



Accidentes Domésticos

en atención primaria

CARLA DOMÍNGUEZ R3 MFIC
MARIA PEYRA R2 MFIC
WLADIMIR CARASSA R2 EFYC
PILAR PARDOS R1 EFYC

Índice

01. FRAGILIDAD Y CAÍDAS


02. INTOXICACIONES

03. HERIDAS AGUDAS

04. QUEMADURAS

05. BIBLIOGRAFÍA

01. FR AGILITÀ AD

- Aumento expectativa de vida → triunfo y desafío → exigencias económicas y sociales
- ENVEJECIMIENTO ACTIVO: Mantener la autonomía + la independencia
- Promoción y prevención 

- 
- Pre-discapacidad con elevado riesgo de desarrollar limitación funcional.

- Factores de riesgo:

1. Edad avanzada

2. Mujeres

3. Situación familiar

4. Hospitalizaciones recientes

5. Deterioro cognitivo

6. Inactividad física

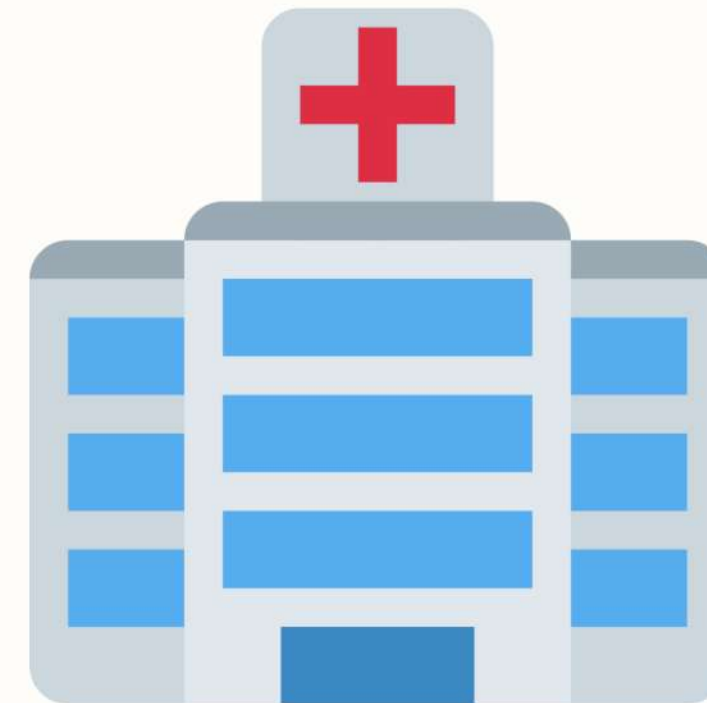
7. Polifarmacia

- Factor de riesgo independiente episodios graves de salud:

1. Caídas



2. Hospitalización

3. Pérdida de movilidad



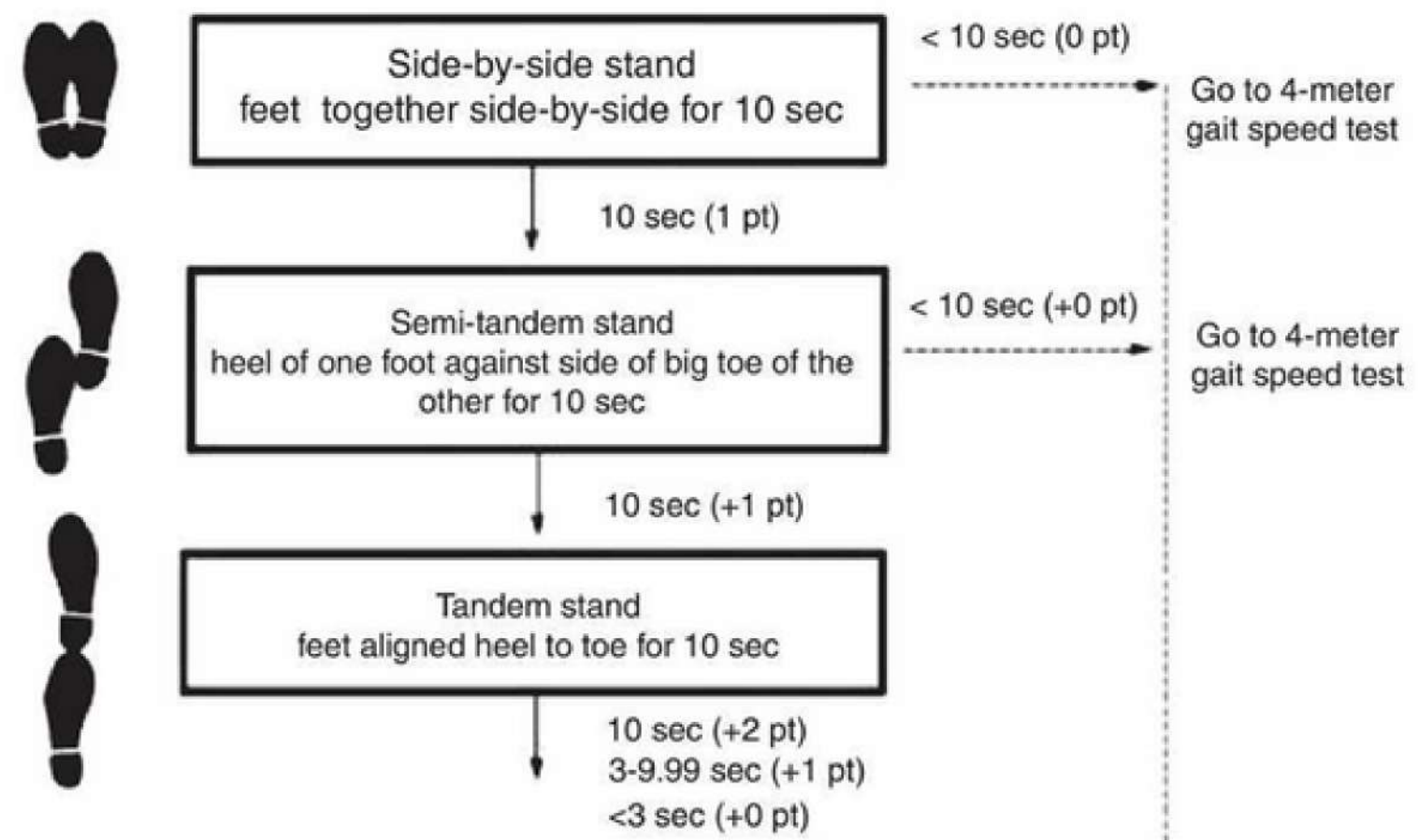


CRIBADO

- Mayores de 70 años +pérdida de peso mas 5% debido a enfermedades crónicas.
 - **SPPB** (*Short Physical Performance Battery*)
- 
- 

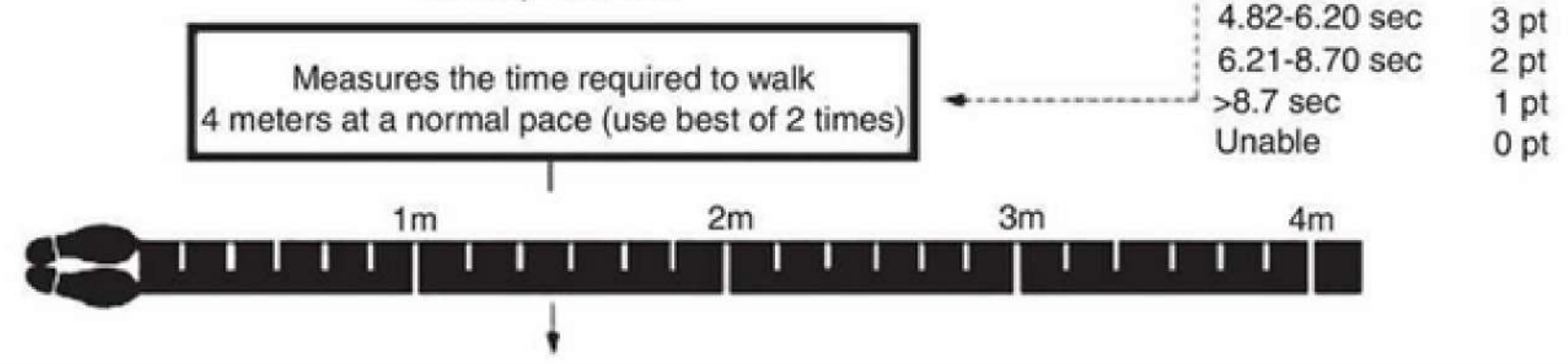
1.

Balance tests



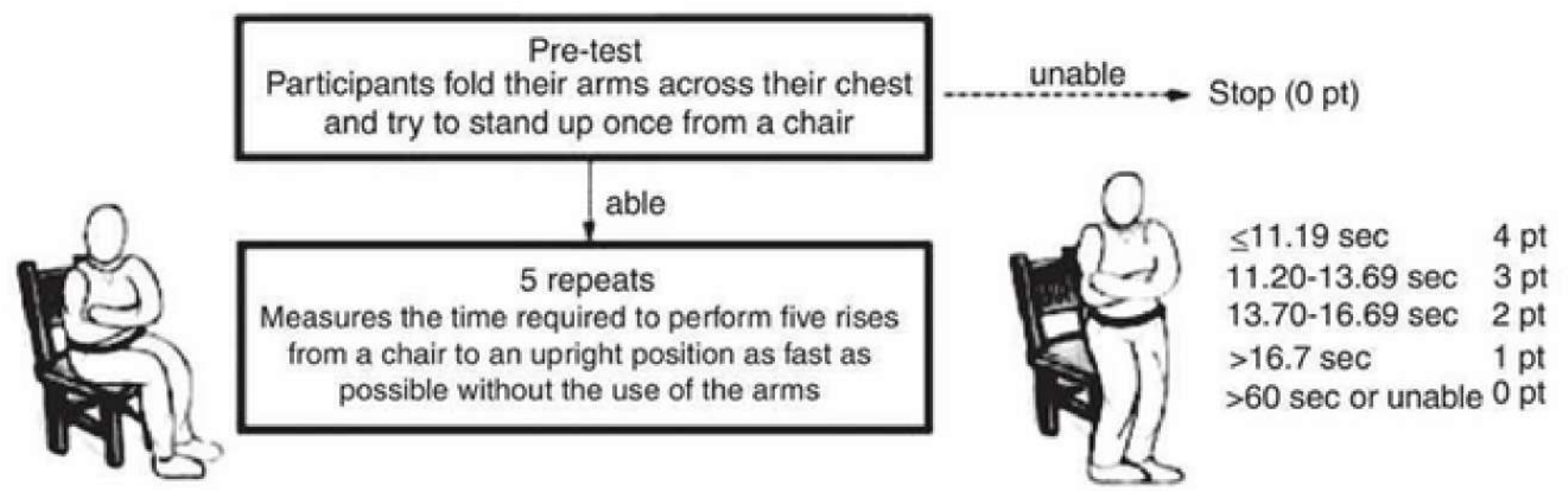
2.

Gait speed test



3.

Chair stand test



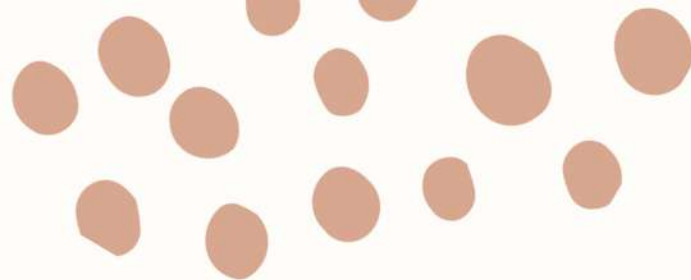
<10p: fragil

Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor
Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS . Gob.es. 8 de marzo de 2022]

CÁIDAS

- >70% consecuencias clínicas (fracturas, esguinces, heridas...).
- >50% secuelas posteriores y no recuperan nivel funcional previo.





- Factores de riesgo:

1. Fragilidad

2. Inactividad

3. Edad avanzada

4. Mujeres

5. Domicilio


6. Deterioro cognitivo

7. Polifarmacia

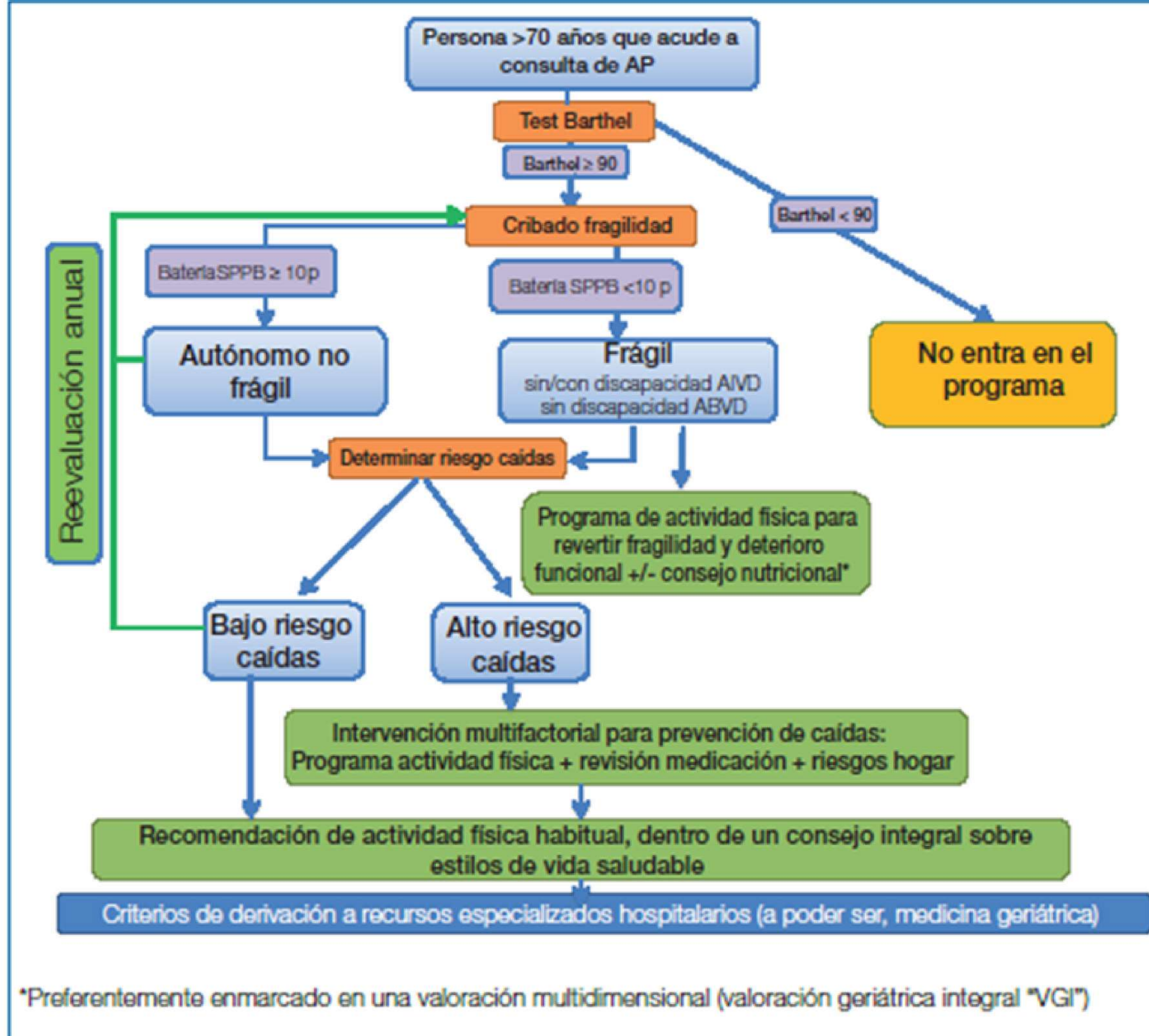




CRIBADO

- ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
 - ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?
 - ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? (esta pregunta se considerará positiva si la prueba de ejecución utilizada para el cribado de fragilidad resulta alterada).
- 

MANEJO



Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS . Gob.es. 8 de marzo de 2022]

02. INTOXICACIONES AGUDAS

¿Qué consideramos intoxicación aguda?

Síndrome tras la exposición brusca a una sustancia química en cantidades tóxicas.

Puede haber gran variabilidad de **síntomas** por exposición a más de un tóxico.



El diagnóstico se basa en el **90%** en una correcta anamnesis y exploración física.

Clasificación:

- Accidentales: Ámbito laboral o **DOMÉSTICO**.
- Autolíticas.
- Homicidas.
- Ámbito recreativo.



INSTITUTO NACIONAL DE
TOXICOLOGÍA:
915 620 420

CENTRO DE TOXICOLOGÍA
(BARCELONA):
932 585 113

¿Qué aprenderemos?

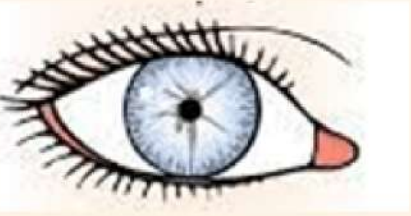
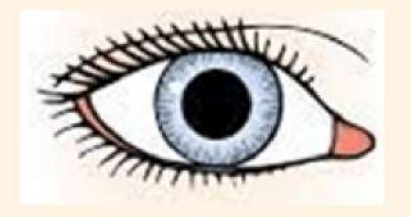
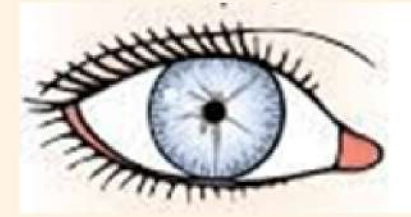
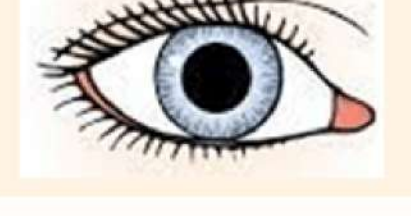
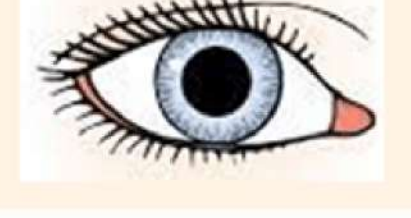
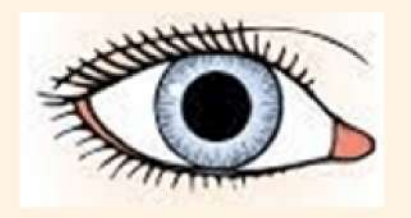


Niño de 14 años que accidentalmente se traga una pila de botón sobre las 10:00h. Consulta a las 16:00h en Urgencias del CUAP tras contárselo a sus padres. Asintomático.

¿Qué harías?

Mujer de 56 años que mientras limpiaba su casa ha mezclado lejía con amoníaco sin darse cuenta (lo tenía en una botella sin identificar). Consulta en Urgencias por tos irritativa y estornudos desde hace 4 horas. Estable hemodinámicamente.

¿Y ahora qué?

TOXÍNDROME	CONSTANTES	CLÍNICA	PUPILAS	TÓXICOS
Colinérgico	Bradycardia, taquipnea, hipotermia	Confusión, diaforesis, diarrea, náuseas, sialorrea, lacrimo, broncoespasmo,...		Organofosforados, carbamatos, pilocarpina, muscaria, amanita.
Anticolinérgico	Hipertensión, taquicardia, taquipnea, hipertermia	Confusión, agitación, retención de orina, sequedad de piel y mucosas, delirio, rubor facial,...		Antidepresivos tricíclicos, atropina, antihistamínicos, antipsicóticos, escopolamina.
Hipnótico	Hipotensión, shock, bradicardia, bradipnea, hipotermia	Coma (más o menos profundo)		Opiáceos, dextrometofano, BZD, etanol, antiepilépticos.
Alucinógeno	Hipotensión, taquicardia, taquipnea	Diaforesis, desorientación, alucinaciones, ataques de pánico.		LSD, lidocaina, cannabioides, anfetaminas.
Serotoninérgico	Hipertensión, taquicardia, hipertermia	Diaforesis, hiperreflexia, temblor, agitación.		ISRS, IMAO, antidepresivos tricíclicos, LSD, cocaína, litio.
Simpaticom.	Hipertensión, hipertermia, taquipnea	Diaforesis, piloerección, hiperreflexia, convulsiones, agitación		Cocaína, anfetaminas, IMAO, agonistas adrenérgicos.

Intoxicación por caústicos:

ÁCIDOS ($pH < 3$): Desinfectantes, tintes, fertilizantes, ...
Mecanismo de lesión: Necrosis por coagulación.

ÁLCALIS ($pH > 10$): Lejías, detergentes, amoníaco, cemento, ...
Mecanismo de lesión: Lesión tisular por licuefacción.

Quemaduras, tos irritativa,
broncoespasmo, disfagia, perforación
esofágica/gástrica....



SIGNOS DE GRAVEDAD INICIAL:

Clínica digestiva (perforación) o
respiratoria, shock, acidosis metabólica.

Intoxicación por cáusticos: Tratamiento

Contacto dérmico:

- Retirar la ropa y limpiar con agua o suero salino durante 30 minutos.
- Analgesia y profilaxis antitetánica, si precisa.

Contacto ocular:

Valorar consulta oftalmológica.

- Administrar colirio anestésico.
- Limpiar con agua o suero salino durante 30 minutos.
- Buscar úlceras, vigilar pérdida de agudeza visual.

Ingestión:

- Vía aérea permeable.
- NO diluir el cáustico. Sólo en caso de ácido fluorhídrico.
- Omeprazol 40mg IV / 24h + Antieméticos.
- Derivación a hospital de referencia.



Ingestión de pilas:

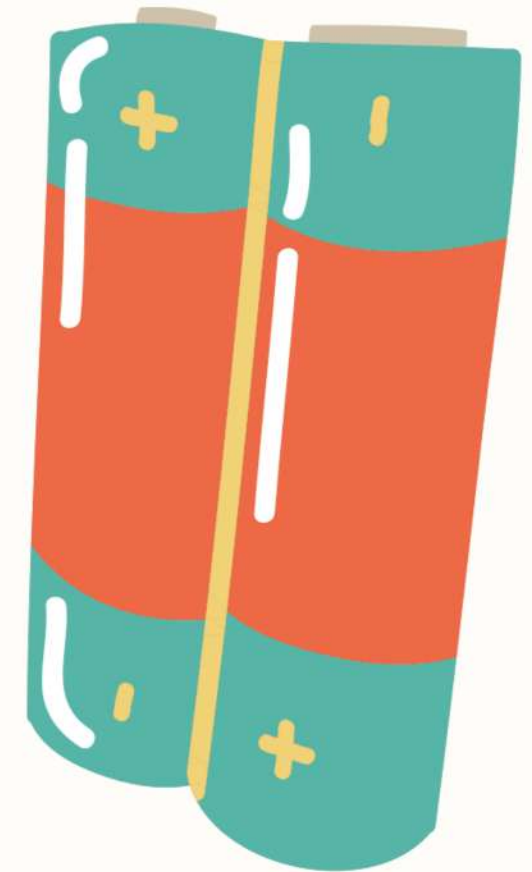
Contenido:

- Sales metálicas: litio, mercurio, cinc, plata o cadmio.
- Álcalis: hidróxido sódico y potasio.

Normalmente asintomáticos. Pueden provocar: lesiones químicas (perforación), obstrucción tubo digestivo, necrosis,...

Realizar **radiografía de tórax y abdomen**.

Signos de perforación esofágica: Disfagia, vómitos, taquipnea, fiebre.



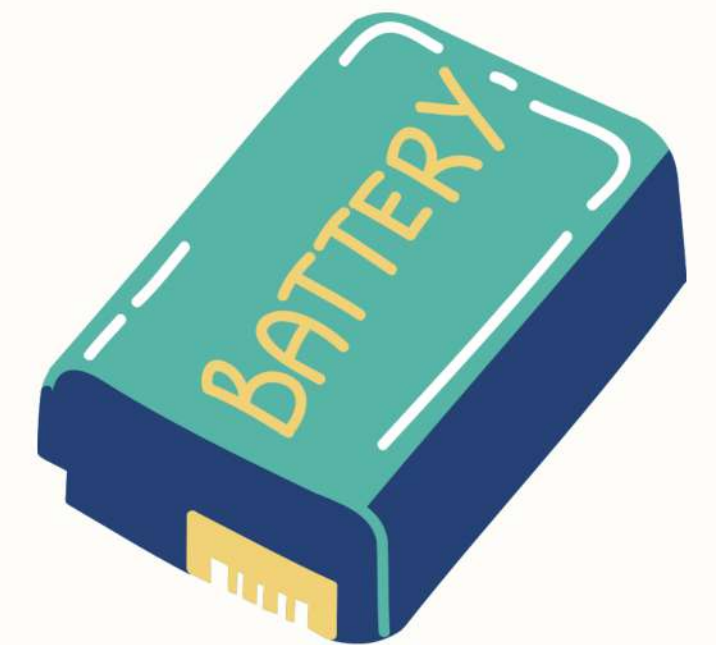
Ingestión de pilas:

 **NO** provocar vómito o lavado gástrico.

Pila en esófago: endoscopia urgente.

Pila en estómago: endoscopia si dolor intenso, vómitos, o pila de gran tamaño.

Si **asintomático:** Alta con dieta rica en residuos, inspección de heces.
Revaloración en 3 días si no ha sido expulsada.



Intoxicación por metanol:

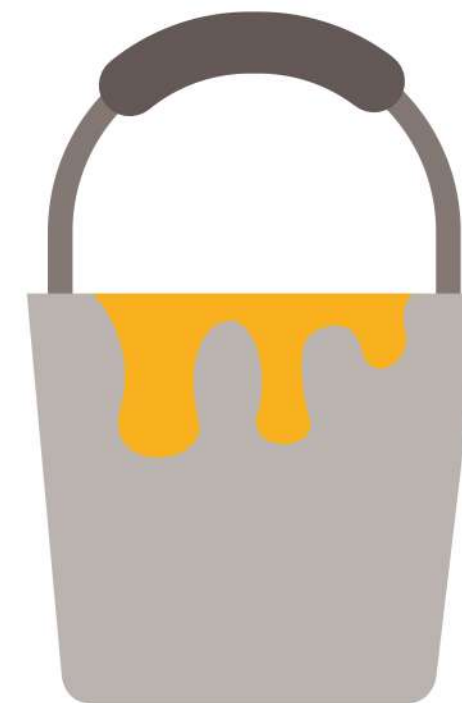
Se encuentra en: Alcohol de quemar, pinturas, barnices, lacas, disolvente, anticongelantes, limpia-parabrisas,...

CLÍNICA: Bradicardia, hipotensión, disnea, taquipnea.

Cefalea, letargia, convulsiones, coma,...

Visión borrosa, fotofobia, ceguera.

Náuseas, vómitos, pancreatitis.



La coingestión con etanol (antídoto) retrasa el diagnóstico.



Sospecha de ingesta: **DERIVACIÓN A HOSPITAL DE REFERENCIA.**

Ingreso en UCI.

Intoxicación por gases irritantes: Cloro y derivados.

Vapores desprendidos al mezclar lejía con amoníaco (**cloramina**) o lejía con limpiadores en polvo o gel (**gas cloro**).

CLÍNICA: Lesión mucosa respiratoria superior o inferior (tos, estridor inspiratorio, estornudos, angioedema...).

La inhalación de **cloramina** puede causar en *HORAS* broncoespasmo y edema pulmonar agudo.

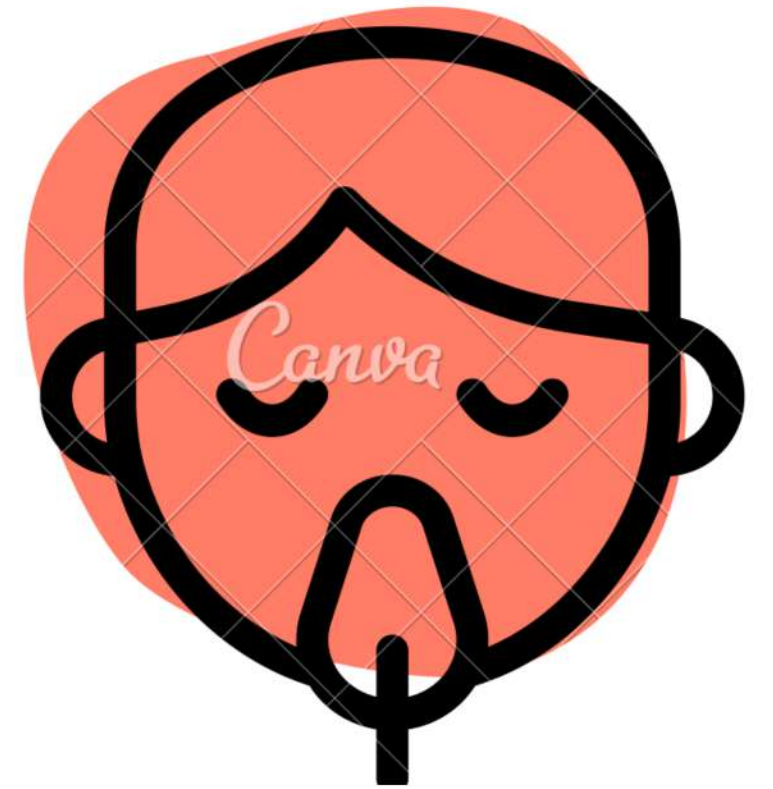


Intoxicación por gases irritantes: Cloro y derivados.

- Mantener vía aérea permeable.
- Si sospecha de afectación de vías bajas: Radiografía de tórax.
- Si signos de alarma: Intubación precoz.

En cuadros leves:

- Broncodilatadores y oxígeno.
- Nebulización con bicarbonato sódico 3 ml + agua destilada 7ml sobre todo durante las 3 primeras horas.
- Codeína.
- Observación durante mínimo 6 horas.



03. HERIDAS AGUJAS

¿Qué es una herida?

Lesión que provoca pérdida de la continuidad de la piel.

T I M E



Clasificación

Según agente etiológico

Según grado de contaminación

Según su forma





Heridas más frecuentes en atención primaria

- Mordeduras
- Herida con cuerpo extraño
- Desgarros
- Heridas por abrasión

MORDEDURAS

Limpiar la herida
correctamente

Verificar estado
vacunal (vacuna
antitetánica)

Suturar si es preciso



Heridas con cuerpo extraño

Limpiar la herida
y retirar
cualquier cuerpo
extraño

Verificar estado
vacunal (vacuna
antitetánica)



PROFILAXIS ANTITETÁNICA

Pautas de actuación para la profilaxis antitetánica en heridas^a

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA TETANÍGENA ^b	
	VACUNA(Td)	IGT ^c	VACUNA(Td)	IGT ^c
< 3 dosis o desconocida	SÍ (Completar vacunación)	NO	SÍ (Completar vacunación)	SÍ
3 ó 4 dosis	NO (Administrar una dosis si hace más de 10 años desde la última dosis)	NO	NO (Administrar una dosis si hace más de 5 años desde la última dosis)	NO ^d
5 ó más dosis	NO	NO	NO (Si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ^d

^a En caso de inmunodeprimidos y usuarios de drogas por vía parenteral, se administrará una dosis de inmunoglobulina en caso de heridas tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

^b IGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

^c Heridas tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido devitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que ésta se retrase más de 6 horas, y aquellas que se presenten en pacientes que tienen sepsis sistémica.

^d Excepcionalmente en aquellas heridas muy tetanígenas, contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido devitalizado (recibirán una dosis de inmunoglobulina).

Desgarros

Limpiar la herida y desbridar piel con aspecto necrótico

Cubrir con hidrocoloide o alginato calcio en caso de sangrado abundante

Muy frecuente en población 3^o edad



Heridas por abrasión

Muy frecuente en motoristas y niños

Valorar aspecto de la herida

Limpiar la herida y asegurarse de eliminar restos de arena, asfalto, etc.



CURA MÖLNDAL

Hidrofibra de hidrocoloide
y fijación con film de poliuretano transparente.
La frecuencia de la cura Mölndal se realiza cada
5-7 días

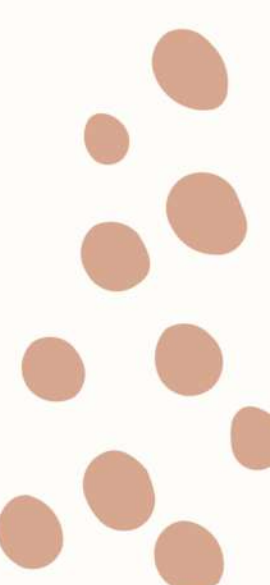
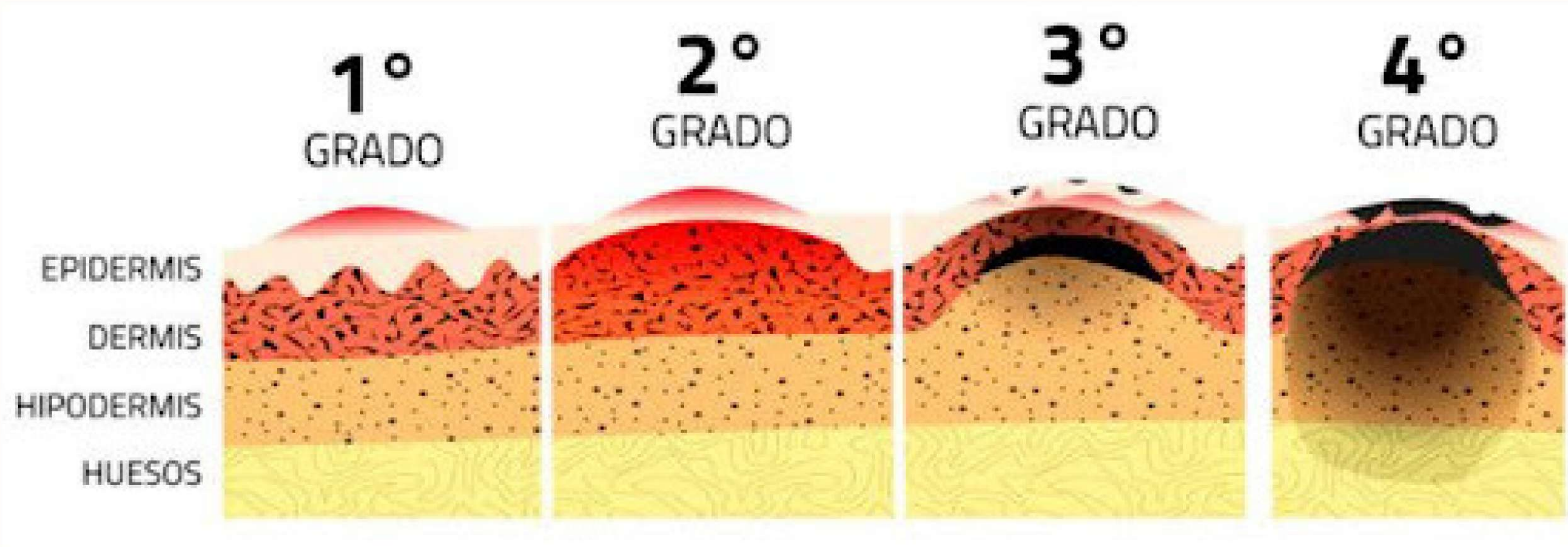


04. QUEM MADURAS

¿Cómo se clasifican?

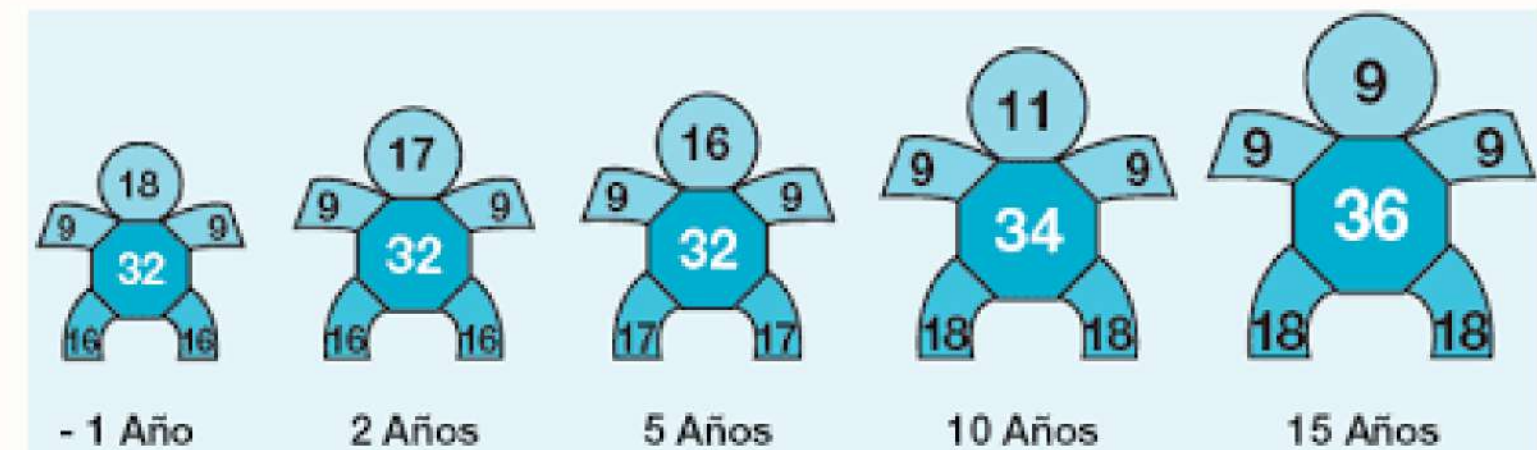
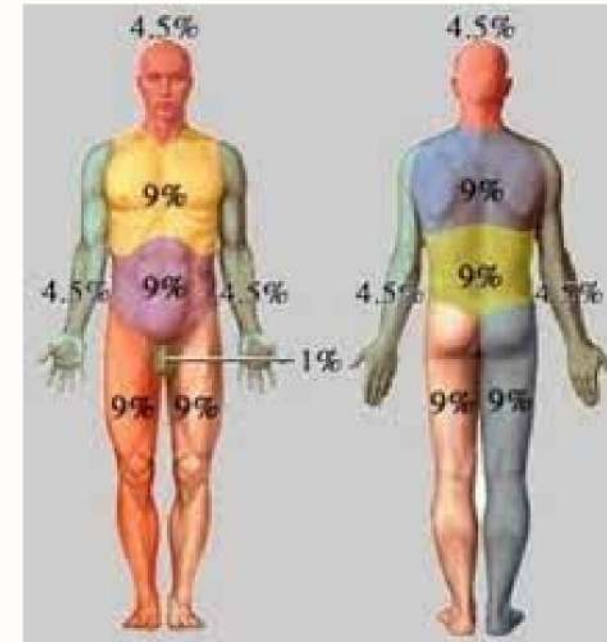


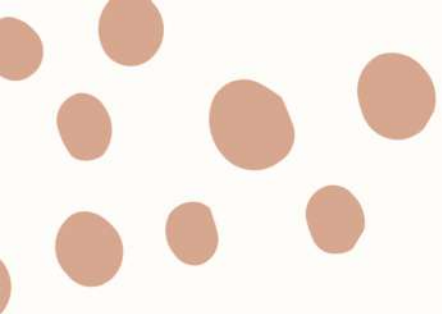
Grados



Superficie quemada

- Regla de Wallace o de los 9
- Tabla de Lund Browder
- Método palma de la mano





Tratamiento

Enfriar zona, retirar objetos y elevar extremidades afectadas

- Evaluar dolor \longrightarrow Analgesia
- Comprobar vacunación antitetánica
- Cura \longrightarrow Desbridar, pomadas...

El TTO depende del grado y superficie quemadas



Según origen de quemadura

Diferencias:

- Radiación
- Química
- Eléctrica



Bibliografía

- Denfeld QE, Turrise S, MacLaughlin EJ, Chang P-S, Clair WK, Lewis EF, et al. Preventing and managing falls in adults with cardiovascular disease: A scientific statement from the American heart association.
- Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et al. Evaluation of clinical practice guidelines on fall prevention and management for older adults: A systematic review: A systematic review. JAMA Netw Open [Internet]. 2021
- Vázquez Lima MJ, Casal Codesino JR. Guía de actuación en Urgencias (5ª edición). 2015.
- Iglesias Lepine LM. Intoxicación por gases y humos. Universidad Autónoma de Barcelona. Toxicología Clínica; 2010-2011.
- Beaskoetxea Gómez Paz, Bermejo Martínez Mariano, Capillas Pérez Raúl, Cerame Pérez Silvia, García Collado Francisco, Gómez Coiduras José Miguel et al . Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. Gerokomos [Internet]. 2013 Mar [citado 2022 Nov 08] ; 24(1): 27-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100006>.
- Ameni-ro-Romero L, Arantón-Areosa L, Sanmartín-Castrillón R. Actualización clínica en heridas traumáticas de partes blandas: [Clinic update on traumatic soft-tissue wounds]. Enferm Dermatol [Internet]. 30 de agosto de 2019 [citado 8 de noviembre de 2022];13(37):11-4. Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/10>
- Nuñez-romero R. Beneficios e inconvenientes de la utilización de la cura Mölndal frente a la cura simple en la herida quirúrgica [Trabajo fin de grado]. A Coruña: Facultad de Enfermería y Podología; 2017
- Navarro, G. L, de las Mercedes, M. Conocimientos de la utilización de apósitos de plata en la curación de heridas, en enfermeros de Atención Primaria. [Trabajo fin de master]. Cantabria: Facultad de enfermería; 2022
- Consulta de reorientación de la demanda. Protocolo asistencial de quemaduras. Servicio Andaluz de salud. 2020
- Rivera E. Abordaje global y tratamiento local de quemaduras en adultos: revisión bibliográfica. Cuenca-Ecuador. 2022.



*¡Muchas
gracias!*