

# INTOXICACIÓN POR SETAS: A PROPÓSITO DE UN CASO. CUIDADOS DE ENFERMERIA

**Autores:**

**DANIEL ARAGON SUAREZ**

**MARIA DE LOS ANGELES RIVERA VIZCAÍNO**

**NOELIA MARTINEZ CASAS**

## 1. INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones por setas, motivadas por el consumo accidental de especies tóxicas, se producen todos los años durante la temporada de crecimiento de las mismas. Desde los motivos de la ingestión hasta los tratamientos médicos extremos como el trasplante hepático, pasando por la primera orientación diagnóstica, la derivación a urgencias y el ingreso en algunos casos.

En este trabajo se describen diferentes aspectos clínicos, de diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería.

A pesar de haberse asociado siempre con la *Amanita phalloides* algunas especies de los géneros *Galerina* y *Lepiota* han sido responsables de graves intoxicaciones, en ocasiones mortales. En todos los casos se trata del mismo tipo de intoxicación ya que las toxinas son comunes para todas ellas.

En las setas del género *Amanita* hay tres grupos de toxinas, con diferente mecanismo de acción: amatoxinas, falotoxinas y falolisinas. Tan solo las primeras son las responsables de la intoxicación en humanos.

La dosis letal para el ser humano es muy baja y se calcula en 0.1 mg/kg de amatoxinas, lo que significa que un solo ejemplar de 20-30 g puede producir la muerte de un adulto previamente sano, de no mediar el tratamiento adecuado.

### Mecanismo de acción de las amatoxinas.

Las amatoxinas inhiben la transcripción del DNA al RNA por bloqueo del enzima encargado de este paso, la RNA-Polimerasa II. EL efecto se observa a nivel ultraestructural 15 minutos después de la administración del tóxico. La consecuencia es la disminución de la síntesis proteica con cariólisis y citólisis.

No todas las células del organismo humano tienen la misma permisividad a la penetración de amatoxinas. Las más susceptibles son los hepatocitos y los enterocitos; en menor grado las células del parenquima renal, testiculares, pancreáticas, linfocitos y macrófagos.

### Farmacocinética.

Las amatoxinas ingeridas se absorben a nivel intestinal prácticamente en su totalidad y, vía porta,

alcanzan el hígado y la circulación general. Una vez en el hígado son captadas rápidamente por los hepatocitos de forma directamente proporcional a la concentración en el medio. Al mismo tiempo se establece una eliminación biliar que es proporcional a la cantidad de amatoxina captada por la célula hepática. Las toxinas que llegan al intestino pueden absorberse de nuevo.

En la sangre las amatoxinas circulan en forma libre, sin unión a proteínas plasmáticas y su volumen de distribución es similar al del agua extracelular. Los niveles plasmáticos son bajos y se hacen inmensurables a las 48 horas de la ingestión, por lo que es poco importante la distribución del tóxico por vía sistémica al hígado y otros órganos. Se eliminan por vía renal de forma rápida y prácticamente en su totalidad.

En orina se observan concentraciones de toxina hasta 100 veces superiores a las sanguíneas, sobre todo en las primeras 24 horas. Pueden detectarse incluso antes del inicio de la sintomatología. Aproximadamente un 10 % se excreta por vía digestiva. Las cantidades encontradas en aspirado duodenal son muy elevadas y persisten incluso hasta las 96 horas, cuando las determinaciones séricas y urinarias se han negativizado.

Ello puede ser complementado mediante la administración periódica de carbón activado, que vendrá a adsorber las toxinas que escapen a la aspiración.

### Datos de laboratorio

En la fase de gastroenteritis se detecta un aumento de las cifras de hematocrito, urea y creatinina. Entre un 40 y un 50 % de los intoxicados presentan alteración de las transaminasas.

### Complicaciones

Inicialmente puede presentarse un shock hipovolémico, si el cuadro gastroentérico es muy severo. Pancreatitis edematosa: es infrecuente (5 %) y con un curso benigno. Hemorragia digestiva: en los casos graves, y asociada a coagulopatía

Fracaso renal agudo: por hipovolemia y de evolución favorable en los casos de intoxicación leve. En los casos graves forma parte del síndrome hepatorenal

### Diagnóstico

El diagnóstico debe realizarse precozmente, antes de la aparición de la afectación hepática. En general el cuadro clínico es sugestivo (diarreas), en especial cuando el período de latencia después de la ingestión supera las seis horas. El estudio de las setas, o restos de las mismas, puede contribuir al reconocimiento de la especie causal.

El diagnóstico de confirmación, mediante el estudio de la presencia de amatoxinas en orina.

### Tratamiento

- Tratamiento sintomático
- Eliminación de las toxinas del tubo digestivo
- Eliminación de las toxinas del paciente

- Aplicación de antídotos.

En la actualidad existe un protocolo de tratamiento que es utilizado en numerosos hospitales de Europa. Las medidas inespecíficas de soporte deben aplicarse de acuerdo con la evolución clínica y analítica. Por lo que hace a las medidas de eliminación, la diuresis forzada debe mantenerse hasta las 36-48 horas post-ingesta, en tanto que las medidas encaminadas a la interrupción de la recirculación enterohepática (antídotos, aspiración digestiva) se mantendrán hasta las 96-120 horas.

En caso de manifestarse signos de fracaso hepatocelular severo, cabe plantearse la posibilidad de un trasplante hepático como último recurso

## 2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Grupo de 6 jóvenes de edades comprendidas entre 18-26 años con cuadro de vómitos y diarreas. Alteración del nivel de conciencia, ligera desorientación, ataxia y agitación psicomotriz.

Presentaban midriasis poco reactivas y sequedad de mucosas.

Refieren haber ingerido revuelto de setas recolectadas tras paseo por el campo.

Son clasificados con Nivel 1 de prioridad en la atención. Se procede a completarla.

Historia Clínica y pruebas complementarias.

Los problemas y diagnósticos enfermeros detectados, según la nomenclatura NANDA:

00035 Riesgo de lesión r/c la alteración del nivel de conciencia y la desorientación.

00155 Riesgo de caídas r/c el cuadro de agitación y la desorientación.

00146 Ansiedad r/c falta de exposición al ambiente hospitalario y m/p inquietud.

## 3. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las Intervenciones que se establecieron para la consecución de los Objetivos, fueron:

NOC 1912 Caídas

Indicadores de resultados: 191204 N° Caídas durante su ingreso.

NOC 0900 Cognición

Indicador 090005 Está orientado. La orientación del varón estaba sustancialmente comprometida, la mujer moderadamente.

NOC 1909 Conducta

Indicador 190916 Agitación e inquietud controlada. Él presentaba agitación importante, mientras ella solo moderadamente.

NOC 1211 Nivel de ansiedad

Indicador 121105 Inquietud. Ambos mostraban un nivel entre sustancial y grave.

NIC 6680 Monitorización de signos vitales.

NIC 2300 Administración de medicación. Fisostigmina

NIC 6490 Prevención de caídas.

NIC 6580 Sujeción física

NIC 6486 Manejo ambiental: seguridad.

## 4. DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto la importancia de detectar precozmente los signos y síntomas del proceso con la finalidad de minimizar complicaciones, así como para establecer el nivel de cuidados enfermeros necesarios. En nuestro caso la evolución fue favorable en 48 horas, resolviéndose los diagnósticos enfermeros activados. Se consiguió la estabilización hemodinámica, se controló la agitación y desorientación siendo necesarias la repetición del antídoto y las medidas de soporte básicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. A.C. Bronstein, D.A. Spyker, L.R. Cantilena Jr, B.H. Rumack, R.C. Dart 2011 Annual report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 29th Annual Report Clin Toxicol (Phila), 50 (2012), pp. 911-1164
2. Groszek B. Amanita muscaria, Amanita pantherina and others. Ficha para el IPCS [consultado 30 May 2013]. Disponible en: <http://www.inchem.org/documents/pims/fungi/pimg026.htm>
3. Piccillo GA, Miele L, Mondati E, Moro, PA, Musco A, Forgione A and Gasbarrini G, Grieco A. Anticholinergic syndrome due to 'Devil's herb': when risks come from the ancient time. Int J Clin Pract. Volume: 60, Issue: 4, Date: 2006 Apr, Pages: 492-4
4. Sutter ME, Chenoweth J and Albertson TE. Alternative Drugs of Abuse. Clin Rev in Allergy Immunol. 2014 Feb 46, Issue 1, pp 3-18.
5. Hamilton RJ, Perrone J, Hoffman R, et al. A descriptive study of an epidemic of poisoning caused by heroin adulterated with scopolamine. J Toxicol Clin Toxicol 2014; 38:597-608.
6. Ziskind AA. Transdermal scopolamine-induced psychosis. Postgrad Med 2012; 84:73-6

# LA QUINTA CONSTANTE VITAL: UN RETO EN LA VALORACIÓN ENFERMERA A TRAVÉS DEL TRIAJE MANCHESTER

AUTORES:

FERNANDEZ SAMPEDRO, SANDRA

ALONSO GONZÁLEZ, LAURA

PIÑEIRO DOPICO, MARIA JOSE

## 1. INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de dicho daño". En consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona. Es considerado por muchos autores como la quinta constante vital, siendo uno de los motivos más frecuentes de demanda de atención urgente. Debido al aumento de la presión asistencial en las urgencias hospitalarias ha sido preciso buscar fórmulas de mejora para una atención segura. El triaje mediante el sistema Manchester, utilizado por los profesionales de enfermería es la herramienta con la que se desarrolla una valoración individual del dolor y se prioriza su atención.

### **TRIAJE Y ENFERMERÍA**

El término triaje o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa "trier" que se define como escoger, separar o clasificar.

Históricamente, este término fue utilizado por Dominique Jean Larrey, cirujano jefe de las tropas de Napoleón, y fue el primero en utilizar algún tipo de clasificación de los heridos de guerra. En la Primera Guerra Mundial, se empezó a usar para clasificar a los heridos en el campo de batalla (medicina militar). Aún desde las batallas napoleónicas hasta la actualidad se utiliza como proceso de valoración clínica para la priorización de pacientes en la atención urgente.

Es el profesional de enfermería el responsable principal de este proceso. Son profesionales cualificados y formados en la aplicación de un modelo de triaje normalizado, válido, útil y reproducible, con suficiente grado de evidencia científica para garantizar su aplicabilidad y seguridad. Son los encargados de recibir a los pacientes y sus familiares de forma cálida y empática, en un ambiente íntimo, seguro y con la máxima confidencialidad. Cuentan además con una gran capacidad organizativa y resolutoria en situaciones difíciles, realizando una rápida evaluación clínica donde se recogen los datos expresados por el paciente y dirigiendo la entrevista para objetivar al máximo el motivo de consulta y la monitorización de constantes.

El método de triaje requiere que el profesional que lo aplica seleccione de entre las diferentes presentaciones clínicas, un determinado número de síntomas y signos en cada nivel de prioridad. Los signos y síntomas que diferencian entre las prioridades clínicas son los llamados discriminadores y son dispuestos en forma de diagramas de presentación clínica. Los discriminadores que indican mayor nivel de prioridad son los primeros en ser buscados.

El proceso de decisión en el triaje de un paciente sigue los siguientes pasos:

- Identificar el problema.
- Reunir y analizar la información.
- Evaluar todas las alternativas y seleccionar una para su aplicación.
- Aplicar la alternativa seleccionada.
- Comprobar la aplicación y evaluar los resultados.

### **VALORACIÓN ENFERMERA Y EL DOLOR.**

La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas y de este modo poder realizar intervenciones enfermeras dirigidas a solucionar o minimizar los problemas.

Este proceso es planificado, sistemático, continuo y deliberado. Durante el proceso de triaje nos encontramos con pacientes que manifiestan como queja el dolor. Es un motivo de consulta muy frecuente siendo, por otro lado, la evaluación del mismo una tarea muy compleja.

Históricamente uno de los primeros documentos médicos que hace referencia al dolor es el papiro de Ebers, escrito sobre el año 1550 a.c. En él se recopila gran información sobre medicina egipcia en relación con dolencias espirituales y del cuerpo. Actualmente el dolor se refiere a un concepto multidimensional, formado por dimensiones cuantitativas y sus implicaciones psicológicas y comportamentales.

Existen tres tipos principales de herramientas de evaluación del dolor: escalas de descriptores verbales, escalas analógicas visuales y escalas de comportamiento. El sistema de triaje Manchester utiliza la Regla del Dolor, pero ninguna herramienta de evaluación es mejor que otra.

### **1.1 JUSTIFICACIÓN**

El dolor se trata de una experiencia subjetiva, en el que sólo la persona que lo experimenta puede juzgar y valorar. En nuestra práctica diaria, los profesionales hacemos nuestro el dolor y valoramos su intensidad. Además, el hecho de interpretar el dolor como un diagnóstico de síndrome, proporciona un diagnóstico de enfermería amplio para las personas que lo sufren y presentan otros muchos diagnósticos de enfermería

relacionados, como son temor ,fatiga ,alteración del bienestar, etc..

Por tanto, una buena valoración del dolor en el paciente que demanda asistencia en el servicio de urgencias va a proporcionar unos cuidados de alta calidad.

## 1.2 OBJETIVOS

Conocer los diagramas de flujo y los discriminadores relacionados con el dolor, utilizados por los profesionales de enfermería en el sistema de triaje Manchester en el Hospital Universitario San Agustín durante el año 2016.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los diagramas y discriminadores utilizados en el sistema de Triaje Manchester en el Hospital Universitario San Agustín durante el año 2016.

## 3. RESULTADOS

Los 10 diagramas de flujo más elegidos relacionado con la queja del paciente son de mayor a menor: Problemas en las extremidades (20,22%), Adulto con mal estado general(10,51%) ,Disnea(9,28%),Dolor abdominal(8,64%), Dolor torácico(4,86%),Problemas urinarios(3,10%),Adulto con síncope o lipotimia(3,06%),Niño con mal estado general(3,02%),Problemas oculares(2,74%).

Los 10 discriminadores más utilizados, que son los que nos hace asignar un nivel determinado de prioridad, de mayor a menor son: Dolor(19,06%),Dolor moderado(17,76%),Problema reciente(9,25%),Instauración rápida(5,46%),Tumefacción(3,20%)Dolor pleurítico(2,72%),Saturación de oxígeno baja(2,59%),Dolor cardiaco(2,47%), Dolor intenso(2,39%),Lesión reciente(2,18%).

## 4. DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El discriminador más utilizado relacionado con la queja del usuario y con el nivel de prioridad que le asignamos está relacionado con el dolor y el segundo es el tiempo del proceso o la patología.

Se hace evidente la importancia del papel de enfermería en la valoración del dolor de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y la disponibilidad de una herramienta útil y fiable que ayude en este proceso tan complicado como es la evaluación de este, para asignar un nivel de atención adecuado. La Regla del dolor utilizada en el sistema de triaje Manchester es una herramienta de evaluación rápida y fácil de documentar que promueve el diálogo, generando así la confianza necesaria en el paciente en cuanto a que su dolor está siendo atendido. Además, origina una puntuación que facilita una evaluación continua. Todo ello nos facilita la prestación de cuidados de alta calidad durante la asistencia sanitaria en el servicio de urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Azeredo TR, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TC, Martins JC. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs.* 2015; 23(2):47-52
2. Imirizaldu M y Calvo JL. . "Prevalencia y valoración del dolor". *Rev. Rol Enf.* 2009; 32(6) :414-420.
3. Mackway-Jones, K y Grupo Español de triaje de Manchester. *Triaje de urgencias hospitalarias. El Método de Triaje Manchester 3ª Edición.* 2016.
4. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003;15:165-174.
5. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2:75-82;2008.