MA, et al. Protocolo asistencial quemaduras [Internet]. 2020 [consultado 27 febrero 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/QUEMADURAS_M.pdf
11. Lima Júnior EM, de Moraes Filho MO, Almeida Costa B, Vagnaldo Fechine F, Lima Vale M, de Loyola Diógenes AK, et al. Nile Tilapia Fish Skin–Based Wound Dressing Improves Pain and Treatment-Related Costs of Superficial Partial-Thickness Burns: A Phase III Randomized Controlled Trial. Plastic and reconstructive surgery. 2019. [consultado 17 marzo 2023] 01; 147 (5):1189-1198.
12. Rashaan ZM, Krijnen P, Kwa K, van Baar ME, Breederveld RS, van Marle ME. Long-term quality of life and cost-effectiveness of treatment of partial thickness burns: A randomized controlled trial comparing enzyme alginogel vs silver sulfadiazine (FLAM study). Wound repair and regeneration. 2020 May [consultado 20 marzo 2023]. 28(3):375-384.
13. Heydarikhayat N, Ashktorab T, Rohani C. Lived experiences of burn survivors regarding the challenges of home care follow-ups: a phenomenological study. Home health care services quarterly. 2019 [consultado 20 marzo 2023]; 39(1):33-49.
14. Norman G, Christie J, Liu Z, Westby MJ, Jefferies JM, Hudson T, et al. Antisépticos para las quemaduras. Cochrane Library. 2017 Jul 12. [Consultado 29 marzo 2023].
15. Sözen I, Guldogan CE, Kismet K, Sabuncuoğlu, MZ, Yasti, AÇ. Outpatient burn management and unnecessary referrals. Turkish journal of trauma; emergency surgery. 2015 [consultado 11 abril 2023]; 21(1):27-33.
16. Karlsson M, Lindgren M, Jarnhed-Andersson I, Tarpila, E. Dressing the Split-Thickness Skin Graft Donor Site: A Randomized Clinical Trial. Advances in skin and wound care. 2014 [consultado 11 abril 2023]; 27(1):20-25.
17. De Oliveira F, Kelsen V, Eulálio D, Kelle L, Moura B, Pires I, et al. Primary Health Care professionals' knowledge about initial care for burn victims. 2018. [consultado 11 abril 2023].
18. González Suárez B. Abordaje enfermero de quemaduras menores. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2021 febrero. [Consultado 12 abril 2023]; 9 (1): 6-17.
19. Vega Arjona E, Fernández-Utrilla Miguel P, López Manzano EM. Tratamiento de quemaduras en atención primaria. Paraninfo Digital 2020. [Consultado 12 abril 2023]; XIV (32).
20. Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos 2018. [Consultado 12 abril 2023]; 29(1).
21. Ambrona de Marcos V, Ramírez Molinero R, García Expósito J, Bañeres Argilés C. Tratamiento de las quemaduras de segundo grado basado en la evidencia científica. Ágora de Enfermería 2017. [Consultado 13 abril 2023]. 21(3):123-129.
22. Marín Arriazu S, Irigaray Osés E, Sáinz de Varanda C. Guía y póster para el tratamiento de las quemaduras térmicas en atención primaria y medidas básicas de evacuación y traslado en un gran quemado. 2016. [consultado 13 abril 2023].
23. García Collado F, Álvarez Millán S, Ramírez Pizano AM, Rivera Fernández C, García Murillo M, Franco García EM. Quemaduras dérmicas superficiales: pauta de actuación con apósito primario único de hidrofibra Ag en atención primaria. Enferm Dermatol 2014. [Consultado 13 abril 2023]; 8(22):10-21.
24. Ledo García MJ, Crespo Llagostera T, Martí Romero MP. Tratamiento ambulatorio de las quemaduras. Trabajos de investigación. 2010. [consultado 15 abril 2023]; (9).
25. Frías Méndez E. Burns: Diagnosis and treatment in the first 72 hours. Revista Cubana de cirugía 2006. [Consultado 15 abril 2023]; 45(2).

Manejo de las urgencias psiquiátricas en medios hospitalarios

María Esther del Campo Rodríguez*, Azucena Ortiz López*, Mariluz Hernando Ayuso*, Marisol del Rosario Carracedo Catalán*, María Belén Palacios Martínez*

*TCAE. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos (España)

Correo electrónico: estheralser@gmail.com

Introducción y objetivos. Las urgencias psiquiátricas representan una proporción significativa de la atención en los servicios de emergencia. Estas situaciones requieren una respuesta clínica rápida y adecuada para evitar consecuencias graves tanto para el paciente como para terceros.

Objetivos:

1. Analizar el abordaje clínico de las urgencias psiquiátricas en entornos hospitalarios y su relación con el estigma asociado a los trastornos mentales.
2. Identificar los principales trastornos mentales que motivan la atención urgente en salud mental.
3. Examinar las estrategias de intervención hospitalaria.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica narrativa a partir de artículos científicos especializados en revistas especializadas. Se consultaron fuentes recientes que abordan el diagnóstico, intervención y modelos de atención en crisis psiquiátrica, así como el impacto del estigma en el acceso a los servicios.

Resultados. Los principales motivos de consulta incluyen episodios psicóticos, ideación suicida, agitación y síntomas orgánicos de origen psiquiátrico. La literatura destaca la utilidad de unidades de estancia corta para el abordaje inicial. Asimismo, se identificó la necesidad de mejorar el triaje y la formación del personal de urgencias en salud mental. El estigma asociado a los trastornos mentales influye negativamente en el manejo y la percepción del paciente.

Conclusiones. El manejo adecuado de las urgencias psiquiátricas requiere protocolos estandarizados, espacios especializados y equipos capacitados.

La implementación de estrategias integradas puede reducir tiempos de atención, mejorar los resultados clínicos y disminuir el estigma en el entorno hospitalario.

Palabras clave: Urgencias psiquiátricas, trastornos mentales, atención hospitalaria, diagnóstico diferencial, salud mental

Bibliografía:

1. Da Silva A, Baldaara L, Cavalcante D, Fasanella N, Palha A. El impacto del ticho de la enfermedad mental en las emergencias psiquiátricas. Front Psychiatry. 2020; 11:573. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00573
2. Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Daini S. Urgencias psiquiátricas (parte I): trastornos psiquiátricos que causan síntomas orgánicos. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013; 17(Suppl 1):55–64.
3. Gerson S, Bassuk E. Emergencias psiquiátricas: una visión general. Am J Psychiatry. 1980; 137(1):1–11. Disponible en: https://doi.org/10.1176/AJP.137.1.1
4. Anderson K, Goldsmith L, Lomani J, Ali Z, Clarke G, Crowe C, et al. Unidades de crisis de corta estancia para pacientes de salud mental en vías de atención de crisis: revisión sistemática y metaanálisis. BJPsych Open. 2022; 8:e181. Disponible en: https://doi.org/10.1192/bjo.2022.534
5. Ramrakha P, Moore K, Sam A. Emergencias psiquiátricas. In: Oxford Handbook of Acute Medicine. Oxford University Press; 2019. Disponible en: https://doi.org/10.1093/med/97808797425.003.0013
6. Waheed S, Rabbani G, Mamun A, Nahar J, Begum K, Bashar, Rony A. Pacientes psiquiátricos en los departamentos de urgencias del hospital general. Bang J Psychiatry. 2020; 31(1):7–14. Disponible en: https://doi.org/10.3329/bjpsy.v31i1.45366

Manejo de urgencias toxicológicas emergentes: nuevas drogas de síntesis.

Laura Martínez Cañibano*, Lucía Zorita Argüero**, Claudia Fernández Suárez***, María García Fernández[1]*, Pablo Martínez Salas[2]*, Mario Peláez García[3]*

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

**Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

***Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

[1]*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

[2]*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

[3]*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

Correo electrónico: Laurmc26@gmail.com

Introducción y objetivos. Las nuevas drogas de síntesis (NDS) son sustancias psicoactivas diseñadas para imitar efectos de drogas tradicionales, con estructuras químicas modificadas. Su rápida aparición y composición variable dificultan su identificación y manejo en urgencias. Entre las más comunes se encuentran catinonas, cannabinoides y opioides sintéticos, así como feniletilaminas y benzodiacepinas de diseño.

Se pretende analizar el abordaje clínico en urgencias de las intoxicaciones agudas por nuevas drogas de síntesis, con énfasis en medidas de soporte vital y tratamiento sintomático.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, la búsqueda se ha realizado en PubMed, Cochrane y CUIDEN. Se han utilizado los descriptores MeSH y el operador booleano AND y OR. Se seleccionaron 17, que cumplían los criterios de inclusión: 2019-2025, escritos en inglés, en humanos.

Resultados. El principal reto es la variabilidad farmacológica y toxicocinética de las NDS, lo que obliga a un enfoque basado en síntomas y soporte vital avanzado. La falta de antídotos específicos y la frecuencia de policonsumo aumentan la complejidad. La hipertermia, la psicosis aguda, las arritmias y la depresión respiratoria son las complicaciones más graves y requieren actuación inmediata.

El abordaje clínico se basa en la secuencia ABCDE, priorizando la estabilización vital. La historia clínica y la exploración física orientan el diagnóstico, dado que las pruebas toxicológicas habituales no suelen detectarlo.

Conclusiones. El manejo de urgencias por NDS requiere un abordaje protocolizado centrado en medidas de soporte, control de complicaciones y uso selectivo de antídotos disponibles. La detección temprana y la intervención rápida mejoran la supervivencia.

Palabras clave: Intoxicación por drogas, Drogas sintéticas, Emergencias médicas, Toxicología clínica, Sustancias psicoactivas, Drogas ilícitas.

Bibliografía:

1. Abu Shafi, Berry AJ, Sumnall H, Wood DM, Tracy DK. New psychoactive substances: a review and updates. Ther Adv Psychopharmacol. 2020; 10:2045125320967197.
2. Rinaldi R, Bersani G, Marinelli E, Zaami S. The rise of new psychoactive substances and psychiatric implications: a wide-ranging, multifaceted challenge that needs far-reaching common legislative strategies. Hum Psychopharmacol. 2020 May; 35(3):e2727.
3. Marinowitz R, Strube J, Schaper A. Neue psychoaktive Substanzen im Notfall – [New psychoactive substances in emergency medicine]. Nervenarzt. 2024 Jan; 95(1):28–34.
4. Corazza O, Coloccini S, Marrinan S, Vigar M, Watkins C, Zene C, et al. Novel psychoactive substances in custodial settings: a mixed-method investigation on the experiences of people in prison and professionals working with them. Front Psychiatry. 2020; 11:460.
5. M. Alias-Ferri, Pellegrini M, Marchei E, Pacifici R, Rotolo MC, Pichini S, et al. New psychoactive substances consumption in opioid-use disorder patients. Biology. 2022; 11(5):645.

Manejo del estreñimiento en cuidados paliativos

María Garrido Domínguez*, Lucía Ferrero González*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: mariatoresana96@hotmail.com

Introducción y objetivos. Existe un elevado porcentaje de pacientes con cuidados paliativos que presentan estreñimiento siendo una de las causas principales el uso de medicamentos con opioides.

Objetivo. Conocer el tratamiento ante el estreñimiento en el paciente paliativo, determinar la eficacia y efectividad de los diferentes laxantes, detección precoz de los síntomas y manifestaciones del paciente mediante la educación e identificar las actividades de enfermería recomendadas.

Material y métodos. Revisión bibliografía sistemática. Estrategia de búsqueda, conversión a DECs y Mesh. Búsqueda en bases de datos (PubMed, Cochrane, Cuiden, GuiaSalud, Dialnet, Joanna Briggs y referencias) desde 2008, en inglés y español. Se seleccionan revisiones, revisiones sistemáticas, meta-análisis, guías de práctica clínica y resúmenes de evidencia. Aplicando la lectura crítica mediante Caspe y Agree

Resultados. Se identifican 637 estudios de los cuales 15 son elegidos por pasar los criterios de inclusión y la calidad de la evidencia, se destaca fundamentalmente la evaluación completa del paciente incluyendo hábito intestinal, consistencia de las heces, sensación de evacuación incompleta… para su actuación posteriormente y la importancia de utilizar de manera profiláctica laxantes en pacientes con tratamiento de opioides.

Conclusiones. Es fundamental la valoración completa del paciente identificando los cuidados de manera individualizada. Una vez instaurado el estreñimiento la primera medida será utilización de laxantes orales. Educación al paciente el cual sea capaz de autoevaluar sus heces. La elección de laxantes será de manera individualizada, la eficacia y efectividad no se ha demostrado. Las actividades seleccionadas de la intervención de enfermería posen un grado de recomendación elevado.

Palabras clave: Estreñimiento, prevención, cuidados paliativos, adultos

Bibliografía:

1. Conceptodefinición.de [Internet]. [actualizado 19 nov 2016; citado 19 de febr. 2018]. Disponible en: http://conceptodefinicion.de/estrenimiento/
2. lvarez Lopez MA, Calabozo Freile B, de Castro Rodriguez F, Cortés Sancho R, Domínguez Martínez M, Echevarría Zamanillo MM et al. Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y Leon [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; Consejería de Sanidad; Gerencia Regional de Salud; 2017. [citado 12 mar. 2018]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/plan-cuidados-paliativos-castilla-leon
3. Vargas Torres M, Palomo Lloro AI, García Rodrigo R, Quirén Pereira R.Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. Med Pal [internet]. 2011 [citado 7 de mar. de 2018]; 18(3):112−20. Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2015/07/Tratamiento-y-cuidados-de-enfermer%C3%ADa-en-el-estre%C3%B1imiento.pdf
4. Cordero-Ponce M, Romero- Sánchez IM. Cuidados de enfermería ante el estreñimiento del paciente oncológico. Cuiden. Enferm Clín 2008;18 (2):91-5

Manejo y recogida de muestras por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Sheila Alija Vega*, Marta Chico Macías*, Gema Del Teso Vicente**

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

** TCAE. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. Zamora (España)

Correo electrónico: sheilamulacmt@gmail.com

Introducción y objetivos. El análisis de muestras biológicas es fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de numerosas patologías. La correcta recogida, conservación y transporte de estas muestras garantizan la fiabilidad de los resultados y la seguridad del proceso. En la mayoría de las

situaciones, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es el profesional responsable del manejo y recogida de muestras.

Objetivo: Comprender el rol del TCAE en la gestión de muestras biológicas.

Material y métodos. Revisión bibliográfica en las bases de datos Lilacs, Cuiden y Google Académico. Se utilizaron los términos de búsqueda: "muestras biológicas", "procedimiento" y "técnico en cuidados auxiliares de enfermería". Se incluyeron artículos de los últimos 10 años, en español, que trataran sobre la gestión de muestras biológicas y el rol del TCAE. Se excluyeron los artículos que no estuvieran en español o que no se pudiera acceder al texto completo.

Se realizó una primera selección de los artículos por título y resumen, analizando el texto completo de los artículos seleccionados.

Resultados. La gestión correcta de las muestras biológicas por el TCAE requiere de una preparación adecuada del material, cumplimiento estricto de protocolos de higiene y asepsia, y una identificación correcta de las muestras.

La utilización de recipientes limpios y estériles, la correcta etiquetación y el transporte en condiciones controladas, como el uso de neveras portátiles para muestras refrigeradas, son esenciales para mantener la calidad de las mismas.

La capacitación y formación continua de estos profesionales en estas técnicas contribuyen significativamente a la reducción de errores, asegurando resultados fiables.

Conclusiones. El TCAE desempeña un rol fundamental en la gestión de muestras biológicas. Su actuación directa influye en la calidad del diagnóstico médico y en la seguridad del paciente. La formación continua, el cumplimiento de protocolos y una actitud responsable son esenciales para garantizar una práctica profesional segura y eficaz.

Palabras clave: Muestras biológicas, procedimiento, técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Bibliografía

1. García Olivar L, Martínez Esteve P, Benito Romeral A, Gonzalo Ciria L, Fausily González Vélez D, Gracia Andrés M. El TCAE en la conservación y envío de muestras biológicas para analizar [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. [Consultado el 9 de julio de 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tcae-en-la-conservacion-y-envio-de-muestras-biologicas-para-analizar/
2. Periz Gutiérrez N, Benito Rodrigo L, Morán Sandoval M, Esparza Ramírez B, Sanz Sasot C. TCAE: recogida de muestras biológicas y prioridades. Revista Ocronos. [Internet]. 2025 [consultado el 9 de julio de 2025]; 8(1):581. Disponible en: https://revistamedica.com/tcae-recogida-muestras-biologicas-prioridades/
3. Apuntes de Enfermería. Obtención de muestras: medidas generales para la obtención de muestras [Internet]. Enfermeria.top [Consultado el 10 de julio de 2025]. Disponible en: https://enfermeria.top/apuntes/tcae/recogida-transporte-muestras/

Manejo y utilidad de aplicaciones móviles para el control del riesgo autolítico

Paula Gutiérrez Báez*, Daniel García Sangrador*, Laura Vaquero Velerdas*, Nuria Lamas Fariñas**, Carla López Rodríguez***, Aida Sánchez Prieto***

*Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Provincial. Zamora (España)

**Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña (España)

***Enfermera Interna Residente en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Provincial. Zamora (España)

Correo electrónico: pgutierrezb@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. El suicidio supone un grave problema de salud pública a nivel mundial. Fallecen 11 personas al día al por suicidio en España y en 2023 se registraron 98 suicidios en la adolescencia, siendo la primera causa de muerte externa. Dado el uso prácticamente sistemático de smartphones en la población

actual, es habitual utilizar herramientas tecnológicas de salud basadas en el móvil (mHealth). El objetivo principal es determinar la utilidad de aplicaciones móviles para el control del riesgo autolítico.

Material y métodos. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados publicados en los últimos 5 años sobre el uso de aplicaciones móviles para controlar las conductas autolíticas. Se seleccionan aquellos artículos a texto completo libre tanto en inglés como castellano. La búsqueda se realiza del 1 al 5 de septiembre de 2025 en PubMed y Epistemonikos. La estrategia de búsqueda empleada es "mobile app AND suicide AND prevention".

Resultados. Se obtuvieron 21 resultados, de los cuales se seleccionaron 5. Existen distintas aplicaciones para el fomento de salud mental y manejo de ansiedad, pero específicamente del control de suicidio se encuentran algunas como CALMA, BRITE, BlueIce, BrighterSide o el estudio piloto SmartCrisis 2.0. Su uso puede ayudar a aumentar el compromiso con la intervención y cuentan con herramientas psicoeducativas, registro del riesgo o ejercicios de terapia dialéctica conductual (DBT).

Conclusiones. Existen distintas opciones de aplicaciones móviles con beneficios para el control de los pensamientos suicidas. El acceso a estas aplicaciones en nuestro país es limitado y deben orientarse a funciones prácticas, ofreciendo un entorno personalizado y seguro.

Palabras clave: Aplicaciones Móviles, Salud Mental, Suicidio, Teléfono Inteligente, Prevención del Suicidio, Depresión

Bibliografía:

1. Rodante DE, Kaplan MI, Olivera Fedi R, Gagliesi P, Pascali A, José-Quintero PS, et al. CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. Arch Suicide Res [Internet]. 2022 [consultado 5 septiembre 2025]; 26(2): 801-818. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33073745/
2. Goldstein TR, Kennard BD, Porta G, Miller AO, Aguilar K, Bigley K, et al. Bridging Gaps in Care Following Hospitalization for Suicidal Adolescents: As Safe As Possible (ASAP) and BRITE App. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2025 [consultado 5 septiembre 2025]; 64(5): 612-624. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39032815/
3. Stallard P, Whittle K, Moore E, Medina-Lara A, Morrish N, Rhodes S, et al. Acceptability, use and safety of the BlueIce self-harm prevention app: qualitative findings from the Beating Adolescent Self-Harm (BASH) randomised controlled trial. BMJ Ment Health [Internet]. 2024 [consultado 5 septiembre 2025]; 27(1): e300961. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38925663/
4. Josifovski N, Torok M, Batterham P, Wong Q, Beames JR, Theobald A, et al. Efficacy of BrighterSide, a Self-Guided App for Suicidal Ideation: Randomized Controlled Trial. JMIR Ment Health [Internet]. 2024 [consultado 5 septiembre 2025]; 18:11: e55528. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38551212/
5. Porras-Segovia A, De Granda-Beltrán AM, Gallardo C, Abascal-Peiró S, Barrigón ML, Artés-Rodríguez A, et al. Smartphone-based safety plan for suicidal crisis: The SmartCrisis 2.0 pilot study. J Psychiatr Res [Internet]. 2024 [consultado 5 septiembre 2025]; 169: 284-291. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38065053/

Patrones dietéticos en pacientes asmáticos

Lucía Ferrero González*, María Garrido Domínguez*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: luciaferrerogonzalez@gmail.com

Introducción y objetivos. El asma es un problema de gran importancia sociosanitaria cuya prevalencia ha aumentado a lo largo de los años. Es una enfermedad crónica que afecta a la calidad de vida del individuo. Hay ciertos factores que pueden agravar o desencadenar el asma, y otros que producen beneficios, como es el caso de una dieta adecuada.

Objetivo: Identificar la asociación entre los hábitos dietéticos con el desarrollo del asma y los efectos que producen durante el desarrollo de esta enfermedad.

Material y métodos. Revisión bibliográfica sistematizada de estudios de los últimos 7 años sobre asma y hábitos dietéticos. Se seleccionan los estudios de mayor nivel de evidencia tras la lectura crítica y estableciendo niveles de evidencia y grados de recomendación del JBI. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo y tablas de síntesis.

Resultados. Se seleccionaron 21 estudios (9 revisiones sistemáticas, 5 ECAs, 2 meta análisis, 1 GPC y 4 documentos de expertos) de un total de 147. A través de ellos, se han descrito alimentos que pueden afectar positiva o negativamente a los síntomas del asma o incluso al desarrollo de esta enfermedad.

Conclusiones. No existe una dieta específica para reducir o prevenir el asma, aunque las vitaminas antioxidantes han demostrado un efecto beneficioso, al igual que la vitamina D. Las enfermeras tienen un papel importante en la educación del paciente para empoderarlo.

Palabras clave: Asma, Conducta alimentaria, Calidad de vida

Bibliografía

1. Ma J, Lv N, Xiao L. Dietary pattern and asthma: a systematic review and meta-analysis. J Asthma Allergy. 2014; 7:105-18.
2. Varraso R, Garcia-Aymerich J, Claggett B, Mozaffarian D, Willett WC, Camargo CA Jr. Adherence to a Mediterranean diet and risk of asthma in adults: results from the Nurses' Health Study. Eur Respir J. 2015; 45(6):1598-607.
3. Jolliffe DA, Greenberg L, Hooper RL, Griffiths CJ, Camargo CA Jr, Kerley CP, et al. Vitamin D supplementation to prevent asthma exacerbations: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2017; 5(11):881-90.

Perfil competencial de enfermería en urgencias de atención primaria: edema agudo de pulmón.

Alicia Pacho Gimaré*, Rafael Molinero Pérez**, Rebeca Santos Nieto*, María Asunción Jorge Martín*, Beatriz Nieto Miguel***

*Enfermera. Urgencias Hospitalarias. Gerencia de Asistencia Sanitaria. Zamora (España).

**Enfermero. Centro de Salud Campos-Lampreana (Villarrín de Campos, Zamora, España).

***Enfermera. Gerencia de Servicios Sociales. Zamora (España).

Correo electrónico: alip189@gmail.com

Introducción y objetivos. El edema agudo de pulmón (E.A.P.) es una complicación potencialmente mortal del infarto agudo de miocardio (I.A.M.) que requiere diagnóstico y tratamiento inmediato para mejorar las posibilidades de supervivencia.

Se pretende optimizar su abordaje y derivación desde Atención Primaria, considerando las competencias de enfermería, para mejorar el pronóstico del paciente.

Material y métodos. Se recurre a la valoración de cuatro casos clínicos de E.A.P. severo con síntomas de disnea grave en reposo, debido a insuficiencia cardíaca izquierda, secundarios a I.A.M. Se consulta bibliografía sobre las competencias enfermeras.

Resultados. Es un proceso asistencial que precisa una intervención de enfermería rápida, efectiva y de calidad en Atención Primaria, condicionada por las habilidades y competencias de enfermería, que determinará su recuperación posterior o supervivencia del paciente. Las competencias se agrupan en asistenciales, gestión, educativas, investigadoras y transversales.

Implementación. Competencias Asistenciales

- Valoración inicial (Triage)
- Medición de signos vitales
- Capacidad para tomar decisiones rápidas
- Detección temprana de situaciones de riesgo

- Intervención temprana (prevenir el deterioro rápido, minimizar complicaciones)
- Manejo de situaciones graves (PCR, shock, etc.)
- Administrar fármacos (efectos adversos, rapidez)
- Decisiones clínicas de cuidados inmediatos

Competencias Gestión

- Uso de protocolos validados
- Evaluación de las necesidades para derivación

Competencias Educativas

- Educación oportunista y apoyo emocional

Competencia Investigadora

- Uso de protocolos validados
- Valoración de aportaciones al protocolo establecido

Competencias Transversales

- Actuación como puente de comunicación con otros profesionales
- Coordinar y/o colaborar en el traslado del paciente
- Evaluación continua

Palabras clave: Edema Agudo de Pulmón, Urgencias, Atención Primaria, Competencias de Enfermería, Supervivencia, Derivación Hospitalaria.

Bibliografía

1. Ayuso Raya María Candelaria, Pérez López Nieves, Simarro Herráez María José, Escobar Rabadán Francisco. Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2013 Oct [citado 2025 Jun 07]; 6(3): 144-151. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000300005&lng=es.
2. Sánchez Gómez María Begoña, Novo Muñoz María Mercedes, Rodríguez Gómez José Ángel, Sierra López Antonio, Aguirre Jaime Armando, Duarte Clíments Gonzalo. Competencias de enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Análisis para su desarrollo actual y futuro. Ene. [Internet]. 2019 [citado 2025 Jun 07]; 13(3): 1335. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300005&lng=es. Epub 24-Feb-2020.
3. Díez García R, Francés Aguado T. Perfil de competencias del enfermero/a en un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Comunidad de Madrid. Universidad Autónoma de Madrid; 2018.

Prevención del síndrome de burnout en servicios de urgencias y el rol de los sindicatos

Canto Velasco Calvo*, Rocío Páez González**, María Concepción Trufero Hervella***, José María Barbón Rodríguez[1]*, Pilar Ramos Calabaza[2]*, Inés Mateos Mateos[3]*

*Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

**Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

***TCAE. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[1]*TCAE. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora (España).

[2]* TCAE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[3]*Enfermera. Centro de Salud Benavente Sur. Zamora (España).

Correo electrónico: flakazmr@hotmail.com

Introducción y objetivos. El burnout es un trastorno emocional que afecta significativamente al personal de salud y en especial en urgencias. Esta revisión analiza las estrategias de prevención y la participación de los sindicatos.

Los objetivos son conocer las estrategias de prevención de burnout, con énfasis en la intervención sindical.

Material y métodos. Se realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, Scielo, Web of Science, Scopus e informes sindicales.

Criterios de inclusión: Publicaciones entre 2013-2024 sobre burnout en urgencias y acciones sindicales.

Resultados. El síndrome de burnout afecta especialmente a los trabajadores sanitarios, sobre todo en servicios de urgencias.

Este desgaste o agotamiento profesional acumulado es la respuesta a una situación de estrés laboral crónico. Se caracteriza por agotamiento emocional, falta de implicación y despersonalización.

Factores de riesgo:

- Turnos prolongados y rotatorios.
- Sobrecarga asistencial y emocional.
- Falta de recursos humanos.
- Déficit de reconocimiento profesional.

Estrategias de prevención:

- Evaluación de riesgos psicosociales.
- Formación en autocuidado.
- Apoyo psicológico.
- Intervenciones organizacionales.

Rol de los sindicatos:

- Denuncia pública y visibilización ante administraciones.
- Negociación colectiva para incluir cláusulas de salud mental en convenios.
- Participación en comités y protocolos de salud laboral y psicosocial.

Conclusiones. El burnout en urgencias representa un grave riesgo para la salud física y mental del personal y la calidad asistencial.

La prevención debe abordarse desde un enfoque integral combinando cambios en la organización, compromiso institucional, psicosocial.

Los sindicatos juegan un papel clave en la transformación para garantizar condiciones laborales dignas y en la aplicación de estrategias de prevención.

Palabras clave: Burnout, urgencias, sindicatos.

Bibliografía:

1. Ministerio de trabajo (España). Evaluación de riesgos psicosociales. NTP702. [Internet]. [Consultado 2 Jun 2025]. Disponible en: https://insst.es>ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/
2. UGT. Informe sobre riesgos psicosociales, Burnout o "síndrome de estar quemado por el trabajo" (SQT). [Internet].2012. [Consultado 3 Jun 2025]. Disponible en: https://ugt.es/saludlaboral/
3. UGT. Informe post-covid sobre salud mental del personal de salud. [Internet].2024. [Consultado 3 Jun 2025]. Disponible en: https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024_Informe_Salud_Mental_Trabajo.pdf

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

Sheila Alija Vega*, Marta Chico Macias*, Gema Del Teso Vicente**

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora (España)

**TCAE. Servicio de UCI. Hospital Virgen de la Concha. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora. Zamora (España)
Correo electrónico: sheilamulacmt@gmail.com

Introducción y objetivos. Las úlceras por presión (upp) son lesiones en la piel y tejidos subyacentes que se producen por una presión prolongada sobre una zona del cuerpo. Afectan especialmente a personas encamadas o con movilidad reducida, siendo una complicación frecuente en hospitales y residencias.

Objetivo. Analizar el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la prevención, detección precoz y cuidado de las upp, identificando las técnicas y cuidados básicos recomendados para reducir su incidencia.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden y Google Académico. Se utilizaron los términos de búsqueda: "cuidados úlceras por presión", "prevención" y "técnico en cuidados auxiliares de enfermería". Se incluyeron los artículos de los últimos 10 años, que trataran sobre prevención, dispositivos de apoyo y técnicas de movilización. Se excluyeron los artículos que no estuvieran en español o sin acceso a texto completo.

Resultados. La implementación de medidas preventivas como hidratación cutánea, cambios posturales cada dos horas, uso de soportes adecuados y una higiene sin fricción, demuestran reducir significativamente la aparición de upp.

La detección temprana mediante inspecciones diarias y el registro sistemático de observaciones permiten intervenir oportunamente, reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria y las complicaciones asociadas.

Conclusiones. El papel del TCAE resulta indispensable en la prevención y cuidado de las upp. Los cuidados básicos y la observación continua, junto con la formación y los recursos adecuados, contribuyen a reducir la morbimortalidad asociada y a mejorar la calidad de atención en el entorno sanitario.

Palabras clave: Cuidados úlceras por presión, prevención, técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Bibliografía

1. Calderón Sánchez M. Papel del auxiliar de Enfermería en las úlceras por presión [Internet]. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2012 ago 28 [consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-del-auxiliar-de-enfermeria-en-las-ulceras-por-presion/
2. Apuntes de Enfermería. Concepto y prevención de las úlceras por presión [Internet]. Enfermeria.top; [consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://enfermeria.top/apuntes/tcae/ulceras-presion/
3. Tremps Bellido T, López Martínez AM, López Martínez MS, Jiménez Díez D, Tejedor López R, Castro Murillo L. Úlceras por presión: prevención, tratamiento, cuidados y repercusión [Internet]. Revista Ocronos. 2023 oct; 6(10):157 [consultado el 17 de julio 2025]. Disponible en: https://revistamedica.com/ulceras-presion-prevencion-tratamiento-cuidados-repercusion/

Procedimiento de administración de tenecteplasa en el código ictus en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel

Laura Terrero Carpio*, Mª Teresa de la Torre López*, Celia Moro Benito**, Sara González Sánchez*, Sergio Sánchez Matesanz*, Arantza Sancho Martín*

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. (España).

**TCAE. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. (España).

Correo electrónico: lterrero@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. Tenecteplasa, TNK tPA es una variante de la alteplasa modificada genéticamente para tener mayor afinidad por la fibrina, una vida media más prolongada y una administración más sencilla (bolo único en ~5 segundos). Su indicación es en adultos para el tratamiento trombolítico del ictus isquémico agudo en las 4,5 horas siguientes al último momento en el que el paciente se encontraba asintomático y tras la exclusión de una hemorragia intracraneal. Desde 2024 está ganando reconocimiento creciente en Europa incluyendo España donde se comercializa desde diciembre de 2024. Su uso está recogido en la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud 2024, y en las recomendaciones de 2023 de

la ESO (European Stroke Organisation (ESO) que indica que puede ser preferible tenecteplasa a alteplasa por su facilidad de administración.

Objetivo: Elaborar un procedimiento de administración de tenecteplasa en el paciente Código Ictus en el Servicio de Urgencias de Salamanca.

Material y método. Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scielo y Cochrane para realizar el procedimiento de administración de tenecteplasa y los cuidados de enfermería específicos de los pacientes que cumplen criterios de Código Ictus.

Implementación. La puesta en marcha de dicho procedimiento se realiza a partir del 15 de Mayo del 2025 en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca.

Palabras clave: Tenecteplasa, Código Ictus, Fibrinolisis, Urgencias, Cuidados de enfermería

Bibliografía:

1. Kheiri B, Osman M, Hassan M, Zayed Y, Atti V, Kewan T, et al. Tenecteplase versus alteplase for management of acute ischemic stroke: A meta-analysis of randomized clinical trials. Stroke. [Internet] 2025 [consultado 6 junio 2025]; 56(3):685–94. Disponible en: https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(25)00079-5/fulltext
2. Man S, Xiong W, Sharma M, Goyal M. Tenecteplase for acute ischemic stroke: A systematic review. Neurol Ther. [Internet] 2023 [consultado 6 junio 2025]; 12(2):409–24. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s40120-023-00530-4
3. Wang A, Zeng H, Wang L, Zhang Y. Tenecteplase vs. alteplase for acute ischemic stroke: A network meta-analysis. Front Neurol. [Internet] 2023 [consultado 6 junio 2025]; 14:1102463. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2023.1102463/full
4. Sheraz M, Asif N, Khan A, Khan MK, Bin Rehan M, Amer Ch M, et al. Tenecteplase versus alteplase in patients with acute ischemic stroke: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. J Stroke Cerebrovasc Dis. [Internet] 2025 [consultado 6 junio 2025]; 34(6):108300. Disponible en: https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057%2825%2900079-5/fulltext
5. Neuro SEMES. Tenecteplasa en ictus comercializada en España [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); [Internet] 2025 [consultado 6 junio 2025]. Disponible en: https://neuro.gruposemes.org/tenecteplasa-en-ictus-comercializada-en-espana/

Procedimiento de elaboración de la suspensión oral de hidroxiurea

Carolina Márquez Agabo*, Laura Daniela Pérez Preid*, Nuria Gago Palacios*

*Técnico en Farmacia. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España)

Correo electrónico: carolmaragabo@gmail.com

Introducción y objetivos. La hidroxiurea conocida como hidroxicarbamida es una antimetabolito que actúa retardando o deteniendo el crecimiento de las células cancerígenas. Se emplea en:

- La anemia de células falciformes para reducir el dolor causado por la transformación de los glóbulos rojos en forma de hoz que obstruye el flujo sanguíneo.
- La policitemia vera: donde la médula ósea produce demasiados glóbulos rojos.

Objetivo: Elaborar la suspensión oral de hidroxiurea para pacientes pediátricos.

Material y método. Revisión de datos en Farmatools y Sistema de Información de Atención Médica.(HCIS)

Procedimiento: El Técnico en Farmacia (TF) toma 8 cápsulas de 500mg de hidroxiurea obteniendo 4000 mg. Se disuelven en Oral Plus 50ml, completando con 50 ml de Oral Sweet.

Resultados. Consumo de la suspensión:

1- Aumenta la producción de un tipo de hemoglobina que mantiene a los glóbulos rojos la forma redonda y flexible. Se registran más de 1400 casos en España.

2- Disminuye la cantidad de glóbulos rojos. Se registran de 4-6 casos por millón de habitantes en España.

Conclusión. Concluimos que, la suspensión de hidroxiurea se presenta como un tratamiento eficaz, en la anemia de células falciformes. Los pacientes que la consumen pueden experimentar menos dolor, reduciendo la estancia en el hospital. Esta suspensión no se comercializa y es de bajo coste económico; por lo tanto, es fundamental su correcta elaboración por el TF bajo la supervisión del Farmacéutico maximizando los beneficios terapéuticos en pacientes pediátricos.

Palabras clave: Hidroxiurea, anemia de células falciformes, antimetabolitos.

Bibliografia:

1. López -Ávila J. Hidroxiurea para niños con anemia de células falciformes en África subsahariana. Sociedad Española de Pediatria Extrahopitalaria y Atención Primaria. [Internet] 2018; (actualización bibliográfica). España. Disponible en: https://sepeap.org/hidroxiurea-para-ninos-con-anemia-de-celulas-falciformes-en-africa-subsahariana/
2. Gedefo, Grupo de Farmacia Oncologica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Hidroxiurea 40 mg/ml suspensión oral. [Internet] 2013. [revisado 02/2014].España. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gefp/images/stories/documentos/tripticos-profesionales/HIDROXIUREA-SUSPENSION-ORAL-F.M.pdf
3. Centro de información online de medicamentos. Ficha técnica de Hydrea 500mg cápsulas duras. [Internet] 2024. España. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61633/FichaTecnica_61633.html

Profilaxis antitetánica

Sara Alonso Prada*, Claudia Fernández Suárez*, María García Fernández*, Cristina Pecero Pachón*, Laura Criado Castro*, Pablo Martínez Salas*.

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital Universitario de León (CAULE), León, España.

Correo electrónico: sara_ap92@hotmail.com

Introducción y objetivos. El tétanos es una enfermedad causada por la toxina producida por Clostridium tetani, una bacteria que se encuentra en el suelo, el polvo y el estiércol. Esta afecta el sistema nervioso y puede provocar contracciones musculares graves y letales. Se destaca el rol de enfermería en la aplicación y educación de la profilaxis antitetánica para la prevención.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica, utilizando las bases de datos Pubmed, Scielo y Google Académico, los descriptores MeSH y los descriptores DeSC: profilaxis antitetánica, cuidados de enfermería y urgencias, el operador booleano AND y los criterios de inclusión: casos clínicos, 2019-2024, y en la especie humana. Para valorar la calidad de los estudios seleccionados se utilizó la declaración STROBE.

Resultados. Se seleccionaron 11 estudios, donde se ha comprobado que:

El 82% de los pacientes atendidos en la unidad de emergencia con heridas contaminadas no recordaban su vacunación antitetánica.

En el 95% de los casos, la enfermera identificó la necesidad de aplicar toxoide tetánico o inmunoglobulina tetánica.

Solo el 40% de los pacientes conocían la importancia de la vacunación antitetánica. Luego de la intervención educativa, el 90% refirió comprender la necesidad de completar el esquema.

Entre las dificultades encontradas: ausencia de registro vacunal en pacientes.

Conclusiones. El rol de enfermería es fundamental en la prevención del tétanos, garantiza la correcta aplicación de vacunas e inmunoglobulinas según la evaluación del riesgo y el estado vacunal del paciente. Asimismo, mejoran significativamente el conocimiento sobre la importancia del tétanos, lo que favorece la adherencia al esquema de inmunización.

Palabras clave: Tétanos, vacunas antitetánicas, profilaxis, inmunización activa, inmunoglobulinas, prevención

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Tétanos [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [consultado 26 julio 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tetanus
2. Ministerio de Salud de Argentina. Manual de normas y procedimientos de vacunación. 6ª ed. Buenos Aires: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles; 2023.
3. Ministerio de Salud de España. Guía de actuación ante heridas con riesgo tetánico [Internet]. Madrid: MSSSI; 2022 [consultado 26 julio 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es
4. Dube E, Gagnon D, MacDonald NE. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. Vaccine. 2015 Aug 14; 33(34):4191–203.
5. Martínez-Herrera E, González-Ayala S. Intervenciones de enfermería en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles en adultos. Enferm Glob. 2022; 21(65):85–95.
6. Pan American Health Organization. Immunization. Tetanus [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2023 [consultado 26 julio 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/en/topics/immunization/tetanus
7. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación contra el tétanos: orientaciones para la atención primaria. Washington, D.C.: OPS; 2022.
8. Torres Ríos ME, Rodríguez Silva LM. Conocimientos y prácticas de enfermería en la administración de toxoide tetánico en servicios de urgencias. Rev Cuid. 2021; 12(1):e1076.

Propuesta de modelo de implantación de un sistema de análisis diagnóstico inmediato en un punto de atención continuada desde la práctica enfermera

Verónica Galende de Castro*, Teresa Quijada Gil**, Laura Bangueses Rodríguez***, Ana Isabel García Tejera**, Candelas Isidro Marcos1*, Sara Salvador Alonso2*

*Residente EFyC. Centro de Salud Santa Elena. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (España).

**Enfermera EFyC. Centro de Salud Santa Elena. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (España).

***Enfermera EFyC. Centro de Salud Parada del Molino. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (España).

1*Enfermera. Centro de Salud Santa Elena. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (España).

2* Enfermera. Unidad de Medicina Interna. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (España).

Correo electrónico: vgalende@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La atención urgente extrahospitalaria presenta limitaciones estructurales que dificultan la obtención rápida de resultados diagnósticos. La implementación de sistemas de análisis inmediato en el punto de atención (Point-of-Care Testing, POCT) en un Punto de Atención Continuada (PAC) se plantea como estrategia para optimizar la capacidad diagnóstica, reducir derivaciones hospitalarias evitables y reforzar la autonomía técnica de enfermería.

El objetivo del proyecto es describir un modelo de implantación de POCT en un PAC urbano, desde la perspectiva enfermera, orientado a mejorar la capacidad diagnóstica inmediata y la eficiencia asistencial.

Material y métodos. La intervención se organiza en cuatro fases: formación técnica del equipo, dotación de recursos, diseño protocolizado del procedimiento y definición de indicadores evaluativos, incluyendo tiempo de respuesta diagnóstica, número de derivaciones evitadas, autonomía profesional y satisfacción de usuarios. La recogida de datos se realizará mediante registros clínicos y cuestionarios estructurados, aplicando análisis estadístico con intervalos de confianza del 95 %. La formación continuada y la supervisión de calidad son elementos críticos para la seguridad y eficacia del modelo.

Resultados. La literatura evidencia que la integración de POCT reduce significativamente el tiempo de respuesta diagnóstica y puede disminuir derivaciones hospitalarias, mejorando la satisfacción de pacientes y profesionales. Se espera que enfermería realice los análisis inmediatos, con reducción de tiempos y derivaciones, refuerzo de autonomía profesional y correcta integración de resultados en la historia clínica electrónica.

Implementación. Requiere gobernanza colaborativa, monitorización de calidad, formación continuada e integración tecnológica, asegurando replicabilidad en otros PAC y entornos de Atención Primaria, adaptada a recursos y necesidades locales.

Palabras clave: Diagnóstico inmediato, Práctica Enfermera, Autonomía Profesional, Calidad Asistencial, Atención Primaria e Integración Clínica.

Bibliografía:

1. Florkowski C, Don-Wauchope A, Gimenez N, et al. Point-of-Care Testing (POCT) and Evidence-Based Laboratory Medicine (EBLM) - Does It Leverage Any Advantage in Clinical Decision Making? Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences. 2017; 54(7-8): 471-494.
2. Patel K, Suh-Lailam BB. Implementation of Point-of-Care Testing in a Pediatric Healthcare Setting. Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences. 2019; 56(4): 239-246.
3. Pines JM, Zocchi MS, Carter C, et al. Integrating Point-of-Care Testing Into a Community Emergency Department: A Mixed-Methods Evaluation. Academic Emergency Medicine. 2018; 25(10): 1146-1156.
4. Alter DN. Point-of-Care Testing for the Emergency Department Patient: Quantity and Quality of the Available Evidence. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2021; 145(3): 308-319.
5. Wang P, Kricka LJ. Current and Emerging Trends in Point-of-Care Technology and Strategies for Clinical Validation and Implementation. Clinical Chemistry. 2018; 64(10): 1439-1452.
6. Park HD. Current Status of Clinical Application of Point-of-Care Testing. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2021; 145(2): 168-175.
7. Leon-Justel A, Navarro Bustos C, Noval-Padillo JA, et al. Point-of-Care Testing Improves Care Timeliness in the Emergency Department. A Multicenter Randomized Clinical Trial (Study POCTUR). Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. 2025; 63(5): 942-951.
8. Lisby JG, Schneider UV. Point of Care Testing for Infectious Disease: Ownership and Quality. The Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2021; 76(Suppl 3): iii28-iii32.
9. Donnelly JA, Russell M, O'Brien G, et al. Preparing for the Next Pandemic: Lessons Learnt From the Implementation of Point-of-Care SARS-CoV-2 Testing in an Emergency Department. Journal of Clinical Pathology. 2023; 76(9): 642-646.
10. Jamshidi N, Waine M, Binet M, et al. The Adoption of Point of Care Testing Technologies for Respiratory Tract Infections in Primary Care in Australia: Challenges and Facilitators. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease. 2024; 110(4): 116541.
11. Liikanen E, Lehto L. Training of Nurses in Point-of-Care Testing: A Systematic Review of the Literature. Journal of Clinical Nursing. 2013; 22(15-16): 2244-52.
12. Scandrett K, Colquitt J, Court R, et al. Rapid Tests to Inform Triage and Antibiotic Prescribing Decisions for Adults Presenting With Suspected Acute Respiratory Infection: A Rapid Evidence Synthesis of Clinical Effectiveness and Cost-Utility Studies. Health Technology Assessment (Winchester, England). 2025; 29(13): 1-114.
13. Goyder C, Tan PS, Verbakel J, et al. Impact of Point-of-Care Panel Tests in Ambulatory Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMJ Open. 2020; 10(2): e032132.
14. Nichols JH, Christenson RH, Clarke W, et al. Executive Summary. The National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guideline: Evidence-Based Practice for Point-of-Care Testing. Clinica Chimica Acta. 2007; 379(1-2): 14-28.
15. Jimenez-Barragan M, Rodriguez-Oliva M, Sanchez-Mora C, et al. Emergency Severity Level-3 Patient Flow Based on Point-of-Care Testing Improves Patient Outcomes. Clinica Chimica Acta. 2021; 523: 144-151.
16. Shirley JD, Bennett SA, Binnicker MJ. Current Regulatory Landscape for Viral Point-of-Care Testing in the United States. Journal of Clinical Virology. 2023; 164: 105492.
17. Rooney KD, Schilling UM. Point-of-Care Testing in the Overcrowded Emergency Department--Can It Make a Difference? Critical Care (London, England). 2014; 18(6): 692.
18. Kozel TR, Burnham-Marusich AR. Point-of-Care Testing for Infectious Diseases: Past, Present, and Future. Journal of Clinical Microbiology. 2017; 55(8): 2313-2320.
19. Hansen GT. Point-of-Care Testing in Microbiology: A Mechanism for Improving Patient Outcomes. Clinical Chemistry. 2020; 66(1): 124-137.

20. Nickum A, Johnson-Barlow E, Raszewski R, Rafferty R. Focus on Nursing Point-of-Care Tools: Application of a New Evaluation Rubric. Journal of the Medical Library Association. 2022; 110(3): 358-364.

Reposición de medicamentos en urgencias: un proceso clave en la gestión del técnico en farmacia.

Laura Daniela Pérez Preid*, Nuria Gago Palacios*, Carolina Márquez Agabo*

*Técnico en Farmacia. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España)

Correo electrónico: lauraprofesoraperezpreid@hotmail.com

Introducción y objetivos. El Servicio de Farmacia, a través del Técnico en Farmacia (TF), se encarga de reponer los medicamentos gestionados por el sistema automático de dispensación (SAD) = PYXIS de las unidades de urgencias (Boxes, Observación y Pediatría). Asimismo, abastece los botiquines con fármacos de gran volumen, y prepara el botiquín 112 del helicóptero de emergencias, coordinando los pedidos mediante sistemas informáticos programados semanalmente.

Objetivo: Garantizar la reposición segura y coordinada de medicamentos en los sistemas automatizados de dispensación, en los botiquines del servicio de urgencias hospitalarias y en el botiquín del servicio 112 (helicóptero).

Material y métodos. Programas informáticos: Farmatools, Gestión económica, Gestión de Botiquines.

Resultados: La implementación de los Pyxis en cada unidad de urgencias mostró una mejora significativa en el proceso farmacoterapéutico, destacando:

- Optimización del tiempo de trabajo de los profesionales sanitarios.
- Reducción de errores de medicación, con mejor control de interacciones y caducidades.
- Mayor disponibilidad y seguridad: disminución de pedidos urgentes gracias al acceso directo a la medicación.

También se ha demostrado su rapidez y eficacia, en cuanto a los botiquines que prepara el TF a través del SAD vertical desde el Servicio de Farmacia.

Conclusión. La integración de nuevas tecnologías en las unidades de urgencias garantiza una mejora de la seguridad y calidad asistencial al reducir errores de medicación, optimizar tiempos de dispensación y validación, facilitando la gestión de medicamentos específicos.

Palabras clave: Sistemas automatizados de dispensación, Pyxis, Farmatools.

Bibliografía:

1. Sánchez M.T, Abad E, Salvador A, De Frutos A. Dispensación con intervención posterior: reposición de stock (sistemas automatizados). [Internet] 3º ed. 2.6.2.1 (451); (tomo I).España Farmacia Hospitalaria (SEFH) Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2014. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap2621.pdf
2. Álvarez-Rubio L, Martín- Conde J.A, Alberdi- Léniz A, Plasencia -García I, Cáceres- González F, Martín-Martín A. Evaluación de un sistema automático de dispensación en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. Farmacia Hospitalaria (SEFH). [Internet] 2003; 27 (2); 72-77. España. Disponible en: https://www.revistafarmaciahospitalaria.es//es-evaluacion-un-sistema-automatico-dispensacion-articulo-13118758

Revisión de un protocolo de hemorragia masiva y propuestas de mejora desde enfermería

Francisco Javier Fernández Antón*, Irene Molina Velázquez*

*Enfermero/a. UCI. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. (España).

Correo electrónico: ffernandezan@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. La hemorragia masiva representa una emergencia clínica que requiere una actuación rápida y coordinada entre distintos profesionales. El protocolo transfusional es una herramienta esencial para garantizar la seguridad del paciente.

El objetivo de este trabajo es revisar un protocolo institucional de hemorragia masiva, analizar su grado de activación durante un año y proponer herramientas visuales de apoyo para mejorar la actuación del personal de enfermería.

Material y métodos. Se realizó una revisión documental del protocolo en vigor y un análisis retrospectivo de todas las activaciones registradas durante el año 2024 en un hospital terciario. Se identificaron errores recurrentes en distintas fases del proceso. Como resultado, se diseñó un flujograma con roles específicos y tiempos de actuación, y una infografía de uso rápido dirigida a los profesionales de enfermería.

Resultados. Durante el periodo analizado se registraron 13 activaciones del protocolo. Se observaron errores relacionados con activaciones inadecuadas, valoración incorrecta de predictores clínicos, gestión ineficaz de componentes sanguíneos y deficiencias en la documentación y trazabilidad. El material visual desarrollado fue validado internamente como herramienta útil para reforzar la práctica clínica enfermera en estos escenarios.

Conclusiones. La revisión permitió detectar áreas de mejora relacionadas con el conocimiento del protocolo y la coordinación del equipo. El diseño de materiales visuales adaptados al entorno clínico promueve una respuesta más eficaz y segura. Se recomienda su difusión activa y la formación periódica del personal implicado.

Palabras clave: Protocolos clínicos, hemorragia masiva, enfermería, transfusión, seguridad del paciente

Bibliografía

1. Llau JV, Aldecoa C, Guasch E, Marco P, Marcos-Neira P, Paniagua P, et al. Documento de consenso multidisciplinar sobre el manejo de la hemorragia masiva (HEMOMAS-II). Med Intensiva. 2023; 47(8):454–67.
2. Bueno A. Evaluación del Protocolo de Hemorragia Masiva: Análisis de activaciones 2024 [presentación no publicada]. Comisión de Hematología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2025 feb 11.
3. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Protocolo de hemorragia masiva (PHM). 1ª ed. Valladolid: Comisión de Transfusión Sanguínea, Sacyl; 2023 feb.

Rol de enfermería ante el shock hemorrágico traumático

Laura Fernández Zamora*, Laura Martínez Cañibano*, Lucía Zorita Argüero*, Iris María Caso Puente*, Pablo Martínez Salas*, Sara Alonso Prada*.

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). León. (España).

Correo electrónico: lauraferzam@gmail.com

Introducción y objetivos. El shock se presenta como una condición de riesgo vital, con la disfunción celular y la muerte como consecuencias más graves. La detección temprana desempeña un papel crucial en la prevención del empeoramiento de la hipoxia e hipotensión.

Objetivo: Se busca detallar las técnicas y cuidados llevados a cabo por enfermería frente a una situación crítica de riesgo vital, específicamente, el shock hemorrágico traumático.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, la búsqueda se ha realizado en PubMed, Cochrane y CUIDEN. Se han utilizado los descriptores MeSH. Los 19 artículos seleccionados cumplían los criterios de inclusión: 2019-2025, escritos en inglés, es la especie humana, edad adulta y revisiones bibliográficas.

Resultados. Se ha podido homogeneizar la información: definen shock hemorrágico como estado de shock hipovolémico en el que se experimenta una pérdida significativa y rápida de sangre, provocando una reducción en el volumen circulante de sangre. Una fase crucial para una respuesta efectiva es la evaluación inicial durante la atención prehospitalaria: X-ABCDE. Una vez estabilizado el paciente, es esencial comprender la amplitud de técnicas disponibles y conocer las razones fundamentales para su aplicación.

La reevaluación constante del paciente facilitará la detección temprana de cambios en su condición de salud. Se tendrán en cuenta el uso de fármacos antihemorrágicos y antifibrinolíticos.

Conclusiones. Es imperativo contar con protocolos que integren la evidencia científica disponible para orientar al equipo de enfermería sobre las técnicas apropiadas y el momento adecuado para llevarlas a cabo, dada la constante variabilidad en su evolución y gravedad.

Palabras clave: Shock, hemorragia, traumatismo, enfermería, cuidados y técnicas.

Bibliografía:

1. Gallimore E. Clinical features and management of haemorrhagic shock. Nurs Stand. 2015; 30(1):51–60.
2. Pierce JD, Spaniol JR, Knight AR, Zebley JL, Anderson D. Fluid Resuscitation Therapy for Hemorrhagic Shock. J Trauma Nurs. 2007; 14(3):152–60.
3. Caldwell NW, Suresh M, Garcia-Choudary T, VanFosson CA. Trauma-Related Hemorrhagic Shock: A Clinical Review. Am J Nurs. 2020; 120(9):36–43.
4. Chang R, Holcomb JB. Optimal Fluid Therapy for Traumatic Hemorrhagic Shock. Crit Care Clin. 2017; 33(1):15–36.
5. Fecher A, Stimpson A, Ferrigno L, Pohlman TH. The Pathophysiology and Management of Hemorrhagic Shock in the Polytrauma Patient. J Clin Med. 2021; 10(20):4793.
6. Whittaker J, Cutler S, Lucena-Amaro S. Trauma nursing 4: recognising and managing haemorrhage in trauma. Nurs Times. 2023; 119(2)

Seguridad del paciente ante distracciones del personal de enfermería durante la preparación de medicación

María Garrido Domínguez*, Lucía Ferrero González*, José Miguel Rodríguez Alonso*

*Enfermero/a. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

Correo electrónico: mariatoresana96@hotmail.com

Introducción y objetivos. La seguridad en el paciente es una prioridad en los servicios de salud. Los eventos adversos representan un problema serio que impacta a pacientes a nivel global y tiene un efecto significativo en la salud pública.

El personal de enfermería cumple una función fundamental en la prevención y detección de estos errores, especialmente en la administración de medicamentos. Conocer la magnitud, las causas y las consecuencias de estos errores es esencial para implementar estrategias eficaces, evitar fallos y optimizar la calidad del cuidado al paciente.

Objetivo: concienciar de las distracciones del personal de enfermería en la preparación de la medicación

Material y métodos. Se realiza una búsqueda bibliográfica en inglés y español de los últimos diez años en Google Académico, Scielo, PubMed y Medline.

Resultados. Las distracciones, como interrupciones por celulares, alarmas y la interacción con pacientes o familiares, son una causa principal de efectos adversos en los pacientes, afectando a su seguridad y a las tareas diarias del desempeño del personal de enfermería.

Conclusión. Se proponen diversas estrategias para reducir las distracciones en el personal sanitario y mejorar la seguridad del paciente, como capacitar al personal, fomentar la conciencia a través de experiencias reales, identificar tareas críticas que no deben ser interrumpidas, implementar sistemas de señalización, usar listas de verificación, unificar la transmisión de información y evitar realizar múltiples tareas simultáneamente.

Palabras clave: Evento adverso, seguridad del paciente, cuidado, medicación, enfermería, prevención

Bibliografía:

1. Vítolo F. Distracciones, interrupciones y seguridad del paciente [Internet]. Buenos Aires: Noble Compañía de Seguros; 2019 [citado 2025 jun 10]. Disponible en: https://www.nobleseguros.com/gestion-de-riesgos-y-seguridad-del-paciente/

2. Gómez Córdoba AI, Espinosa AF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente [Internet]. Aquichan. 2006;6(1):54–67 [citado 2025 jun10]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972006000100006&script=sci_arttext
3. Gonzalez Leiva MO. El rol de enfermería en la seguridad del paciente: estrategias de prevención y detección de errores de medicación en el entorno hospitalario [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 10]. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/41472/El%20rol%20de%20enfermeria%20en%20la%20seguridad%20del%20paciente%20estrategias%20de%20prevencion%20y%20deteccion%20de%20errores%20de%20medicacion%20en%20el%20entorno%20hospitalario..pdf?sequence=1
4. Rojas-Marín MZ. Estrategias para la prevención de errores en la administración de medicamentos intravenosos [Internet]. Invest Enferm Imagen Desarro. 2021; 23:1–13 [citado 2025 jun 10]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1452/145274736008/html/

Semillas milenarias, soluciones modernas: revisión crítica de su rol en el estreñimiento en ancianos

Alma María Matilla Martínez*, Joana Alexandra Rodrigues Simao*

*Enfermera. Residencia Personas Mayores de Zamora. Zamora (España)

Correo electrónico: alma87maty@gmail.com

Introducción y objetivos. El estreñimiento es frecuente en geriatría y se asocia a factores como inmovilidad, polifarmacia y baja ingesta de fibra. Las semillas como lino, chía y sésamo, ricas en fibra soluble y mucílagos, podrían actuar como laxantes naturales y regular el tránsito intestinal. Esta revisión sistemática evalúa la eficacia y seguridad de su consumo en adultos mayores.

Objetivo: Sintetizar la evidencia sobre el impacto del consumo de semillas en la mejora del estreñimiento en población geriátrica.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda en PubMed, Scopus, Cochrane y SciELO utilizando los términos "seeds AND constipation AND elderly". Se incluyeron ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que evaluaran semillas enteras, molidas o en suplementos. La calidad metodológica se analizó mediante herramientas PRISMA y GRADE.

Resultados. Los estudios revisados mostraron mejoría en la frecuencia defecatoria y en la consistencia de las heces, con incrementos de 1-2 deposiciones semanales al consumir entre 10 y 15 g diarios de chía o lino. Su eficacia se atribuye al alto contenido en fibra (hasta un 40% en chía) y su capacidad de retener agua, lo que favorece el peristaltismo. Se reportaron efectos adversos leves, como distensión abdominal. Su uso está contraindicado en casos de obstrucción intestinal.

Conclusión. El consumo de semillas, especialmente lino y chía, parece ser una estrategia segura y eficaz para el estreñimiento en adultos mayores. Se recomienda su incorporación en dietas supervisadas, siempre acompañadas de una adecuada hidratación. No obstante, se requieren más estudios con muestras amplias y seguimiento a largo plazo para confirmar estos hallazgos.

Palabras clave: Estreñimiento, semillas, geriatría, fibra dietética, lino, chia

Bibliografía:

1. Slavin JL. Dietary fiber and body weight. Nutrition. 2005; 21(3):411-8.
2. de Souza RG, Schincaglia RM, Pimentel GD, Mota JF. Nuts and human health outcomes: A systematic review. Nutrients. 2017; 9(12):1311.
3. Vuksan V, Jenkins AL, Dias AG, et al. Reduction in postprandial glucose excursion and prolongation of satiety: possible explanation of the long-term effects of whole grain Salba (Salvia Hispanica L.). Eur J Clin Nutr. 2010; 64(4):436-8.

Síndrome confusional agudo en el anciano ¿urgencia o no?

Andreia Alexandra Arcas Caseiro*, Cristina Esteban de la Granja*, Noelia Alonso Lozano*, André Januário Ramos Azevedo Neves*, Mercedes Ares Ruiz de la Cuesta*, Sara Gago Lastra*

*Enfermera/o. Residencia de Personas Mayores de Zamora. Gerencia de Servicios Sociales. Zamora (España)

Correo electrónico: andreacaseiro13@gmail.com

Introducción y objetivos. El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirium es un trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico y potencialmente reversible, frecuentemente infradiagnosticado en el paciente geriátrico. Su aparición supone un importante incremento de la morbimortalidad en el anciano.

El objetivo de este trabajo es demostrar que la aparición de un SCA en el anciano debe considerarse una Urgencia Médica y que la Enfermería resulta imprescindible en la detección precoz y en el manejo inicial de esta patología.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica para responder las siguientes preguntas de estudio:

- ¿Es el SCA en el paciente geriátrico una urgencia médica?
- ¿Existen herramientas validadas que ayuden a la enfermera en la detección precoz del SCA en el anciano?
- ¿Cuál es la secuencia lógica de actuación que debe guiar la práctica enfermera en el abordaje inicial del SCA en geriatría?

Resultados. La bibliografía revisada señala de forma unánime que el SCA supone una urgencia médica que responde a una patología de origen orgánico. Señala también que el CAM (Confussion Assessment Method) y el test 4AT son herramientas validadas para la detección precoz del SCA y que las medidas no farmacológicas son prioritarias en el abordaje inicial.

Conclusiones. Podemos concluir que el SCA es una urgencia médica de origen orgánico y de etiología multifactorial. Se trata de un trastorno neuropsiquiátrico potencialmente reversible, a menudo infradiagnosticado en el anciano.

Podemos concluir también que el personal de Enfermería dispone de herramientas validadas para el diagnóstico diferencial del delirium y que se convierte en la pieza clave del tratamiento inicial del SCA.

Palabras clave: Síndrome Confusional Agudo (SCA), Delirium, Anciano, Enfermería, Urgencia, Geriatría

Bibliografía

1. Martínez-García M, Vásquez-Brolen BD, Brañas F. Código delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2025 [consultado 12 junio 2025]; 60(4):101659. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2025.101659
2. Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujol R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. Rev Clin Esp [Internet]. 2005 [consultado 12 junio 2025]; 205(10):484–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1157/13079762
3. Sánchez Artero MJ, Nadales Rojas MI, Nava García P, Nieves Carnicer M. Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome confusional agudo. Medicine [Internet]. 2023 [consultado 13 junio 2025]; 13(85):5046–50. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2023.08.016
4. González Glaría B, Marín Carmona JM, Gutiérrez Valencia M, Martínez Velilla N. Protocolo diagnóstico y manejo del delirium en el anciano. Medicine [Internet]. 2018 [consultado 14 junio 2025]; 12(62):3670–4. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2018.09.005
5. Ribera Casado JM. El síndrome confusional agudo: un «síndrome geriátrico» en alza. Rev Clin Esp [Internet]. 2005 [consultado 14 junio 2025]; 205(10):469–71. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1157/13079759
6. Cofer MJ. Un compañero inoportuno del anciano: el delirio postoperatorio. Nursing [Internet]. 2006 [consultado 14 junio 2025]; 24(1):21–3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0212-5382(06)71022-6

Síndrome de hiperémesis cannabinoide

Iris María Caso Puente*, Laura Martínez Cañibano*, Pablo Martínez Salas*, Sara Alonso Prada*, Laura Fernández Zamora*, Cristina Pecero Pachón*.

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). León (España)

Correo electrónico: irisma1032@gmail.com

Introducción y objetivos. El síndrome de hiperémesis cannabinoide (CHS) es una afección que produce ataques de vómitos repetidos e intensos con episodios cíclicos de 2-4 días de duración. Ocurre en quienes consumen cannabis todos los días de manera crónica.

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre las características clínicas, diagnóstico y abordaje terapéutico.

Material y métodos. Se llevo a cabo una revisión bibliográfica, en diferentes bases de datos: Pubmed, Cochrane y Dialnet. Se utilizó descriptores MeSH: threw up, nurse, hyperemesis, cannabis y cannabinoid hypermesis; así como, los operadores booleanos AND y OR.

Los artículos seleccionados cumplieron los criterios de inclusión: publicados entre los años 2015 y 2023, escritos en inglés o castellano y relacionados con el tema.

Resultados. En la búsqueda solamente se encontraron seis artículos, pasaron los criterios de inclusión cinco. Todos los estudios concuerdan en que el CHS es una variante del síndrome de vómitos cíclicos (CVS) y se caracteriza por el uso crónico de cannabis, náuseas intratables, episodios de vómitos recurrentes y dolor abdominal difuso. Una característica única particular, que lo diferencia del CVS, es que los pacientes exhiben conductas de "baño compulsivo" con numerosas duchas calientes para aliviar sus síntomas.

Conclusiones. Los pacientes con CHS acuden con frecuencia al servicio de urgencias. Los síntomas se alivian al bañarse en agua caliente y dejar de fumar cannabis, no responden a los antieméticos; y, asimismo, los narcóticos no alivian el dolor abdominal, además pueden empeorar el dolor de rebote. El mejor tratamiento del síndrome de hiperémesis cannabinoide es la abstinencia del uso recreativo del cannabis. Enfermería debe proporcionar un reconocimiento temprano y un manejo cuidadoso de estos pacientes.

Palabras clave: Vómitos, enfermería, hiperémesis, cannabinoides, cuidados.

Bibliografía:

1. Abrams T, Gantioque R. Marijuana Use: Early Recognition for a Cannabinoid Hyperemesis Syndrome. Adv Emerg Nurs J. 2020 Jan/Mar; 42(1):30-36.
2. Wilson O, Lutton S, Doherty K. Diagnosing and treating cannabinoid hyperemesis. Emerg Nurse. 2015 Dec; 23(8):22-5.
3. Creedon ES, Maloy MK, DelloStritto RA. Cannabinoid hyperemesis syndrome: A case study and discussion. J Am Assoc Nurse Pract. 2020 Mar; 32(3):269-276
4. Heise L. Cannabinoid hyperemesis syndrome. Adv Emerg Nurs J. 2015 Apr-Jun; 37(2):95-101.
5. Knowlton MC. Cannabinoid hyperemesis syndrome. Nursing. 2019 Oct; 49(10):42-45.

Soporte vital avanzado enfermero: evolución, implementación y perspectivas en España

Mª Isabel Herrera Maíllo*, Mª del Pilar Gonçalves Blanco**, Tamara García Bravo***, Roberto Libiano García[1]*, Dolores Mateos Clavero[2]*

*Enfermera. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 7.1. Plasencia (España)

**Bióloga. Ingulados S.L. Cáceres (España).

*** Enfermera. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 8.1. Navalmoral (España).

[1]*Técnico en Emergencias Sanitarias. HT Group. Unidad Medicalizada de Emergencias Ciudad Rodrigo. Salamanca (España),

[2]* Enfermera. Servicio Extremeño de Salud. Unidad Medicalizada de Emergencias 6.1. Coria (España).

Correo electrónico: mabelhm@hotmail.com

Introducción y objetivos. El Soporte Vital Avanzado Enfermero (SVAE) constituye un recurso asistencial de tipo C en el que la enfermera de urgencias y emergencias asume la máxima responsabilidad de la unidad. No sustituye a las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME), sino que las complementa, garantizando equidad en el acceso a cuidados avanzados.

El objetivo de este trabajo es analizar su evolución, heterogeneidad normativa y perspectivas de consolidación en España.

Material y métodos. Se revisaron normativas nacionales, artículos científicos recientes y protocolos autonómicos. Se incorporaron datos comparativos de implantación en diferentes comunidades autónomas y un análisis DAFO del modelo en Extremadura.

Resultados. El SVAE se ha ido implementando progresivamente en las diferentes comunidades autónomas. Se observa diversidad en la denominación, en los criterios de activación y en la autonomía farmacológica. Un estudio llevado a cabo en la Comunidad Valenciana ha demostrado un incremento en la eficacia clínica, con una mejora del 72,8% de los pacientes atendidos y reducción de derivaciones a UME (92,5%). El DAFO identifica fortalezas como mayor accesibilidad y oportunidades laborales, frente a debilidades como la falta de homogeneización.

Conclusiones. El SVAE es ya un recurso consolidado, cuya optimización requiere unificar criterios, reforzar la autonomía profesional y crear una especialidad de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Su desarrollo, apoyado en telemedicina y protocolos comunes, puede incrementar la calidad, eficacia y eficiencia del sistema extrahospitalario.

Palabras clave: Soporte vital avanzado, enfermería, emergencias

Bibliografía:

1. Amador-Morales J, Chazarra-Canales MA, Montealegr- Menor FJ, Juan-Suárez L, Montesinos-Miguel R, Ferriz-Soriano JV. Administración farmacológica por una unidad de soporte vital avanzado enfermero con prescripción médica desde el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias [Internet]. Revista Española de Urgencias y Emergencias. 2024 [citado 9 Sep 2025]. Disponible en: http://www.reue.org/wp-content/uploads/2024/01/5-9.pdf
2. Martín Cajigos D, García Montes M. La evolución de los recursos de soporte vital avanzado con enfermería (SVAe) en los diferentes sistemas de emergencias de las comunidades autónomas en España. CiberRev. 2025; 26(73):12-31 [Internet]. [citado 2025 Sep 20]. Disponible en: https://ciberrevista.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2025/01/12-CbR73-ener-febr-2025-SVAE.pdf

Toma de decisiones en situaciones de vida o muerte: perspectiva ética desde la enfermería de urgencias

Laura Martínez Cañibano*, Miriam Diez Rodríguez**, Claudia Martínez López***, Carla Vecino Martínez1*, Carla Rodríguez Molina2*, Raquel Martínez Miguélez3*.

*Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

**Enfermera. Unidad de plantilla flotante. Hospital de León (CAULE). León (España).

***Enfermera. Servicio de urgencias. Hospital de León (CAULE). León (España).

1*Enfermera. Unidad de urología. Hospital de León (CAULE). León (España).

2*Enfermera. Unidad de cardiología. Hospital de León (CAULE). León (España).

3*Enfermera. Unidad de salud mental. Hospital Santa Isabel. León (España).

Correo electrónico: laurmc26@gmail.com

Introducción y objetivo. En los servicios de urgencias, el personal de enfermería se enfrenta a decisiones críticas en situaciones de vida o muerte, muchas veces sin disponer de toda la información necesaria. La rapidez, la presión asistencial y el sufrimiento del paciente desafían no solo las habilidades clínicas, sino

también los principios éticos. Esta realidad exige una reflexión profunda sobre el papel de la ética en la práctica enfermera durante la atención de emergencias.

El objetivo es analizar los principales dilemas éticos que enfrentan los enfermeros en situaciones de urgencia vital, y proponer herramientas para una toma de decisiones fundamentada en principios éticos y legales.

Material y métodos. Se realizó una revisión narrativa de literatura científica reciente (2018-2024) en bases de datos: PubMed, Scielo y CINAHL, combinada con la revisión del Código Deontológico del CIE y normativas nacionales sobre atención en urgencias. Se seleccionaron artículos que abordaran ética, urgencias y rol enfermero.

Resultados. Los dilemas más frecuentes incluyen la reanimación sin consentimiento explícito, el respeto a voluntades anticipadas, la distribución de recursos limitados y los conflictos con familiares. Se identificó que el uso de protocolos éticos, la formación en bioética y el trabajo interdisciplinario favorecen decisiones más seguras y respetuosas de la dignidad del paciente.

Conclusión. La ética en enfermería de urgencias no debe verse como un lujo, sino como una herramienta esencial para la toma de decisiones. Fortalecer la formación ética, promover el apoyo institucional y fomentar la reflexión crítica son claves para garantizar una atención humanizada incluso en los escenarios más críticos.

Palabras clave: Ética en enfermería, toma de decisiones, urgencias, bioética

Bibliografía:

1. International council of nurses (ICN) [Internet]. ICN - International Council of Nurses [consultado 10 julio 2025]. Disponible en: https://www.icn.ch/
2. Lumillo-Gutiérrez I, Salto GE. Buurtzorg Nederland: una propuesta de atención domiciliaria dirigida por enfermeras. Enferm Clín (Engl Ed) [Internet]. 2020 [consultado 10 julio 2025]; 31(5):323–7. Disponible en: doi: 10.1016/j.enfcli.2020.08.004
3. Li Q, Riosmena F, Valverde PA, Zhou S, Amura C, Peterson KA, et al. Preventing intimate partner violence among foreign-born Latinx mothers through relationship education during nurse home visiting. J Nurs Manag [Internet]. 2022 [consultado 10 julio 2025]; 30(6):1639–47. Disponible en: doi: 10.1111/jonm.13565
4. Fernandes DER, Medeiros M, Santos WS, dos Santos MG. Nursing scientific production on teenage pregnancy: An integrative review. Aquichan [Internet]. 2020 [consultado 10 julio 2025]; 20(2):1–14. Disponible en: doi: 10.5294/aqui.2020.20.2.5
5. Vista de Experiencias sanitarias desde una perspectiva bioética y legal en la COVID-19 [Internet]. Revistas.um.es. [consultado 10 julio 2025]. Disponible en: https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/480961/314231
6. Manso JA, Roselló FT, Sancho MG, Gómez Durán EL. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. Med Clin (Barc) [Internet]. 2017 [consultado 10 julio 2025]; 149(5):217–22. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6068790

Trauma torácico

Cristina Nieto Salvadores*, Mª Inmaculada de la Iglesia Calvo*, José Antonio Montes López*

*TCAE. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

Correo electrónico: crisi_90@hotmail.com

Introducción y objetivos. El trauma torácico representa aproximadamente el 25% de las muertes por traumatismos, siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad en pacientes accidentados. Sus lesiones pueden comprometer la vía aérea, la ventilación y la circulación. El manejo correcto en fases iniciales y durante la evaluación secundaria puede reducir significativamente la mortalidad asociada.

Se planteó como objetivo analizar las principales lesiones torácicas, sus mecanismos, signos clínicos, diagnóstico y manejo terapéutico urgente para optimizar la atención prehospitalaria y hospitalaria.

Material y métodos. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo y Google Académico, utilizando los términos de búsqueda "trauma torácico", "intervenciones en traumatismos torácicos" y "servicios de urgencias y emergencias". Se incluyeron estudios de los últimos 10 años, en español e inglés, excluyendo los artículos sin acceso a texto completo.

Resultados. Las lesiones más frecuentes incluyen neumotórax, hemotórax, lesiones pulmonares y cardíacas. La identificación temprana mediante signos clínicos y diagnósticos rápidos como toracocentesis y radiografías es crucial. La evaluación sistemática según el esquema X-ABCDE permite detectar y tratar lesiones potencialmente mortales de forma ordenada y eficaz.

Conclusiones. El manejo de trauma torácico requiere intervención rápida y un enfoque sistemático. La correcta identificación de signos clave y procedimientos precisos en etapas iniciales pueden reducir la mortalidad y las complicaciones. La capacitación en técnicas de atención y el conocimiento de protocolos son fundamentales para mejorar los resultados en pacientes con traumatismos torácicos.

Palabras clave: Trauma torácico, intervenciones en traumatismos torácicos, servicios de urgencias y emergencias

Bibliografía

1. Felipe Undurraga M, Patricio Rodríguez D, David Lazo P. Trauma de tórax. Revista Médica Clínica Las Condes [internet]. 2011 [consultado 09 de agosto 2025]; 22(5):617-622. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70473-4
2. Guerrero López F, Aranda Narváez JM, Barrera Chacón JM, Blanco Orozco AI, Cabello Serrano A, Correa Ruiz A, et al. Atención al Trauma Grave [internet]. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familia; 2020 [consultado 09 de agosto 2025]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_ATG.pdf
3. Fernando Luis H, Naranjo Gozalo S. Técnicas quirúrgicas básicas: toracocentesis [internet]. OCW Universidad de Cantabria; [consultado 09 de agosto 2025]. Disponible: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/569/course/section/255/tema_2.3.pdf
4. Ceballos Esparragón J, Pérez Díaz MA. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos Cirugía del paciente Politraumatizado. 2ª ed. Madrid: Arán; 2017.
5. Val-Jordán E, Fuentes-Esteban D, Vicente-Gordo M.D, Miranda-Roy N, Martínez-Allueva I, Bosque-Gómez M.P. Sanidad militar revista de sanidad de las Fuerzas Armadas de España [internet]. 2025 [consultado 09 de agosto 2025]; 78 (4): 273-278. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v78n4/1887-8571-sm-78-04-273.pdf

Triaje en catástrofes y situaciones con múltiples víctimas

Marta Lorenzo Martínez*

*Residente Enfermería Familiar y Comunitaria. GAPVAO. CS. Casa del Barco. Valladolid (España).

Correo electrónico: martalormar01@gmail.com

Introducción y objetivos. Cuando sucede una catástrofe o un accidente donde hay implicadas varias víctimas es fundamental una correcta gestión de la situación, al igual que de los recursos sanitarios y una atención prioritaria a las víctimas según la gravedad de sus lesiones.

Uno de los objetivos de esta comunicación es detallar los tipos de clasificación rápida de las víctimas, destacar su importancia en casos de emergencias masivas y los beneficios que aportan este uso en la optimización de recursos médicos y la reducción de la morbimortalidad.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el uso protocolizado de los diferentes métodos de triaje que se pueden aplicar en desastres naturales y accidentes con múltiples víctimas como son por ejemplo el método START (Simple Triage and Rapid Treatment) y SALT (Sort, Assess, Lifesaving interventions, Treatment/Transport).

Resultados. Un uso protocolizado de los métodos de triaje mencionados facilita la clasificación rápida de los pacientes según su gravedad y la atención de aquellas víctimas con mayor riesgo vital. Todo ello

también reduce los tiempos de atención y mejora las tasas de supervivencia. Sin embargo, la formación del personal en estas técnicas es crucial para la implementación exitosa en el terreno.

Conclusiones. El triaje en catástrofes es una herramienta indispensable en este caso de situaciones. Su correcta aplicación permite priorizar la atención sanitaria, maximizar el uso de recursos y reducir la mortalidad en situaciones críticas. Se recomienda actualizar continuamente al personal sanitario en métodos de triaje e incorporar protocolos actualizados.

Palabras clave: Triaje, clasificación víctimas, atención prioritaria, evaluación rápida.

Bibliografía

1. World Health Organization. Emergency Medical Teams: Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. Geneva: WHO; 2016.
2. Lerner EB, Schwartz RB, Coule PL, et al. Mass casualty triage: An evaluation of the data and development of a proposed national guideline. Disaster Med Public Health Prep. 2008; 2(2):S25-34.
3. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.
4. Hsu EB, Jenckes MW, Catlett CL, et al. Hospital emergency preparedness for mass casualty incidents: Using simulation to compare three triage algorithms. Ann Emerg Med. 2006; 47(4):293-299.

Triaje rápido de enfermería en accidente cerebrovascular en urgencias hospitalarias

Itziar González Etxepare*, Malen Oronoz Mitxelena*, Oihane Catediano Lozano*, Oihane Casamayor González**

*Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital del Bidasoa. Gipuzkoa (España)

**Alumna Medicina. Universidad del País Vasco. Vizcaya (España)

Correo electrónico: santitzi@hotmail.com

Introducción y objetivo. El accidente cerebrovascular agudo (ACVA) representa la segunda causa de muerte en el mundo Occidental y la primera discapacidad permanente en la edad adulta. Mejorar la asistencia al ACV es un reto para todos los profesionales.

Cuando la primera asistencia en el ámbito intrahospitalario se produce por enfermería en el triaje, estas deben ser capaces de determinar qué tipo de pacientes deben ser incluidos en el circuito de atención preferente, todo ello mediante una avaluación BREVE y prioritaria teniendo muy presente que es una patología tiempo-dependiente.

Material y métodos. Revisión bibliográfica y de diferentes estudios.

Resultados. Los métodos tradicionales simples de triaje ACVA (escalas de muy pocos ítems) son herramientas útiles para detectar este de forma fácil. Algoritmos como FAST (1) (en inglés: cara, brazos, habla y tiempo) y algunas escalas como la de CINCINNATI (2) son ampliamente utilizadas especialmente por los servicios de emergencias prehospitalarios por su facilidad y rapidez de aprendizaje. Sin embargo, solo evalúa la presencia de algunos síntomas, dado que más del 25% de las presentaciones de ACVA no son típicas y detectables por los métodos de cribado rápido.

Conclusiones. Los profesionales de enfermería deben reforzar su formación específica en las escalas de triaje ampliado y presentaciones menos frecuentes de esta patología tiempo-dependiente.

Por tanto, el manejo de escalas más completas tipo NIHSS (3) (en inglés: escala de accidentes cerebrovasculares de los Institutos Nacionales de Salud) por enfermeras capacitadas y entrenadas se vuelve fundamental.

Palabras clave: Triaje, Enfermería, Accidente Cerebrovascular

Bibliografía

1. Simal Hernández, P., Guiu-Guia, J. M., Hernández Meléndez, T., & Aparicio Azcárraga, P. Logros y retos en la atención del ictus en España: desde la estrategia del sistema nacional de salud al plan de acción europeo 2018-

2030. Revista Española de Salud Pública. [Internet]. 2022 [consultado 4 de Agosto 2025], 95 (1), e1-e5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v95/1135-5727-resp-95-perspectivas21.pdf

2. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional De Salud. [Internet]. 2024 [consultado 4 de Agosto 2025]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi9xKyYoPiOAxWYT6QEHabZE3UQFnoECBoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sanidad.gob.es%2Fareas%2FcalidadAsistencial%2Festrategias%2Fictus%2Fdocs%2FEstrategia_en_Ictus_del_SNS._Actualizacion_2024_accesible.pdf&usg=AOvVaw2Y3TwYv_oJbyU_DmX41p46&opi=89978449
3. Rodriguez-Vico, A., Sánchez-Hernández, F., López-Mesonero, L., García-Cenador, B., Moreno-García, MN. Predictores del estado post-ictus en el alta hospitalaria. Importancia en Enfermería. Enfermería Global Enfermería Global [Internet]. 2023 [consultado 4 de Agosto 2025], 22(69), 1-37. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.530591
4. American Heart Association. Soporte vital cardiovascular avanzado en adultos. Advanced cardiac life support – Asocación Americana del Corazón. Product Code: 20-2316 / ISBN 13 : 978-1-61669-925_ES /Fecha de publicación : 2021-03-3

Urgencias digitales: aplicaciones móviles para protocolos y calidad asistencial

Sara Torres Omaña*, Sara García Alonso*, Sergio Alonso Díaz*, Belén Carranza García*, Pilar Díez Álvarez*, M Angelina Valcárcel Alonso*

*Enfermera. Unidad de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León. León (España)

Correo electrónico: storreso@saludcastillayleon.es

Introducción y objetivos. Los servicios de urgencias hospitalarias son entornos de alta presión, con decisiones rápidas, elevada carga asistencial y frecuente rotación de personal, lo que dificulta el acceso efectivo a protocolos y genera ansiedad y retrasos. A pesar de estas limitaciones, el uso de dispositivos móviles es una práctica habitual entre los profesionales sanitarios para la consulta y apoyo diagnóstico.

El objetivo del estudio es analizar los tipos de aplicaciones móviles que se pueden implementar en el entorno de urgencias hospitalarias para optimizar la práctica clínica y la gestión de protocolos.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos cinco años en las bases de datos Web of Science, PubMed y Scopus. Se incluyeron intervenciones que integraban sistemas digitales en el ámbito sanitario, que promoviesen la búsqueda de información o la toma de decisiones.

Resultados. Se identificaron aplicaciones móviles que mejoraban la decisión clínica y facilitaban el acceso a información vital, siendo valiosas para personal de nueva incorporación. Incluyen: protocolización de soporte vital; integración de algoritmos; adaptación de guías de tratamiento; gestión de urgencias mediante triajes; cribado de patologías críticas; y atención a poblaciones vulnerables. Su implementación facilita la digitalización de protocolos e impacta positivamente en seguridad y calidad.

Conclusiones. Es necesario generar una aplicación móvil única que unifique las funciones. Se mejorará así la accesibilidad y el dinamismo de los protocolos asistenciales, fortaleciendo la formación continua y la retroalimentación, optimizando así la seguridad y la calidad de la atención en el entorno de urgencias.

Palabras clave: Aplicaciones Móviles, Servicios Médicos de Urgencia, Informática Médica, Educación Continua, Personal de Salud, Seguridad del Paciente

Bibliografía

1. Berring LL, Andersen IC, Østergaard LB, Bygum CB, Christensen LM, Høgsgaard D, et al. Emergency department nurses' learning and evolving perspectives in interacting with patients who self-harm. An explorative interview study of the use of a mobile application. Health Informatics J [Internet]. 2024 [consultado 12 julio 2025]; 30(4). Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14604582241301363
2. Boronat F, Escrivá P, Salvador P, Pareja F, Pastor J. PAMTEL-RT: web-based multimedia platform for tele-assistance of pediatric health emergencies in real time in training centers. Multimed Syst [Internet]. 2021 [consultado 12 julio 2025]; 27(2):205–27. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/s00530-020-00730-0

3. Cheung K, Yip CS. Documentation Completeness and Nurses' Perceptions of a Novel Electronic App for Medical Resuscitation in the Emergency Room: Mixed Methods Approach. JMIR mHealth uHealth [Internet]. 2024 [consultado 12 julio 2025]; 12(1):e46744. Disponible en: https://mhealth.jmir.org/2024/1/e46744
4. Chu AL, Ziperstein JC, Niccum BA, Joice MG, Isselbacher EM, Conley J. STAT: Mobile app helps clinicians manage inpatient emergencies. Healthcare [Internet]. 2021 [consultado 12 julio 2025]; 9(4):100590. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213076421000737
5. Cleaver B, Bird J, Boyde L, Francis GE. Evaluation of a new rapid assessment and treatment (RAT) tablet app for Emergency Department (ED) nurses: Is earlier identification of investigations and treatments feasible? Int Emerg Nurs [Internet]. 2021 [consultado 12 julio 2025]; 55(May):100875. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X20300471
6. Cornet VP, Toscos T, Bolchini D, Rohani Ghahari R, Ahmed R, Daley C, et al. Untold Stories in User-Centered Design of Mobile Health: Practical Challenges and Strategies Learned From the Design and Evaluation of an App for Older Adults With Heart Failure. JMIR mHealth uHealth [Internet]. 2020 [consultado 12 julio 2025]; 8(7):e17703. Disponible en: http://mhealth.jmir.org/2020/7/e17703/
7. Dinh T, Khairallah T, Nguyen C, Deshpande G, Krzyzaniak S, Barton G, et al. PASS-A course in Pediatric Acute Surgical Support to build pediatric surgical emergencies capacity in developing countries. J Pediatr Surg [Internet]. 2022 [consultado 12 julio 2025]; 57(12):1018–25. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2022.03.004
8. Fraser HSF, Cohan G, Koehler C, Anderson J, Lawrence A, Pateña J, et al. Evaluation of Diagnostic and Triage Accuracy and Usability of a Symptom Checker in an Emergency Department: Observational Study. JMIR mHealth uHealth [Internet]. 2022 [consultado 12 julio 2025]; 10(9):e38364. Disponible en: https://mhealth.jmir.org/2022/9/e38364
9. Lacour M, Bloudeau L, Combescure C, Haddad K, Hugon F, Suppan L, et al. Impact of a Mobile App on Paramedics' Perceived and Physiologic Stress Response During Simulated Prehospital Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation: Study Nested Within a Multicenter Randomized Controlled Trial. JMIR mHealth uHealth [Internet]. 2021 [consultado 12 julio 2025]; 9(10):e31748. Disponible en: https://mhealth.jmir.org/2021/10/e31748
10. Reynolds CW, Lee H, Sieka J, Perosky J, Lori JR. Implementation of a Technology-Based Mobile Obstetric Referral Emergency System (MORES): Qualitative Assessment of Health Workers in Rural Liberia. JMIR mHealth uHealth [Internet]. 2024 [consultado 12 julio 2025]; 12:e58624. Disponible en: https://mhealth.jmir.org/2024/1/e58624
11. Rodríguez A, Aboal J, Loma-Osorio P, Ramos R, Boada I. Design and deployment of ODISEA, an application for the myOcarDial infarction SafEtytrAnsfer of patients. Int J Med Inform [Internet]. 2023 [consultado 12 julio 2025]; 172(Febrero):105020. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105020
12. Siebert JN, Bloudeau L, Combescure C, Haddad K, Hugon F, Suppan L, et al. Effect of a Mobile App on Prehospital Medication Errors During Simulated Pediatric Resuscitation. JAMA Netw Open [Internet]. 2021 [consultado 12 julio 2025]; 4(8):e2123007. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2783613
13. Teare A, Rioux W, Rider N, Jones S, Taplay P, Ghosh SM. Are virtual harm reduction interventions right for everyone?: A qualitative study of the appropriateness of overdose response hotlines and applications for different subgroups of people who use substances. J Subst Use Addict Treat [Internet]. 2025 [consultado 12 julio 2025]; 168(2023):209567. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209567
14. Wanda D, Rahman LOA, Apriyanti E, Permaida, Yayah, Asmarini TA, et al. Utilization of android-based paediatric assessment triangle application as an emergency detection tool for children. J Pak Med Assoc [Internet]. 2024 [consultado 12 julio 2025]; 74(5 Suppl):S31-S35. Disponible en: https://jpma.org.pk/index.php/public_html/article/view/21229

Urgencias y emergencias en los pacientes sin techo

Rocío Páez González*, Canto Velasco Calvo**, María Concepción Trufero Hervella***, José María Barbón Rodríguez1*, Pilar Ramos Calabaza[2]*, Inés Mateos Mateos[3]*

*Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

**Enfermera. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

***TCAE. Unidad de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[1]*TCAE. Unidad de Psiquiatría. Hospital Provincial. Zamora (España).

[2]* TCAE Quirófano. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).

[3]*Enfermera. Centro de Salud Benavente Sur. Zamora (España).

Correo electrónico: roci_paez@hotmail.com

Introducción y objetivos. Las personas sin hogar enfrentan múltiples desafíos que afectan su salud física y mental. Su situación hace que los servicios de urgencias se convierten en su principal punto de contacto con el sistema sanitario.

EL objetivo es analizar las principales causas de consulta en urgencias por parte de estas personas, identificar los desafíos específicos en su atención y proponer estrategias para mejorar la respuesta sanitaria integral.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, Scielo y Google académico entre 2015 y 2024, junto con el análisis de casos clínicos, información procedente de organizaciones no gubernamentales y agencias de salud pública.

Resultados. Los pacientes sin techo se caracterizan por comorbilidades múltiples, deterioro de la salud mental, consumo de sustancias y falta de adherencia terapéutica. Estas condiciones se agravan por la carencia de vivienda, la estigmatización y las dificultades de acceso a servicios continuos. La atención en urgencias suele ser la única puerta de entrada al sistema de salud, lo que genera un uso frecuente y muchas veces ineficaz del recurso hospitalario. La falta de coordinación intersectorial y de protocolos adaptados contribuye a una atención fragmentada, con alta reconsulta y complicaciones prevenibles.

Conclusiones. Es fundamental desarrollar protocolos de atención específicos para personas sin techo en los servicios de urgencias. La formación del personal en competencias culturales y sociales, junto con políticas públicas de inclusión y vivienda, son claves para mejorar la calidad de atención y reducir la inequidad sanitaria.

Palabras clave: Personas sin techo, urgencias, equidad.

Bibliografía:

1. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014; 384(9953):1529–40.
2. Hwang SW. Homelessness and health. CMAJ. 2001; 164(2):229-33.
3. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. Am J Public Health. 2010; 100(7):1326–33.
4. O'Toole TP, Johnson EE, Redihan S, Borgia M, Rose J. Needing primary care but not getting it: the role of trust, stigma and organizational obstacles reported by homeless veterans. J Health Care Poor Underserved. 2015; 26(3):1019–31.
5. Ministerio de Sanidad (España). Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar. 2021–2025.