



CAPÍTULO XII

**Guías de actuación
de enfermería
ante determinadas
situaciones clínicas**

12.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HIPOTERMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera de calentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central se encuentra por debajo de 35° C.

• Objetivo:

Aplicar medios físicos y administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente aumente hasta su valor normal.

• Equipo:

- Termómetro clínico.
- Manta.
- Manta eléctrica.
- Ropa de cama.
- Bolsa de agua caliente.
- Foco de calor.

• Material:

- Bebidas calientes.
- Compresas.
- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Retirar al paciente del frío y colocarlo en ambiente cálido. Si es necesario aumentar la temperatura ambiente.
- Mantener la ropa de la cama del paciente limpia y seca al igual que los apósitos, vendajes o pañales que pudiera llevar.
- Monitorizar la temperatura del paciente.
- Valorar la presencia de síntomas asociados a la hipotermia como fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, escalofríos, cianosis, etc.
- Valorar el nivel de conciencia.
- Valorar la termorregulación del paciente.
- Determinar los factores que condujeron al episodio hipotérmico.

- Aplicar medios físicos: manta, manta eléctrica, foco calor, compresas calientes, bolsa de agua caliente.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos para evitar deshidratación y, por lo tanto, pérdida de calor. Proporcionar bebidas calientes que no contengan cafeína.
- Administrar la medicación prescrita, que puede ser infundir líquidos intravenosos a una temperatura de 37-40 grados.
- Vigilar la piel y extremar las medidas de prevención de las úlceras por presión.
- Controlar la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y la diuresis con la frecuencia que valore la enfermera.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la termorregulación, procedimientos realizados, fecha y hora, constantes, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Los medios físicos no aplicarlos directamente sobre la piel; poner ropa de cama entre éstos y el paciente.
- Vigilar tiempo de exposición a los medios físicos para evitar quemaduras.

• **Bibliografía**

- Bibliografía general.

12.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON FIEBRE

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con fiebre causada por factores no ambientales.

• **Objetivo:**

Aplicar medios físicos y administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente disminuya hasta su valor normal.

• **Equipo:**

- Termómetro clínico.
- Palangana.
- Batea.
- Ropa de cama.
- Bolsa de hielo.

• **Material:**

- Bebidas frías.
- Compresas.
- Hielo.
- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Tomar la temperatura al paciente y confirmar la fiebre.
- Destapar al paciente y cubrirlo con una sábana.
- Mantener la ropa de la cama del paciente limpia y seca al igual que los apósitos, vendajes o pañales que pudiera llevar.
- Monitorizar la temperatura del paciente.
- Valorar la termorregulación del paciente.
- Aplicar medios físicos: compresas frías en axilas, ingles, huecos poplíteos, baño con esponja, bolsa de hielo.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos bajos en hidratos de carbono.
- Administrar la medicación antipirética prescrita.
- Controlar la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, diuresis y nivel de conciencia. Si la frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura están alteradas avisar al médico.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la termorregulación, procedimientos realizados, fecha y hora, constantes, incidencias y respuesta del paciente.

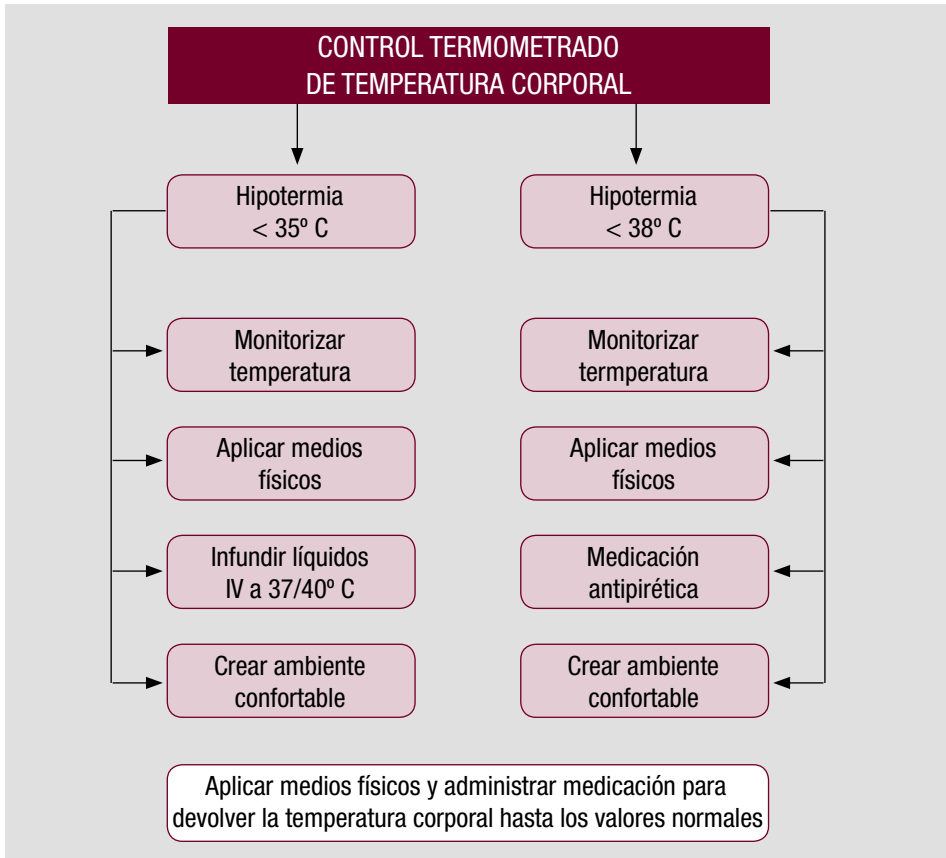
• **Observaciones:**

- Los medios físicos no aplicarlos directamente sobre la piel, poner ropa de cama entre éstos y el paciente. Las bolsas de hielo no administrarlas más de 30 minutos.
- En pacientes pediátricos la hipertermia puede producir convulsiones. Evitar también los descensos bruscos de temperatura pues produce el mismo efecto.

• **Bibliografía**

- Bibliografía general.

MAPA CONCEPTUAL: ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON HIPOTERMIA / FIEBRE



12.3. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CONVULSIONES

• **Definición:**

Cuidados de enfermería ante el paciente con un ataque convulsivo y durante el estado postictal.

• **Objetivos:**

- Controlar la actividad convulsiva del paciente.
- Prevenir la aparición de lesiones secundarias a las convulsiones.

• **Equipo:**

- Almohadas.
- Batea.
- Soporte de gotero.

- Equipo necesario para el procedimiento Técnica de Inserción de Catéteres Periféricos.
- Equipo necesario para el procedimiento Aspiración de Secreciones.

• **Material:**

- Tubo de Guedel del tamaño adecuado.
- Gasas y compresas.
- Guantes no estériles y estériles.
- Jeringas.
- Agujas intravenosas.
- Fármacos específicos.
- Material necesario para el procedimiento aspiración de secreciones.
- Material necesario para el procedimiento técnica de inserción de catéteres periféricos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Solicitar ayuda y avisar al médico.
- Permanecer con el paciente durante la crisis.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Retirar muebles y objetos de alrededor del paciente para evitar lesiones.
- Proteger la cabeza con almohada.
- Si el paciente está de pie o sentado en el momento de la crisis, colocarlo en el suelo.
- Si el paciente está en la cama colocar las barandillas almohadilladas y la cama en posición horizontal.
- Asegurar vía área permeable.
- Colocar tubo de Guedel:
 1. Retirar prótesis dentales si las hubiera.
 2. Seleccionar tamaño del tubo de Guedel adecuado.
 3. Mantener en hiperextensión la cabeza del paciente.
 4. Introducir la cánula en la boca con la concavidad en el paladar, no forzar.
 5. Deslizar la cánula por el paladar hasta introducir la mitad.
 6. Girar 180° mientras se avanza hacia la faringe.
 7. Aspirar secreciones, si precisa.
- La colocación del tubo de guedel en lactantes: se introduce directamente deprimiendo la lengua con un depresor lingual.
- Aflojar la ropa.
- Vigilar la dirección de la cabeza y ojos durante el ataque.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, si es posible con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante para facilitar la expulsión del vómito si lo hubiera.

- Canalizar una vía intravenosa.
- Administrar los anticonvulsivos que prescriba el médico.
- Vigilar signos vitales.
- Reorientar al paciente después de la crisis, proporcionando un entorno tranquilo y seguro.
- Registrar en la documentación de enfermería: cómo y cuando empezó la crisis, duración, partes corporales implicadas, actividad motora, conducta postcrisis, si ha habido incontinencia, vómitos, si la crisis ha ido precedida de pródomos.(Ver clasificación internacional de las convulsiones).

• **Observaciones:**

Cuando acaba una crisis epiléptica puede ser necesario hacer una limpieza de boca para eliminar restos de comida o mucosidad y evitar una aspiración si el nivel de conciencia está deprimido.

TABLA 1. Clasificación internacional de la crisis epilépticas. (ILAE 1981)

1. Crisis parciales o focales

1.A. Crisis parciales simples:

- 1.A.1. Con signos motores
- 1.A.2. Con síntomas somatomotores o sensoriales especiales
- 1.A.3. Con signos o síntomas autonómicos
- 1.A.4. Con síntomas psíquicos

1.B. Crisis parciales complejas

- 1.B.1. Crisis parciales simples seguidas de alteración de la conciencia
- 1.B.2. Con empeoramiento de la conciencia desde el inicio

1.C. Crisis parciales con evolución secundaria hacia crisis generalizadas

- 1.C.1. Crisis parciales simples que evolucionan a crisis generalizadas
- 1.C.2. Crisis parciales complejas que evolucionan a crisis generalizadas
- 1.C.3. Crisis parciales simples que evolucionan a crisis parciales complejas y después a crisis generalizadas

2. Crisis generalizadas (convulsivas y no convulsivas)

2.A. Crisis de ausencia

- 2.A.1. Ausencias típicas
- 2.A.2. Ausencias atípicas

2.B. Crisis mioclónicas

2.C. Crisis clónicas

2.D. Crisis tónicas

2.E. Crisis tónico-clónicas

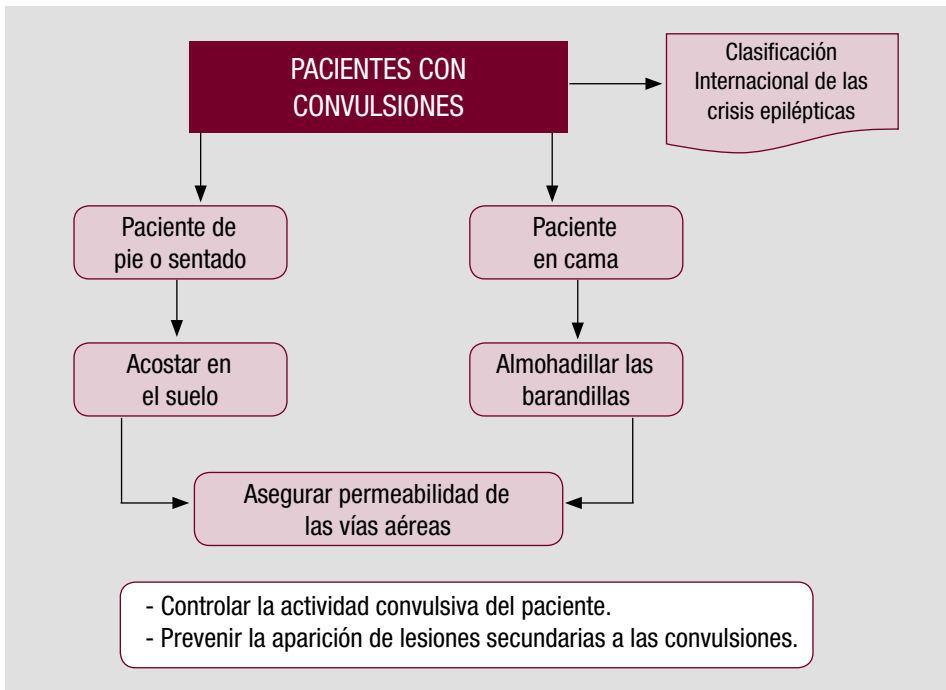
2.F. Crisis atónicas (crisis astáticas)

3. Crisis epilépticas inclasificables

• Bibliografía

- Crisis convulsiva. [pagina web de Internet][actualizado julio 1999; citado 12 octubre 2006]. Disponible en: <http://www.arrakis.es/solegb/paginas/protocolos/crisisconv.htm>
- Yusta Izquierdo A. *Crisis convulsivas*. Concepto, clasificación y etiología. *Emergencias* 2005;17:S68-S73
- Bibliografía general.

MAPA CONCEPTUAL: ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON CONVULSIONES



12.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente que presenta dolor.

• Objetivos:

- Aliviar o disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
- Controlar al máximo posible el dolor que siente el paciente.
- Enseñar al paciente y su familia a controlar el dolor.

• **Equipo:**

Escalas de valoración del dolor: analógica visual y la pediátrica.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

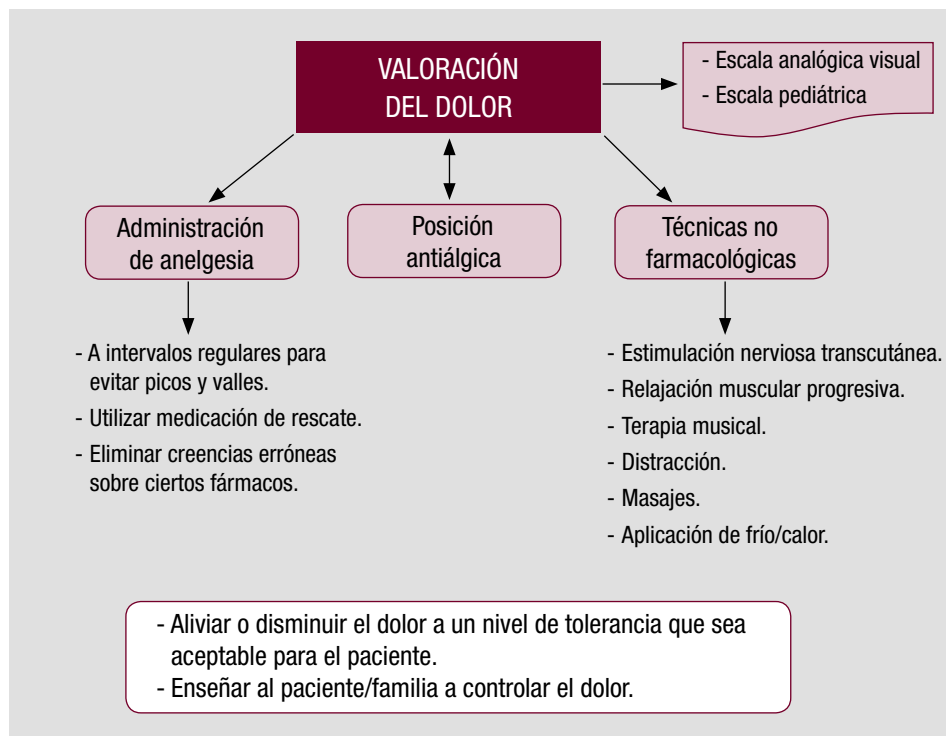
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Adecuar posición antiálgica para favorecer el confort del paciente.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Valorar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, relaciones, trabajo, etc.).
- Evaluar con el paciente y familia la eficacia de las medidas anteriores de control del dolor.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como las causas, tiempo que durará y cómo controlarlo.
- Evaluar la capacidad del paciente y familia para controlar su dolor.
- Controlar los factores ambientales que puedan aumentar las molestias del paciente (temperatura de la habitación, ruidos, luz, etc.).
- Administrar la medicación prescrita para el dolor y evaluar su efecto analgésico.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.
- Administrar analgésicos complementarios cuando precise el paciente.
- Instruir al paciente y familia para que solicite la medicación adicional para el dolor antes de que sea severo.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, sobre todo los opiáceos.
- Instruir al paciente y familia que recibe narcóticos que produce somnolencia durante 2-3 días, pero esta somnolencia luego remite.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares tras la administración, especialmente en las dosis iniciales y observar también si hay señales de efectos adversos como depresión respiratoria, náuseas y vómitos, estreñimiento y sequedad de boca.
- Evaluar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Llevar a cabo acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos como el estreñimiento o la irritación gástrica.

- Enseñar al paciente y familia el uso de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor como: estimulación nerviosa transcutánea, relajación muscular progresiva, terapia musical, distracción, acupresión, masajes, aplicación de frío o calor.
- Administrar la medicación adicional al paciente antes de una actividad que le va a provocar dolor.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Fomentar periodos de descanso adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Avisar al médico si las medidas analgésicas no tienen éxito o si el dolor actual ha experimentado un cambio significativo en cuanto a experiencias pasadas de dolor.
- Registrar en la documentación de enfermería: los resultados de la valoración objetiva y subjetiva del dolor así como la respuesta del paciente a las medidas tomadas para el alivio del dolor.

• Bibliografía

- Bibliografía general.

MAPA CONCEPTUAL: PACIENTE CON DOLOR



12.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOGLUCEMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a 60 mg/dl.

• Objetivos:

- Mantener los niveles de glucosa en sangre del paciente dentro de límites normales o aceptables.
- Enseñar al paciente y familia a identificar los signos y síntomas precoces de la hipoglucemia.

• Equipo:

- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Equipo necesario para la realización de la Glucemia Basal.
- Equipo necesario para la realización de la Administración Medicación Intravenosa.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.

• Material:

- Material necesario para el procedimiento de la realización Glucemia basal.
- Material necesario para la Administración de Medicación Intravenosa.
- Material necesario para la Técnica de inserción Catéter Periférico.
- Suero glucosado.
- Tubos para analítica sangre.
- Azúcar, bebidas dulces, etc.
- Ampollas de glucosa intravenosa
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar si el paciente tiene alto riesgo de presentar una hipoglucemia: pacientes con vómitos, diarreas, diabéticos, etc.
- Determinar la presencia en el paciente de signos y síntomas de hipoglucemia: palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala articulación, visión bo-

rrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño, ataques convulsivos, debilidad, ansiedad, irritabilidad, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, y cambios de conducta.

- Determinar los niveles de glucosa en sangre.
- Si se confirma la hipoglucemia y el paciente está consciente administrar carbohidratos simples. Tras 10-15 minutos repetir control, si no se normaliza la glucemia, repetir ingesta hasta estabilización metabólica.
- Avisar al médico.
- Si la hipoglucemia no remonta canalizar vía periférica si el paciente no tiene y administrar suero glucosado intravenoso glucagón subcutáneo o suero glucosado hipertónico, según prescripción médica.
- Monitorizar los niveles de glucosa hasta su normalización según criterio de la enfermera y médico.
- Modificar las pautas de insulino terapia según al algoritmo previamente establecido.
- Examinar sucesos anteriores de hipoglucemia para determinar la causa.
- Enseñar al paciente y familia los signos o síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Pedirle al paciente que orine, si no puede valorar la necesidad de sondaje.
- Recoger el material.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía**

- Bibliografía general.

12.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPERGLUCEMIA

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

• **Objetivos:**

- Mantener los niveles de glucosa en sangre del paciente dentro de límites normales o aceptables.
- Enseñar al paciente y familia a identificar los signos y síntomas precoces de la hiperglucemia.

• **Equipo:**

- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Equipo necesario para la realización de la Glucemia Basal.
- Equipo necesario para la realización de la Administración de Medicación Intravenosa.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.

• **Material:**

- Material necesario para el procedimiento de la realización Glucemia basal.
- Tubos para analítica sangre.
- Material necesario para la Administración de Medicación Intravenosa .
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

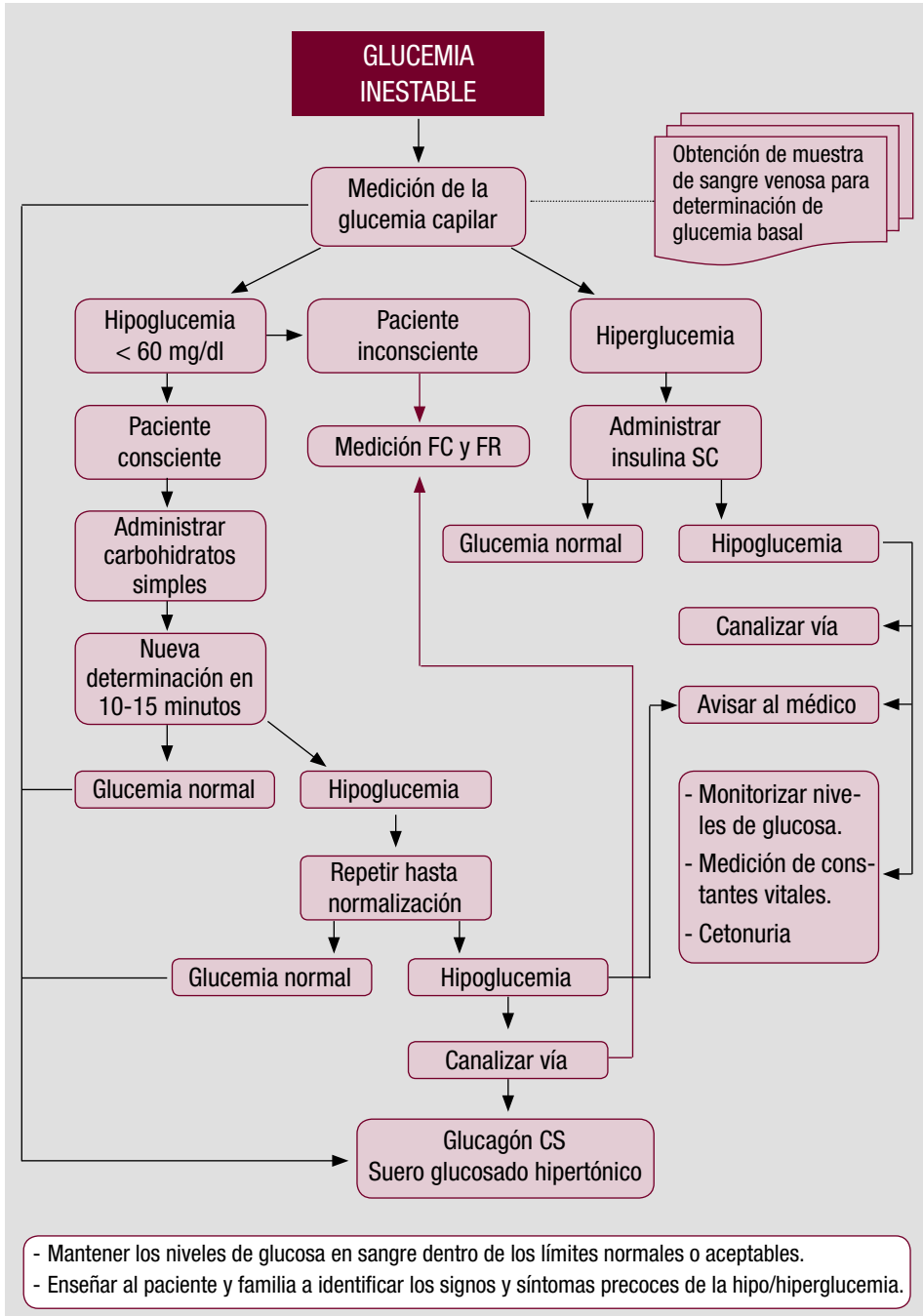
• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Determinar los niveles de glucosa en sangre.
- Observar si el paciente presenta signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Monitorizar la cetonuria o cetonemia cada 4 horas.
- Monitorizar las constantes vitales cada 4 horas.
- Administrar insulina subcutánea prescrita.
- Modificar las pautas de insulino terapia cada 4 horas de acuerdo a los algoritmos previamente establecidos.
- Avisar al médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de la hiperglucemia.
- Mantener vía venosa, canalizar vía periférica si el paciente no tiene.
- Monitorizar los niveles de glucosa hasta su normalización, a criterio de la enfermera o según prescripción facultativa.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Enseñar al paciente y familia los signos o síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hiperglucemia.
- Realizar seguimiento y monitorización de la dieta y régimen terapéutico del paciente.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía**

- Bibliografía general.

MAPA CONCEPTUAL: ACTUACIÓN ANTE HIPOGLUCEMIA / HIPERGLUCEMIA



12.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO INESPECÍFICO

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera de forma inmediata al paciente que presenta dolor torácico inespecífico.

Definición de dolor torácico inespecífico: todo dolor significativo en adultos, de más de unos segundos de duración sin aparente relación con traumatismo, ni lesiones visibles o palpables en tórax.

• **Objetivos:**

- Aliviar el dolor que presenta el paciente.
- Disminuir la ansiedad del paciente y familia.

• **Equipo:**

- Electrocardiógrafo.
- Equipo necesario para Oxigenoterapia, si procede.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para Oxigenoterapia, si procede.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar las características del dolor y los síntomas que le acompañan.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o la que se encuentre el paciente más cómoda.
- Obtener electrocardiograma.
- Avisar al médico.
- Tranquilizar al paciente y familia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Tomar la frecuencia cardiaca y presión arterial.
- Administrar oxígeno en gafas a 2 litros por minuto, si existe dificultad respiratoria.
- Valorar la necesidad de vía venosa.

- Informar en todo momento al paciente y familia de los procedimientos que se realizan a fin de aliviar la ansiedad.
- Pedir al paciente que nos informe de cualquier cambio en el dolor o síntomas que presente.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Ante cualquier dolor torácico o epigástrico agudo cabe la posibilidad de la existencia o de un infarto agudo de miocardio o una angina de pecho. Puede ser desde molestia a sensación de pesadez o dolor intenso con o sin irradiación a cuello, mandíbula, hombro, brazo izquierdo o epigastrio.
- En caso de situación crítica y si el médico así lo decide, preparar el traslado a UCI según el procedimiento 1.3.

• **Bibliografía**

- Quintanilla T, Roca F, Marín C, Lázaro C. Protocolo de actuación de enfermería ante el paciente con dolor precordial.[pagina web de Internet][aprox. 5 pantallas][citado 21 octubre 2006].Disponible en <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/cardiología/dolorprecordial>.
- Arós F, Loma-Osorio Á, Alonso A, Alonso J, Cabadés A, Coma-Canella I, García-Castrillo L, García E, López de Sá E, Pabón P, San José P, Vera A, Worner F. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 919-956
- Bayón Fernández J, Alegría Ezquerro E, Bosch Genover X, Cabadés, O'Callaghan A, Iglesias Gárriz I et al. Grupo de Trabajo ad hoc de la Sección de Cardiopatía Isquémica. Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos y Unidades Coronarias de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp. Cardiol 2002;55(2):143-54. Burillo Putze G. Núñez Díaz S. Protocolo de evaluación clínica del dolor torácico. Medicine 2001; 8: 2601-2604.
- Casado Martínez JL, García-Castrillo Riesgo L, López Pérez J, Parrilla P, Jiménez Murillo L. Unidades de dolor torácico. Emergencias 2003; 15:1-3.
- Castejón Huete R, Cabo Salvador J. Medina Álvarez J.C. Drenaje pericárdico en emergencia extrahospitalaria. Emergencias 2003;15:49-51
- Elizalde Frez JI, Panés Díaz J, Piqué Badía JM. Protocolo diagnóstico del dolor torácico de origen incierto. Medicine 2000; 8: 145-147.
- Fernández Palomeque C, Bardají Mayor J. L, Concha Ruiz M, Cordo Mollar J. C, Cosín Aguilar J, Magriñá Ballara J, Melgares Moreno R. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la angina estable. Rev Esp Cardiol

2000; 53: 967-996.

- García-Cosío F. Unidades de dolor torácico: ¿urge su desarrollo? Rev Esp Cardiol 2003; 56(2): 218- 219
- Gimeno Blanes J.R. Pinar Bermúdez E. López-Palop R. Valdés Chávarri M Protocolo diagnóstico-terapéutico del dolor torácico cardíaco. Medicine 2001; (44): 2357-2359.
- González Carrillo J, López Palop R, Pinar Bermúdez E, Valdés Chávarri M. Tratamiento del infarto agudo de miocardio transmural (II). Medicine 2001; (44): 2345-2356.
- Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Dolor torácico agudo no traumático. Emergencias 2001; 13:66-71
- Grupo MBE Galicia. Infarto de miocardio Guías Clínicas 2002; 2 (34). [Internet]. En: Herramientas útiles en atención primaria de Salud. A Coruña: Fisterra.com; 2-7-2002. [Fecha de consulta 12-2-2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/iam.htm>
- Hervás Angulo A. Forcén Alonso T. Herpes zoster y neuralgia post herpética. Guías Clínicas 2003; 3 (16). [Internet]. En: Herramientas útiles para la atención primaria. A Coruña: Fisterra.com; 2-7-2003. [Fecha de consulta 12-2-2006]. <http://www.fisterra.com/guias2/Herpes.asp>
- Jiménez Murillo L. García-Castrillo Riesgo L. Burillo-Putze G. Montero Pérez J. Casado Martínez JL. Unidades de dolor torácico y urgencias. Rev Esp Cardiol 2003; 56(2): 217 - 218.
- López Bescós L, Arós Borau F., Lidón Corbi R. M, Cequier Fillat Á, Bueno H., Alonso J. J, Coma Canella I, Loma-Orsorio A, Bayón Fernández J, I Masiá Martorell R, Tuñón Fernández J, Fernández-Ortiz A, Marrugat de la Iglesia J, Palencia Pérez M. Actualización (2002) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable / infarto sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol 2002;55(6):631-42.
- Mañas Baena E., Pérez-Rodríguez E, Luque, C. Guillén M., Jiménez D., Cicero A, Castro M., de Higes E. Muriel A. Tromboembolismo pulmonar. Perfil clínico en Neumología y su relevancia asistencial en el hospital. Rev. Patol Respir 2002; 5(3):103-6.
- Bibliografía general.

12.8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA AGUDA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para la disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre.

• **Objetivos:**

- Proporcionar de forma urgente la atención necesaria para detener la hemorragia.
- Disminuir la ansiedad del paciente y familia.

• **Equipo:**

- Presurizador.
- Equipo necesario para Oxigenoterapia.
- Equipo necesario para el Sondaje Vesical.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Equipo necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Compresas y gasas estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para el Sondaje Vesical.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar estado general del enfermo: coloración de piel y mucosas, características de la piel.
- Colocar al paciente en la cama en posición adecuada a su situación
- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Tranquilizar al paciente y familia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Observar si hay hemorragia en membranas mucosas, hematoma tras un trauma mínimo, presencia de petequias.
- Identificar causa de la hemorragia.
- Colocarse guantes desechables
- Comprimir el punto de sangrado si es externo.
- Tomar la FC, FR y TA .
- Administrar oxígeno en gafas a 2-3 litros por minuto.

- Mantener 1-2 vías venosas gruesas, canalizar vía periférica si el paciente no tiene.
- Extraer sangre venosa para analítica, hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas, si prescripción médica.
- Perfundir el suero prescrito por el médico en espera de transfusión, si precisa.
- Preparar medicación de urgencia en espera de las órdenes médicas.
- Informar en todo momento al paciente y familia de los procedimientos que se realizan a fin de aliviar la ansiedad.
- Realizar sondaje vesical.
- Si se decide intervenir al paciente, preparar el traslado según el procedimiento 1.3.
- Ante parada cardiorrespiratoria actuar según el procedimiento 12.9.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias, localización de la hemorragia, cantidad, balance hídrico, constantes, medicación administrada y respuesta del paciente.

- **Bibliografía**

- Bibliografía general.

12.9. Actuación de enfermería ante un paciente con parada cardiorrespiratoria

- **Definición:**

Conjunto de maniobras protocolizadas encaminadas a revertir la situación de parada cardiorrespiratoria, sustituyendo e intentando reanudar la respiración y circulación espontánea.

- **Objetivos:**

- Proporcionar de forma urgente la atención necesaria para recuperar las funciones cerebrales de forma completa del paciente.
- Mantener el soporte vital del paciente.
- Disminuir la ansiedad de la familia.

- **Equipo:**

- Carro de parada.
- Equipo necesario para oxigenoterapia.
- Equipo necesario para la aspiración de secreciones.
- Equipo necesario para la realización de electrocardiograma.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Tabla de parada.
- Desfibrilador.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Compresas y gasas estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para oxigenoterapia.
- Material necesario para la aspiración de secreciones.
- Material necesario para la instauración de fluidoterapia.
- Material necesario para la obtención de muestra sangre venosa y arterial.
- Material necesario para la Técnica de inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar la situación y estado del paciente: (ver figura 1)
 1. Valorar estado de consciencia: sacudir suavemente al paciente preguntándole en voz alta ¿Cómo se encuentra?. Sí responde, valorar cambios clínicos y avisar al médico si procede. Si no responde valora respiración (VER, OIR y SENTIR)
 2. Valorar la ventilación: acercar la cara a la boca del paciente, observando si hay movimientos torácicos y si se nota la salida de aire por la nariz o boca, durante no más de 10 segundos. Si respira colocar al paciente en posición lateral de seguridad. Si no respira valora circulación.
 3. Valorar la circulación.
- La decisión de comenzar la RCP se toma cuando el paciente no responde y no respira con normalidad.
- Fijarse en la hora de inicio de la parada.
- Pedir ayuda y avisar al facultativo.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino sobre la tabla de parada.
- Iniciar masaje cardíaco externo si no hay pulso:
 1. Localizar el punto de compresión: centro del pecho.
 2. Colocar la base de la mano en ese punto y la base de la otra mano encima. Con los dedos entrelazados sin que estén en contacto con el tórax.
 3. Mantener los brazos perpendiculares al punto de compresión y cargar el peso del cuerpo sobre ellos sin flexionar los codos.
 4. La compresión deprimirá el esternón 4-5 cm. (un tercio del diámetro antero-posterior). y el ritmo será de 100 compresiones por minuto como mínimo. La compresión y descompresión deben tener la misma duración.
- Permeabilizar la vía aérea:
 1. Limpiar boca de secreciones, alimentos, prótesis dentales...

2. Elevar manualmente la mandíbula e inclinar la frente hacia atrás (maniobra frente-mentón). Si se sospecha lesión cervical elevar la mandíbula sin mover el cuello.

- Ventilar al paciente:

1. Conectar ambú a la fuente de oxígeno a la mayor concentración posible.

- Sincronizar el masaje cardíaco con la ventilación: cada 2 insuflaciones 30 compresiones independientemente de uno o dos reanimadores.

- Si se dispone de monitor desfibrilador monitorizar al paciente y si está en fibrilación ventricular o taquicardia ventricular supraventricular: seleccionar el voltaje Monofásico 360 J y Bifásico 200 J, aplicar pasta conductora a las palas para realizar la desfibrilación, e indicar a todo el personal que se aparte de la cama del paciente. Una de las palas se coloca a la derecha del esternón por debajo de la clavícula y el otro a nivel del ápex cardíaco (generalmente a la izquierda del pezón izquierdo) 5º-6º espacio intercostal línea media axilar izquierda.

- Mantener 1-2 vías venosas gruesas, canalizar vía periférica si el paciente no tiene.

- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el facultativo.

- Preparar material y ayudar al facultativo en la intubación endotraqueal si lo indica.

- Interrumpir las maniobras de resucitación cuando el facultativo lo ordene.

- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.

- Recoger el material utilizado y limpiarlo.

- Reponer el material, utilizado del carro de paradas, dejándolo preparado para volver a utilizar cuando se precise.

- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio de las maniobras de resucitación y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

• **Observaciones:**

Este procedimiento por su grado de complejidad requiere adaptarse a cada uno de los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana. Las recomendaciones que se hacen en este procedimiento se basan en las últimas recomendaciones publicadas por el European Resuscitation Council del año 2005 (1,2).

El golpe precordial sólo está indicado en los 30 primeros segundos de una parada cardiorrespiratoria presenciada con el paciente monitorizado para saber si se encuentra en FV o TVSP.

Consideraciones en pediatría:

1. Punto de compresión para el masaje:

- Lactantes: Si hay 1 reanimador, 1 dedo por debajo de la línea intermamaria, utilizar los dedos medio y anular de la mano. Si hay dos reanimadores: rodear el tórax con ambas manos y presionar en el mismo lugar con los pulgares, deprimiendo el tórax un tercio de diámetro anteroposterior.

- Niños pequeños: 2 dedos por encima del apéndice xifoides sólo utilizar la base de una mano.
- Niños > de 8 años: 2 dedos por encima del apéndice xifoides.
- 2. Frecuencia de compresión:
 - Lactantes: 100-120 compresiones/minuto.
 - Niños: 100 compresiones/minuto.
- 3. Profundidad de la compresión.
 - Lactantes: un tercio del diámetro anteroposterior.
 - Niños: un tercio del diámetro anteroposterior.
- 4. Volumen de ventilación:

La ventilación se debe realizar con extremo cuidado para evitar el barotrauma. Se insuflará hasta ver elevarse el tórax.
- 5. Frecuencia de ventilación:
 - Lactantes: 20-25/minuto.
 - Niños: 15-20/minuto.
- 6. Secuencia de compresión / ventilación: comenzar con 5 ventilaciones de rescate:
 - 30:2 → único reanimador
 - 15:2 → 2 reanimadores.
 - 3:1 → recién nacidos en paritorio.
- 7. En caso de obstrucción de las vías aéreas por cuerpos extraños en niños o bebés inconcientes, intentar 5 insuflaciones y en caso de ausencia de respuesta proceder con las compresiones torácicas sin comprobar circulación.

Consideraciones en la embarazada:

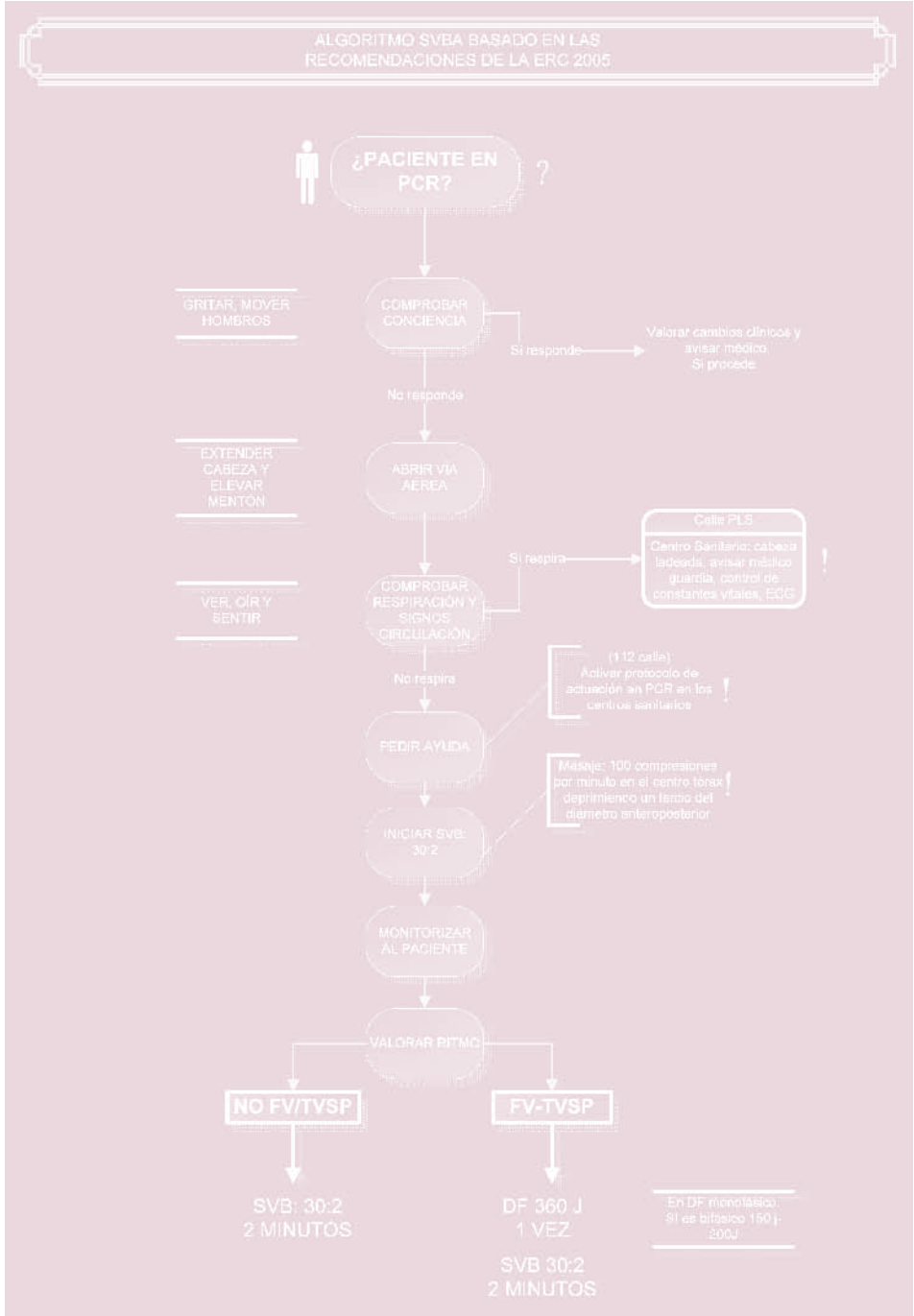
La RCP en la mujer gestante tiene la misma secuencia que una RCP en una mujer no gestante. Las diferencias estriban en la posición correcta de la embarazada, modo de desobstrucción de la vía aérea y localización del punto de compresión torácico(3).

POSICIÓN: Decúbito supino sobre una superficie plana y dura proceder a desplazar el útero hacia la izquierda. Se colocará una cuña bajo el flanco de la cadera derecha aprox. 15-30°. También puede hacer de cuña los muslos del segundo reanimador. Si existe sospecha de lesión vertebral, desplazar manualmente el útero hacia la izquierda, empujando el abdomen con las manos.

VÍA AÉREA: en caso de obstrucción de la vía aérea NO está indicada la maniobra de Heimlich, se procederá a realizar 6 compresiones torácicas en la zona media del esternón, separadas de unos 2 segundos entre sí.

VENTILACIONES: la gestante tiene mayor riesgo de reflujo gastroesofágico y en consecuencia de broncoaspiración.

COMPRESIONES: Iniciar el masaje cardíaco en el tórax, deprimiendo este de 2-5 cm. a razón de 80 veces por minuto. La secuencia será de 15:2 independientemente de 1 ó 2 reanimadores.



• **Bibliografía:**

- Collado J, Molina M, Marqués M. Recomendaciones 2005 sobre resucitación cardio pulmonar del ERC. Nuevos algoritmos en soporte vital básico. Rev. Excelencia Enfermera 2006.[citado en 23 diciembre 2006][aprox. 4 paginas] disponible en: <http://www.ee.isics.es/servelt/satellite?pagename=Excelenciaenfermera/Page/plantill..>
- European Resuscitation Council. Guidelines for resuscitation 2005. Resuscitation 2005.
- Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Martínez Moar L, Pérez Iglesias JR, Pereira Becerro J, Rodeño Abelleira A. Reanimación cardiopulmonar: aptitud básica ante una parada cardiorrespiratoria en embarazadas. Emergencias 2002;14:182-189
- Bibliografía general.

12.10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE EN ESTADO DE SHOCK

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a recuperar las funciones vitales del paciente.

• **Objetivos:**

- Mantener el soporte vital del paciente.
- Disminuir la ansiedad de la familia.

• **Equipo:**

- Carro de parada.
- Equipo necesario para el Sondaje Vesical.
- Equipo necesario para la Realización de Electrocardiograma.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Suero fisiológico.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para el Sondaje Vesical.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la Realización de Electrocardiograma.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Valorar estado del paciente: frecuencia cardiaca, tensión arterial, sudoración, temperatura, palidez, ansiedad, agitación, estado de conciencia.
- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocarse los guantes desechables.
- Administrar oxígenooterapia suficiente para disminuir la hipoxemia
- Canalizar 1-2 vías venosas gruesas y mantenerlas con suero fisiológico.
- Extraer sangre venosa para cursar estudio de coagulación, hematología, pruebas cruzadas y bioquímica, según indicación médica.
- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico.
- Vigilar y monitorizar las constantes vitales.
- Elevar miembros inferiores si el estado del paciente lo permite, posición de Trendelenburg. En el shock cardiogénico (paciente con disnea) colocarlo en posición de Fowler con los MMII en declive.
- Realizar sondaje vesical.
- Realizar el balance hídrico.
- Si se produce parada cardio-respiratoria iniciar maniobras de resucitación.
- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
- Recoger el material utilizado y limpiarlo.
- Retirarse los guantes.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

• Bibliografía

- Bibliografía general.

12.11. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA AGUDA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a recuperar las funciones vitales del paciente.

• Objetivos:

- Mantener el soporte vital del paciente.
- Proporcionar al paciente los cuidados necesarios para resolver la reacción anafiláctica aguda de forma rápida y eficaz.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia.

- **Equipo:**

- Carro de parada.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

- **Material:**

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Suero fisiológico.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la aspiración.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Suspender toda la terapia en curso.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocarse los guantes desechables.
- Colocar al paciente en decúbito supino y aflojarle la ropa que le comprime. Si existe hipotensión colocar al paciente en posición de Trendelemburg.
- Vigilar y monitorizar las constantes vitales.
- Mantener permeable la vía aérea.
- Administrar oxígeno terapia suficiente para disminuir la hipoxemia
- Mantener 1-2 vías venosas gruesas, canalizar vía periférica si el paciente no tiene y mantenerlas con suero fisiológico.
- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico. Tener preparados adrenalina, corticoides y antihistamínicos, esperar para su administración a la orden del médico.
- Si se produce parada cardio-respiratoria iniciar maniobras de resucitación.
- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
- Recoger el material utilizado y limpiarlo.
- Retirarse los guantes.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

- **Observaciones:**

Tras la resolución de la reacción anafiláctica es muy importante identificar el agente causal. Tras su identificación se debe informar al paciente, indicándole la importancia de evitarlo y de llevar siempre encima la información médica referida a la sensibilidad anafiláctica.

- **Bibliografía**

- Bibliografía general.

12.12. GUIA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA ALERGIA AL LÁTEX

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para proporcionar a los pacientes con alergia al látex un entorno seguro y efectivo libre de látex, evitando su exposición al mismo, dentro del hospital.

- **Objetivos:**

- Identificar al paciente alérgico o con factores de riesgo asociados.
- Ofrecer al paciente un ambiente libre de látex, identificando y eliminando los objetos de látex de su entorno inmediato.
- Evitar la aparición de una reacción alérgica y/o anafilaxia.
- Proporcionar al paciente y familiares unas indicaciones sobre todo aquello que puedan utilizar con seguridad (material, dieta, fármacos, etc)

- **Equipo:**

- Equipo necesario y libre de látex, para el manejo de una posible reacción anafiláctica aguda.
- Carro de paradas, con un apartado específico para material libre de látex e identificado correctamente.
- Listado general de material prohibido y recomendaciones alternativas.

- **Material:**

- Brazaletes de identificación del paciente
- Todo el material que sea necesario utilizar con el paciente, en un momento determinado, ha de estar desprovisto de látex
- Guantes desechables desprovistos de látex
- Premedicación recomendada en pacientes alérgicos al látex, antes de cirugía
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Identificación del paciente alérgico con un brazalete identificativo.
- Habitación individual, indicando con un rótulo en la puerta que se trata de un paciente alérgico al látex y sustituyendo los objetos que puedan contener látex (colchón, almohadas y mobiliario en general) por otros alternativos y si esto no fuera posible, evitar el contacto directo.
- Comprobar en el etiquetado, la composición de los productos.
- Instaurar una dieta adecuada y exenta de determinados vegetales (plátanos, piña, kiwi, melón, granada, castaña, tomates, patatas, etc.) para evitar reacciones cruzadas entre el látex y otros antígenos alimentarios.
- El personal sanitario y no sanitario en contacto directo con el paciente, ha de estar alertado y no debe llevar látex en sus objetos personales (correas de reloj, gomas del pelo, zuecos, etc.)
- Evitar el contacto directo con productos que lleven látex en su composición. En el caso en que no exista alternativa, interponer una gasa, sábana, etc. (fonendos, manguitos de tensión, etc).
- Cuando se utilicen inyectables, no perforar con la aguja el tapón de caucho.
- Tener preparada medicación específica por si se desencadena una reacción anafiláctica.

• Observaciones:

- Debemos recordar que el látex es un producto muy ubicuo, y que precisamente por ello es muy difícil garantizar una total ausencia de látex en el ambiente próximo.
- En las unidades pediátricas, pueden utilizarse como medida preventiva, los chupetes y tetinas de silicona.
- En caso de necesitar trasladarse por el hospital, el paciente debe llevar sus propios guantes sin látex y un autoinyectable de adrenalina.
- En caso de cirugía, deben seguirse unas normas específicas, ya que el quirófano es el lugar donde el paciente está más expuesto al látex. Para ello debe poder convertirse cualquier quirófano, en un quirófano libre de látex, siguiendo protocolo de adecuación.
 - * Administrar la premedicación recomendada para estos pacientes, según el protocolo del centro.
 - * Estos pacientes deben programarse a primera hora de la mañana, apareciendo el protocolo en la hoja de programación de quirófano.
- Debe garantizarse la prevención primaria, evitando el contacto con productos de látex, cuando existe una exposición continuada y repetida al mismo (niños con espina bífida, mielomeningocele, malformaciones congénitas urológicas, etc.).

ANEXO I. LISTADO GENERAL DE MATERIAL

TABLA 1. Recomendaciones para medicamentos, sueroterapia y hemoterapia

PRODUCTO	RECOMENDACIONES
Medicación	- Usar ampollas de vidrio monodosis. - Si se usa vial, quitar el tapón de goma para extraer el contenido, no pincharlo.
Sueros	Usar sueros certificados por las distintas casas comerciales.
Hemoconcentrados	No utilizar para administrar medicación.

TABLA 2. Materiales y objetos del hospital que pueden contener látex y recomendaciones de uso

Material	Características	Recomendaciones de uso
Ambú negro	Contiene látex	Ambú completo de silicona
Anillas de goma para sujetar equipo	Látex	No usar
Cableado externo de aparatos: - Respiradores - Monitores: * Dates * Omheda * Otros - Aspiradores eléctricos - Calentadores de sueros - Mantas térmicas - Relajador muscular - Neuroestimulador	Pueden contener látex " " " " " " " " " " " " " " "	El cableado que pueda contener látex, cubrirlo con funda de plástico desechable. Utilizar aparatos sin concertinas
Colchoneta de mesa quirúrgica y anexos	Látex	Cubrir con sábana o funda desechable
Colchones y almohadas Ordinarios	Pueden contener látex	Cubrir con sábana o funda desechable
Esmarch (torniquete)	Látex	Utilizar venda o bien cubrir la extremidad previamente con una sábana
Fonendoscopios	Pueden contener látex	Interponer un paño para evitar el contacto directo
Mascarillas con gomas Mascarillas de oxígeno	Contienen látex Látex en las gomas de sujeción	Utilizar mascarillas sin gomas / Retirar gomas

Material	Características	Recomendaciones de uso
Protectores: - De luces - De sistemas de ventilación - De instrumental quirúrgico - De mando - Binoculares de microscopio	Pueden contener látex “ “ “ “ “ “ “ “ “ “ “ “	Aislarlos o retirarlos
Puertas	Látex en goma de ajuste	Mantener cerradas para evitar flujos de aire / cubrir las gomas
Respiradores	En todos puede existir látex en válvulas internas, concertina y bolsa de aspiración	Sustituir la bolsa de aspiración por bolsa de neopreno o retirar la bolsa. A priori, se considera seguro colocar doble filtro en la salida en Y de las tubuladoras
Trajes de quirófano	Látex	No usar

TABLA 3. Otros materiales de látex y alternativos

Látex	Alternativos
Bolsas de hielo	No usar
Chupetes y tetinas de biberón	Utilizar de silicona
Cobertor y campos quirúrgicos	Interponer paños de algodón
Compresores	Bandas de tela
Curas oclusivas	Consultar con las casa comerciales productos libres de látex
Dedal de pulsioxímetro de goma	De PVC, sensor desechable
Diques de protección dental	No usar
ECG: gomas de extremidades, peras de caucho	De PVC
Esfingomanómetro con pera de caucho	Interponer ropa o gasas
Fibras elásticas, vendajes de caucho, mallas	Vendas de algodón
Gafas de oxígeno de goma	De PVC
Guantes de látex	De vinilo, estireno, tactylon, poliuretano, neopreno, etc.
Jeringuillas con pistón de caucho (tres cuerpos)	Jeringuillas de plástico completas (dos cuerpos)
Mascarilla para anestesia	De PVC
Ruedas de carros, camillas, camas, etc.	Cubrirlas con telas

Látex	Alternativos
Sistemas de infusión venosa simples con conexiones de goma (marrones)	Sistemas de infusión venosa dobles con conexión en Y sin látex
Sondas nasogástricas rojas, de aspiración, vesicales (tipo Foley naranjas), rectales, catéteres, etc.	De PVC o silicona
Tubo de fonendoscopio	Cubrir con gasas
Tubos de drenaje	De PVC
Tubos de intubación guedel negro	Guedel silicona desechable
Tubos endotraqueales de goma	De PVC

Nota: el látex puede estar en otros objetos no incluidos en estas tablas, valorar su existencia antes de su contacto con el paciente.

• **Bibliografía:**

- Andreu JM, Pallardó MA, Rodríguez JM, De Andrés JA. Protocolo de adecuación hospitalaria al paciente alérgico al látex. Consorci Hospital General Universitari Valencia: 1-36.
- Carrillo Díaz T, Blanco Guerra C. Implicaciones de la alergia al látex. Arch bronconeumol 2000; 36: 425-428.
- De la Hoz Caballer B, Gómez Barra J, Sánchez-Cano M, Losada Cosmes E. Protocolo de adecuación del material anestésico – quirúrgico para pacientes alérgicos al látex. Rev. Esp. Alergol Inmunol Clin, Feb 1999; Vol.14, Num. 1, pp. 11-18.
- Food and Drug Administration. Latex – containing devices; user labeling; proposed rule. Fed Regist 1996; 61: 32618-32621.
- Nieto A, Estornell F, Mazón A, Reig C, García-Ibarra F. Allergy to latex in spina bifida: a multivariate study of associated factors in 100 consecutive patients. J Allergy Clin Immunol 1996; 98: 501-507.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la alergia al látex. Dep. legal: SE-3791/04.
- Martínez Hernández E. Protocolo hospitalario pacientes alérgicos al látex. Hospital de Sagunto. Departamento 4. 2006.
- Bibliografía general.