

**ACTAS DEL**

**IV CONGRESO INTERNACIONAL  
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



**VOLUMEN II**

**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
África Martos Martínez  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez**

**Actas del IV Congreso Internacional  
en Contextos Clínicos y de la Salud  
Volumen II**

**Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018**

**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
África Martos Martínez  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen II”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9975-8

Depósito Legal: AL 381-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.



# TOXICOLOGÍA

<b>EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE RESIDUOS TÓXICOS .....</b>	<b>7</b>
ANTONIO ORTIZ CARO, ANTONIO JESÚS SEGOVIA GALLARDO, JESSICA REPISO RAYA	
<b>PROGRAMA SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LA MARIHUANA EN EL ORGANISMO .....</b>	<b>8</b>
LORENA HERNÁNDEZ GORDO, DANIEL ROMÁN ESPINOSA, MARGARITA VEGA SEVILLA	
<b>LA REALIDAD SOBRE EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO .....</b>	<b>9</b>
JOSE VICENTE NAVARRO HENAREJOS, LIDIA REVERTE BASTIDA, ANABEL MARTINEZ SANCHEZ, LAURA MESEGUER GARCIA, CINTIA SEGURA ALBEROLA, ANA BELEN SALINAS CERVANTES	
<b>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: CUIDADOS VIRUS VIH.....</b>	<b>10</b>
LORENA HERNÁNDEZ GORDO, DANIEL ROMÁN ESPINOSA, MARGARITA VEGA SEVILLA	
<b>DROGAS DE ABUSO EN LABORATORIO DE URGENCIAS: MÉTODO SCREENING.</b>	<b>11</b>
SILVIA MARIA DE LOS SANTOS MARTINEZ, MONICA GUIADO TERRERO, LAURA TRONCOSO CARDENAS	
<b>DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA .....</b>	<b>12</b>
MONTSERRAT GOMEZ CAMPOY	
<b>PREVENCIÓN DE LA INTOXICACIÓN Y LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>13</b>
MARIA ROSA JIMENEZ MARTIN, JOSEFA VILLA FERNANDEZ, LEONOR PADILLA LOPEZ	
<b>PRECAUCIONES ANTE LOS RESIDUOS PELIGROSOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS .....</b>	<b>14</b>
RUTH REQUENA RUBIO, ISABEL MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN PEREZ GOMEZ	
<b>ESTUDIO SOBRE LA POBLACIÓN CON MAYOR RIESGO DE SUFRIR SOBREDOSIS POR OPIOIDES .....</b>	<b>15</b>
CRISTINA OLLER NAVARRO, PATRICIA MESAS CARREÑO, ANA NADAL IBAÑEZ	
<b>¿ESCRIBIR CON ROTULADOR PERMANENTE EN LAS BOLSAS DE SUERO PERJUDICA LA SALUD DEL PACIENTE? .....</b>	<b>16</b>

CINTIA MARTÍN QUINTERO, ALVARO DAVID CAMPOS PALOMO, LAURA  
DESEADA CAMPOS PALOMO

**IDENTIFICACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN PACIENTES ATENDIDOS EN  
URGENCIAS.....17**

MARIA TRINIDAD RUBIO VILLANUEVA, EVA ARAN VICO

**CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE EDAD .....18**

LORENA HERRERA COTILLA, IRINA RUIZ HERRERA, MATILDE PONCE LOPEZ

**EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UNA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS.....19**

JUAN ALCÁNTARA ALCAIDE, SUSANA FERNANDEZ ROGEL, CRISTINA REMEDIOS  
RODRIGUEZ PEREZ

**PROBLEMAS DEL CONSUMO DE COCAÍNA Y ALCOHOL .....20**

MARÍA JOSE ROMERO RUIZ, SILVIA DAVIAS MORALES, MANUEL PEREA GARCÍA

**PACIENTE ADULTO CON HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA A LA FENILEFRINA  
.....21**

DESIREE CABRILLANA DE LA TORRE, IRENE SÁNCHEZ MOYANO, LAURA PABON  
GONZALEZ

**ABORDAJE DEL PELIGRO DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA.....22**

MARIA DEL CARMEN GARCÍA PÉREZ, MARIA DEL CARMEN MONTES GARCÍA,  
FRANCISCA BELÉN TEJEIRA FERNÁNDEZ

**ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA  
INTOXICACIÓN DE BENZODIACEPINAS .....23**

INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ, LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA  
CRUZ HERNÁNDEZ

**CONCENTRACIONES EN LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE CLOZAPINA EN  
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS .....24**

FRANCISCA MARTIN LOPEZ, ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, CRISTINA RUIZ  
ALVAREZ

**ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL .....25**

ROCIO MORAL BAENA, SILVIA LUQUE RUANO, CRISTINA MESA BERGILLOS

**INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO: A PROPÓSITO DE UN  
CASO.....26**

ENCARNACION MARIA GARCIA ROMERA, GEMMA LÓPEZ GARCÍA, ANA CARMEN  
JIMENEZ MALDONADO

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE TABACO DE LOS  
ADOLESCENTES .....27**

ESTER NAVARRO CASAS, KARAMBA DIAWARA DIABY, CORAL GÓMEZ ARAGÓN,  
GUADALUPE MARTI FARRE, MARIA TERESA REGUEIRO CALVO, JUAN RIESGO  
MARTIN

**PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS EN ORINA EN EL LABORATORIO DE  
DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....28**

CRISTINA GUILLÉN BARCOS, MARIA ROSA LÓPEZ DOMINGUEZ, CATALINA  
ROMERA DÍAZ

**PACIENTE QUE ES TRASLADADO A LOS SERVICIOS DE URGENCIA POR DOLOR  
TORÁCICO Y SUDORACIÓN POR MAL USO DE LA NITROGLICERINA .....29**

IRENE CALDERON SORROCHE, GEMMA MARTÍN PÉREZ , VIRGINIA CORTES  
CORTES

**LA LUCHA CONSTANTE POR PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES .....30**

GEMA TRUEBA RUIZ, SILVIA CARRAL PEÑA, NOEMI CLIMENT ROMERO,  
ALEXANDRA FUENTES SAN JUAN, MARIA INMACULADA GOMEZ SANCHEZ,  
XIOMARA ORTEGA HERREROS, LUISA PLATAS LALEONA, SARA VITORERO  
GARCIA

**BASES DE LA DROGODEPENDENCIA: FÁRMACOS DE ABUSO.....31**

NATALIA PALICIO ANTOLÍN, ALICIA COVADONGA DELGADO CORTINA, MARÍA  
ORTEGA FERNÁNDEZ

**USO SEGURO DEL METOTREXATO PRECARGADO SUBCUTÁNEO EN ATENCIÓN  
PRIMARIA .....32**

MACARENA MARTÍNEZ CALDERÓN, SONIA QUIROGA MAYA, MARÍA FARRÁN  
PÉREZ

**RECONOCIMIENTO Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE  
ENFERMERÍA EN CASO DE INTOXICACIÓN ETÍLICA .....33**

JOSÉ ALCAIDE GARCIA, CARLOS ALBERTO PADILLA LÓPEZ, SUSANA MARTÍNEZ  
BORJA

**FUMADORES EN EL PERÍMETRO SANITARIO:A PROPÓSITO DE UN CASCO .....34**

EDUARDO SÁNCHEZ REQUENA, MARÍA FRANCÍSCA RAMÍREZ IMBERNÓN, JULIA  
RAMÍREZ IMBERNÓN

**EL CELADOR ANTE LOS POSIBLES RIESGOS QUÍMICOS EN SU PUESTO DE  
TRABAJO.....35**

RUBÉN FERNÁNDEZ PORTERO, JUAN CARLOS RUIZ MALDONADO, ISABEL RUIZ  
HERNÁNDEZ

**CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES ADOLESCENTES .....36**

M ALMUDENA RUIZ MORALES, ESTHER VILCHEZ PIMENTEL, ANA BELEN CID  
SANCHEZ

<b>INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS .....</b>	<b>37</b>
LAURA GARRIDO SIERRA, ALVARO CÁRDENAS AGUILAR, ELENA TRILLO PADILLA	
<b>LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS EN LAS INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS .....</b>	<b>38</b>
ENCARNACION BARRANQUERO RUIZ, MARIA ALEJANDRA RIVERA, ARANTXA MOMOITIO GONZALEZ	
<b>ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE INTOXICADO .....</b>	<b>39</b>
ISABEL GUTIERREZ FERNANDEZ, ISABEL MARIA GALAN PALOMINO, ANGELES PERAGÓN MARTINEZ	
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS ...</b>	<b>40</b>
ALICIA GARCÍA CAMPOS, PATRICIA MUÑOZ ALCOHOLADO, LARA VÁZQUEZ PARDEIRO	
<b>ACTUACIÓN ANTE INTOXICACIÓN POR ÁCIDO VALPROICO .....</b>	<b>41</b>
EVA SOLEDAD JIMENEZ BERMEJO, CARMEN MARIA AROCA LOPEZ, FRANCISCA DIAZ ORTEGA, IRENE VERA LEANTE	
<b>SALUD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES .....</b>	<b>42</b>
MARIA DOLORES MORENO LOPEZ, MARIA AZUCENA DOMINGUEZ TATO, FRANCISCA FIGUEROA MOYA	
<b>ESTUDIO DE LA DROGODEPENDENCIA EN EL TRABAJO .....</b>	<b>43</b>
MARIA LUCIA CAMPAÑA ORTEGA, MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA JOSE GARCIA FLUJA	
<b>NUEVOS RETOS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA INTOXICACIÓN POR OPIÁCEOS .....</b>	<b>44</b>
NURIA NAVARRO APARICIO, PAULA GARCÍA ACOSTA, ALICIA KON GUTTMAN	
<b>INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA SALUD.....</b>	<b>45</b>
CRUZ MARIA ALVAREZ SEGURA, ANA ISABEL RAMOS RAMOS, CARMEN MARIA NIETO GARRIDO	
<b>ACTUACIÓN ANTE UNA SOBREDOSIS POR PARACETAMOL .....</b>	<b>46</b>
GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA TERESA CASAL GARCIA DE LOMAS, MARIA JOSE GALIANO CABALLERO	
<b>RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LAS ENFERMEDADES MENTALES .....</b>	<b>47</b>

ESPERANZA VÁZQUEZ ESTÉVEZ, MARIA DEL CARMEN ANGUITA RAMOS, ISABEL GARCÍA TIRADO

**ANALGESIA EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA: CONSIDERACIONES PARA MÉDICOS Y ENFERMERÍA.....48**

JORGE HIDALGO, ROCIO PALOMARES POZA, LUZ MARIA GUILLEN SALVADOR

**ANALGESIA EN PACIENTES ADICTOS A OPIOIDES.....49**

JORGE HIDALGO, ROCIO PALOMARES POZA, LUZ MARIA GUILLEN SALVADOR

**EFFECTOS DEL CONSUMO DE METADONA EN EL EMBARAZO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....50**

ROSALÍA MARTOS BASSO, DEMELSA MUÑOZ BORREGO, ROCÍO GUTIÉRREZ GÓMEZ

**INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL Y OTRAS SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS .....51**

ANGELA ARRIAZA MONREAL, ERIKA SANCHO PEREZ, LAURA FONTANILLA COBANO

**PSORIASIS E INTOXICACIÓN POR FENTANILO TRANSDÉRMICO .....52**

MIGUEL SOLA GARCÍA, NURIA RAMÍREZ SANDALIO, MIGUEL ANGEL LOPEZ ZUÑIGA

**ACTUACIONES ANTE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA .....53**

MARÍA DEL ROSARIO PORTILLO GALLEGO, ROCIO VELA AMADO, RAÚL MUÑOZ CUENCA

**A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON LUPUS QUE ACUDE A URGENCIAS REFIRIENDO RECTORRAGIA .....54**

ELISA CANO BERNAL, MARÍA DOLORES LOPERA ARROYO, AINHOA COTO MUÑOZ

**POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO A PACIENTES DEPENDIENTES DE LA HEROÍNA.....55**

PABLO MIR CONTERO, CARLOS JAVIER ESPINAR GARCÍA

**DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE ADULTA TRAS UN DÍA DE FIESTA .....56**

MIGUEL SOLA GARCÍA, NURIA RAMÍREZ SANDALIO, MIGUEL ANGEL LOPEZ ZUÑIGA

**TOLUENO: AFECTACIÓN A LA SALUD HUMANA.....57**

PEDRO TOMÁS SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MARIA JOSE PEREZ SALA, ISABEL GARCÍA RIVAS, ROSARIO DOLERA CORBALAN

**PACIENTE CON INTOXICACIÓN ALÉRGICA POR CONSUMO DE ATÚN.....58**

ANTONIO JESÚS MARTÍN JIMÉNEZ, RAQUEL DE LA VARGA MARTÍNEZ, BEATRIZ  
ELENA MONTENEGRO PUCHE

**EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL USO DE  
MEDICAMENTOS .....59**

FRANCISCO CRUZ RIZOS, ELENA ROJAS HIDALGO, SILVIA HIDALGO LEON

**LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITAL EN ASTURIAS .....60**

MARIA CONCEPCION GUTIERREZ ALVAREZ, JOHANA MIRANDA MORAIS, ANA  
ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ, MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, MARIA  
CRUZ GIL MACHADO, INES RIOS ALVAREZ

**NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: CANNABINOIDES SINTÉTICOS .....61**

ROSA CABALLERO PIEDRA, JOSÉ JORGE GÓMEZ ROMERO, ROBERTO JOSÉ LÓPEZ  
RAYA

**DROGAS DE ABUSO O CRIBADO DE DROGAS .....62**

MARIA DEL ROSARIO FIGUEROBA GARCIA, MARIA DE LA HOZ HEREDIA  
JIMENEZ, MARIA LUISA RODRIGUEZ ESCRIBANO

**CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA EN EL ESTADO  
DE TLAXCALA .....63**

ALEJANDRO TORRES REYES, FRANCISCO ADRIÁN MORALES CASTILLO

**EFICACIA DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS PARA EL ABANDONO DEL  
TABACO .....64**

ANTONIA BARRIOS BECERRA, BEATRIZ ALCAIDE ROMERO, FRANCISCA  
VALENTIN LUNA

**SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL: ABORDAJE INTRAHOSPITALARIO65**

CARLOS RODRIGUEZ ESTEBAN, LUZ MARIA DELGADO PAVON, ANDRES  
RODRIGUEZ ESTEBAN, AMPARO BORRÁS CID, ARANZAZU VIVAS SANAGUSTIN,  
AGRIPINA SOSA DIAZ, MARIA DEL CARMEN HERNÁNDEZ SANDALINAS

**INTOXICACIÓN POR METANOL CON DESENLACE FATAL .....66**

MARÍA RECUERDA NÚÑEZ, MARIA VIRGINIA PEREZ MADUEÑO, PATRICIA  
VILLANUEVA RODRIGUEZ

## EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE RESIDUOS TÓXICOS

ANTONIO ORTIZ CARO, ANTONIO JESÚS SEGOVIA GALLARDO, JESSICA REPISO RAYA

**INTRODUCCIÓN:** Una de las competencias del celador es transportar residuos o desechos de un punto a otro en el centro sanitario, los residuos tóxicos requieren de una importancia en su traslado por parte del profesional.

**OBJETIVOS:** El objetivo principal es identificar las competencias a los que está expuesto el celador durante el traslado de residuos tóxicos.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en las bases de datos científicas Pubmed, Medline y Cochrane. En este caso, los descriptores usados son: celador, transporte, residuos, tóxicos, precauciones, riesgos. Tras finalizar la búsqueda, se encuentran 25 artículos. De éstos 25, seleccionamos 7 de ellos para profundizar en la investigación.

**RESULTADOS:** Los datos encontrados tras realizar una metodología concreta se dividen en dos ramas: Formación: El celador debe de estar cualificado y obtener información del material que está transportando, así como del peligro o riesgo que conlleva. Competencias: El celador no está obligado a llevar una serie de elementos, ya que se omiten las competencias, siendo función de empresas externas al centro hospitalario, siendo por costumbre labor del celador.

**CONCLUSIÓN:** Dentro de la categoría de celador, existen funciones que están muy definidas y otras se presentan borrosas a efectos de la empresa. El traslado de residuos tóxicos (según al grupo de riesgo que pueda pertenecer dichos elementos), es función del celador, no obstante, los centros hospitalarios tienen convenios con empresas externas específicas a los residuos especiales. La empresa debe de comunicar al celador cuales son sus competencias exactas y cuales pertenecen a otra entidad.

**PALABRAS CLAVE:** CELADOR, RESIDUOS, TÓXICOS, TRANSPORTE.

## **PROGRAMA SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LA MARIHUANA EN EL ORGANISMO**

LORENA HERNÁNDEZ GORDO, DANIEL ROMÁN ESPINOSA, MARGARITA VEGA SEVILLA

**INTRODUCCIÓN:** La marihuana es una de las drogas más consumidas a nivel mundial siendo ilegal en muchos países. A largo plazo el consumo puede provocar daños cerebrales que pueden ser irreversibles. Problemas en el aprendizaje, de memoria, pérdida coeficiente intelectual, nos hace más vulnerables frente a la invasión de microorganismos, aparición de taquicardias, impotencia en los hombres y reducción producción en las mujeres.

**OBJETIVOS:** Conocer las consecuencias físicas, psíquicas y sociales derivadas del consumo de la marihuana. Descubrir los daños que causan en nuestro organismo el consumo de esta droga. Conocer los riesgos asociados al consumo de drogas.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda en diferentes páginas web sobre drogodependencia con los siguientes descriptores: “droga”, “marihuana”, “efectos”, “nocivos”, “organismo”.

**RESULTADOS:** Es muy importante educar a las personas a través de un programa sobre los efectos nocivos que produce la marihuana en nuestro organismo transmitiendo toda la información posible para hacerle ver las consecuencias que puede provocar su consumo. Con ello se pretende conseguir que las personas que consumen dejen de hacerlo y a su vez no introducirse en otro tipo de drogas mucho más fuertes y que puedan provocar consecuencias mucho peores para su organismo.

**CONCLUSIÓN:** Personas que han consumido marihuana pierden habilidades como recordar correctamente una lista de palabras incluso tiempo después de haber dejado de fumarla. Cuando un programa tiene una buena argumentación y está basado en hechos probados recalca muy profundamente en la conciencia de las personas.

**PALABRAS CLAVE:** ORGANISMO, DROGA, MARIHUANA, EFECTOS, NOCIVOS.

## LA REALIDAD SOBRE EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO

JOSE VICENTE NAVARRO HENAREJOS, LIDIA REVERTE BASTIDA, ANABEL MARTINEZ SANCHEZ, LAURA MESEGUER GARCIA, CINTIA SEGURA ALBEROLA, ANA BELEN SALINAS CERVANTES

**INTRODUCCIÓN:** En esta revisión bibliográfica daremos a conocer la realidad sobre el cigarrillo electrónico, qué es un dispositivo con forma de cigarrillo convencional que libera determinadas dosis de vapores de nicotina a través de un proceso de calentamiento electrónico.

**OBJETIVOS:** Dar a conocer la realidad sobre el cigarrillo electrónico y su consumo en España. Conocer los efectos adversos que provoca en los consumidores. Analizar la percepción que tiene la población sobre el consumo de cigarrillos electrónicos. Comprobar si el cigarrillo electrónico es realmente un buen método para abandonar el tabaco.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica entre toda la producción científica publicada. Las bases de datos consultadas han sido Scielo y Pubmed. Tras la búsqueda exhaustiva y posterior selección de artículos de interés se contrastaron los resultados obtenidos de los diferentes estudios, sumando la propia experiencia personal y profesional para obtener conclusiones relevantes y fiables.

**RESULTADOS:** El consumo de cigarrillo electrónico actualmente está poco extendido en la población española, situándolo diferentes autores en torno al 10% de la población, pero con tendencia claramente alcista. Los cigarrillos electrónicos tienen menos sustancias dañinas que el cigarrillo tradicional, pero esto no quiere decir que sean inoocuos y también perjudican nuestra salud. El efecto respiratorio a corto plazo del vapor de un cigarrillo electrónico es similar al causado por el humo del cigarrillo y es causa de broncoconstricción. Actualmente, según el último informe de la OMS no se dispone de evidencia científica de que sea un dispositivo eficaz para dejar de fumar.

**CONCLUSIÓN:** Los cigarrillos electrónicos además de no disponer de la evidencia científica de ser eficaces para dejar de fumar también pueden convertirse en una nueva vía de iniciación al tabaquismo en adolescentes debido a su accesibilidad, la variedad de sabores y la baja percepción de peligrosidad que tiene la población sobre su consumo. También podría retener a fumadores adultos en el consumo de nicotina y en la dependencia gestual. Debemos esperar un tiempo hasta que tengamos datos fiables sobre los beneficios reales de este método para dejar definitivamente el tabaco y mientras tanto fomentar otros métodos para dejar el tabaco menos perjudiciales para nuestra salud.

**PALABRAS CLAVE:** NICOTINA, CIGARRILLO ELECTRÓNICO, DESHABITUACIÓN, TABACO.

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: CUIDADOS VIRUS VIH

LORENA HERNÁNDEZ GORDO, DANIEL ROMÁN ESPINOSA, MARGARITA VEGA SEVILLA

**INTRODUCCIÓN:** El VIH es un retrovirus que ataca al sistema inmunitario de la persona infectada. Este ataca y elimina los linfocitos CD4 que son un tipo de células que se ocupan de la creación de anticuerpos para poder combatir infecciones causadas por agentes externos. Puede transmitirse a través de la contaminación percutánea con el virus y de la mucosa y a través de la entrada del virus por las lesiones de la piel. Los líquidos corporales que se consideran como riesgo de transmisión son: sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, etc.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía reciente sobre el tema que nos permita asegurar una adecuada actuación por parte del personal sanitario ante un paciente con este tipo de enfermedad. Educar tanto al paciente como a la familia sobre este tipo de enfermedad y evitar así la posible aparición de nuevos casos.

**METODOLOGÍA:** Indagación sobre este tipo de enfermedad en artículos relacionados con ella y en diferentes páginas web, utilizando descriptores como: “sida” VIH” “protocolo” “contagio”.

**RESULTADOS:** Mediante la implantación de una serie de protocolos se pretende aumentar los cuidados que deben tener tanto el personal sanitario como la familia para así actuar de una forma fiable y sin riesgos de contagio. Con este protocolo se puede reducir el nivel de ansiedad y estrés que puede ocasionar tanto en el personal sanitario como en la familia a la hora de tratar al enfermo.

**CONCLUSIÓN:** La mayoría de casos de contagio son por desinformación de las personas ya que no utilizan los métodos necesarios para evitar el contagio. Se debe extremar las precauciones ya que a simple vista no se pueden distinguir las personas portadoras de esta enfermedad por lo que el personal médico debe diagnosticar esta enfermedad con claridad.

**PALABRAS CLAVE:** SIDA, VIH, PROTOCOLO, CONTAGIO.

## **DROGAS DE ABUSO EN LABORATORIO DE URGENCIAS: MÉTODO SCREENING**

SILVIA MARIA DE LOS SANTOS MARTINEZ, MONICA GUISADO TERRERO, LAURA TRONCOSO CARDENAS

**INTRODUCCIÓN:** El riñón es un órgano de desintoxicación para el cuerpo humano, mediante la filtración de las impurezas de la sangre, que son excretadas en la orina; por ello es una buena muestra para detectar drogas de abuso, por ser la vía de excreción para la droga y sus metabolitos. Aparece en mayor concentración y permanece más tiempo que en otras muestras biológicas.

**OBJETIVOS:** Determinar el análisis de detección de drogas en el laboratorio por el procedimiento de screening.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos a través del uso de descriptores que se corresponden con las palabras claves mencionadas.

**RESULTADOS:** Son pruebas cualitativas con resultado preliminar. Sólo indican la ausencia o presencia de sustancias medidas, no pueden hacerse interpretaciones exactas de la dosis administrada o del tiempo transcurrido desde que se consumió. El método por inmuno-ensayo, consiste en un antígeno marcado que compite con otro no marcado (droga), por el sitio de unión de un anticuerpo específico. Si se forman complejos antígeno-anticuerpo que migran cromatográficamente por capilaridad, sin que el anticuerpo se pueda unir al antígeno marcado, con la ausencia de una línea roja en la zona correspondiente a la droga en estudio, es positivo. Si el anticuerpo migra y se une al antígeno marcado produciéndose una línea roja, es negativo.

**CONCLUSIÓN:** Análisis enzimo-inmunológicos en laboratorios que permiten una determinación rápida y no costosa del consumo de drogas. Cada vez más útil en urgencias, detectando un gran número de casos de cannabis, cocaína, opiáceos, anfetaminas o metadona.

**PALABRAS CLAVE:** ORINA, TOXICOLOGÍA, METADONA, OPIÁCEOS.

## DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA

MONTSERRAT GOMEZ CAMPOY

**INTRODUCCIÓN:** Todas las drogas que entran en el cuerpo humano son metabolizadas en el hígado y eliminadas por el riñón por ello son detectables en la orina (aunque también pueden detectarse en las heces, sudor, sangre, saliva y cabello).

**OBJETIVOS:** Analizar los métodos de detección de drogas o fármacos en orina.

**METODOLOGÍA:** Los servicios de emergencias usan las pruebas rápidas de inmunoensayo que nos dan un resultado cualitativo (positivo o negativo) según se encuentre o no la sustancia (droga o fármaco y sus metabolitos) en orina. El tiempo que dura la droga en orina depende de varios factores: cantidad de droga consumida, vía de administración, uso ocasional o crónico, metabolismo, acidez de la orina, ingesta de líquidos, hora del día.

**RESULTADOS:** Las drogas de abuso y psicofármacos más habituales detectados en laboratorios de urgencias y su prevalencia en orina son: anfetaminas: hasta 3 días; metanfetaminas: hasta 6 días; barbitúricos: hasta 4 días; benzodiacepinas: de 3 a 30 días dependiendo del fármaco que se trate; cannabis o tetrahidrocannabinol (THC): hasta 30 días dependiendo del consumo; cocaína: hasta 4 días; metadona: hasta 3 días; morfina, codeína; heroína: hasta 3 días; MDMA: hasta 4 días.

**CONCLUSIÓN:** La detección de tóxicos en orina se utiliza en situaciones médicas de emergencia: cuando tenemos a un paciente con un comportamiento extraño, con alteración del estado de conciencia, para evaluar posibles sobredosis o intoxicaciones accidentales o intencionales, vigilar la farmacodependencia, etc.

**PALABRAS CLAVE:** DROGAS, TÓXICOS, FÁRMACOS, ORINA, LABORATORIO, URGENCIAS.

## PREVENCIÓN DE LA INTOXICACIÓN Y LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARIA ROSA JIMENEZ MARTIN, JOSEFA VILLA FERNANDEZ, LEONOR PADILLA LOPEZ

**INTRODUCCIÓN:** Una intoxicación viene causada por la exposición a una sustancia dañina, esta intoxicación puede resultar de ingerir, inhalar, inyectar u otro medio dicha sustancia. Normalmente estas ocurren por accidente, aunque existen intoxicaciones voluntarias. Realizar los primeros auxilios de manera precoz puede hacer que la persona logre salvar su vida, por ello son fundamentales.

**OBJETIVOS:** Describir los diferentes tipos de intoxicaciones y conocer técnicas de primeros auxilios y protocolos de actuación en estos casos.

**METODOLOGÍA:** Para realizar este trabajo hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo, Pubmed, Dialnet, Medes, así como en Google académico con los descriptores: intoxicación, primeros auxilios, tóxicos, prevención.

**RESULTADOS:** Ante una intoxicación la primera medida será retirar a la persona de la fuente de intoxicación (gas, liquido, insecticidas, químicos etc. ) Y llamar a los servicios de emergencia comunicando la manera en la que se ha intoxicado la persona y el elemento que lo ha causado. Entre las medidas de prevención: Proteger de sustancias toxicas el hogar sobre todo de los más pequeños. Guardar fuera del alcance de los niños y con cerrojos o pestillos, insecticidas, limpiadores, medicamentos. Marcar todos los productos tóxicos o que contengan algún veneno. No guardar en botes, tarros o botellas de alimentos ningún químico o gasolina que pueda confundir o equivocar a las personas. No trate de dar ningún remedio casero sin el consentimiento médico.

**CONCLUSIÓN:** Todas las intoxicaciones no requieren de la misma respuesta, por ello avisar a emergencias y centro de toxicología, normalmente provocar el vómito es muy efectivo, pero hay casos que se ha ingerido algún toxico que produce quemaduras en el aparato digestivo y al salir puede volver a provocar más.

**PALABRAS CLAVE:** INTOXICACIÓN,      PRIMEROS    AUXILIOS,      TÓXICOS,  
PREVENCIÓN.

## **PRECAUCIONES ANTE LOS RESIDUOS PELIGROSOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

RUTH REQUENA RUBIO, ISABEL MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN PEREZ GOMEZ

**INTRODUCCIÓN:** El almacenaje y la correcta manipulación de los desechos peligrosos producidos en UCI son fundamentales por la especial gravedad de los pacientes. Saber reconocerlos y clasificarlos así como a sus contenedores es fundamental para reducir el peligro potencial que representa para los pacientes como para los trabajadores sanitarios.

**OBJETIVOS:** Identificar los residuos peligrosos del ámbito de actuación de UCI y las precauciones y medidas de seguridad.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Scielo y Dialnet.

**RESULTADOS:** Los residuos de UCI son residuos infecciosos porque son capaces de producir enfermedades infecciosas. Para que una infección ocurra es necesario que exista una concentración suficiente del agente infeccioso, un receptor susceptible de ser infectado, presencia de una puerta de entrada para el acceso del germen huésped. En UCI se produce un riesgo alto. Personas expuestas al manejo diario de residuos patógenos o infecciosos como sangre, tejidos, agujas, hojas de bisturíes. Fluidos corporales, residuos de laboratorio. El contacto con estos residuos sin las medidas de seguridad puede originar enfermedades e infecciones que potencialmente producen daños en la salud como dermatitis, conjuntivitis, hepatitis, SIDA, intoxicaciones.... Las principales precauciones son: evitar el contacto piel y mucosas con sangre y otros líquidos, lavado de manos, uso de guantes, uso de mascarilla y uso de otros elementos de protección personal. La bioseguridad es la garantía de que la vida sea libre de daño, riesgo o peligro. Tener prácticas seguras de cada uno de los integrantes, determinan su propia seguridad.

**CONCLUSIÓN:** Una correcta ordenación y normalización de los residuos sanitarios que son considerados peligrosos, permite disminuir el riesgo hacia la salud y el medio ambiente.

**PALABRAS CLAVE:** RESIDUOS, UCI, CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS, CONTENEDORES, ALTO RIESGO.

## **ESTUDIO SOBRE LA POBLACIÓN CON MAYOR RIESGO DE SUFRIR SOBREDOSIS POR OPIOIDES**

CRISTINA OLLER NAVARRO, PATRICIA MESAS CARREÑO, ANA NADAL IBAÑEZ

**INTRODUCCIÓN:** Los opioides son sustancias psicoactivas derivadas de la adormidera. Se sabe que hay 15 millones de personas en el mundo que tienen dependencia a esta sustancia psicoactiva. La mayoría de los adictos consume heroína producida y fabricada de forma ilegal, siendo un porcentaje cada vez mayor que consume opioides sujetos a prescripción médica.

**OBJETIVOS:** Determinar la población que presenta un mayor riesgo de sufrir una sobredosis por opioides.

**METODOLOGÍA:** Se trata de una revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos, encontrados en los siguientes buscadores: PubMed, Medine, Cuiden y Cochrane. Los criterios de inclusión utilizados han sido artículos en español e inglés. Se ha realizado una búsqueda en agosto de 2017 y los años de búsqueda 2013-2017.

**RESULTADOS:** Las personas que dependen de los opioides son el grupo más expuesto a sufrir una sobredosis. La incidencia de los casos mortales de sobredosis de opioides entre individuos que tienen dependencia de esas sustancias asciende a un 0,65% anual. Otras personas con riesgo a tener sobredosis son aquellas que consumen opioides de forma parenteral, las que consumen opioides sujetos a prescripción, las que consumen opioides en combinación con otras sustancias sedantes, aquellas que consumen opioides y padecen enfermedades hepáticas o pulmonares, están infectadas por el VIH o sufren depresión.

**CONCLUSIÓN:** Las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una sobredosis de opioides son aquellas con dependencia a éstos, en particular si su tolerancia se ha visto reducida. Lo profesionales sanitarios han de llevar a cabo un control de la toma de estos fármacos y realizar educación sanitaria para evitar estos riesgos.

**PALABRAS CLAVE:** FÁRMACO, OPIOIDE, RIESGO, SOBREDOSIS.

## ¿ESCRIBIR CON ROTULADOR PERMANENTE EN LAS BOLSAS DE SUERO PERJUDICA LA SALUD DEL PACIENTE?

CINTIA MARTÍN QUINTERO, ALVARO DAVID CAMPOS PALOMO, LAURA DESEADA CAMPOS PALOMO

**INTRODUCCIÓN:** Escribir con rotulador permanente en las bolsas de suero a administrar, identificando el nombre del medicamento, dosis, número de habitación del paciente, constituye una práctica ampliamente extendida entre los profesionales de enfermería. Sin embargo, durante la práctica clínica surge la duda de si la tinta del rotulador traspasará la bolsa y afectará a la salud del paciente.

**OBJETIVOS:** Analizar la inocuidad de escribir con tinta en las bolsas de suero en relación a la salud del paciente.

**METODOLOGÍA:** Hemos revisado la literatura existente en las bases de datos de Pubmed, TRIP Database, SciELO y Cuiden, usando los descriptores: “bolsa de suero”, “intravenoso”, “rotulador”, “permanente”, “tinta” y “escribir”. En Pubmed y TRIP han sido: “infusion bag”, “intravenous fluids”, “writing”, “permanent marker”.

**RESULTADOS:** Hemos encontrado 4 estudios y 2 revisiones en inglés. Según la revisión del Institute for Safe Medical Practices, los fabricantes de las marcas de bolsas de PVC no garantizan el no traspaso de la tinta, sobre todo porque hay muchas tintas diferentes. Se recomienda el uso de etiquetas para identificar la bolsa en situaciones que no urgentes, así como hacerlo en la zona superior de la bolsa. Un estudio detecta los disolventes volátiles de la tinta en un tipo de bolsa de PVC, con un fluido y un rotulador. La tinta estuvo en contacto con la bolsa durante 30 minutos. Los resultados de la cromatografía de gases no mostraron diferencias significativas.

**CONCLUSIÓN:** Actualmente no existe evidencia que garantice la seguridad de esta práctica, por lo que se recomienda no escribir de forma directa en las bolsas de suero. Se necesitan más estudios de calidad (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas) y en español sobre el daño que puede provocar escribir con rotulador permanente de forma directa en las bolsas de terapia intravenosa que los profesionales de enfermería administramos a los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** INTRAVENOSO, ROTULADOR, PERMANENTE, TINTA, BOLSA DE SUERO, ESCRIBIR.

## **IDENTIFICACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS**

MARIA TRINIDAD RUBIO VILLANUEVA, EVA ARAN VICO

**INTRODUCCIÓN:** La detección de drogas en orina es un inmunoanálisis cualitativo que se emplea para detectar la presencia de drogas o de metabolitos de drogas en la orina en sus concentraciones de corte específico. El test proporciona un resultado analítico preliminar; para confirmar el resultado se emplea el método de cromatografía de gases / espectrofotometría de masa.

**OBJETIVOS:** Evaluar en una técnica analítica el inmunoensayo (IE) para la identificación de drogas de abuso.

**METODOLOGÍA:** Se recogen muestras de orina de 100 pacientes adolescentes remitidos al laboratorio de toxicología entre febrero y marzo de 2017. Las muestras se procesan mediante la técnica analítica del inmunoensayo (IE). Se deposita una cantidad de orina en el test y la orina migra por capilaridad por las tiras. Si la droga no está presente en la orina se desarrolla una línea T y si la droga está presente en la orina no se desarrolla la línea T.

**RESULTADOS:** El 70% de las muestras son de sexo femenino y el 30% de sexo masculino. De las muestras analizadas 60 dieron resultados positivos y de estas positivas 15 incluían más de una sustancia.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados positivos indican la presencia de drogas o de sus metabolitos pero no permiten saber el nivel de intoxicación, la vía de administración o las concentraciones urinarias. Esta técnica es útil por su simplicidad y rapidez pero para su correcta interpretación requiere criterios de evaluación clínica.

**PALABRAS CLAVE:** DROGAS, PACIENTE, INMUNOENSAYO, ORINA.

## CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE EDAD

LORENA HERRERA COTILLA, IRINA RUIZ HERRERA, MATILDE PONCE LOPEZ

**INTRODUCCIÓN:** Aunque la cantidad de menores de edad que fuma cigarrillos ha disminuido, hay muy poca información de lo negativo que es su consumo en menores.

**OBJETIVOS:** Determinar el consumo de tabaco en los adolescentes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una encuesta a un grupo de jóvenes, 400 en total, en varios institutos de una provincia de Málaga.

**RESULTADOS:** Tras la encuesta realizada: El 53% de los adolescentes determino que consumía tabaco de forma habitual, mientras que un 47% no lo hace. Sin embargo, se produce un aumento del consumo de tabaco en los adolescentes, al ser preguntados si lo realizan solo en los fines de semana, obteniendo una respuesta afirmativa en un 86% de los casos. Por otro lado, el 55,7% de los encuestados llevan siempre tabaco encima, mientras que el 44,2% no lleva, y el 86% afirma haber fumado en el último año, tan solo un 13,7% no ha fumado durante dicho año.

**CONCLUSIÓN:** Como conclusión, podemos decir que los resultados obtenidos de la encuesta ofrecen una visión general del tabaco que consumen los jóvenes de secundaria hoy en día.

**PALABRAS CLAVE:** DROGA LEGAL, ADICTIVA, NICOTINA, CIGARRILLO, ADOLESCENTE, HUMO.

## **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UNA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

JUAN ALCÁNTARA ALCAIDE, SUSANA FERNANDEZ ROGEL, CRISTINA REMEDIOS RODRIGUEZ PEREZ

**INTRODUCCIÓN:** El paciente con intoxicación alcohólica es un paciente conductualmente complicado y que distorsiona el servicio. Por ello no se le suele prestar mucha atención y puede presentar complicaciones serias. Tras haber presenciado algún episodio de complicaciones potencialmente letales en alguno de nuestros pacientes, y dada la complejidad de los cuadros clínicos que pueden presentar, creemos necesario dar un toque de atención sobre el tema.

**OBJETIVOS:** Establecer e identificar los accidentes derivados de la intoxicación alcohólica así como las complicaciones que se pueden presentar.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal de una muestra de 125 pacientes que acudieron a urgencias por intoxicación alcohólica o problemas derivados de ella, como caídas accidentales, agresiones o alteración del nivel de consciencia. Se analizan variables como sexo, edad, consumo de drogas o episodio de agresión asociado, nivel de triaje, tiempo de estada en el servicio y complicaciones que han presentado.

**RESULTADOS:** De los 125 casos, la mayoría (64%) eran hombres, de edades comprendidas entre 18 y 35 años (56,8%). Cabe destacar que este perfil se invierte en la franja de menores de 18, que mayoritariamente son mujeres (81%) El 66% presentaba lesiones por agresión y solamente el 31% había consumido algún tipo de sustancia asociada. En triaje, a la mayoría de pacientes (63,2%) se les asignó un nivel IV y solamente se asignaron niveles III y V al 28% y 8,8% respectivamente. En el 95% de los casos el Glasgow a la entrada era de 15 y el tiempo medio de estada en el servicio fue de 2,5h. De los 125 casos, 11 (8,8%) presentaron complicaciones potencialmente graves y la mayoría (81,8%) necesitaron ingreso hospitalario.

**CONCLUSIÓN:** El paciente intoxicado por alcohol puede presentar complicaciones y, a pesar de ser poco frecuentes (>10%) estas son potencialmente graves, especialmente cuando hay drogas asociadas o cuando hay sospecha de traumatismo. Valorar adecuadamente estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** ALCOHOL, URGENCIAS, INTOXICACIÓN, ENFERMERÍA.

## PROBLEMAS DEL CONSUMO DE COCAÍNA Y ALCOHOL

MARÍA JOSE ROMERO RUIZ, SILVIA DAVIAS MORALES, MANUEL PEREA GARCÍA

**INTRODUCCIÓN:** Cada vez es más habitual encontrar trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Además, esto se ha convertido en un problema actual en la sociedad. Según datos del Observatorio Europeo de Drogas, varios estudios diagnósticos, revelan que alrededor de un 80% de los pacientes diagnosticados de una adicción mostraran trastornos psiquiátricos.

**OBJETIVOS:** Identificar los problemas que pueden aparecer tras el consumo de cocaína. Identificar los problemas que pueden aparecer tras el consumo de alcohol.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica, tomando 2 artículos relacionados directamente con el tema como referencia. Se ha hecho la búsqueda en las siguientes bases científicas: Scopus y PubMed y WoS; usando como descriptores: consumo, cocaína, alcohol, psicopatología.

**RESULTADOS:** Estudios analizados, entienden que un 84,8% de los consumidores de cocaína muestran trastornos mentales como: Esquizofrenia, trastornos afectivos, ansiedad, trastornos de personalidad antisocial, trastorno paranoico, histriónico, trastorno bipolar, depresión, trastorno destructivo, hostilidad. El consumo de alcohol acarrea problemas como: delirium tremens, síndromes de abstinencia agudos, alucinaciones visuales y auditivas, agitación psicomotora, temblores, cambios bruscos de calor a frío, irritabilidad, agresividad, embriaguez patológica, estados crepusculares, demencia alcohólica, amnesia persistente.

**CONCLUSIÓN:** Los datos extraídos de los estudios examinados dicen que el consumo de cocaína se asocia con la dependencia de alcohol, trastorno límite de la personalidad, paranoides, antisocial, histriónico, narcisista, pasivo-agresivo, depresión, ansiedad, etc.

**PALABRAS CLAVE:** CONSUMO, COCAÍNA, ALCOHOL, PSICOPATOLOGÍA.

## **PACIENTE ADULTO CON HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA A LA FENILEFRINA**

DESIREE CABRILLANA DE LA TORRE, IRENE SÁNCHEZ MOYANO, LAURA PABON GONZALEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 42 años que acude a su centro de salud por presentar urticaria y angioedema, tras la autoadministración de medicación, por proceso gripal. NAMC, no antecedentes patológicos. Constantes a su ingreso: TA 130/70 mmHg, Saturación de oxígeno 97%, 77 lmp y glucemia 98 mg/dl.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración se comprueba angioedema sin descamación. Refiere que presentaba síntomas rinoconjuntivales, obstrucción nasal, sin presentar fiebre. La medicación que tomó fue Paracetamol 500 mgr y 10 mgr de fenilefrina. Comenta que sólo tomó, tres dosis, y a los 15 minutos de la misma comenzó con angioedema palpebral bilateral, además de un cuadro urticarial y rinoconjuntival que cedió sin tratamiento en menos de una hora, mientras que el angioedema evolucionó hasta desaparecer en tres días.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipersensibilidad inmediata a la fenilefrina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos en la anamnesis, se sospecha de una de alergia medicamentosa, por lo que será remitido al servicio de alergia donde se realizará un estudio. Allí, se realizaron dichas pruebas diagnósticas: Pruebas cutáneas en prick test con batería de neuroalérgenos comunes en nuestro medio: negativas. Prueba de tolerancia oral con aspirina con dosis progresivamente crecientes: negativa. Pruebas en prick a 25 y 100 mg/ml e intradermoreacciones a 1/100 para ambas concentraciones con fenilefrina: negativas. Prueba de tolerancia oral con el preparado completo que contiene paracetamol, y fenilefrina para observar la hipersensibilidad a la fenilefrina, con dosis progresivas: positiva, reproduciéndose la reacción, y que se palia con antihistamínicos.

**PLAN DE CUIDADOS:** El paciente presenta una hipersensibilidad inmediata a la fenilefrina, por lo que se le prohíbe su empleo, además de otros medicamentos que contuvieran dicha sustancia en su composición.

**PALABRAS CLAVE:** ALERGIA, FENILEFRINA, ANGIOEDEMA, ENFERMERÍA.

## **ABORDAJE DEL PELIGRO DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA**

MARIA DEL CARMEN GARCÍA PÉREZ, MARIA DEL CARMEN MONTES GARCÍA, FRANCISCA BELÉN TEJEIRA FERNÁNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** La heroína es una droga que genera una dependencia física cuando se suprime bruscamente el consumo de heroína. Por esto aparecen unas alteraciones físicas intensas.

**OBJETIVOS:** Conocer qué es la heroína, el síndrome de abstinencia que produce y el tratamiento de su dependencia.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Drugabuse y Medigraphic.

**RESULTADOS:** La heroína se vende mezclada con lactosa, glucosa o almidón. Se adultera con cafeína, paracetamol, procaína, piracetam o quinina. Se puede encontrar de dos clases: para fumar, inyectar o inhalar. Se le denomina dependencia a la heroína cuando existen 3 o más criterios: consumo de más cantidad, deseo de reducir el consumo, disminución de la frecuencia para realizar actividades, persistencia en el consumo, tolerancia o abstinencia. El síndrome de abstinencia produce midriasis, sudoración, náuseas y vómitos, diarrea, fiebre, insomnio, bostezos, rinorrea. Con deseo intenso de consumir heroína, ansiedad e inquietud. El tratamiento para la dependencia se realiza con agonista, como la metadona, que disminuyen el deseo de consumir y alivian los síntomas. Y los antagonistas que revierten los efectos de la sobredosis como la naloxona y naltrexona.

**CONCLUSIÓN:** Es muy importante el abordaje de los adictos farmacológicamente, psicológicamente, formando expertos profesionales en adicciones.

**PALABRAS CLAVE:** HEROÍNA, ABSTINENCIA, METADONA, ADICCIÓN.

## **ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA INTOXICACIÓN DE BENZODIACEPINAS**

INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ, LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** Los psicofármacos más utilizados en nuestro medio y con su consumo creciente. Existen dos grupos principales de consumidores de benzodiazepinas: la mayoría son mujeres de más de 50 años de edad con varias patologías, fundamentalmente psiquiátricas, cardiológicas y de aparato locomotor; el otro grupo son jóvenes consumidores de benzodiazepinas con el objeto de mitigar el síndrome de abstinencia.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este protocolo de actuación es el de determinar las indicaciones de los benzodiazepinas con fines terapéuticos y controlar las intoxicaciones de dicho fármaco.

**METODOLOGÍA:** Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica en revistas, libros, bases de datos y artículos de investigación sobre la aplicación del trabajo de los auxiliares de enfermería dentro de las zonas hospitalarias. Los descriptores utilizados han sido: benzodiazepinas, neuronas, aparato locomotor.

**RESULTADOS:** Según los resultados obtenidos dentro del equipo de los auxiliares de enfermería, el protocolo de actuación sería: su acción se potencia en ancianos hepatópatas, pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y por el alcohol, por ese motivo debemos saber el cuadro clínico, si es por embriaguez y aunque es raro puede llegar a una situación de coma. Los auxiliares deben reconocer los síntomas que aparecen como la hipotensión, vómitos, sequedad bucal, diarreas, etc. Las medidas necesarias de soporte vital sería un lavado gástrico y laxantes y en caso necesario diuresis osmótica neutra.

**CONCLUSIÓN:** Por lo que se debe de dotar a los profesionales de enfermería en el manejo de situaciones que se dan en los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias relacionadas con las intoxicaciones, así como en el área de hospitalización para establecer medidas de seguridad clínica para el paciente con una intoxicación aguda y priorizar las actuaciones a realizar en función de su importancia para la vida del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** BENZODIACEPINAS, NEURONAS, APARATO LOCOMOTOR, ABSTINENCIA, PREVENCIÓN PSIQUIÁTRICA.

## CONCENTRACIONES EN LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE CLOZAPINA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

FRANCISCA MARTIN LOPEZ, ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, CRISTINA RUIZ ALVAREZ

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes con esquizofrenia hay mucha variabilidad en niveles plasmáticos de clozapina.

**OBJETIVOS:** En este estudio el objetivo es conocer las características de los pacientes que han sido tratados con clozapina así como la relación entre ellos y variabilidad de los niveles plasmáticos.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal en todos los pacientes tratados con clozapina en un servicio psiquiátrico con diagnóstico de psicosis esquizofrénica. En este estudio se ha evaluado la situación física del paciente, así como su psicopatología y funcionalidad.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 54 pacientes, mayormente hombres, con síntomas negativos y depresivos y factores de riesgo cardiovascular. Se ha observado una variabilidad significativa en la dosis y mayor en los niveles de clozapina. En los niveles de clozapina a dosis iguales / kg fueron mayores en pacientes no fumadores, tuvieron una correlación positiva con el IMC y una correlación negativa con la PA sistólica,

**CONCLUSIÓN:** Para evitar la monitorización de los niveles plasmáticos de clozapina y que sean menores las situaciones clínicas indeseables (deterioro funcional y síntomas negativos) se usa como herramienta la clozapina con monitorización a nivel plasmático. Es muy importante también controlar los efectos de un hábito de fumar.

**PALABRAS CLAVE:** CLOZAPINA, CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS, ESQUIZOFRENIA, SÍNTOMAS.

## ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

ROCIO MORAL BAENA, SILVIA LUQUE RUANO, CRISTINA MESA BERGILLOS

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Abstinencia Neonatal son un conjunto de signos y síntomas aparecidos al cesar bruscamente la toma de una droga, por parte de un consumidor. Estos síntomas son experimentados por el recién nacido cuando se le retira su exposición a sustancias, drogas o narcóticos a los que está expuesto durante la gestación, causantes de dicha adicción. La gravedad dependerá de la cantidad, tipo y tiempo de exposición a las drogas y si se trata de un recién nacido a término o prematuro. Las más consumidas son: alcohol, tabaco, marihuana, cocaínas, opiáceos, metadona y sus asociaciones y tiene mayor incidencia en zonas urbanas. Se usan tablas de valoración y escalas para medir el grado de abstinencia: Escala de Finnegan y Tabla de Lipitz. Su desarrollo mental y motor se alcanza al entrar en la escuela (6 años), presentando mayor dificultades de adaptación.

**OBJETIVOS:** Conocer el impacto del síndrome de abstinencia en los últimos años y su prevalencia. Sensibilizar a las enfermeras sobre la necesidad de elaborar protocolos estandarizados en Unidades de Neonatología.

**METODOLOGÍA:** Recopilación de información en las diferentes bases de datos, Pubmed, Medline, Cochrane y páginas web relacionadas con el tema. Búsqueda de escalas de medición del SAN. Los descriptores utilizados fueron: Síndrome de abstinencia neonatal, embarazo, drogas, neonatos.

**RESULTADOS:** Los últimos estudios realizados sobre el SAN confirman el aumento de consumo de drogas en edad fértil, con predominio de la cocaína y marihuana. Esto repercute en el desarrollo motor y mental del recién nacido y conlleva en su futuro, la dificultad para alcanzar habilidades conductuales, adaptativas y perceptivas.

**CONCLUSIÓN:** La prevención del SAN es algo primordial en nuestra sociedad, debido a la gran repercusión clínica y psicológica del recién nacido. La educación sanitaria y la interacción entre el equipo multidisciplinar es algo primordial para conseguir unos cuidados de calidad.

**PALABRAS CLAVE:** DROGAS, EMBARAZO, NEONATOS, SÍNDROME DE AB, ABSTINENCIA NEONATAL.

## INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ENCARNACION MARIA GARCIA ROMERA, GEMMA LÓPEZ GARCÍA, ANA CARMEN JIMENEZ MALDONADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se trata de un paciente de 9 años que se encuentra inconsciente, en PCR en su domicilio. Se comienza a realizar maniobras de RCP avanzada. Se les traslada al hospital en nuestra unidad de cuidados críticos, una vez se ha estabilizado al niño, con intubación orotraqueal y recuperado pulso. Al niño se le ingresa en la UCI pediátrica para cuidados postresucitación.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se hace una valoración neurológica completa del paciente y se le hacen determinaciones de carboxihemoglobina en sangre cada cuatro horas, independientemente de que la saturación de oxígeno sea del 100%.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación aguda por monóxido de carbono. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Intoxicación aguda por monóxido de carbono. Se investiga la causa de la intoxicación y se sabe que ha sido debida a la mala combustión de una estufa de gas. Los síntomas son la hipoxia, pérdida de consciencia y la PCR del menor, que es confirmada con los exámenes analíticos en sangre realizados en el hospital, posteriormente.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se procede a la monitorización de constantes vitales (Sat. O<sub>2</sub>, T. A., T<sup>a</sup>, ECG, FR), administración de oxigenoterapia a alto flujo, canalización de vía periférica de grueso calibre y vigilancia del estado neurológico. El paciente permanecerá con ventilación mecánica hasta que las determinaciones analíticas permitan la extubación. Se colocará sonda nasogástrica y vesical, para control de contenido gástrico y control de diuresis.

**CONCLUSIONES:** Se concluye de este caso que existe una relación directa entre el tiempo y la cantidad de exposición del tóxico y la gravedad de la intoxicación. Por lo que es determinante y crucial la rápida actuación de los servicios sanitarios de urgencias en estos casos para la buena respuesta y evolución de los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** PCR, INTOXICACIÓN, EXPOSICIÓN, MONÓXIDO.

## **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE TABACO DE LOS ADOLESCENTES**

ESTER NAVARRO CASAS, KARAMBA DIAWARA DIABY, CORAL GÓMEZ ARAGÓN, GUADALUPE MARTI FARRE, MARIA TERESA REGUEIRO CALVO, JUAN RIESGO MARTIN

**INTRODUCCIÓN:** El tabaquismo es una enfermedad adictiva socialmente aceptada aunque en los últimos años nuestra población ha tomado mayor conciencia de los riesgos asociados a esta conducta, aunque no resulta evidente en el caso de los adolescente, ya que no disminuye la tasa de iniciación, tal y como apuntan numerosos estudios.

**OBJETIVOS:** Determinar los factores de riesgo que influyen en la iniciación al tabaquismo entre los adolescentes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión de la literatura, una lectura y un análisis de los artículos encontrados relacionados con el consumo del tabaco en Medline (Pubmed), Scielo y buscadores como Google académico. La población de estudio son todos los adolescentes comprendidos entre las edades de 10 a 24 años. La búsqueda se ha limitado a 2 idiomas (inglés y español) y un periodo de tiempo (2010-2018).

**RESULTADOS:** Diversos estudios han descrito que los adolescentes experimentan o inician el uso regular del tabaco debido a varias razones, entre los cuales figuran los factores ambientales como son: la publicidad, la accesibilidad y la disponibilidad. Los factores sociales entre los que encontramos la familia, los compañeros y los educadores y por último los factores personales que se dividen en psicológicos y genéticos.

**CONCLUSIÓN:** El creciente consumo de tabaco entre los adolescentes se ha convertido en un serio problema en nuestros tiempos, por lo que es importante conocer los factores de riesgo que desencadenan este consumo para así poder combatirlos.

**PALABRAS CLAVE:** TABACO, ADOLESCENTE, FACTORES DE RIESGO, INFLUENCIA.

## PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS EN ORINA EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

CRISTINA GUILLÉN BARCOS, MARIA ROSA LÓPEZ DOMINGUEZ, CATALINA ROMERA DÍAZ

**INTRODUCCIÓN:** El análisis de orina es un procedimiento que requiere la proporción de una muestra de orina. La muestra se envía a un laboratorio para someterse a cromatografía de gases o la espectrometría de masa, también conocida como GCMS. Se le conoce como la cromatografía líquida de alta resolución o el análisis de inmunoensayo.

**OBJETIVOS:** Revisar la evidencia empírica acerca del análisis clínico de la orina para la detección de drogas.

**METODOLOGÍA:** Recoger una “muestra de orina limpia” (“de la mitad de la micción”). Para obtener dicha muestra, los hombres deben limpiarse la cabeza del pene con un pedazo de tela húmedo o toallitas impregnadas en alcohol, mientras que las mujeres deben lavarse el área de la vagina y enjuagar bien. Eliminar el primer chorro y en un recipiente limpio, recoger de 30 a 60 ml de orina.

**RESULTADOS:** Todas las drogas que entran en el cuerpo humano son metabolizadas en el hígado (transformadas en metabolitos) y eliminadas por el riñón (aunque también pueden eliminarse por las heces, sudor, etc.). Por ello son detectables en la orina. El tiempo durante el cual puede detectarse la droga consumida en la orina depende de varios factores: si se almacena en grasa, si se metaboliza a un ritmo diferente, etc. Ello da un tiempo aproximado para cada droga: Alcohol 12 horas. Anfetaminas 4 días. Benzodiazepinas 7-10 días. Cocaína 4 días. Codeína 7 días. Heroína 4 días. Marihuana 30 días. Metadona 10 días.

**CONCLUSIÓN:** El examen se lleva a cabo para detectar la presencia de drogas ilícitas en la orina. Su presencia indica que recientemente consumió estas drogas. Algunas drogas pueden permanecer en su sistema por varias semanas, por lo que el examen de detección debe interpretarse cuida-dosamente.

**PALABRAS CLAVE:** DROGAS, ORINA, MUESTRA, ANÁLISIS.

## **PACIENTE QUE ES TRASLADADO A LOS SERVICIOS DE URGENCIA POR DOLOR TORÁCICO Y SUDORACIÓN POR MAL USO DE LA NITROGLICERINA**

IRENE CALDERON SORROCHE, GEMMA MARTÍN PÉREZ , VIRGINIA CORTES CORTES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente que es trasladado a los servicios de emergencia con sensación de enfermedad grave, dolor torácico y sudación. Los antecedentes personales: varón de 78 años, vida activa, exfumador, HTA, dislipemia, hiperuricemia, cardiopatía isquémica. IQ: apendicectomía. Tratamiento: AAS 100 mg/24h, clopidogrel 75 mg/24h, parche de nitroglicerina 5 mcg/24h (descanso nocturno), enalapril 20 mg/12h, bisoprolol 5 mg/24h, simvastatina 20 mg/24h, nitroglicerina líquida en spray. Anamnesis: Es llevado al hospital por dolor torácico atípico de 4 horas de evolución. Muy asustado por infarto hace 6 meses y piensa que le está sucediendo otra vez. Ha usado por su cuenta nitroglicerina en spray, 7 pulsaciones, sin mejoría del dolor. Comienza con sudoración profusa y dos vómitos de contenido alimentario.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 60/40, Fc 56 lpm, saturación oxígeno basal: 94%, glucemia capilar: 240, Glasgow 15, sudoración fría, palidez cutánea. ACP: normal, no ingurgitación yugular. Pulsos distales presentes y simétricos. Abdomen: epigastralgia, no signos de irritación peritoneal.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipotensión secundaria a abuso de nitroglicerina en spray. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor torácico isquémico, pancreatitis aguda, gastritis, rotura de aneurisma aórtico.

**PLAN DE CUIDADOS:** Dada la situación de hipotensión en la que nos encontramos, se administra fluidoterapia (SSF 0.9% 1500 ml) a ritmo rápido de infusión, Heparina bpm 40 mg/subcutáneo, Metoclopramida/iv y se queda en observación del hospital para valoración.

**CONCLUSIONES:** La importancia de la educación sanitaria respecto al uso responsable de los fármacos. Este paciente usó la Nitroglicerina en spray de forma irracional ante un cuadro que le recordó al infarto sufrido, puede que por desconocimiento de su correcto uso o bien porque no se le informó adecuadamente por el personal sanitario del mismo.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, SIGNOS, PACIENTE, FÁRMACOS.

## **LA LUCHA CONSTANTE POR PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**

GEMA TRUEBA RUIZ, SILVIA CARRAL PEÑA, NOEMI CLIMENT ROMERO, ALEXANDRA FUENTES SAN JUAN, MARIA INMACULADA GOMEZ SANCHEZ, XIOMARA ORTEGA HERREROS, LUISA PLATAS LALEONA, SARA VITORERO GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Las drogas son sustancias de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. Consumir drogas durante la adolescencia puede interrumpir la maduración y el desarrollo del cerebro.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia de la lucha constante del consumo de drogas en adolescentes.

**METODOLOGÍA:** Se deben desarrollar programas de prevención tanto para padres, sensibilizándoles del problema que plantea el consumo de drogas en la adolescencia, como para jóvenes, con la finalidad de concienciarles de lo nocivo que es el consumo de estupefacientes y de las graves consecuencias que acarrea el uso de estos, como son: daños cerebrales, destacando aquí la muerte de neuronas, tan importantes en la edad escolar y siendo imposible de recuperar. Además de insomnio, trastornos de la memoria, la concentración y el aprendizaje que darán lugar al fracaso escolar. Las charlas podrán impartirse bien en centros de salud a título individual y también en colegios e institutos de forma grupal.

**RESULTADOS:** Una vez queden establecidos los objetivos, los resultados que se esperan obtener son positivos siempre y cuando los pilares de actuación a favor de la prevención de drogas, que son las autoridades municipales, instituciones sanitarias, educadores y familia trabajen por un mismo fin común.

**CONCLUSIÓN:** Propiciando y fomentando un estilo de vida saludable animando a los chavales a practicar ejercicio, a participar en actividades lúdicas, favoreciendo el diálogo con ellos para que nos transmitan sus preocupaciones e inquietudes y dándoles un buen ejemplo, será mucho más difícil que las nuevas y jóvenes generaciones se sumerjan en ese mundo tan devastador que son las drogas.

**PALABRAS CLAVE:** DROGA, SENSIBILIZAR, CONCIENCIAR, SALUDABLE.

## **BASES DE LA DROGODEPENDENCIA: FÁRMACOS DE ABUSO**

NATALIA PALICIO ANTOLÍN, ALICIA COVADONGA DELGADO CORTINA, MARÍA ORTEGA FERNÁNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** El término droga es aplicable a aquellas sustancias capaces de la modificación de las funciones psíquicas. El síndrome de dependencia se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo.

**OBJETIVOS:** Los objetivos de este trabajo son conocer los factores que influyen en el desarrollo de la drogodependencia, clasificar los fármacos que producen drogodependencia y describir el deseo de consumo de drogas.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en los meses de septiembre y octubre de 2017 utilizando las bases de datos la editorial Elsevier y Scielo. También han sido revisados libros especializados en el tema.

**RESULTADOS:** Se considera que las drogodependencias son el resultado de la interacción de genes y los efectos del ambiente. Las pautas para el diagnóstico requieren la presencia de tres o más de los siguientes rasgos: Deseo de consumir la sustancia, disminución de la capacidad para controlar el consumo, síndrome de abstinencia tras cese del consumo, tolerancia, abandono de otras fuentes de placer o persistencia en el consumo. Hay varios criterios para clasificar las drogas que producen dependencia. Según los efectos psicopatológicos se dividen en depresoras, estimulantes y alucinógenas. El cerebro utiliza neurotransmisores parecidos a las sustancias de abuso, por lo que se puede obtener un placer más intenso a corto plazo a partir de estas sustancias que de un clímax natural. El placer inducido por una droga causa tal inyección de dopamina que éstos ansían aún más droga, lo que desencadena un círculo vicioso de abuso, adicción, dependencia y abstinencia.

**CONCLUSIÓN:** La drogodependencia es un fenómeno complejo; en él se incluyen dimensiones médicas, sociológicas, culturales, etc. El problema de la adicción a drogas de abuso sigue siendo uno de los más importantes en todo el mundo, desde el punto de vista sanitario, económico y social.

**PALABRAS CLAVE:** DROGODEPENDENCIA, DROGA, FACTORES, DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN.

## **USO SEGURO DEL METOTREXATO PRECARGADO SUBCUTÁNEO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

MACARENA MARTÍNEZ CALDERÓN, SONIA QUIROGA MAYA, MARÍA FARRÁN PÉREZ

**INTRODUCCIÓN:** El metotrexato es un fármaco citostático e inmunosupresor, de uso creciente en Atención Primaria para el tratamiento de diversos problemas reumatológicos. Debido a los potenciales riesgos, tanto los profesionales como los pacientes deben tener unos conocimientos básicos sobre el medicamento.

**OBJETIVOS:** Conocer el manejo adecuado del Metrotexato subcutáneo en atención primaria.

**METODOLOGÍA:** Se realiza revisión sistemática en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Medline, ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento. Se establece un filtro de los últimos 7 años.

**RESULTADOS:** Las vías de exposición del MTX son el contacto directo y la vía inhalatoria. El MTX permanece inalterado durante 48 horas en excretas. Está contraindicado recibir vacunas atenuadas durante el tratamiento. El MTX y el material utilizado deben ser eliminados como residuo clase IV y no se manipula la aguja. En caso de contaminación todo el material debe ser procesado como residuo citostático. Los profesionales deben utilizar siempre guantes, preferiblemente dobles, sin talco y bata de desechable sobre uniforme. Se citan todos los pacientes el mismo día, se limpian las superficies utilizadas con alcohol 70°. El personal más sensible al MTX: embarazadas, mujeres lactantes, personal que haya recibido tratamiento citostático o inmunosupresor. Ante derrame en la piel limpiar con agua y jabón y si el contacto es en los ojos, limpiar con solución salina isotónica/agua. En caso de derrame ambiental, se debe evitar la producción de aerosoles. En cada centro existirá un protocolo y un Kit que el profesional debe conocer.

**CONCLUSIÓN:** El uso seguro del MTX subcutáneo en AP se basa en la educación sanitaria al paciente como responsable de su tratamiento y en los conocimientos de los profesionales sobre el uso, peligros, manejo y desecho correcto del fármaco, así como de la actuación a seguir en caso de derrame o extravasación descontrolada de la jeringa precargada.

**PALABRAS CLAVE:** METROTREXATO, INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, ATENCIÓN PRIMARIA, ADMINISTRACIÓN ENFERMERA.

## RECONOCIMIENTO Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CASO DE INTOXICACIÓN ETÍLICA

JOSÉ ALCAIDE GARCIA, CARLOS ALBERTO PADILLA LÓPEZ, SUSANA MARTÍNEZ BORJA

**INTRODUCCIÓN:** La intoxicación etílica es un síndrome clínico por una ingesta excesiva (IE) de alcohol, que requiere una atención médica urgente. Es la más frecuente de las intoxicaciones y se manifiesta por un conjunto de alteraciones funcionales y del comportamiento. Puede oscilar desde la leve desinhibición hasta coma, depresión respiratoria y muerte.

**OBJETIVOS:** Analizar el concepto de IE, identificar los signos y síntomas de una IE y determinar la mejor actuación a seguir en caso de IE.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed y Cinahl Plus durante el año 2017 con los descriptores “intoxicación etílica”, “signos”, “síntomas”, “actuación” y “complicaciones”. Se incluyeron estudios de tipo descripto y revisiones sistemáticas.

**RESULTADOS:** El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, produciendo un proceso de inhibición del freno cortical; cuyos resultados son los procesos de desinhibición de las primeras fases de la intoxicación (la falta de coordinación, análisis, planificación y autocontrol). Posteriormente se ven afectadas las estructuras subcorticales y troncoencefálicas, que generan los síntomas tardíos (depresión del ritmo cardíaco y respiratorio), pudiendo llegar hasta el coma o la parada cardiorrespiratoria. La clínica depende del valor de etanol alcanzado en sangre, de la cantidad y velocidad de ingesta, del peso del paciente y de la tolerancia y es la siguiente: midriasis colateral poco reactiva, bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria, hipotonía, hiporreflexia, hipotermia y pérdida de consciencia.

**CONCLUSIÓN:** Se puede decir que el coma etílico es un grado de la intoxicación alcohólica, definido por unos síntomas concretos. Esta afectación tiene un carácter urgente por lo que la persona deberá ser atendida rápidamente. Por este motivo es importante conocer la clínica y tener clara la actuación a seguir.

**PALABRAS CLAVE:** INTOXICACIÓN, ÉTILICA, ACTUACIÓN, TCAE.

## FUMADORES EN EL PERÍMETRO SANITARIO:A PROPÓSITO DE UN CASCO

EDUARDO SÁNCHEZ REQUENA, MARÍA FRANCÍSCA RAMÍREZ IMBERNÓN, JULIA RAMÍREZ IMBERNÓN

**INTRODUCCIÓN:** El tabaquismo es la principal causa mundial de muertes y enfermedades evitables. La mayoría de estas muertes son prematuras, ocasionando a finales de año un mil de fallecidos en España y unos millones de fallecidos en el mundo. La consecuencia de todo ello no debería ser otra que la de reconocer que la prevención y el tratamiento son actividades enormemente eficaces y rentables.

**OBJETIVOS:** Conocer que estrategias se están llevando a cabo para dejar de fumar en el perímetro sanitario.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda bibliográfica en las bases de datos; Medline Plus, Scielo Cochrane Plus, Cuiden Actualidad. Utilizando los siguientes descriptores; Fumar, perímetro sanitario, estrategias, conocimientos. Considerando publicaciones de 2015-2016.

**RESULTADOS:** Las actividades encontradas son las terapias individuales o grupales, con o sin apoyo farmacológico, encontrándose unos resultados más efectivos en las tasas de abastecimiento en la psicoterapia de grupo y la medicación. Otras estrategias utilizadas son el consejo breve, terapia cognitivo-conductual o entrevista motivacional. Demostrándose que esta última es menos eficaz en este tipo de adicción. Además se encuentran otro tipo de intervenciones como manuales de autoayuda, consejo médico, de enfermería o consejo por teléfono, terapias psicológicas individuales, grupales y aversivas. También se encuentran las terapias on-line, las cuales son consideradas efectivas, sobre todo para aquellos fumadores que terminan el tratamiento y los que tienen menos dependencia nicotínica.

**CONCLUSIÓN:** Hay diversas intervenciones que ayudan a dejar de fumar pero sin duda la que más peso tiene es el tratamiento farmacológico, siendo este, sin embargo, menos importante en otras adicciones, con lo cual se le debería brindar mayor importancia a las demás técnicas que se emplean en la actualidad para dejar de fumar.

**PALABRAS CLAVE:** FUMAR, PERÍMETRO SANITARIO, ESTRATEGIAS, CONOCIMIENTOS.

## **EL CELADOR ANTE LOS POSIBLES RIESGOS QUÍMICOS EN SU PUESTO DE TRABAJO**

RUBÉN FERNÁNDEZ PORTERO, JUAN CARLOS RUIZ MALDONADO, ISABEL RUIZ HERNÁNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** En el área hospitalaria existen numerosos riesgos químicos a los que pueden estar sometidos los trabajadores del mismo. Hay varias zonas u objetos en donde pueden encontrarse las sustancias químicas que pueden ocasionar peligros tales como quirófano, instrumentos de quirófano, jeringuillas infectadas, en almacenaje inapropiado de los recipientes de desperdicios de líquidos químicos, entre otros. Por tanto, el celador también debe protegerse ante este tipo de situaciones.

**OBJETIVOS:** Conocer y advertir de los riesgos químicos más graves que pueden existir en el ámbito hospitalario.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica usando para ello las bases de datos Medline, Pubmed y Scielo utilizando como descriptores celador, riesgos, químicos, infección. En este sentido, se ha realizado una exhaustiva revisión con el fin de conocer las funciones del celador ante los posibles riesgos químicos.

**RESULTADOS:** Como resultado a este estudio, se observa la necesidad de que todo esté controlado, señalizado y con sus debidas normas de uso para que de esta forma, cada uno sepa donde se encuentra el peligro, de qué forma y así poder prevenirlo. Estas sustancias químicas se pueden clasificar en inflamables, corrosivos o geles en mal estado. Por ende, se refleja la importancia de que el celador sepa como actuar ante este tipo de sustancias.

**CONCLUSIÓN:** Tras todo lo comentado, como principal conclusión, se debe destacar la necesidad de que el personal sea informado de las técnicas y estrategias a utilizar en cada uno de los puestos que desempeña. Así, se creará un ambiente de trabajo seguro, manejando adecuadamente las sustancias químicas y objetos desinfectados, proporcionando una buena calidad de vida tanto al hospital como al personal que trabaja en el mismo.

**PALABRAS CLAVE:** CELADOR, RIESGOS, QUÍMICOS, INFECCIÓN.

## CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES ADOLESCENTES

M ALMUDENA RUIZ MORALES, ESTHER VILCHEZ PIMENTEL, ANA BELEN CID SANCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** El consumo de alcohol en España es muy elevado desde edades muy tempranas. Este consumo tiene graves efectos sobre la salud y aumentando la posibilidad de ser dependiente al alcohol en edad adulta.

**OBJETIVOS:** Analizar la prevalencia y patrones de consumo de alcohol que presentan los adolescentes.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento Centro de Salud de Atención Primaria. Población de estudio: Se seleccionó una muestra de 30 adolescentes entre 13 y 18 años que acude a la Consulta de Urgencias Extrahospitalarias por cualquier motivo de consulta, se aplicó un cuestionario verbal que recoge distintas variables: edad, sexo, estudios, edad de inicio y motivo por los que consumir.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 15.6 Años, un 56.6% Eran mujeres, el 50% pertenecía a bachiller, el 40% a la ESO y el 10% no cursaba estudios. El 83.3% Reconoció haber consumido alcohol, siendo la edad media de inicio del consumo fue 13.6 Años y el tipo de bebida elegido cubatas. El 74.07% Bebe en situaciones especiales y 25% lo hace habitualmente los fines de semana. El 18% reconocer haberse embriagado alguna vez. Entre los motivos del consumo de alcohol el 51.8% Lo hace por diversión, el 33.3% Para superar su timidez, el 11.1% Consume para olvidar sus problemas y el 2.7% Porque le gusta su sabor.

**CONCLUSIÓN:** Este trabajo pone de manifiesto el elevado consumo de alcohol en edades tempranas, estando muy presente en las celebraciones y en el tiempo libre. Entre las motivaciones destaca la búsqueda de efectos psicoactivos del alcohol para mejorar las relaciones con los demás ya sea para divertirse o para superar su timidez, un porcentaje menor lo hace para superar sus problemas.

**PALABRAS CLAVE:** ADOLESCENTE, ALCOHOL, CONSUMO, JOVENES.

## INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS

LAURA GARRIDO SIERRA, ALVARO CÁRDENAS AGUILAR, ELENA TRILLO PADILLA

**INTRODUCCIÓN:** Las intoxicaciones agudas por plaguicidas aparecen como un importante problema de salud pública debido a que producen un gran número de afectados, en especial en el grupo de jóvenes y de trabajadores, y que además, sus consecuencias pueden llevar a discapacidades permanentes y muertes. España, por su variada agricultura, es un país con un alto consumo de plaguicidas y Andalucía es la que se encuentra la primera posición en consumo dentro del país.

**OBJETIVOS:** Analizar las actividades propias de enfermería ante un paciente intoxicado por plaguicidas. Determinar estrategias de prevención, tanto primarias como secundarias, desde el punto de vista de enfermería.

**METODOLOGÍA:** La búsqueda de trabajos se ha realizado a través de recursos electrónicos, entre las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library, Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido: “plaguicidas”, “enfermería”, “cuidados”, “intoxicación”. Obteniendo 12 resultados. En este trabajo, tras el análisis de la documentación encontrada, se han utilizado un total de 3 artículos.

**RESULTADOS:** Los trabajos consultados muestran que todos los pacientes expuestos de forma aguda a un tóxico deben ser sometidos a una rápida valoración clínica de sus funciones vitales, a un apoyo sintomático con un tratamiento específico y de descontaminación. La identificación del tóxico no debe retrasar el inicio de las medidas terapéuticas que pueden ser vitales para el paciente. Pero es de esencial importancia la prevención de las Intoxicaciones agudas por plaguicidas.

**CONCLUSIÓN:** El abordaje por parte de la enfermería, en este tema de salud poblacional, no sólo se basa en cuidar y abordar la intoxicación aguda, sino de educar, sensibilizar a los agricultores y aplicadores de los plaguicidas. Enfermería debe realizar correcta una educación para la salud enfocada al empleo seguro y eficaz de los plaguicidas.

**PALABRAS CLAVE:** PLAGUICIDAS, CUIDADOS, PREVENCIÓN, INTOXICACIÓN, ENFERMERÍA.

## LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS EN LAS INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS

ENCARNACION BARRANQUERO RUIZ, MARIA ALEJANDRA RIVERA, ARANTXA MOMOITIO GONZALEZ

**INTRODUCCIÓN:** La intoxicación es la entrada de un tóxico en el organismo en dosis suficientemente fuertes para provocar un daño.

**OBJETIVOS:** Determinar la forma de conseguir la evacuación gástrica del toxico ingerido, previniendo o reduciendo al mínimo las serias consecuencias de la absorción sistémica de las drogas/fármacos o toxinas y el daño que puede producir en el tejido gastrointestinal.

**METODOLOGÍA:** Bases de datos; Scielo, Medline, la editorial Elsevier, y los descriptores; autolisis, toxicología, atención de enfermería, etc.

**RESULTADOS:** El ECG es una herramienta diagnóstica de primer orden en las IMA, sobre todo por antidepresivos tricíclicos (ADT) y medicación cardiovascular. En 2017 se han recibido más de 100000 llamadas, según el Servicio de Información Toxicológica, en más del 40% ya había existido contagio con algún producto potencialmente tóxico con anterioridad.

**CONCLUSIÓN:** Todos los medicamentos son tóxicos. Y cuando no se usan correctamente pueden llegar a ser potencialmente tóxicos. Siempre debemos seguir las normas de todos los productos y seguir las instrucciones de los prospectos. Debemos comprobar la fecha de caducidad, y tener en cuenta que si esta caducado puede verse afectado el producto. Tener presente que cuanto más pequeña sea la persona más riesgo tendrá, especialmente en los niños el peligro es mayor. Por supuesto nunca debemos tomar ningún medicamento que no lo haya prescrito un medico, ni aunque nos lo recomiende otra persona a la que le haya sentado bien dicho producto.

**PALABRAS CLAVE:** AUTOLISIS, TOXICOLOGÍA, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS.

## **ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE INTOXICADO**

ISABEL GUTIERREZ FERNANDEZ, ISABEL MARIA GALAN PALOMINO, ANGELES PERAGÓN MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** Se produce una intoxicación cuando ingieres una sustancia (drogas, gases tóxicos, alcohol) o algún alimento en mal estado, originando un daño en el organismo del ser vivo, pudiendo provocar hasta la muerte. Es importante saber que el grado de intoxicación dependerá de la cantidad, de la sustancia y de las características físicas de la persona.

**OBJETIVOS:** Analizar las intoxicaciones y los cuidados que desempeñan el auxiliar de enfermería en dichas intoxicaciones.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de las siguientes bases de datos científicas sobre las intoxicaciones y sus cuidados como: Dialnet, Scielo, Rodric y Google Académico. Se usaron los siguientes descriptores: sobredosis, toxicología, cuidados de TCAE ante pacientes con sobredosis.

**RESULTADOS:** Existen tres tipos de intoxicaciones: la intoxicación voluntaria, la intoxicación involuntaria y la sobredosis. Dentro de la intoxicación existen tres fases: fase preclínica, fase tóxica y fase de resolución. Se reconoce la importancia de los cuidados y medidas preventivas por parte del auxiliar de enfermería que se deben llevar a cabo, como por ejemplo, evitar la absorción del tóxico, favorecer la eliminación del tóxico antagonizar el tóxico, etc.

**CONCLUSIÓN:** Una vez analizados los resultados es muy importante saber sobrellevar unas pautas para los cuidados y prevenciones de intoxicaciones y la importancia del auxiliar de enfermería en este papel, ya que será este quien se encargue de su cuidado.

**PALABRAS CLAVE:** INTOXICACIÓN, DROGAS, ALIMENTACIÓN, ALCOHOL.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS

ALICIA GARCÍA CAMPOS, PATRICIA MUÑOZ ALCOHOLADO, LARA VÁZQUEZ PARDEIRO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 28 años de edad que ingresa en observación de urgencias por alta ingesta de medicamentos de tipo hipnótico. Presenta somnolencia, hipotensión, disartria, ataxia. La acompaña un familiar que dice haber encontrado a la mujer tomando pastillas de forma descontrolada y que ésta sufre depresión por lo que tiene la medicación prescrita por orden facultativa, trae la caja de medicación para informar de las pastillas exactas. Antecedentes personales: Diagnostico por depresión. NAMC.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Toma de constantes; leve hipotermia (34'7C°), midriasis, hipotensión (TA 95/59), 80lpm, eupneica, SatO2 92%, glucemia capilar 128mg/dl. Se realiza electrocardiograma y analítica de sangre y orina. Se procede a las siguientes actuaciones: Mantenimiento de constantes, Oxigenoterapia a 3l con gafas nasales, Vía Venosa Periférica, Sueroterapia, inserción SNG, lavado gástrico, carbón activado, Flumazenilo iv.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación Farmacológica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No procede, la información que ha sido recopilada al familiar que la acompaña no deja duda alguna de la causa que conlleva los síntomas que presenta la paciente, todo ello reforzado con los resultados de la exploración y de las pruebas complementarias que manifiestan de forma precisa y clara que se debe a una intoxicación por benzodiazepinas.

**CONCLUSIONES:** En la sobremedicación por BZD, y según sea la dosis absorbida, se produce una disminución progresiva del nivel de conciencia que va desde la somnolencia, la obnubilación y el estupor, hasta el coma. El consumo de benzodiazepinas ha ido en aumento durante los últimos años. Esto hace que, en la actualidad sea el grupo de psicofármacos más usados, y los que con mayor frecuencia se ven involucrados en casos de intoxicación. El tratamiento en casos de intoxicación va a depender del grado del mismo.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMERÍA, CUIDADOS, INTOXICACIÓN, BENZODIAZEPINAS, TRTAMIENTO, URGENCIAS.

## ACTUACIÓN ANTE INTOXICACIÓN POR ÁCIDO VALPROICO

EVA SOLEDAD JIMENEZ BERMEJO, CARMEN MARIA AROCA LOPEZ, FRANCISCA DIAZ ORTEGA, IRENE VERA LEANTE

**INTRODUCCIÓN:** Ante la presencia de mioclonías, convulsiones tónico-clónicas o crisis de ausencias el paciente es tratado con ácido valproico para su manejo. Suele emplearse como método profiláctico ante migrañas o trastornos bipolares. Su amplio espectro de uso ha conllevado un aumento considerable de intoxicaciones por su uso inadecuado, secundaria a una intesta intencional.

**OBJETIVOS:** Determinar las intervenciones y actuaciones a realizar ante una intoxicación por ácido valproico.

**METODOLOGÍA:** Se realiza revisión bibliográfica de la literatura científica en bases de datos como pubmed, medline, cuidatge y lilacs. El margen de tiempo va desde marzo de 2015 a febrero 2016 empleando los operadores booleanos and y or.

**RESULTADOS:** Tras la lectura crítica de los artículos analizados destacamos una serie de intervenciones a tener en cuenta a la hora de encontrarnos con una intoxicación por ácido valproico. Entre las intervenciones nos encontramos con: Llevar a cabo una correcta protección de las vías aéreas. Control de la temperatura corporal. Realizar una valoración neurológica. Lavado gástrico o empleo de enemas de limpieza para favorecer la eliminación del toxico Tratamiento medico como es el empleo de L-Carnitina o rifamixina Realizar bioquímicas seriadas de sangre. Realizar monitorización hemodinámica del paciente e incluso depuración con hemodiálisis.

**CONCLUSIÓN:** El paciente intoxicado con ácido valproico a de recibir unos cuidados especializados por parte del personal de enfermería y llevar a cabo un protocolo estandarizado y adecuado a las circunstancias del paciente para una atención de calidad.

**PALABRAS CLAVE:** INTOXICACIÓN, ACTUACIÓN, ACIDO VALPROICO, ENFERMERÍA.

## **SALUD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES**

MARIA DOLORES MORENO LOPEZ, MARIA AZUCENA DOMINGUEZ TATO, FRANCISCA FIGUEROA MOYA

**INTRODUCCIÓN:** El consumo de alcohol y drogas en el adolescente es un problema de salud pública y de educación familiar.

**OBJETIVOS:** Determinar las actividades de ocio juvenil. Dar más información sobre las drogas y el alcohol para así prevenir y concienciar sobre este problema.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de búsqueda de estudios, relacionados en la base de datos, “cuidem, cohrane, pubmed,...” Con descriptores: alcohol, adolescencia, prevención, salud, información, sustancias psicoactivas.

**RESULTADOS:** En la actualidad hay un aumento del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol entre la adolescencia, con un gran riesgo de intoxicación y dependencia. Uno de los inconvenientes del exceso son los problemas de salud, tanto físico como psicológico, por lo que buscan nuevas amistades y emociones. En el adolescente el alcohol es la sustancia más consumida sin diferencia de género, aunque los varones son los que se inician a más temprana edad. Para poder prevenir estas adiciones deben comprometerse más los padres, en una buena educación comunicativa que les trasmitan apoyo, confianza, tranquilidad, cariño y supervisión.

**CONCLUSIÓN:** Se ha reflexionado sobre la problemática del consumo juvenil de alcohol y otras sustancias psicoactivas a de abogarse por contemplar la cuantificación de la misma con la implantación de medidas preventivas y rehabilitadoras en proyectos multidisciplinarios. Las principales razones para no beber se encuentran en los intentos de evitar problemas de salud y los conflictos familiares.

**PALABRAS CLAVE:** ALCOHOL, ADOLESCENCIA, PREVENCIÓN, SALUD, INFORMACIÓN, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

## ESTUDIO DE LA DROGODEPENDENCIA EN EL TRABAJO

MARIA LUCIA CAMPAÑA ORTEGA, MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA JOSE GARCIA FLUJA

**INTRODUCCIÓN:** La problemática de las drogas, ha ido cambiando en los últimos años, así que sus efectos se han dejado notar en casi todas las facetas de la vida de las personas. En el ambiente laboral esta enfermedad tiene un efecto negativo, sobre la productividad, sobre el entorno de trabajo, en la subida del índice de siniestralidad... La drogodependencia que sufre el profesional, afecta al normal desenvolvimiento de su trabajo, pero también provoca altos niveles de absentismo, enfermedad, accidentes, costes humanos y económicos, incluso la mortalidad, todos ellos son factores que se asocian.

**OBJETIVOS:** Conocer cómo afecta la drogodependencia en la vida del profesional, concienciando del perjuicio que causan.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Para el profesional, el abuso de sustancias drogodependientes: Deteriora su salud. Puede dar lugar a accidentes. Da lugar a sanciones. Problemas en la familia. La pérdida del puesto de trabajo. Exclusión social. Para la organización conlleva: Problemas con la seguridad. Costes económicos y humanos. Menor productividad. Aumento de quejas. Factores de riesgo. Conductas que revelan el consumo de drogas en el trabajo. Entre las conductas podemos encontrar: La agresividad con los compañeros y los usuarios. Los cambios bruscos de humos, nerviosismo. La imposibilidad de concentración. La impuntualidad repetida al horario de trabajo. La ausencia y tardanzas injustificadas del trabajo. Los accidentes laborales, domésticos y de circulación. Las continuas y diversas quejas. La disminución del rendimiento laboral. La escasa productividad.

**CONCLUSIÓN:** Prevención e intervención. Entre las actividades que se pueden desarrollar: La información, orientación y sensibilización. Facilitar el tratamiento a los profesionales. Actuaciones de formación. Implicación de la organización, los servicios de prevención, ... Realización de prueba de drogas para su detección. Implantación de un programa de salud.

**PALABRAS CLAVE:** DROGODEPENDENCIA, EXCLUSION SOCIAL, ACCIDENTES LABORALES, EXCLUSIÓN SOCIAL, DROGAS, TRABAJO.

## NUEVOS RETOS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA INTOXICACIÓN POR OPIÁCEOS

NURIA NAVARRO APARICIO, PAULA GARCÍA ACOSTA, ALICIA KON GUTTMAN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de etnia gitana de 18 años, sin antecedentes de interés. No hábitos tóxicos. Acude al Servicio de Urgencias, traído por sus familiares, por disminución del estado de conciencia. Los familiares refieren intoxicación etílica la noche anterior y dificultad para despertarlo por la mañana junto con respiración dificultosa. Refieren que inhaló metadona, sin saber precisar la cantidad, procedente de un familiar que estaba en tratamiento deshabitador de heroína. El paciente realiza un vómito de características fecaloideas durante su estabilización. Tras el vómito fecaloideo comienza con mayor distrés respiratorio que sugiere broncoaspiración.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A su llegada al box de críticos, Glasgow: 7 puntos. Fc: 135 lpm. TA: 95/65. Sat 89% basal. DTT 75 mg/dL. Pupilas mióticas, arreactivas a la luz. Respiración agónica, con abundantes ruidos respiratorios. Tiraje abdominal. No signos de venopunción en MMSS. No signos aparentes de agresión. Abdomen: blando, depresible. Disminución de ruidos hidroaéreos.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación por metadona inhalada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipoglucemia, intoxicación por cocaína, intoxicación etílica, intoxicación medicamentosa, obstrucción intestinal secundaria a estreñimiento por consumo crónico de opiáceos.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se canalizan dos vías periféricas e intubación orotraqueal. El paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde permanece durante 12 días. En el screening de drogas urinario, se advierte únicamente de la presencia de metadona.

**CONCLUSIONES:** En nuestro medio, la metadona es de fácil adquisición en el ámbito extrahospitalario, existiendo puntos sanitarios de dispensación controlados para los pacientes en tratamiento de deshabitación a opiáceos. El problema sobreviene cuando, en el entorno socio-familiar del consumidor habitual, participan de forma esporádica personas que banalizan las consecuencias del mal uso y abuso de este tipo de drogas. La metadona inhalada, es una forma de administración muy poco extendida, sus efectos sistémicos a través de la vía inhalatoria son poco conocidos. Podríamos estar ante una nueva técnica de consumo de tóxicos.

**PALABRAS CLAVE:** INTOXICACIÓN, METADONA, OBSTRUCCIÓN, INTESTINAL.

## INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA SALUD

CRUZ MARIA ALVAREZ SEGURA, ANA ISABEL RAMOS RAMOS, CARMEN MARIA NIETO GARRIDO

**INTRODUCCIÓN:** El alcohol es la droga que más se consume en la actualidad. Tiene una gran aceptación entre la población activa, es asociado a la cultura contemporánea con consumo principalmente social. El consumo excesivo provoca un grave problema sanitario y social. Pueden provocar alteraciones en el Sistema Nervioso Central, cardiovascular, hepático, sexual, etc. Siendo éstas agudas o crónicas.

**OBJETIVOS:** Analizar los efectos que produce el consumo de alcohol en la salud.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, Medline y SciELO. Se incluyeron artículos publicados entre los años 2004 y 2015, cuyo idioma fuera castellano o inglés. Los descriptores utilizados fueron: Alcohol, salud, efectos, consumo.

**RESULTADOS:** Se encontraron un total de 23 artículos, de los cuales sólo se escogieron 12 para el estudio. El resto quedaron excluidos por no ajustarse a los criterios de inclusión. En el estudio que realiza, analiza los efectos del consumo de alcohol en la cavidad oral, relacionándolo con el cáncer oral. Otros autores como enfocan su estudio en las repercusiones del alcohol en los trastornos de aterosclerosis.

**CONCLUSIÓN:** Tras la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que el alcohol presenta un serio problema para la salud actual. Los riesgos/beneficios que puede aportar no se encuentran bien claros. Si bien es cierto que el consumo moderado de alcohol puede provocar efectos beneficiosos en la salud, como en el sistema cardiovascular, se ha comprobado que una dieta adecuada puede suplir esos efectos beneficiosos.

**PALABRAS CLAVE:** CONSUMO EXCESIVO, DROGA MÁS USADA, ALTERACIONES, ENFERMEDADES CRÓNICAS.

## ACTUACIÓN ANTE UNA SOBREDOSIS POR PARACETAMOL

GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA TERESA CASAL GARCIA DE LOMAS, MARIA JOSE GALIANO CABALLERO

**INTRODUCCIÓN:** El paracetamol es un medicamento analgésico y antipirético. La población lo puede conseguir fácilmente al ser un medicamento barato y que no necesita receta médica. El efecto adverso del paracetamol más importante es su hepatotoxicidad. En algunos casos podemos encontrar pacientes que se presentan con una sobredosis de paracetamol bien accidentalmente (más común en niños) o con intenciones de suicidio.

**OBJETIVOS:** Presentar la forma de actuación hacia una sobredosis medicamentosa de Paracetamol.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda a través de la plataforma SciELO, Dialnet y Google académico recogiendo diferentes artículos de revista, estudios y revisiones bibliográficas con las palabras claves expuestas anteriormente.

**RESULTADOS:** En las sobredosis de Paracetamol debemos determinar los niveles de éste en plasma a las cuatro horas de su ingestión. Dependiendo de esos niveles y el peso del paciente obtendremos la dosis correcta de acetilcisteína o NAC para llevar a cabo un tratamiento farmacéutico. Además se administrarán fármacos para controlar los síntomas de la insuficiencias hepática como antieméticos y fluidos intravenosos. Según la bibliografía utilizada estaría indicado el lavado gástrico si al ingreso del paciente no han transcurrido más de cuatro horas desde la toma del medicamento.

**CONCLUSIÓN:** En conclusión la ingesta excesiva de Paracetamol puede provocar una insuficiencia hepática aguda que debe ser tratada. Si es antes de las cuatro horas el lavado gástrico se podría llevar a cabo. Si es después de las cuatro hora debemos analizar los niveles en sangre de Paracetamol y tratar con NAC según los resultados obtenidos y el peso del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** PARACETAMO, ACETILCÍSTEINA, HEPATOTOXICIDAD, SOBREDOSIS.

## RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

ESPERANZA VÁZQUEZ ESTÉVEZ, MARIA DEL CARMEN ANGUITA RAMOS, ISABEL GARCÍA TIRADO

**INTRODUCCIÓN:** El consumo de drogas se asocia con la aparición de diversas enfermedades, entre ellas las psiquiátricas (trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión, conducta suicida). La personalidad se altera con el consumo y origina un riesgo para la conducta suicida. El inicio del consumo se relaciona con factores familiares, socioeconómicos, emocionales y cognitivos.

**OBJETIVOS:** Analizar la relación entre el consumo de drogas y las enfermedades mentales.

**METODOLOGÍA:** Mediante la búsqueda de literatura científica se lleva a cabo una revisión sistemática sobre las drogas y las enfermedades psiquiátricas. Entre las bases de datos empleadas, se encuentran: Cinhal, Pubmed y Lilacs. Estos artículos científicos han sido encontrados mediante el uso de los siguientes descriptores: “efectos de drogas”, “drugs effects”, “salud mental”, “mental health”, “trastornos mentales”, “mental disorders”, “detección de abuso de sustancias”, “substance abuse detection”, “enfermería”, “nursing”. Combinados a través de los operadores booleanos “Y”/“AND” dependiendo de si era una base de datos en español y/o en inglés. Los criterios de inclusión para la recopilación de artículos han sido: estudios con menos de 10 años de antigüedad, estudios acorde con la temática de la revisión y estudios publicados en español y/o en inglés.

**RESULTADOS:** El mayor nivel de consumo se sitúa entre los 19 y 25 años. Y aproximadamente, un 37’9% de la población consumidora de drogas, padece un trastorno mental. Entre las drogas ilegales, la más consumida es la marihuana.

**CONCLUSIÓN:** El consumo de drogas, en concreto el de la marihuana, genera déficits en la memoria y en la atención, perdiendo la capacidad inhibitoria sobre los instintos primarios, y generando a lo largo de los años, trastornos mentales. Resulta esencial que el colectivo de enfermería promueva hábitos saludables y educación sanitaria sobre los riesgos que conlleva.

**PALABRAS CLAVE:** EFECTOS DE DROGAS, SALUD MENTAL, TRASTORNOS MENTALES, DETECCIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS, ENFERMERÍA.

## **ANALGESIA EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA: CONSIDERACIONES PARA MÉDICOS Y ENFERMERÍA**

JORGE HIDALGO, ROCIO PALOMARES POZA, LUZ MARIA GUILLEN SALVADOR

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes con cirrosis hepática o con el hígado dañado puede resultar complicada la prescripción de analgesia. Ya sea porque la eliminación de los medicamentos por el hígado se vera afectada o porque ciertos analgésicos pueden incrementar el estado encefalopático del paciente.

**OBJETIVOS:** Proporcionar una guía útil el equipo de enfermería y al equipo medico en el tratamiento del dolor del paciente con fallo hepático.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica sobre artículos en inglés y español de los últimos 5 años en las bases de datos Cinahl y pubmed.

**RESULTADOS:** Se identifican los medicamentos que pueden causar un perjuicio en el paciente con fallo hepático y se proporciona una guia sobre los opiáceos adecuados para el tratamiento del dolor en éstos pacientes.

**CONCLUSIÓN:** Es importante ser cuidadosos en el tratamiento del dolor en los pacientes con fallo hepático ya que se puede incrementar el daño al hígado y empeorar el estado cognitivo del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** LIVER, FAILURE, ANALGESIA, ESCALA.

## ANALGESIA EN PACIENTES ADICTOS A OPIOIDES

JORGE HIDALGO, ROCIO PALOMARES POZA, LUZ MARIA GUILLEN SALVADOR

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes con adicción a los opioides la analgesia puede complicar el tratamiento ya que amenudo el hígado de estos pacientes suele estar dañado por años de consumo de drogas y la prescripción de analgesia puede, si no es apropiada, fomentar aún más este daño. Además es importante tratar los síntomas de abstinencia que presenten.

**OBJETIVOS:** Describir el tratamiento contra la abstinencia en los pacientes adictos a los opioides y mostrar posibles vías de analgesia.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica sobre artículos en inglés y español de los últimos 5 años en las bases de datos Cinahl y pubmed.

**RESULTADOS:** Se identifican los medicamentos que pueden causar un beneficio en el paciente con adicción a los opioides y se proporciona una guía sobre la analgesia viable para el tratamiento del dolor en éstos pacientes.

**CONCLUSIÓN:** Es importante ser cuidadosos en el tratamiento del dolor en los pacientes con adicción a cualquier sustancia u opioide ya que se puede incrementar el daño al hígado y empeorar la recuperación de su adicción.

PALABRAS CLAVE: OPIOID, PAIN, TREATMENT, ANALGESIA.

## **EFFECTOS DEL CONSUMO DE METADONA EN EL EMBARAZO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

ROSALÍA MARTOS BASSO, DEMELSA MUÑOZ BORREGO, ROCÍO GUTIÉRREZ GÓMEZ

**INTRODUCCIÓN:** El mantenimiento con metadona ha sido recomendado en el tratamiento de la dependencia de los opiáceos en mujeres embarazadas desde el inicio de los años 70. Sin embargo, el tratamiento de mantenimiento durante el embarazo sigue siendo objeto de controversia, especialmente en lo que se refiere a desintoxicación médica, dosis adecuada y severidad de la sintomatología de abstinencia del recién nacido.

**OBJETIVOS:** Determinar los efectos de un consumo activo de metadona en el embarazo.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica de artículos y protocolos implantados con los descriptores: metadona, embarazo y enfermería.

**RESULTADOS:** Con respecto a la mujer en etapa reproductiva incluida en el programa de mantenimiento de metadona, destacaremos los aspectos más importantes a tener en cuenta, como que muchas mujeres que usan heroína u otros opiáceos dejan de tener la menstruación, aunque no se conoce con certeza la razón de ello. La metadona no afecta los niveles de hormonas que controlan la menstruación. Esto es posible en cualquier momento, pero especialmente al inicio del programa o durante la desintoxicación, que es cuando el deseo sexual aumenta. Lo mejor es evitar el embarazo mientras se está en el programa de mantenimiento de metadona. Algunas mujeres deciden dejar la metadona durante el embarazo. El mejor momento es entre los 3 y 6 meses de gestación, dejar la metadona de repente puede ser un factor de riesgo.

**CONCLUSIÓN:** En el caso de que la mujer decida quedarse embarazada, es esencial que el mantenimiento con metadona sea contemplado en un contexto apropiado. La metadona es un medicamento legal utilizado para el tratamiento de una enfermedad recurrente crónica y, al igual que con cualquier farmacoterapia, debe considerarse la relación riesgo-beneficio.

**PALABRAS CLAVE:** EMBARAZO, METADONA, DEPENDENCIAS, ENFERMERÍA, TOXICOMANÍAS.

## **INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL Y OTRAS SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS**

ANGELA ARRIAZA MONREAL, ERIKA SANCHO PEREZ, LAURA FONTANILLA COBANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 20 años que acude a urgencias por vómitos y somnolencia. A su llegada se encuentra sudorosa, con acentuada palidez y poca reacción a estímulos. Viene acompañada de su madre la cual nos relata que ha tomado alrededor de 19 comprimidos de analgiasa (paracetamol 400 mg, fosfato de codeína 5 mg, cafeína 30 mg) a causa de un fuerte dolor de muelas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A su llegada se realiza examen físico, toma de constantes con tensión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 120 l/minuto y respiratoria de 30 r/minuto, Temperatura de 36,9 °C. Además se realizan analítica sanguínea para examen toxicológico y pruebas bioquímicas y hematológicas para ver posible afectación hepática y nefrológica.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación medicamentosa por paracetamol. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la exploración física y los resultados toxicológicos se confirma la intoxicación por paracetamol.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza lavado gástrico obteniéndose en el mismo restos visibles del fármaco y se inicia tratamiento con N-acetilcisteína por vía intravenosa.

**CONCLUSIONES:** La ingesta de altas dosis de paracetamol puede tener afectación hepática así como renal (necrosis tubular aguda) y miocárdica (pericarditis, necrosis miocárdica). En este caso la ingesta medicamentosa se ha debido al desconocimiento de la paciente sumado a la desesperación que sentía ante el dolor. La enfermería tiene un importante papel como educador en salud cobrando especial importancia a la hora de fomentar conductas saludables por eso sería importante hacer incidencia en evitar la automedicación y explicar los riesgos y peligros que puede con llevar.

**PALABRAS CLAVE:** INTOXICACIÓN, SALUD, ENFERMERÍA, FÁRMACO, EDUCACIÓN.

## PSORIASIS E INTOXICACIÓN POR FENTANILO TRANSDÉRMICO

MIGUEL SOLA GARCÍA, NURIA RAMÍREZ SANDALIO, MIGUEL ANGEL LOPEZ ZUÑIGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer 80 años con AP de Psoriasis y artropatía psoriásica. Además la paciente es hipertensa. La evolución de la Psoriasis en esta paciente ha sido tórpida y presenta placas extensas pese a cambios múltiples de tratamiento para este cuadro. En los últimos años se ha conseguido una estabilización de las lesiones aunque no la remisión. Entre sus tratamientos destaca analgesia variada incluyendo parches de fentanilo transdérmico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración destaca además de la alteración en la escala de Glasgow, la paciente presenta miosis pupilar. Se solicitaron pruebas complementarias sin alteraciones significativas, incluyendo analítica con leve insuficiencia renal como dato más destacable. Además y dada la alteración neurológica, se solicitó TAC craneal de urgencia sin hallazgos patológicos agudos. Dado tratamiento activo con opioides analgésicos se administró percusión continua de naloxona endovenosa y se retiró el parche de fentanilo. La paciente sufrió mejoría significativa durante su estancia en observación del servicio de urgencias.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación por fentanilo transdérmico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se procedió a ingreso hospitalario y durante su estancia se administró metrotrexato con remisión sustancial de las placas psoriásicas.

**CONCLUSIONES:** La administración de fentanilo transdérmico es muy frecuente entre nuestros pacientes mayores, muchos de ellos con dolores articulares crónicos. Debemos saber que los efectos secundarios de esta vía de administración son similares a los de otras vías pudiendo observarse somnolencia y confusión como sucedió con nuestra paciente. E incluso en casos más graves podríamos observar depresión respiratoria. En este caso se añadía el factor de la patología dermatológica de nuestra paciente. En estos casos se altera la barrera cutánea pudiendo producirse una absorción errática y aumentando el riesgo de padecer efectos secundarios. Por tanto en pacientes con alteraciones de la piel es aconsejable utilizar otras vías de administración para un mejor control de la dosis.

**PALABRAS CLAVE:** PSORIASIS, TRANSDERMAL, ANALGÉSICO, OPIOIDE.

## ACTUACIONES ANTE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

MARÍA DEL ROSARIO PORTILLO GALLEGO, ROCIO VELA AMADO, RAÚL MUÑOZ CUENCA

**INTRODUCCIÓN:** El etanol es una droga psicoactiva con un número elevado de efectos terciarios que pueden afectar de manera grave a nuestro organismo. La cantidad y las circunstancias del consumo juegan un papel importante para determinar la duración de la intoxicación.

**OBJETIVOS:** Determinar las actuaciones ante una intoxicación etílica.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Ante un paciente con intoxicación etílica, el principal objetivo es que el personal sanitario tenga los conocimientos básicos para desarrollar una correcta actuación, evitando otras posibles complicaciones, como por ejemplo: traumatismo por caída o accidente, hipoglucemia, broncoaspiración del vómito, neuritis compresiva y fibrilación auricular transitoria. Se debe valorar al paciente y observar su estado neurológico, respiratorio y cardiocirculatorio y, por último, administrar el tratamiento correspondiente. No hay antídoto para la intoxicación etílica. El lavado gástrico y el vaciado, a veces, no están indicados, ya que el paciente es valorado después de la fase de absorción gastrointestinal y suelen producirse vómitos espontáneos. La agitación al paciente con intoxicación etílica aguda, sí ayuda, mientras que el carbón activo es ineficaz, ya que no es absorbente para el etanol.

**CONCLUSIÓN:** Es fundamental que el personal sanitario conozca y sepa llevar a cabo todos los procedimientos necesarios ante un paciente con intoxicación etílica aguda, dada la importancia de su intervención para la adecuada recuperación del mismo.

**PALABRAS CLAVE:** ETANOL, INTOXICACIÓN, PROCEDIMIENTO, PERSONAL SANITARIO.

## **A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON LUPUS QUE ACUDE A URGENCIAS REFIRIENDO RECTORRAGIA**

ELISA CANO BERNAL, MARÍA DOLORES LOPERA ARROYO, AINHOA COTO MUÑOZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 53 años con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico desde hace 10 años (en tratamiento con metotrexato, esteroides e hidroxiclороquina). TEP hace un año, anticoagulada con sintrom. Fumadora de 10 cigarros/día. Consumo de cocaína y alcohol hace años. Acude a urgencias refiriendo sangrado rectal. Aftas orales sangrantes que interfieren la ingesta. Lesiones cutáneas en dedos que se ulceran y sangran. Epistaxis aislada. Fiebre. Dolor en brazo izquierdo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración se aprecia extensa lesión en mucosa perianal sangrante. Tacto rectal sin hallazgos. Color cetrino. Estigmas cushingoides francos. Aftas bucales mayores a 16 mm. En analítica destaca pancitopenia, alteración de perfil hepático e INR elevado. Hemocultivo positivo a Staphylococcus Aureus.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras valoración por dermatología se concluye diagnóstico de mucositis secundaria a toxicidad por metotrexato. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con todas aquellas patologías que conlleven estados de inmunosupresión, mucositis secundaria a toxicidad por metotrexato.

**PLAN DE CUIDADOS:** Durante su ingreso comenzó con dolor y empastamiento en brazo izquierdo realizándose eco doppler y siendo diagnosticada de tromboflebitis de vena cefaliza izquierda en su tercio medio.

**CONCLUSIONES:** Los fármacos producen en ocasiones numerosos efectos secundarios que debemos tener en cuenta a la hora de valorar a nuestros pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** LUPUS, TOXICIDAD, PANCITOPENIA, AFTAS.

## POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO A PACIENTES DEPENDIENTES DE LA HEROÍNA

PABLO MIR CONTERO, CARLOS JAVIER ESPINAR GARCÍA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 42 años, NAMC. Acude a nuestro centro por su adicción a la heroína. Vive con su madre y su hermana, no tiene pareja, no trabaja y tiene reconocida una incapacidad permanente por la que cobra una pensión. Como antecedentes de patología orgánica presenta hepatitis crónica por virus de la hepatitis B y C, Endocarditis tricuspídea por *Staphylococcus aureus* con émbolos sépticos pulmonares y HTA. Comenzó el consumo de tabaco a los 10 años, y el de cannabis y alcohol a los 16. Ha entrado en prisión unas 10 veces y en total cumplió unos 8 años de reclusión.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Anamnesis: Reconoce consumo de drogas y alteraciones de conducta desde joven. FC:76 TA: 135/ 76mmHG Sat. O2: 92 Análisis sangre: muestra infección virus hepatitis B y C.

**JUICIO CLÍNICO:** Problemas de dependencia a las drogas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Nos cuenta que ha tenido problemas económicos y que para poder adquirir la heroína se ha visto impulsado a robar para poder pagársela.

**PLAN DE CUIDADOS:** Le explicamos al paciente que lo vamos a proponer para un programa de mantenimiento con metadona (PMM). Se basa en la administración controlada de metadona durante un tiempo prolongado. Este ofrece una serie de servicios como las terapias de prevención de recaídas, el tratamiento de la psicopatología concomitante, la evaluación y tratamiento de otras patologías orgánicas, el asesoramiento y facilitación de recursos sociales y legales, etc.

**CONCLUSIONES:** Existen distintos programas de mantenimiento con metadona. No debemos limitarnos a la administración controlada de agonistas opiáceos. La falta de recursos, nos hace olvidarnos de que existen otros tratamientos complementarios.

**PALABRAS CLAVE:** METADONA, DEPENDENCIA, HEROÍNA, OPIÁCEOS, RECAÍDAS.

## **DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE ADULTA TRAS UN DÍA DE FIESTA**

MIGUEL SOLA GARCÍA, NURIA RAMÍREZ SANDALIO, MIGUEL ANGEL LOPEZ ZUÑIGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer 43 años, acude a servicio de urgencias con dolor torácico de 2 horas de evolución, lo describe como opresivo y se acompaña de sudoración profusa. Ha comenzado esta mañana al levantarse. Paciente sin antecedentes patológicos de interés. Fumadora activa de 15 cig/día. A su llegada a servicio de urgencias presenta regular estado general; paciente nerviosa y angustiada con signos evidentes de dolor.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tomamos constantes y presenta cifras tensiones en 110/70 mmHg, FC 85 l/m, T° 36,8, Saturación de oxígeno 96%. Dada la mala impresión clínica, solicitamos ECG de urgencia: Ritmo Sinusal a 95 lpm, apreciamos elevación de ST de V1 a V4, I y aVL. Y descenso de ST en cara inferior. Solicitamos analítica de urgencia con enzimas cardíacas y administramos tratamiento para el síndrome coronario agudo con elevación de ST. Los resultados analíticos mostraron una leucocitosis así como una elevación de de troponina, CK y PCR.

**JUICIO CLÍNICO:** SCACEST. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cuadro de ansiedad, dolor osteomuscular, Abuso de sustancias tóxicas,

**PLAN DE CUIDADOS:** El estado de la paciente empeora y es trasladada a servicio de UCI de nuestro hospital. Se realizó coronariografía descartándose presencia de oclusión de vasos coronarios. Durante la estancia en UCI se solicitó analítica con tóxicos en orina evidenciándose presencia de restos de metilendioximetanfetamina (MDMA).

**CONCLUSIONES:** Destacamos el peligro del abuso de sustancias tóxicas. Es importante sospechar estos cuadros por la peligrosidad que conlleva a la hora de su manejo con frecuentes complicaciones. A veces en la literatura podemos encontrar patrón de consumidor típico, debemos evitar caer en estos perfiles puesto que nuestra paciente no entraba dentro de ese patrón. Sustancias del tipo anfetamina o cocaína pueden producir espasmo vascular coronario provocando un déficit de perfusión y por consiguiente el cuadro clínico que presentaba nuestra paciente.

**PALABRAS CLAVE:** ABUSO, DOLOR, TORÁCICO, PACIENTE ADULTA.

## **TOLUENO: AFECTACIÓN A LA SALUD HUMANA**

PEDRO TOMÁS SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MARIA JOSE PEREZ SALA, ISABEL GARCÍA RIVAS,  
ROSARIO DOLERA CORBALAN

**INTRODUCCIÓN:** El tolueno está presente en pinturas, lacas de uñas, gasolinas, industria química, gases de escape de motores, humo del tabaco, disolvente de pinturas y pegamentos. La inhalación del tolueno tiene sus efectos más severos sobre el sistema nervioso produciendo cansancio, debilidad, confusión, embriaguez, náuseas y pérdida de memoria y apetito. Todos estos síntomas persisten mientras se está expuesto a concentraciones altas de tolueno desapareciendo cuando cesa la exposición. La inhalación prolongada puede provocar pérdida de visión en color y se han descrito casos de daños irreversibles cerebrales por la inhalación junto a pegamentos o disolventes.

**OBJETIVOS:** Analizar la evidencia de como el Tolueno afecta de una manera muy importante a la salud de las personas.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Para la detección de tolueno en el organismo se realizan análisis de sangre para encontrar este o sus metabolitos pero se degradan rápidamente y se eliminan por la orina con lo que para detectar la exposición a tolueno debe realizarse en un tiempo muy corto desde la posible exposición hasta el muestreo médico. La EPA de E. E. U. U. Establece una concentración máxima de 1 mg/l de tolueno para agua potable El tolueno no está clasificado como potencial generador de cáncer tras estudios en animales y en trabajadores expuestos a esta sustancia. En adolescentes que se han drogado frecuentemente con inhalaciones de pegamento se ha encontrado pérdida del control muscular, memoria y equilibrio así como una baja capacidad intelectual.

**CONCLUSIÓN:** La Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA establece como concentración límite legal la de 200 ppm (partes por millón) de tolueno en el aire en ambiente de trabajo durante una jornada de 8 horas diarias para una semana de 40 horas laborales. Los valores límite ambiental de exposición profesional (VLA-ED) es de 50 ppm (192 mg/m<sup>3</sup>).

**PALABRAS CLAVE:** TOLUENO, AFECTA, SALUD, HUMANA.

## PACIENTE CON INTOXICACIÓN ALÉRGICA POR CONSUMO DE ATÚN

ANTONIO JESÚS MARTÍN JIMÉNEZ, RAQUEL DE LA VARGA MARTÍNEZ, BEATRIZ ELENA MONTENEGRO PUCHE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 43 años que es trasladada a urgencias por cuadro de disnea y reacción cutánea generalizada tras ingerir atún. Estas manifestaciones se acompañaron de cuadro presincoanal minutos antes de ser atendida por los servicios de urgencias extrahospitalarios. Relataba que mientras comía el pescado notó un sabor metálico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la llegada a urgencias presentaba hipotensión, frecuencia cardíaca de 120 lpm. Se apreciaba inyección conjuntival, eritema en cara, cuello y tronco. A la auscultación pulmonar se apreciaban sibilantes. Se solicitó analítica, electrocardiograma y una radiografía de tórax que resultaron normales.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación química por histamina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es importante realizar diagnóstico diferencial de la intoxicación por histamina con otras reacciones alérgicas. Un dato clave en el diagnóstico se realiza con el antecedente que el paciente refiere haber sentido un sabor picante en el pescado.

**CONCLUSIONES:** En este caso nuestra paciente había consumido en otras ocasiones atún, por lo que no se trataba de una reacción alérgica a este pescado. El diagnóstico fundamentalmente se basa en el cuadro clínico y se apoya por datos epidemiológicos. La intoxicación se da por el consumo de peces de carne oscura, en los que la conservación desde su captura ha sido inadecuada. Esto suelen ser el atún, la caballa y el bonito, aunque también puede presentarse la intoxicación con el consumo de otros pescados, el factor de intoxicación es el tiempo que se encuentre al aire libre sin refrigeración.

**PALABRAS CLAVE:** ESCOMBROINTOXICACIÓN, INTOXICACIÓN POR HISTAMINA, DISNEA, INTOXICACIÓN ALÉRGICA.

## **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL USO DE MEDICAMENTOS**

FRANCISCO CRUZ RIZOS, ELENA ROJAS HIDALGO, SILVIA HIDALGO LEON

**INTRODUCCIÓN:** La generalización del estado del bienestar, tiene entre sus consecuencias, una sociedad más longeva con un incremento del consumo de fármacos que conlleva a aplicar el concepto de seguridad en su uso ,para evitar fallos o errores durante su utilización clínica. Muchos de los errores son fácilmente detectables y prevenibles. Al igual que ha aumentado la utilización de medicamentos, la selección, validación, dispensación, también los errores y efectos adversos. Muchos de los errores que se producen están relacionada con practica del profesional.

**OBJETIVOS:** Identificar incidencias y errores producidas en el uso y administración de medicamentos en plantas de hospitalización de medicina interna.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un seguimiento del uso y administración de medicamentos en las plantas de hospitalización de medicina interna, durante un periodo de 12 meses. Se examinan todas la incidencias, errores y datos de especial relevancia en relación al uso de medicación, que están anotados en la base de datos de la planta, como de los informes elaborados.

**RESULTADOS:** El número de errores por parte del profesional es 2 puntos superior a lo estimado como asumible. En un 78% los errores corren por parte de profesionales que no forman parte del servicio de manera habitual y solo lo hacen en vacaciones, permisos... En aumento de errores coincide con el aumento de jubilaciones que ha sufrido la planta y la inestabilidad profesional del personal.

**CONCLUSIÓN:** Toda la atención que se preste en la administración y uso de medicamentos es poca. El auxiliar es un filtro de ayuda al enfermero en la administración de medicamentos. La falta de estabilidad laboral por parte de los profesionales repercute de manera negativa en el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** ERROR, MEDICACIÓN, SOLUCIONES, PREVENCIÓN.

## LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITAL EN ASTURIAS

MARIA CONCEPCION GUTIERREZ ALVAREZ, JOHANA MIRANDA MORAIS, ANA ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ, MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, MARIA CRUZ GIL MACHADO, INES RIOS ALVAREZ

**INTRODUCCIÓN:** Según las OMS, el término "salud" comprende tanto el bienestar físico como el mental sin olvidarnos del social. Estos aspectos se ven deteriorados ante una adicción y dan sentido a la UDH (Unidad de desintoxicación hospitalaria).

**OBJETIVOS:** Analizar la desintoxicación completa, desintoxicación parcial o desintoxicación selectiva de las sustancias adictivas en aquellos pacientes que no permiten una desintoxicación ambulatoria, ejecutar intervenciones terapéuticas que requieren un entorno de vigilancia médica constante y preparar al paciente para garantizar la continuidad del tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos utilizando los descriptores tóxicos adictivos, UDH, desintoxicación.

**RESULTADOS:** En las UDH se les enseña a hacer una vida normal sin depender de ninguna sustancia, dándoles para ello las herramientas necesarias que les van a servir tanto en el presente como en el futuro para evitar recaídas en el consumo ;asi como la realización de actividades físicas y el desarrollo de las relaciones personales entre los pacientes, las familias y el equipo técnico de la unidad.

**CONCLUSIÓN:** Los profesionales sanitarios tenemos que trabajar con y para el paciente, creando un ambiente de confianza con el fin de que se produzcan los cambios necesarios para el éxito del tratamiento que luego deben ser acompañadas de terapias de apoyo para evitar recaídas.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, SUSTANCIAS, CONSUMO, DESINTOXICACIÓN.

## NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: CANNABINOIDES SINTÉTICOS

ROSA CABALLERO PIEDRA, JOSÉ JORGE GÓMEZ ROMERO, ROBERTO JOSÉ LÓPEZ RAYA

**INTRODUCCIÓN:** La marihuana sintética es una sustancia que ha incrementado su consumo en los últimos años y que conlleva a múltiples implicaciones en la salud de las personas que la utilizan. En este mercado nos encontramos con gran número de sustancias, muy cambiantes. El conocimiento científico sobre sus datos epidemiológicos, su farmacocinética, los patrones de distribución en tejidos y órganos, sus interacciones y efectos clínicos es todavía muy limitado.

**OBJETIVOS:** Identificar intoxicaciones por cannabis sintéticos y conocer los síntomas más frecuentes producidos por esta droga emergente y tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica primaria en bases de datos nacionales e internacionales en un periodo de tiempo desde el año 2013 hasta la actualidad. Se realiza una búsqueda en bases de datos científicas tales como SCOPUS, PUDMED, CINALS. Se aplican los filtros de disponibilidad de texto completo, año de publicación desde 2013 en adelante. Idioma español e inglés.

**RESULTADOS:** Al haberse obtenido bibliografía escasa sobre el tema, hemos realizado un conjunto de casos para crear una serie de casos. Esto es interesante ya que, dada la baja cantidad de artículos encontrados, el análisis de una serie de casos que respondan a nuestros objetivos podría servir como base para la actuación de los profesionales sanitarios en los servicios de emergencia. De esta manera, de los casos aportados por nuestra bibliografía, todos aportaban suficiente información clínica para poder ser objeto de análisis.

**CONCLUSIÓN:** Se debe tomar en consideración la posibilidad del consumo de la marihuana sintética, en los casos de sospecha de muerte súbita con historia de crisis convulsivas o hallazgos de infarto de miocardio o insuficiencia renal aguda. La aparición de estas nuevas sustancias psicoactivas supone un nuevo reto en los servicios de emergencias, ya que los indicios son preocupantes.

**PALABRAS CLAVE:** CANNABIS, INTOXICACIÓN, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, SPICE.

## **DROGAS DE ABUSO O CRIBADO DE DROGAS**

MARIA DEL ROSARIO FIGUEROBA GARCIA, MARIA DE LA HOZ HEREDIA JIMENEZ, MARIA LUISA RODRIGUEZ ESCRIBANO

**INTRODUCCIÓN:** Las drogas de abuso en orina se vienen pidiendo al laboratorio de urgencias principalmente por el servicio de urgencias y salud mental para el seguimiento de los pacientes. Nos determinan una o más drogas: barbitúricos, cocaína, opiáceos, benzodiazepinas, metadona, éxtasis, cannabis, de forma cualitativa mediante test inmunocromatográfico. La cantidad absorbida y el efecto depende del tipo y capacidad para metabolizar y excretarlas que tiene cada persona.

**OBJETIVOS:** Determinar cuál de las drogas de abuso son las más consumidas en nuestra zona y así conseguir un tratamiento más adecuado.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** El método de test DRug-Screen nos da un resultado cualitativo emplea anticuerpos monoclonales conjugados con especificidades frente a diversas drogas y sus metabolitos. La muestra avanza por capilaridad y si hay droga (el antígeno libre) impide que reaccionen los anticuerpos conjugados con los antígenos. Para los resultados negativos aparecerá color y para positivos no. En 2014 en el laboratorio de urgencias analizamos 556 muestras de pacientes de ellas 268 (48.2%) Eran negativas ,4 falta reactivo,11 falta muestra y el resto 273 (49,1%) positivas, en estas hay un porcentaje alto de benzodiazepinas.

**CONCLUSIÓN:** En el área donde trabajamos podemos ver la evolución de drogas siendo probable la toma de éstas en tratamientos y un bajo consumo de drogas de abuso. De las positivas podemos decir que las drogas más consumidas en nuestra área sanitaria son benzodiazepinas.

**PALABRAS CLAVE:** DROGA, ORINA, CUSTODIA, NEGATIVAS.

## CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA EN EL ESTADO DE TLAXCALA

ALEJANDRO TORRES REYES, FRANCISCO ADRIÁN MORALES CASTILLO

**INTRODUCCIÓN:** En México se reporta que el cannabis es la sustancia que presenta el nivel de consumo más alto (61%). Los usuarios de esta sustancia inician antes de los 11 años; sin embargo el grupo más afectado es el de los 15 a 19 años (56.7%). En el 2013, el consumo de Marihuana aumentó de 2.6% En los jóvenes de 12 a 13 años de edad a 7.8% En los de 14 a 15 años y a 15.5% En lo de 16 a 17 años. En el estado de Tlaxcala los pacientes de primer ingreso a tratamiento durante el primer semestre de 2016 fueron por cannabis en un 92.6% (97,297 Personas) estableciéndose por arriba del consumo de inhalables y cocaína, situándose por arriba de la media nacional en la entidad.

**OBJETIVOS:** Describir la prevalencia en el consumo de Marihuana en adolescentes de secundaria del estado de Tlaxcala, México.

**METODOLOGÍA:** El estudio fue descriptivo, prospectivo y de corte transversal; El muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato según el grado escolar y turno, El tamaño de la muestra se calculó con las tablas de estimación para pruebas de correlación bivariada en 268 adolescentes.

**RESULTADOS:** El 5.6% Ha consumido alguna vez en la vida, el 1.9% En los últimos 12 meses, En los últimos 30 días el 2.2%, En los últimos siete días el 1.5% La edad de inicio fue a los 13 años con un 1.9%, En un día típico fuman un cigarrillo (2.6%), La forma más típica en que la consumen es en porro (2.6%) Y en cigarro (2.2%), De los cuales el 3.4% La ha fumado 1- 2 veces en la vida, el 3% la obtiene con un amigo.

**CONCLUSIÓN:** Identificar problemas de consumo en este grupo etario, favorece planear estrategias para la prevención de este problema de salud.

**PALABRAS CLAVE:** CONSUMO DE CANNABIS, ADOLESCENTES, ENFERMERÍA, CUIDADO DE ENFERMERIA, CANNABIS.

## EFICACIA DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS PARA EL ABANDONO DEL TABACO

ANTONIA BARRIOS BECERRA, BEATRIZ ALCAIDE ROMERO, FRANCISCA VALENTIN LUNA

**INTRODUCCIÓN:** Los efectos perjudiciales del tabaco han sido más que evidenciados. Las medidas legales antitabaco, terapias y fármacos para dejar de fumar han supuesto un cambio para los pacientes fumadores. Recientemente, se ha comercializado una nueva terapia como prometedor: los cigarrillos electrónicos (CEs). Según la OMS, son dispositivos del tipo SEAN (Sistema electrónico de administración de nicotina). Ni queman ni emplean la hoja de tabaco sino que vaporizan una solución que debe ser inhalada. Dicha solución contiene ononicotina, junto a propilenglicol, glicerol y aromatizantes, vaporizándolos a una temperatura media de 400°C, a diferencia del tabaco de casi 900°C.

**OBJETIVOS:** Pretendemos conocer cuál es la efectividad del uso de los Cigarrillos Electrónicos como terapia para el abandono del hábito tabáquico. Debido al aumento del consumo de dichos dispositivos, que hemos observado en los últimos años. Tratando de averiguar si se trata de una nueva moda o si realmente son eficaces para el abandono del tabaco.

**METODOLOGÍA:** Hemos realizado una búsqueda bibliográfica, en las distintas publicaciones basadas en estudios sobre el uso de cigarrillos electrónicos, así como sus efectos adversos y consecuencias.

**RESULTADOS:** La principal razón de uso de los cigarrillos electrónicos, es su posibilidad de usarlos en espacios interiores donde la ley antitabaco ha prohibido su consumo. Es cierto, que dependiendo del consumo que se haga de recargas de nicotina en estos dispositivos, el consumo puede ser menor que con cigarrillos convencionales. En cambio, no reducen significativamente el consumo de tabaco.

**CONCLUSIÓN:** Hasta ahora, los cigarrillos electrónicos no han sido reconocidos como terapia sustitutiva del cese tabáquico, al contrario que los inhaladores bucales que sí lo han sido. Son más eficaces que el placebo en el cese del hábito tabáquico, sin embargo, no existen diferencias significativas con los parches de nicotina. Tampoco existen estudios de suficiente evidencia sobre su seguridad a largo plazo.

**PALABRAS CLAVE:** TABACO, ABANDONO, TERAPIA, FUMAR, VAPOR.

## **SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL: ABORDAJE INTRAHOSPITALARIO**

CARLOS RODRIGUEZ ESTEBAN, LUZ MARIA DELGADO PAVON, ANDRES RODRIGUEZ ESTEBAN, AMPARO BORRÁS CID, ARANZAZU VIVAS SANAGUSTIN, AGRIPINA SOSA DIAZ, MARIA DEL CARMEN HERNÁNDEZ SANDALINAS

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA) es la aparición de sintomatología relacionada con la disminución o interrupción de consumo de alcohol y puede evolucionar en algunos a Delirium Tremens, la forma más grave de esta patología. El SAA puede agravar el estado del paciente ya por sus propios síntomas como por dificultar el tratamiento del motivo que del ingreso.

**OBJETIVOS:** Determinar una guía para el manejo de un paciente con síndrome de abstinencia alcohólica.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica: bases de datos (Medline, Pubmed, Enfispo, Biblioteca Cochrane, Fuden, Elsevier) de artículos relacionados con la abstinencia alcohólica y su tratamiento 2000 y 2018.

**RESULTADOS:** Manifestaciones clínicas: Abstinencia precoz: se manifiestan en las primeras 24-48 horas después del cese de la ingesta alcohólica, con aparición progresiva de temblores, insomnio, ansiedad, náuseas, vómitos, sudoración, alucinaciones y crisis epilépticas Abstinencia tardía: después de las primeras 48 horas, presencia de alteración de la consciencia y delirium. Crisis comiciales: pueden aparecer entre 6-48h después de la última ingesta. Generalizadas y breves. Entre un 30-40% evolucionan en delirium tremens. Tratamiento: Abstinencia precoz: con benzodiazepinas (diazepam) pauta inicial de 10mg c/6-8h, disminución gradual y duración de 5 a 6 días. Crisis comiciales: con benzodiazepinas y añadir fenitoína si no se controlan. Delirium tremens: monitorización, contención mecánica, hidratación ev, tiamina como profilaxis de encefalopatía de Wernicke y ingreso en uci si es posible.

**CONCLUSIÓN:** El conocimiento de las manifestaciones clínicas del SAA facilita su diagnóstico, control y valoración de la evolución, permitiendo una instauración precoz del tratamiento evitando así su evolución a estadios más graves como puede ser el delirium tremens.

**PALABRAS CLAVE:** ABSTINENCIA, ALCOHOLISMO, DELIRIUM TREMENS, ABSTINENCIA ALCOHÓLICA.

## INTOXICACIÓN POR METANOL CON DESENLACE FATAL

MARÍA RECUERDA NÚÑEZ, MARIA VIRGINIA PEREZ MADUEÑO, PATRICIA VILLANUEVA RODRIGUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Antecedentes: síndrome depresivo, alcoholismo, exconsumidor de ketamina. Tratamiento: Paroxetina, Agomelatina Enfermo que acude en coma tras ingesta de etanol en grandes cantidades, listerine y desodorante (información de los familiares). Con TC craneal normal, se intuba e ingresa en UCI.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Peso y talla 70Kg/170cm, TA 100/60 mmHg, FC 110lpm, 36°C, SpO2 100% (en ventilación mecánica) Buena coloración de piel y mucosas, Glasgow 3 puntos sin sedación, pupilas midriáticas arreactivas, reflejos plantares indiferentes, sin rigidez de nuca. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen y mmii anodino. Analítica destaca: 19.000 Leucocitos, Urea /Cr: 22/ 1,54 mg/dl, NA/K: 140/ 7,3 mEq/l, pH 6,91, PCO2 40, HCO3- 7,8, SB -22, S02 98,4%. Tóxicos en orina benzodiazepinas+, coagulación normal

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación por Metanol Se inicia tratamiento intensivo y monitorización de la actividad de la corteza cerebral con BIS obteniendo una puntuación de 40 con tasa de supresión de 2. Evolucionando negativamente: inestabilidad hemodinámica requiriendo noradrenalina, fiebre, hipernatremia severa. En TC de control destaca edema cerebral difuso. A las 48h exploración neurológica compatible con muerte encefálica corroborado con Doppler transcraneal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Coma arreactivo con acidosis metabólica con anión GAP alto y normocloremia incluyen: fallo renal, cetoacidosis diabética, acidosis láctica o intoxicación por salicilatos, paraldehído, etanol y etilenglicol. Compatible con el coma son intoxicación por antidepresivos y benzodiazepinas, ictus, hipoglucemia severa, hipoxia, o status epiléptico

**PLAN DE CUIDADOS:** Corregir la acidosis: bicarbonato iv, ácido fólico, inicio de hemodiálisis y el antídoto del Metanol (etanol y Fomepizol) e hipernatremia, control del status epiléptico con fenitoína y propofol, evitar encefalopatía de Wernicke con Tiamina, analizar tóxicos en orina, metanol y etilenglicol en sangre, monitorización con BIS, ventana de sedación, monitorización hemodinámica (PICCO), hemocultivos y antibioterapia y TC de control.

**CONCLUSIONES:** Dada la alta morbimortalidad es fundamental el tratamiento precoz. Los síntomas específicos son edema cerebral difuso y alteraciones visuales, deterioro neurológico progresivo, convulsiones y coma.

**PALABRAS CLAVE:** METANOL, COMA ARREACTIVO, INTOXICACIÓN, ACIDOSIS METABÓLICA.

