



TÍTULO

**¿REALIZAMOS UN ADECUADO CONTROL DEL DOLOR EN
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS?**

AUTORA

Ana Belén Flores de la Cruz

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2014

Tutor	Tutor: Félix Plaza Moreno
Curso	<i>Curso de Experto Universitario en Atención al Trauma Grave (2012/13)</i>
ISBN	978-84-7993-779-9
©	Ana Belén Flores de la Cruz
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2013



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

INTRODUCCION

En todo paciente con un trauma leve, moderado o grave es fundamental conocer y evaluar el grado de dolor, debiendo estar registrado en la historia junto al resto de las constantes y reevaluado de manera constante tras la administración de la analgesia adecuada.

Desde el punto de vista objetivo, no tenemos medios que nos ayuden a confirmar el nivel del dolor que un paciente puede referir y como mucho, podemos llegar a entender la realidad del dolor en aquellos casos en los que una agresión, trauma o lesión tisular lo hagan obvio.

En ocasiones, aunque esta información es de suma importancia para el paciente y para el médico, no disponemos de ella y por ese motivo no utilizamos la analgesia y/o dosis adecuadas de fármacos. Un paciente con un trauma grave es un paciente potencialmente complicado y con un grado de gravedad importante y hay que mantenerlo estable. Por ello administrar analgesia es de gran ayuda en la estabilización del herido, ya que es un síntoma que causa discomfort, ansiedad y agobio, alterando más otras constantes e incluso enmascarándolas.

Por esto motivo se decide hacer una revisión de historias clínicas para analizar si en ellas se describe la medición del dolor antes y después del tratamiento y si se utiliza una buena analgesia de acuerdo a ello.

MATERIAL, METODO, MUESTRA Y RESULTADO

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo durante un período de cinco meses (mayo a septiembre de 2.013) de los avisos a domicilio con nuestra unidad móvil medicalizada tras la activación por medio del Centro Coordinador del 061 por sospecha diagnóstico de una de patología traumática grave. Se obtiene la información de la historia clínica (sin informatizar, de manera manual) y de la asistencia al paciente por nuestro servicio de urgencias mediante una tabla Excel donde se recogen los siguientes parámetros:

- Edad
- Diagnóstico
- Eva pre y post tratamiento (anexo 1)
- Tratamiento
- Vía de administración del mismo

- Mecanismo lesional
- Traslado al hospital (y medio de transporte)

Tras la recopilación de todos los datos se realiza un cribaje de historias con los criterios de inclusión para considerar a un paciente con trauma grave según criterios anatómicos, fisiológicos, mecanismo lesional, edad o comorbilidad. (Anexo 2)

RESULTADOS

- Se recopilan un total de 181 historias con posible trauma alertado por centro coordinador 061
- Cuando se llega al lugar del accidente y después de valorar al paciente, el mecanismo lesional y establecer un diagnóstico final sólo **74 historias** de las revisadas cumplen los criterios de inclusión para considerarse traumatizado grave
- La edad media de los pacientes es de **38.23 años** (DE +/-15)
- **Ninguna** historia refleja la escala visual analógica (EVA) del dolor antes y después del tratamiento (como dato relevante puede observar que en el total de historias solo en una de ellas se anota EVA pre y post tratamiento por fractura tobillo cuyo mecanismo lesional es accidente fortuito, no considerándose trauma grave según criterios).
- El **31.08 %** de los pacientes recibió algún tratamiento con de aines o/y opiáceos (23 pacientes) mediante vía intramuscular o intravenosa
- En el **79.8 %** de los casos al paciente **no** se canaliza vía venosa periférica.
- En el **12.16 %** de los pacientes de utilizan opiáceos para controlar el dolor
- El **75.67 %** de los pacientes se trasladaron al hospital (55 pacientes), de los cuales a solo 21 paciente se le había administrado analgesia y 15 de ellos de manera intravenosa.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En ningún momento queda reflejado en la historia del paciente el grado de dolor (EVA) y no siempre se canalizan vías venosas periféricas adecuadas para administrar analgesia en un porcentaje alto de pacientes.

Existe un importante vacío en relación al registro de la Historia clínica respecto al dolor, fundamentalmente antes y después de la analgesia, tipo de analgésico, hora de administración y vía usada.

Estos resultados darían que pensar y plantearnos nuevas medidas para que algo tan importante como el dolor y analgesia tomaran más relevancia, ya que parece que al no ser una constante objetiva se nos olvida y la dejamos en un segundo plano.

En nuestro centro de salud se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, revisando el formulario de uso de opioides durante un período de 18 meses, concretamente desde enero 2.011 a julio 2.012 y que analiza el uso de opioide en las urgencias de nuestro centro de salud por profesionales tanto de atención primaria como dispositivo de apoyo y del cual se pueden sacar conclusiones que se pueden extrapolar a estos resultados de analgesia en un politraumatizado

“Uso de opioides en una unidad de urgencias extrahospitalaria durante un período de 18 meses”

Objetivos: a fin de establecer unas bases sólidas de adecuación terapéutica para aumentar la calidad y eficacia en la atención sanitaria basada en la seguridad del paciente, nos proponemos averiguar la utilización de opioides extrahospitalario dentro de nuestra Unidad considerando: tipo de opioide usado (morfina, fentanilo, meperidina), vías de administración usadas (parenteral, subcutáneo, intramuscular o endovenoso) y patologías en las que se ha empleado.

Métodos

- Revisión del formulario de uso de opioides desde enero 2011 a julio 2012, de carácter obligatoria su cumplimentación.
- Con el resguardo o justificante para la restitución al stock de un nuevo vial, constatamos el arquetipo de fármaco elegido, la patología indicada, la fecha de administración y el nombre y dos apellidos del facultativo prescriptor, con su número de colegiado o Código Numérico Personal (C.N.P.), como medio cifrado para su consignación en dicho documento normalizado.

Resultados

Se utilizaron 374 ampollas: 210 de hidrocloreuro de petidina, 119 de morfina hidrocloreuro y 45 de fentanilo

- a. El 62% de la morfina situación terminal, el 17,65% en insuficiencias respiratorias tipo edema agudo de pulmón, el 8,4% en fracturas y luxaciones y el 5% en SCACEST (el 83% de cara inferior).
- b. El 88,9% del fentanilo patología traumatológica, siendo el porcentaje más alto las fracturas de cadera, pero también luxaciones de hombro, rodilla, cadera y rótula y fracturas de tibia, rodilla, clavícula, escafoides, tobillo, pelvis y costal.
- c. La meperidina, siendo la patología princeps la crisis renoureteral con un porcentaje del 34%, el 20% en paciente oncológico y/o situación terminal, el 16,7% en dolores abdominales incluyendo pancreatitis, cólico biliar, suboclusión intestinal, dolores abdominales inespecíficos con remisión posterior al hospital, dolor ovárico y hernia encarcelada, el 6,7% en migrañas, el 6,2% en trauma, el 4,28% en ciáticas, el 2,86% en odontalgias, el 1,9% en SCACEST, el 0,95% en fisura anal-crisis hemorroidal, el 0,48% en neuralgia del trigémino y el 0,48% (sólo un caso) en una picadura de pez araña.

Discusión y conclusiones

- La morfina Produce vasodilatación, pudiendo provocar hipotensión severa. Es muy útil en el tratamiento del EAP.
- La meperidina es diez veces menos potente que la morfina, pero más liposoluble y por su acción vagolítica es el analgésico de elección en IAM inferior y de ventrículo derecho.
- El fentanilo es menos sedante que la morfina, pero unas 80 veces más potente que la morfina y con menos efectos secundarios. Los efectos hemodinámicos son escasos.
- En el traumatizado es importante que una vez se haya estabilizado al enfermo, se instaure cuanto antes una analgesia suficiente.
- Destacar el alto porcentaje de cloruro de morfina que hemos administrado en los SCACEST, cuando teóricamente el de elección sigue siendo el hidrocloreto de petidina.
- Son fármacos indispensables en Urgencias de Atención Primaria por su eficacia, seguridad y potencial reversibilidad (naloxona).

Los estudios comparativos frecuentemente con llevan un riesgo de sesgo del cual somos conscientes pero si extrapolamos y contrastamos los resultados de los dos

estudios se pueden sacar unas conclusiones claras del uso de la analgesia en nuestro ámbito de actuación.

- La meperidina es el fármaco mas frecuente empleado para el dolor cuando el paciente acude a consultar a nuestro servicio de urgencias del centro de salud. Se usa en un abanico amplio de patología donde se incluyen desde cólicos de riñón, ciáticas, crisis hemorroidales hasta picadura de pez araña.
- En la revisión de las historias de pacientes traumatizados se utiliza este de manera mas correcta fentanilo debido a su potencia analgésica, menos efectos secundarios y mayor estabilidad hemodinámica
- El fentanilo se emplea en su mayoría en patología traumática, coincidiendo con la revisión de traumas, pero aun así se usa en un porcentaje bajo
- Dentro del centro de salud administramos más opiáceos que de manera extrahospitalaria, ello nos puede hacer pensar porque tenemos mas manejo de estos fármacos dentro de una consulta.

A pesar de que existen protocolos y formación a los profesionales se puede podría concluir que:

- Se debería dar más formación en la actuación frente a un paciente traumatizado
- Comunicar concienciar y sensibilizar a los profesionales de los resultados obtenidos insistiendo en la realización de las historias clínicas de buena calidad con una correcta recopilación y anotación de constantes, tratamiento y técnicas que utilizamos para ello.
- Realizar un protocolo básico de actuación para fomentar el uso de escalas del dolor antes y después de analgesia de estos pacientes y el tratamiento analgésico adecuado para ello
- Mejorar el formato de historia manual, ya que el actual tampoco facilita realizar historias detalladas y ordenadas
- Concienciar de la eficacia y seguridad de los opioides, por su potencial capacidad de reversibilidad.

Anexo 1

Definición de dolor (OMS)

El dolor es una experiencia individual, una sensación, que provoca o evoca una emoción y esta es desagradable.

Habitualmente existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de mantenerse. Por otra parte, muchas personas refieren dolor en ausencia de daño tisular o causa fisiopatológica conocida; sin embargo, esta experiencia debe ser aceptada como dolor, puesto que no hay manera de distinguirla de aquella debida a un daño tisular efectivo. Otra manera de expresar el concepto de la naturaleza subjetiva del sufrimiento, es "dolor es lo que el paciente dice que es".

La valoración del dolor debe ser individualizada.

Debido al gran número de características intrínsecas y extrínsecas ligadas al dolor, su evaluación es a menudo difícil y obliga a recurrir a diversas técnicas que engloban aspectos verbales, conductuales y fisiológicos.

La valoración del dolor es importante porque:

- Una mala valoración del dolor implica una mala decisión terapéutica y viceversa, una evaluación correcta del dolor se asocia con un buen tratamiento del mismo
- Es necesaria para valorar la eficacia de diferentes tratamientos

A la hora de valorar el dolor debemos tener en cuenta:

1.- La *subjetividad del dolor*: nadie mejor que el propio paciente sabe si le duele y cuánto le duele. La valoración por parte del paciente a cerca de su propio dolor se ve muy influenciada por la dimensión psicosociológica, que a su vez depende del nivel sociológico (cultura, valores ético/religioso y contexto social) y del nivel individual (personalidad, cualificación del dolor, tolerancia, aceptación...)

•
2.- Los *cambios en la intensidad* del dolor a lo largo del proceso.

3.- La existencia de una *sintomatología acompañante* al dolor:

- Fisiológica: detectada por aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, sudoración o palidez.
- Conductual: llorar, gemir, tensar los músculos o expresar el dolor que sienten.

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

Con el fin que la valoración del dolor sea lo más individualizada y correcta posible se han ido creando y validando una serie de escalas. Estas escalas se suelen sistematizar según sean:

ESCALAS SUBJETIVAS DEL DOLOR

- Son las escalas de dolor que se caracterizan porque el propio paciente es el que nos informa acerca de su dolor

UNIDIMENSIONALES

Se basan en la valoración de la intensidad de dolor.

1. Escala verbal simple : dolor ausente , moderado , intenso , tolerable
 - Consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor
 - Son simples, fáciles de usar y comprender y de bajo costo
 - Su principal inconveniente es que miden un solo parámetro, la intensidad.
2. Escalas de categoría numérica (ECN) :
 - Existen múltiples escalas dentro de este grupo que alcanzan diferentes puntos máximos, siendo más sensibles cuantos más altos sean estos.
 - Sus ventajas son semejantes a los de la escala verbal simple y su principal inconveniente es también la medida sólo de la intensidad.
 - Un ejemplo es la escala de 0 a 10 : El paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad del dolor ; todos los números aparecen encasillados , de manera que lo que deberá hacer es marcar con una X la casilla que contiene el número elegido
3. **Escala analógica visual (EVA)**
 - Es una de las escalas más utilizadas para medir el dolor en la clínica.
 - Es un método simple, que ocupa poco tiempo, aunque requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte de un paciente
 - Es la más frecuente, fácil y rápida de realizar al paciente
 - Sus ventajas son múltiples: simplicidad, uniformidad, sensibilidad y confiabilidad.

- Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre 2 puntos donde figuran las expresiones “ no dolor “ y “ máximo dolor imaginable “ que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 , respectivamente ; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece
- Entre los inconvenientes destacan la limitación impuesta por los extremos, la falta de comprensión por parte de los pacientes y la uniformidad en la distribución de las mediciones.

ESCALAS NUMÉRICAS

- Escala numérica verbal
 - 0 → NO dolor
 - 10 → MÁXIMO dolor imaginable
- Escala de graduación numérica

Valoración del Dolor

ESCALA ANALÓGICA VISUAL (V.A.S.)

ESCALAS EN NIÑOS

En los niños las escalas tienen que ser adecuadas a su comprensión y son algo diferentes de la de los adultos

a) Escalas numéricas verbales

En ellas se puede reflejar la intensidad del dolor a intervalos, bien numéricos que suelen ir de 0 a 10, bien con expresiones verbales, que van desde nada de dolor, hasta dolor intenso.

- **Escala numérica del dolor:** consiste en una línea continua con intervalos regulares que se numeran desde 0 hasta 10, los niños evalúan su dolor designando el 0 como ausencia de dolor y el 10 como el máximo dolor posible.
- **Distintas variaciones:** que se diferencian por ser distinta la numeración máxima de la escala, que sigue siendo ascendente desde cero, pero hasta cinco o hasta siete.
- **Escala Likert:** esta escala tiene 5 niveles cada uno de ellos va unido a una palabra: nada, poco, medio, bastante, máximo, sobre ellas el niño refleja el aumento de grado de dolor que percibe
- **Escala de los vasos:** con un esquema de 5 vasos numerados del 1 al 5, coloreados a distintos niveles que expresan desde nada de dolor hasta el máximo dolor, para que el niño señale el más acorde con el dolor que siente
- **Termómetro del dolor:** consistente en un dibujo del termómetro clásico de mercurio con una numeración ascendente de 0 a 10, para que el niño coloree el nivel del termómetro de acuerdo a su percepción del dolor que padece

b) Escalas visuales analógicas

Útiles para niños mayores de 4 años, o edades parecidas como diremos más adelante; tienen la ventaja de que no hace falta que el niño comprenda bien los números o las palabras unidas al dolor; algo importante es que la escala que se utilice esté bien validada. También existen múltiples variaciones, alguna de las más utilizadas son:

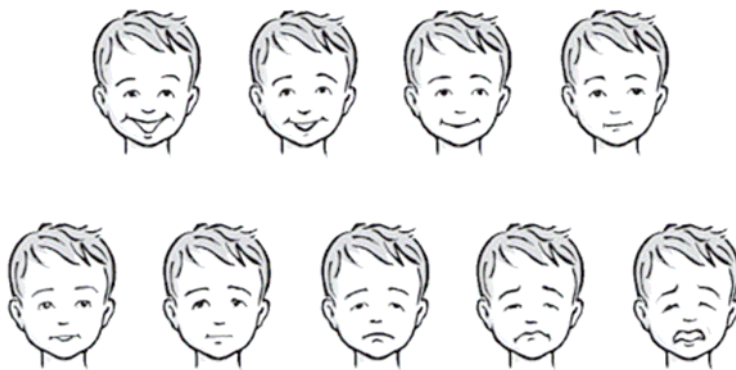
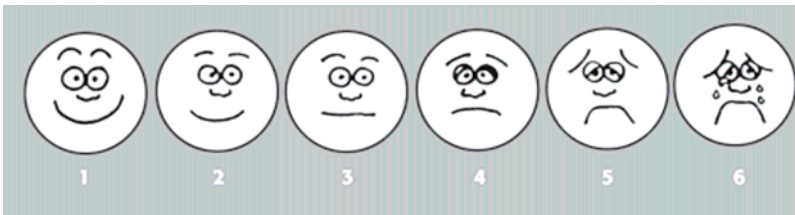
• **Escalas de dibujos faciales (Facial scale)**

Probablemente son las más extendidas, las más utilizadas y siempre presentes en los protocolos que usan diversos métodos de medida de dolor. Están formadas por dibujos de una cara, generalmente hechos por niños, expresando diferentes grados de dolor, para que el niño elija el más feliz posible o el más triste posible de acuerdo con el dolor que siente; usadas también para medir la ansiedad.

Se valora el dolor sobre un cierto número de dibujos de caras, generalmente entre 5 y 10, realizadas con distintos gestos mímicos de bienestar o malestar, situados de manera progresiva desde bienestar a malestar, es decir, desde ausencia de dolor a dolor intenso, explicándole al niño lo que significa, se le pide que valore su dolor indicando cuál es la cara que mejor le representa.

- Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker, el número de caras que utiliza son seis, suele acompañarse cada cara de una graduación numérica para convertir la cara que indicará el niño en un número; la puntuación de las seis caras es 0, 2, 4, 6, 8, 10, donde 0 es sin dolor, 2 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 8-10 dolor intenso. Existen numerosas adaptaciones de estas escalas, en las que además de la

forma de expresión de los dibujos suelen variar el número de caras, y su uso depende muchas veces de la experiencia



Anexo 2

DEFINICION DE TRAUMA GRAVE

Paciente con una o varias lesiones traumáticas graves, producidas por energía mecánica y que pueden comprometer la vida del paciente o provocar graves secuelas. Se define como una o mas lesiones graves que compromete la vida, la lesión valorada con >3 puntos en la Escala Abreviada de Lesiones (AIS). Se incluyen los pacientes con varias lesiones de menor gravedad, si alcanzan 15 puntos en la Escala de Gravedad Lesional (ISS).

Definición funcional: Proceso por el que tras alertarse, presencial o telefónicamente, a cualquier dispositivo asistencial del Sistema Sanitario de la existencia de un paciente traumatizado por energía mecánica, se dan los pasos necesarios que permitan una primera estratificación del riesgo, telefónica o presencial, basada en la existencia de, al menos, uno de los criterios de gravedad fisiológica u anatómica, de riesgo biomecánico, de edad o comorbilidad, que posteriormente se exponen, iniciando las medidas diagnósticas-terapéuticas en el menor plazo de tiempo posible, de forma priorizada con derivación, si procede, al centro sanitario más adecuado a la patología del paciente y a su ubicación, evitando nuevas lesiones, demoras y pasos intermedios, y asegurando la continuidad asistencial (incluido el traslado interinstitucional), hasta un conocimiento completo de cada lesión del paciente y su gravedad respectiva.

A. Criterios fisiológicos de gravedad.

- Trauma Score Revisado ≤ 11 .
- Escala de Glasgow ≤ 14 .

B. Criterios anatómicos de gravedad.

- Lesiones penetrantes de cabeza, cuello, tronco y parte proximal de los miembros.
- Tórax basculante.
- Amputación proximal a muñecas o tobillos.
- Dos o más fracturas en húmero y/o fémur.
- Fracturas abiertas o deprimidas de bóveda craneal.
- Fractura con sospecha de afectación vascular.
- Fractura de pelvis.
- Parálisis/paresia de miembro.
- Quemadura de más del 10% de la superficie corporal, lesiones por inhalación o inmersión prolongada, combinadas con el traumatismo.

C. Criterios de riesgo basados en el mecanismo lesional.

- Caída (precipitación) desde más de 3 metros de altura.
- Accidente de automóvil:
 - Cuando se encuentre algún fallecido dentro de la cabina.
 - Cuando haya salido despedido del vehículo.
 - Si se tarda más de 20 minutos en la extricación.
 - Accidentes a más de 45 km/h.
 - Deformación del vehículo de más de 50 cm en impactos frontales.
 - Hundimientos de más de 30 cm en impactos laterales.
 - Accidente con vuelco.
- Atropello de peatón o ciclista.
 - Lanzamiento o derribo
- Accidente de motocicletas.
 - Cuando ocurre a velocidades mayores de 32 km/h
 - Si sale despedido.
- Exposición a onda expansiva

D. Criterios de riesgo por edad o comorbilidad

- Mayores de 55 años o menores de 5 años.

– Comorbilidad grave:

- Enfermedad cardíaca o respiratoria.
- Embarazo
- Diabetes Mellitus, cirrosis u obesidad mórbida
- Inmunodeprimidos
- Discrasias sanguíneas y pacientes anticoagulados.

Protocolo de actuación del dolor en paciente politraumatizado y aspectos a reflejar en la historia

ASPECTOS QUE DEBEN REFLEJAR LAS HISTOIRAS

Anamnesis:

- Alergias a medicamentos y comorbilidad (si es posible, ya que en ocasiones la situación en la que encontramos a los pacientes hace difícil recopilar datos de su historia medica)
- describir la etiología del accidente y mecanismo lesional: muy importante para establecer los diagnósticos posteriores

Diagnóstico: Debe establecerse uno o varios diagnósticos según área anatómica afectada sin dejar de considerar otros cuadros intercurrentes como shock, insuficiencia respiratoria, inconsciencia...

Exploración física: Tras examinar al paciente y tomar constantes establecer el trauma score y si es menor de 12 deberá alertarse al hospital al que se traslade el enfermo. Se realiza un correcto examen primario con indicadores que valoran la función respiratoria, hemodinámica y situación neurológica, sin olvidar antes la permeabilidad de la vía aérea y un correcto ABC

Exploración complementaria

- Registro de FR, FC, TA Y SAT O2 (al menos dos tomas y apuntar las horas)
- Anotación del valor **de la escala del dolor** al menos antes y después de administrar analgesia

Tratamiento:

- Describir la vía de administración de los fármacos adecuadamente

- Registrar la medicación que se administra (moléculas y dosis)

Traslado:

- prealerta al hospital de referencia
- **tratamiento analgésico** adecuado a la intensidad del dolor que presenta el paciente mediante **canalización de vena periférica de grueso calibre** (incluso dos, ya que son paciente que se pueden inestabilizar en cualquier momento) y como segunda elección vía intraósea, anotándose la hora a la que se administra la medicación y las dosis correspondientes.
- realizar un traslado con una adecuada movilización del paciente e inmovilización (collarín, camilla cuchara, tabla o body espinal, dama de elche...)
- indicar la medidas de soporte vital avanzado que se ha utilizado para solucionar el ABCDE de un paciente de estas características.

Evolución: si el paciente es trasladado por un equipo médico debe de tener al menos dos tomas de constantes con las horas a las que se han hecho

Tratamiento del dolor en un paciente traumatizado

El control del dolor es un paso fundamental del manejo inicial del trauma grave. Deberá abordarse con la inmovilización de los diferentes segmentos corporales lesionados y previos a la movilización. Es importante para cuantificar la intensidad del dolor manejar una escala analógica del 0 al 10, como las comentadas anteriormente, anotando en la historia una valoración inicial y final.

Los fármacos deben de administrarse cuanto antes ya que una adecuada analgesia optimiza la función respiratoria, circulatoria y neurológica, además da aumentar el grado de confort.

Tipo de analgesia

En adulto

- Cloruro mórfico (ampolla de 1ml con 10 mg de morfina): diluir 1 ampolla en 9 ml de SSF y administrar 3ml cada 10-15 minutos hasta que desaparezca el dolor.

- Fentanilo (ampolla de 3ml con 150mcg): diluir ampolla en 7 ml con SSF, administrar 5ml y repetir a los 5 minutos si continúa el dolor.

En niños


- Cloruro mórfico 0.05 -0.1mg/kg, diluir ampolla en 9cc SSF y administrar 0.005-0.1ml/kg, lento cada 15 minutos
- Fentanilo: tomar 1 ml de la ampolla y diluir en 9cc SSF, administrar 1ml por kg de peso

PROYECTO DE MEJORA EN LA HISTORIA EN NUESTRO DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

En el momento actual, cuando atendemos a un paciente fuera del ámbito del centro de salud, la historia se realiza de manera manual. Todo esto conlleva:

- una anamnesis y exploración muy escasa
- con poca información
- letra ilegible en muchas ocasiones
- rapidez en el desarrollo de las actuaciones
- debido al poco espacio del que se dispone la hoja de historia

FORMATO DE HISTORIA ACTUAL



JUNTA DE ANDALUCÍA
Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
DISTRITO SANITARIO
COSTA DEL SOL

SERVICIO DE URGENCIAS

Atención en Consulta

N.º de Orden:

Fecha:

Hora:

CENTRO DE SALUD: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos		N.I.F.	N.º de Afiliación S.S. (Si no trae o no tiene derecho, firmar al dorso).
Domicilio		Tfno.	Localidad:
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Desplazado <input type="checkbox"/> SI	Nombre del Médico de Cabecera: <small>(Solo si el paciente pertenece al Distrito)</small>

Atendido por:	FACULTATIVO <input type="checkbox"/>	ENFERMERO <input type="checkbox"/>
Motivos de la Consulta:	Accidente de Tráfico <input type="checkbox"/> Accidente Laboral <input type="checkbox"/> Accidente Escolar <input type="checkbox"/>	
Antecedentes: (especificar alergias)		
Anamnesis:		
Exploración y Pruebas Complementarias		
Juicio Clínico:		
Tto. Administrado:	Cura:	<input type="checkbox"/>
Tto. indicado:	Inyectable:	<input type="checkbox"/>
	Otros:	<input type="checkbox"/>
	Especificar:

La atención se presta en: <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Domicilio	(Desplazamientos:.....Km.)	Aviso urgente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Derivación: <input type="checkbox"/> Médico de Cabecera <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otros	Identificación CNP y Firma del Responsable de la Asistencia	Ambulancia: Si <input type="checkbox"/>

PROYECTO-PROPUESTA DE HISTORIA MANUAL (FORMATO SIMILAR 061)

Esta historia es similar a la historia que utiliza el equipo de 061.

En la actualidad están iniciando un registro digital de las historias de los pacientes mediante ordenador o similares portátiles

En nuestro caso particular (DCCU) tendríamos es que mejorar la calidad de las historias y en el formato antiguo es difícil llevarlo a cabo por los inconvenientes anteriormente descritos

En este formato disponemos de más organización para describir todos los datos de la historia clínica

Lo ideal sería disponer de varios formatos, agrupados en las patologías más importantes (sobre todo cardiorrespiratorias y traumas)

Si lo que queremos es que mejore la calidad asistencial del paciente traumatizado en este formato propuesto deberíamos dirigir la parte de procedimientos médicos y enfermería al trauma, el tipo de inmovilización y adjuntar las escalas (TCS y Glasgow) en dicha zona para tenerlas visibles, poder puntuar rápido y actuar en consecuencia



Fecha:	Unidad:	Orden <input type="checkbox"/>	Doc. N°	Proceso																																																																
IDENTIFICACION	Nombre:	Lugar: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Lugar público		HH:MM	Motivo de llamada																																																															
	Apellidos:	<input type="checkbox"/> Aglomeración <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Otros _____		Recepción																																																																
	Dirección:	Procedencia:		Activación																																																																
	Población:	Traslado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		En el Lugar																																																																
	SS/DNI: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EM-DCCU <input type="checkbox"/> Helicóptero 061 <input type="checkbox"/> RTU <input type="checkbox"/> EM-061 <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Otros: _____		Inicio Asist.																																																																
F. Nacimiento: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre	Derivación:		Cargando	TRIAGE <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N																																																															
Edad: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer			Entregado																																																																
ANAMNESIS Antecedentes: <input type="checkbox"/> Desconocidos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Alergias: <input type="checkbox"/> Desconocidos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Tratamiento habitual: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Enfermedad Actual: _____																																																																				
VALORACION INICIAL	A VIA AEREA Permeable <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lengua <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tr. Facial <input type="checkbox"/> Tr. Laringotraqueal <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Edema glotis		B VENTILACION Espontánea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Patrón Respir. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disnea Estridor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiraje <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Movilidad Tx <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Auscultación <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		 Hipoventilación Abolido Crepitantes Roncus Sibilancias																																																															
	N NEUROLOGICO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">PUPILAS</th> <th colspan="3">Glasgow</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Derecha</th> <th colspan="2">Izquierda</th> <th>Global</th> <th>Verbal</th> <th>Motor</th> </tr> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>Re-</th> <th>N</th> <th>Re-</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicial</td> <td>•••</td> <td></td> <td>•••</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>•••</td> <td></td> <td>•••</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			PUPILAS				Glasgow			Derecha		Izquierda		Global	Verbal	Motor		N	Re-	N	Re-				Inicial	•••		•••					Final	•••		•••					C CIRCULACION Ingurgitación yugular: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Hemorragias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si. Local: _____ Cantidad: _____ Ausculta. cardiaca <input type="checkbox"/> Asistolia <input type="checkbox"/> Ritmico <input type="checkbox"/> Soplos <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Tonos apagados <input type="checkbox"/> Roces <input type="checkbox"/> Extratonos Hidrat. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Sudorosa <input type="checkbox"/> Edemas Color <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Eritematosa <input type="checkbox"/> Ictericas <input type="checkbox"/> Caliente		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Pulsos</th> <th colspan="2">Relleno capilar</th> </tr> <tr> <th>Radial</th> <th>Carotideo</th> <th>Femoral</th> <th><2 seg</th> <th>>2 seg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Pulsos			Relleno capilar		Radial	Carotideo	Femoral	<2 seg	>2 seg	Inicial						Final					
		PUPILAS				Glasgow																																																														
		Derecha		Izquierda		Global	Verbal	Motor																																																												
		N	Re-	N	Re-																																																															
Inicial	•••		•••																																																																	
Final	•••		•••																																																																	
	Pulsos			Relleno capilar																																																																
	Radial	Carotideo	Femoral	<2 seg	>2 seg																																																															
Inicial																																																																				
Final																																																																				
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Amnesia Episodio <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inconsciencia <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado previa.....minutos <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Agresivo/violento <input type="checkbox"/> Coma		<input type="checkbox"/> Cráneo <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Patológica (Marcar localizaciones) <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Pélvis/genitales <input type="checkbox"/> Recto <input type="checkbox"/> Extremidades		Piel Temperatura <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Caliente																																																																
EXPLORACION FISICA Sin Hallazgos patológicos <input type="checkbox"/> Patológica (Marcar localizaciones)		EXPLORACION NEUROLOGICA Sin Hallazgos patológicos <input type="checkbox"/> Patológica (Señalar cuáles)		Funciones superiores <input type="checkbox"/> Pares craneales <input type="checkbox"/> Motor <input type="checkbox"/> Sensitivo <input type="checkbox"/> Reflejos OT <input type="checkbox"/> Refl. CP <input type="checkbox"/> Marcha/equil <input type="checkbox"/> Cerebeloso <input type="checkbox"/> Sig. Meningeos																																																																
VALORACION SECUNDARIA Comentarios Exploración																																																																				
F.K.G.	Hora: _____ Con dolor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Frecuencia: _____ lpm Eje: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado		Ritmo: <input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Otro:(indicar) _____ Espacio PR: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado		Bloqueo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Indicar) _____ Espacio QT: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado																																																															
	Onda Q <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Indicar) _____		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>aVR</th> <th>aVL</th> <th>aVF</th> <th>V1</th> <th>V2</th> <th>V3</th> <th>V4</th> <th>V5</th> <th>V6</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6													Alteración ST <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Indicar) _____ Alteración T <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Indicar) _____		Observaciones: _____																																					
	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6																																																								
	C: Contusión D: Dolor E: Erosiones Fa: Fractura abierta Fc: Fractura cerrada H: Herida L: Luxación Q: Quemadura: _____ %																																																																			

MONITORIZACION	TA (mmHg)	FC	FR	Dolor			Gluc	Temp	Trauma Score			Eliminación		EVOLUCION <input type="checkbox"/> Sin cambios con el estado inicial <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable <input type="checkbox"/> Exitus Observaciones _____															
	SIS	Diast.	lpm	rpm	Sat O ₂	FiO ₂	l al l0	m/dl	°C	GCS	TAS	FR	Diures		SNG														
	:																												
	:																												
	:																												
CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROCESO																													
PROCEDIMIENTOS	<input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Aspiración de secreciones <input type="checkbox"/> Aislamiento de vía aérea <input type="checkbox"/> Cánula orofaríngea calibre _____ <input type="checkbox"/> Intubación Tipo _____ Calibre _____ <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> Punción Cricotiroidea <input type="checkbox"/> Cricotiroidotomía			<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia: FiO ₂ _____ lpm _____ <input type="checkbox"/> V. manual <input type="checkbox"/> V. mecánica (<input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No Invasiva) <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> Asistida FiO ₂ _____ Peep _____ cm H ₂ O Fr.Resp _____ rpm Ti/Te _____ Vol/minuto _____ Vol.Tydal _____ l. <input type="checkbox"/> Sellado herida torácica <input type="checkbox"/> Punción drenaje torácico						<table border="1"> <tr> <th>Vía</th> <th>Localización</th> <th>Ø</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Masaje Cardiaco _____ minutos <input type="checkbox"/> Hemostasia <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/> Quirúrgica					Vía	Localización	Ø												
	Vía	Localización	Ø																										
<input type="checkbox"/> Marcapasos: Frecuencia _____ lpm Intensidad _____ mA <table border="1"> <tr> <td>Intensidad máxima (Jul)</td> <td>Nº de choques</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Cardioversión <input type="checkbox"/> Desfibrilación			Intensidad máxima (Jul)	Nº de choques					<input type="checkbox"/> Vendajes <input type="checkbox"/> Lavado Gástrico <input type="checkbox"/> Limpieza de Heridas <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____						CONSENTIMIENTO INFORMADO: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> VERBAL <input type="checkbox"/> ESCRITO INTERVENCIONES: _____														
Intensidad máxima (Jul)	Nº de choques																												
TRATAMIENTO FLUIDOTERAPIA / MEDICACIÓN: _____ OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES AL ALTA: _____																													
HISTORIA ENFERMERIA	Situación Basal Previa				Valoración inicial por necesidades																								
	Cuidador: _____				Respirar				Higiene piel				A SC NV																
	Dispositivos previos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Alimentación				Evitar peligros				A SC NV																
	Conductas de riego <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Eliminación				Valores				A SC NV																
	Actividades básicas de la vida diaria <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total				Movilidad				Realización/ocio				A SC NV																
¿Cumple régimen terapéutico?				Dormir/descan				Aprender				A SC NV																	
¿Conoce régimen terapéutico?				Vestirse				Aprender				A SC NV																	
DIAGNOSTICOS ENFERMERIA				NIVEL DE PLANIFICACION				INTERVENCIONES																					
OBSERVACIONES:																													
TRAUMATISMOS	 ACCIDENTE DE TRAFICO Tipo de incidente _____ Mecanismo _____ Posición en Vehículo (en figura) <input type="checkbox"/> Ocupante vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Expulsado <input type="checkbox"/> Otras víctimas graves <input type="checkbox"/> Fallecidos _____				Daños en Vehículo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menores <input type="checkbox"/> Gran deformidad <input type="checkbox"/> Vuelco <input type="checkbox"/> Atrapamiento _____ min <input type="checkbox"/> Movilización previa <input type="checkbox"/> Desincarceración por _____				Medidas seguridad <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinturón segurid. <input type="checkbox"/> Asiento seg. Niño <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Abierto				OTROS Tipo _____ Mecanismo _____ _____ Accidente Laboral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				INTERVENCIONES <input type="checkbox"/> Collarín Cervical <input type="checkbox"/> Camilla tijeras <input type="checkbox"/> Corsé espinal <input type="checkbox"/> Tabla espinal <input type="checkbox"/> Férula miembros <input type="checkbox"/> Colchón vacío <input type="checkbox"/> Inmov. Tetracam. <input type="checkbox"/> Retirada casco												
	PCR <input type="checkbox"/> Ante- asistencia <input type="checkbox"/> Durante asistencia <input type="checkbox"/> Durante traslado				Horas estimadas PCR _____ RCP-3 _____ 1º Choque eléctrico _____ Aislamiento de la Vía aérea _____ Vía venosa permeable _____ Drogas _____ Respiración espontánea _____ Final RCP _____				Horas _____ Minutos _____				PCR Presenciada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eq. Movil A la llegada del equipo de emergencias <input type="checkbox"/> Pulso presente <input type="checkbox"/> Resp. Espontanea <input type="checkbox"/> Hay RCP por testigos <input type="checkbox"/> PCR de posible causa cardiaca Otra causa PCR: _____ Criterios para RCP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Grado de situación clínica previa OPC _____ CPC _____				Estado Final in situ: <input type="checkbox"/> Pulso presente <input type="checkbox"/> Continúa la RCP <input type="checkbox"/> Exitus Estado a la llegada al hospital: <input type="checkbox"/> Pulso presente <input type="checkbox"/> Continúa la RCP <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> Reflejos Tronco												
DIAGNOSTICO	CIE - 9 <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>												Nombre y apellidos del Equipo _____ Firma: _____				ANEXOS <input type="checkbox"/> Parte de lesiones <input type="checkbox"/> Otros _____				Médico/Enfermero Receptor: _____								

Esta firma certifica que renuncio al tratamiento. He sido informado del riesgo que implica y en consecuencia libero al servicio de emergencias y sus profesionales de toda responsabilidad que pueda producir esta acción

Paciente

Testigo

DNI

Escala de Glasgow Modificada para niños pequeños			
Apertura ocular	Espontánea	Al hablarle	4
	Al hablarle	Al dolor	3
	Al dolor	Al dolor	2
	No responde	No responde	1
Respuesta verbal	2-5 años		< 2 años
	Orientada	Palabras frases adec.	Sonríe, Lloro
	Desorientada	Palabras inadecuadas	Lloro continuamente
	Palabras inapropiadas	Llanto y grito exagerado	Llanto y grito exager.
	Sonidos incomprensibles	Gruñido	Gruñido
No responde	No responde	No responde	1
Respuesta motora	Movimientos espontáneos		6
	Obedece Ordenes	Localiza el dolor	5
	Localiza el dolor	Flexión-retirada ante el dolor	4
	Flexión-retirada ante el dolor	Flexión anómala ante el dolor	3
	Flexión anómala ante el dolor	Extensión en respuesta al dolor	2
	Extensión en respuesta al dolor	No responde	1

ESCALA DE GLASGOW	
RESPUESTA	PUNTOS
Apertura de ojos (O)	
Espontánea	4
A la palabra	3
Al dolor	2
No apertura	1
Mejor respuesta motora (M)	
Obedece	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión	2
No respuesta	1
Respuesta verbal (V)	
Orientada	5
Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No respuesta	1

Trauma Score Revisado (TSR)			
GCS	TAS	F.R.	Puntuación
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

Criterio de gravedad: si la suma de los 3 parámetros es igual o menor de 11 puntos

ESCALA DE CINCINATI PARA ICTUS

CAÍDA FACIAL
Normal: ambos lados de la cara se mueven por igual
Anormal: un lado de la cara no se mueve en absoluto

DERIVA DEL BRAZO
Normal: ambos lados se mueven por igual
Anormal: un brazo deriva respecto del otro

HABLA
Normal: el paciente utiliza correctamente las palabras
Anormal: el paciente articula mal las palabras o las utiliza de un modo confuso o no habla

VELOCIDAD DE INFUSION DE FLUIDOTERAPIA

horas	Cantidad de líquido a perfundir (en ml o cc)			
	1000	500	250	100
24	42	21	10	4
12	83	42	21	8
8	125	63	31	13
6	167	83	42	17
4	250	125	63	25
3	333	167	83	33
2	500	250	125	50
1	999	500	250	100
1/2	-	999	500	200

1 ml = 20 gotas = 60 microgotas
microgotas/min = ml/h en la bomba de perfusión

1 mg = 1000 microgramos
1 microgramo = 0,001 mg

Evaluación del dolor: Escala numérica

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El peor dolor

El mejor dolor

Escrita visual numérica para la evaluación del dolor

- Cara 0 se siente muy feliz porque no tiene dolor.
- Cara 1 tiene un poco de dolor.
- Cara 2 tiene un poquito más de dolor.
- Cara 3 tiene más dolor.
- Cara 4 tiene mucho dolor.
- Cara 5 tiene el dolor más fuerte que usted pueda imaginar, aunque usted no tiene que estar llorando para sentirse así de mal

Pídale a la persona que escoja la cara que mejor describe su propio dolor. Esta escala se puede usar con personas de tres años de edad o más.

CLASIFICACIÓN KILLIP	
Clase I	Infarto no complicado.
Clase II	Insuficiencia cardíaca moderada: estertores en bases pulmonares, galope por S3, taquicardia.
Clase III	Insuficiencia cardíaca grave con edema agudo de pulmón.
Clase IV	Shock cardiogénico.

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor típico que no cede con NTG s.l. - ECG con ST elevado > 2 mm en más de 2 derivaciones. - Menos de 75 años. - Menos de 6 horas de evolución. - No contraindicaciones absolutas ni relativas para Trombolisis. - TAS > 100 mmHg o TAD > 100 mmHg. - FC > 50 lpm. No BAV ni taqui ni bradiarritmias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor atípico. - ECG atípico (ST elevado < 2 mm, BCR, cambios onda T). - Más de 75 años. - Entre 6 y 12 horas de evolución. - Alguna contraindicación relativa para usar Trombolisis. - TAS < 100 mmHg o TAD > 100 mmHg. - FC < 50 lpm, BAV, taqui o bradiarritmias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normalización del dolor o el ECG con NTG s.l. - Descenso del ST. - Contraindicación absoluta de Trombolisis. - Más de 12 horas de evolución. - Indicación de ACTP. - Negativa del paciente a tratamiento de riesgo.

ESCALA DE RANKIN (MODIFICADA)

0.	Sin síntomas.	
1.	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2.	Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3.	Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p. ej. necesitando alguna ayuda).
4.	Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p. ej. incapaz para atender sus necesidades personales sin asistencia).
5.	Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.
6.	Muerte	

CIE-9	Diagnóstico	CIE-9	Diagnóstico	CIE-9	Diagnóstico
436.0	ACVA	518.4	Edema agudo de pulmón	303.0	Intoxicación alcohólica aguda
780.0	Alteración de la conciencia	995.2	Efecto secundario medicación	969.4	Intoxicación por benzodiazepinas
300.0	Ansiedad	427.81	Enfermedad del seno	724.2	Lumbago
466.0	Bronquitis Aguda	784.7	Epistaxis	780.7	Malestar y fatiga
723.1	Cervicalgia	491.21	EPOC Descompensado	780.4	Mareos
724.3	Ciática	564.0	Estreñimiento	798.1	Muerte instantánea
788.0	Cólico Nefrítico	427.31	Fibrilación auricular	798.9	Muerte sin atención medica
780.3	Convulsiones	780.6	Fiebre	787.0	Nauseas y vómitos
401.9	Crisis hipertensiva	786.3	Hemoptisis	V65.4	Otra consulta no especificada
250.02	Diabetes Mellitus II. Descompensada	569.3	Hemorragia rectal y anal	780.9	Otros síntomas generales
787.91	Diarrea	251.2	Hipoglucemia	924.8	Policontusión
786.0	Disnea	458.0	Hipotensión	959.8	Politraumatismo
789.0	Dolor abdominal	458.0	Hipotensión ortoestatica	V68	Recetas
789.00	Dolor abdominal	410.0	IAM	460.0	Resfriado común
719.41	Dolor articular	435.0	ICTUS transitorio	788.2	Retención urinaria
724.5	Dolor de espalda	599.0	Infección de Vías urinarias	780.2	Sincope
789.06	Dolor epigástrico	465.0	Infección respiratoria aguda	427.0	Taquicardia supraventricular
786.51	Dolor precordial	428.0	Insuficiencia cardiaca congestiva	427.1	Taquicardia ventricular
786.50	Dolor toracico	518.84	Insuficiencia respiratoria aguda o crónica	386.10	Vértigo periférico
				787.03	Vómitos

Cod	Diagnóstico Enfermero	Cod	Diagnóstico Enfermero	Cod	Diagnóstico Enfermero
137	Aflicción crónica	33	Deterioro de la respiración espontánea	92	Intolerancia a la actividad
69	Afrontamiento inefectivo	30	Deterioro del intercambio gaseoso	31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
53	Aislamiento social	95	Deterioro del patrón del sueño	78	Manejo inefectivo del régimen terapéutico
146	Ansiedad	13	Diarrea	134	Nauseas
61	Cansancio en el desempeño del rol del cuidador	29	Disminución del gasto cardíaco.	72	Negación ineficaz
128	Confusión aguda	132	Dolor agudo=dolor agudo torácico	32	Patrón respiratorio ineficaz
129	Confusión crónica	133	Dolor crónico	24	Perfusión tisular inefectiva
128	Conocimientos deficientes	135	Duelo disfuncional	23	Retención urinaria
102	Déficit de autocuidados	11	Estreñimiento	39	Riesgo de aspiración
27	Déficit de volumen de líquidos	26	Exceso de volumen de líquidos	155	Riesgo de caídas
16	Deterioro de la eliminación urinaria.	93	Fatiga	150	Riesgo de suicidio
51	Deterioro de la comunicación verbal	7	Hipertermia	138	Riesgo de violencia dirigida a otros
47	Deterioro de la integridad cutánea	6	Hipotermia	148	Temor
44	Deterioro de la integridad tisular.	14	Incontinencia fecal.		
85	Deterioro de la movilidad física	79	Incumplimiento del tratamiento		

Cod.	Intervenciones Enfermería	Cod.	Intervenciones Enfermería	Cod.	Intervenciones Enfermería
8100	Derivación	4180	Manejo de la hipovolemia	4150	Regulación hemodinámica
5820	Disminución de la ansiedad	2680	Manejo de las convulsiones	4140	Reposición de líquidos
5900	Distracción	7820	Manejo de muestras	6320	Resucitación
5510	Educación sanitaria	1400	Manejo del dolor	2260	Sedación intencionada
4920	Escucha activa	4250	Manejo del shock	1080	Sondaje gastrointestinal
7110	Implicación familiar	1570	Manejo del Vómito	0580	Sondaje vesical
5580	Información sensorial preparatoria	6680	Monitorización signos vitales	6580	Sujeción mecánica
0910	Inmovilización	3320	Oxigenoterapia	3620	Sutura
6530	Inmunización - vacuna	3200	Precauciones para evitar la aspiración	0960	Transporte
7906	Intercambio de información de Cuidados de salud	5340	Presencia	3780	Tratamiento de la exposición al calor
3120	Intubación y estabilización de vías aéreas	6490	Prevención de caídas	3740	Tratamiento de la fiebre
6412	Manejo de la anafilaxia	4260	Prevención del shock	3800	Tratamiento de la hipotermia
4090	Manejo de la disrritmia	6240	Primeros Auxilios	4516	Tª sustancias nocivas: Sobredosis
2120	Manejo de la hiperglucemia	6550	Protección contra infecciones	3300	Ventilación mecánica
4170	Manejo de la hipervolemia	4190	Punción venosa catéter	6650	Vigilancia
2130	Manejo de la hipoglucemia	3900	Regulación de la temperatura	6654	Vigilancia: Seguridad

Bibliografía

1. Proceso asistencial integrado del dolor crónico no oncológico del SAS
2. Proceso asistencial integrado al trauma grave del SAS
3. Proceso trauma grave 061
4. Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor.
<http://www.dolopedia.com/>
5. Valoración del dolor en Pediatría. F. Malmierca Sánchez¹, J. Pellegrini Belinchon¹, A.J. Malmierca²
6. Prehospital trauma analgesia. Stephen H. Thomas, MD, MPH*† and Sanjay Shewakramani, MD*
7. Analgesia for the Pediatric Trauma Patient: Primum Non Nocere?. Michael Greenwald, MD
8. Pain management in the trauma setting. Mirjana Lovrincecic, MD, Faye Kotob, MD, Julianne Santarosa, BS