

LA ENFERMERA DE URGENCIAS ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO

D. León Ezquerro, D. Lozano Lázaro, F. Rivera Sanz, G. Palacios Marín
Unidad de Urgencias. Fundación Hospital Calahorra

INTRODUCCIÓN

Las áreas de urgencias Hospitalarias (AUH) están sometidas a una enorme presión asistencial, máxime cuando se trata de pacientes en edad pediátrica:

- Por sus características anatómicas.
- Por lo alarmantes que son los procesos padecidos por los niños.
- Por la preocupación y ansiedad que genera en los padres que el niño enferme.
- Porque "lo que le pasa a mi hijo si que es urgente".

Todo esto añadido a la brusquedad en la presentación de los procesos y la gravedad de las situaciones en que nos vemos, la mayoría de los casos hace, que nuestro trabajo tenga unas características muy especiales, con una actividad multidisciplinar.

Nuestra asistencia, para que sea de calidad, precisa de una disposición de recursos materiales y humanos cualificados, y es aquí, donde queremos destacar las funciones de una enfermería experta, con conocimientos, habilidades y tanto actitudes como aptitudes adecuadas para prestar esa atención de calidad, a pacientes con patología vital urgente, y otras veces no tan urgente ni tan vital.

En nuestro servicio de urgencias de la Fundación Hospital Calahorra (FHC), utilizamos como herramienta fundamental de nuestra asistencia el PAE como plan de valoración de necesidades y cuidados de enfermería, nos sirve de ayuda para satisfacer las necesidades no cubiertas que observamos en cada uno de nuestros pacientes.

También y como elemento de ese mismo plan de cuidados usamos los diagnósticos de enfermería de la NANDA basados en las necesidades propuestas por Virginia Henderson.

De esta manera, todo el personal de enfermería de nuestro hospital habla en los mismos términos, cuando se trata de valorar, priorizar y objetivar necesidades en nuestros pacientes, ya que estos diagnósticos vienen dados desde la Unidad de Urgencias y tienen un seguimiento e incluso se amplían en la Unidad de Hospitalización con el soporte informático en el que tienen instalado el programa GACELA, específico para comentarios, seguimiento y evaluación del plan de cuidados individualizado que se realiza para cada paciente.

OBJETIVOS

Nos proponemos realizar este estudio para demostrar:

1. La carga de trabajo que supone la asistencia en edad pediátrica para la enfermería de urgencias de nuestro hospital.
2. Porcentaje de pacientes en edad pediátrica que se atienden en nuestra Unidad con respecto al total de pacientes que acuden a ella.
3. Porcentaje de pacientes pediátricos derivados a hospitalización que hubo que canalizar una vía periférica y solicitud de pruebas complementarias en nuestra Unidad.
4. Porcentaje de variabilidad o seguimiento de los diagnósticos de enfermería que se aboservan en urgencias con respecto a los que se les asigna durante la hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio trasversal donde se incluyeron todos los pacientes en edad pediátrica (menores de 15 años) atendidos en nuestra Unidad desde el 1 de enero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2002 y que precisaron ingreso hospitalario:

AUH _____ Hospitalización Pediátrica de la FHC.

AUH _____ Hospitalización Pediátrica del Hospital San Millán.

(El Hospital San Millán es nuestro hospital de referencia y se encuentra a 50 Km. de nuestra Fundación.) Nuestro hospital es comarcal (Fundación Hospital de Calahorra) con una población de influencia de aproximadamente 80.000 habitantes. Nuestra cartera de servicios para la unidad de pediatría, nos limita el ingreso hospitalario de todos los pacientes menores de 3 meses, por lo que deben ser trasladados a nuestro hospital de referencia.

Las variables recogidas y estudiadas fueron:

- Edad.
- Sexo.
- Fecha de ingreso.
- Necesidades o no de canalizar acceso venoso.
- Valor medio del tiempo de estancia (Mediana) en el AUH.
- Diagnósticos de enfermería objetivados en nuestra unidad de urgencias.

- Diagnósticos de enfermería asignados en la unidad de hospitalización.

Los diagnósticos de enfermería utilizados según la taxonomía NANDA y siguiendo el modelo de Necesidades de Virginia Henderson fueron extraídos de los informes y registros de enfermería al alta.

Dependiendo donde se derive al paciente se utiliza un medio u otro. Si es derivado a domicilio se le dan los planes de cuidados y recomendaciones estandarizados o personalizados, según criterio, para satisfacer las necesidades que no se hayan cubierto en nuestra unidad durante su estancia en ella.

Si por el contrario se deriva a la unidad de hospitalización adjuntamos al resto de su historia clínica el informe de enfermería en el cual quedan reflejados los diagnósticos que se objetivaron al llegar a nuestra unidad y la evolución, si la hay, hasta que se decide su ingreso.

Todo este procedimiento fue expuesto en el XIV congreso de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias.

Tabla 1

| Diagnóstico | Urgencias | Hospitalización |
|---|------------|-----------------|
| Diarrea y vómitos | 19% (n=24) | 33% (n=47) |
| Hipertermia | 43% (n=54) | 20% (n=28) |
| Patrón de respiración ineficaz | 13% (n=17) | 3% (n=4) |
| Dolor r/c TCE | 2% (n=2) | 23% (n=23) |
| Alteración de la deglución r/c infección vías altas | 0% (n=0) | 8% (n=12) |
| Dolor | 24% (n=30) | 13% (n=19) |

RESULTADOS

En la unidad de urgencias hospitalarias se prestó asistencia durante el año 2002 a 17.328 pacientes, de los cuales el 15% (n=2668) fueron niños menores de 15 años.

- Se realizaron 2468 ingresos, de los cuales el 4% (n=94) correspondieron a ingresos pediátricos.
- La presión de urgencias de los ingresos pediátricos fue de 60, similar a la presión general del total de ingresos.

$$\text{Presión de urgencias} = \frac{\text{Nº de ingresos pediátricos}}{\text{Nº total de ingresos}}$$

- Del total de pacientes pediátricos ingresados:
 - 57% (n=54) fueron niños.
 - 43% (n=40) fueron niñas.
- Mediana del tiempo de estancia en urgencias fue de 95 minutos.
- El 68% (n=64) de los niños ingresados lo hicieron con vía periférica canalizada.
- La distribución por grupos de edad fue:

Tabla II

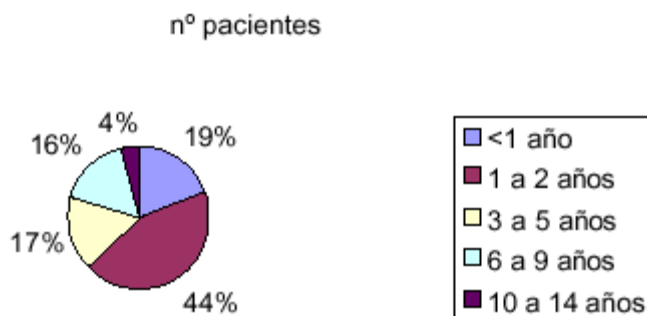
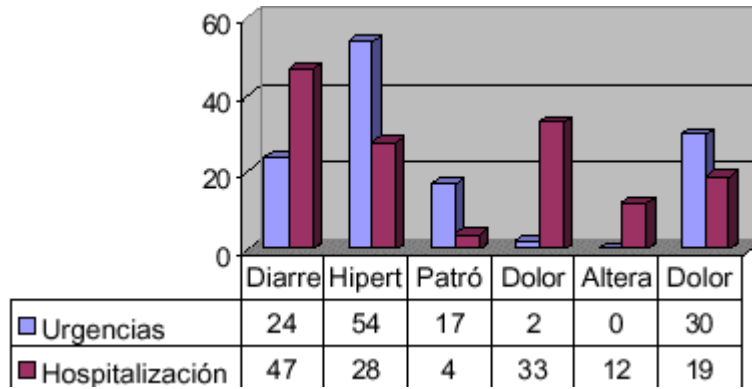


Tabla III



CONCLUSIONES

- Los pacientes en edad pediátrica representan el 15% del total de visitas del AUH.
 - El 4% precisó ingreso hospitalario.
- El 68% de los niños ingresó con vía periférica canalizada en nuestra unidad.
- El grupo de edad con el mayor número de ingresos fue el del intervalo de 1 a 2 años.

DISCUSIÓN

- Los cuidados y técnicas que la enfermería debe emplear con los niños requieren cualificación y habilidades especiales y diferentes a las de cualquier área hospitalaria que no sea la propia unidad de pediatría.
- La variabilidad de porcentajes en los diagnósticos de enfermería se debe a:
 - En urgencias predominan y se observan signos y síntomas de la asistencia en un corto periodo de tiempo (Hipertermia, dolor..).
 - En la unidad de hospitalización pediátrica como tal, a través de la observación y el tratamiento se pueden manifestar otros diferentes durante su estancia hospitalaria.

| Diagnósticos | Opción | Urgencias | Hospitalización |
|------------------------------|--------|-----------|-----------------|
| Diarrea y vómitos | 1ª | 24 | 46 |
| | 2ª | 41 | 18 |
| | 3ª | 8 | 2 |
| | 4ª | 1 | 16 |
| | 5ª | 0 | 5 |
| | 6ª | 19 | 7 |
| Hipertermia | 1ª | 0 | 1 |
| | 2ª | 13 | 10 |
| | 3ª | 9 | 1 |
| | 4ª | 0 | 12 |
| | 5ª | 0 | 3 |
| | 6ª | 10 | 9 |
| Patrón respiratorio ineficaz | 1ª | 0 | 0 |
| | 2ª | 0 | 0 |
| | 3ª | 0 | 1 |
| | 4ª | 1 | 5 |
| | 5ª | 0 | 2 |
| | 6ª | 1 | 3 |



RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL BOX DE CRÍTICOS

Salvador Caño Molina, Francisco Andrés Serrano López, José Manuel Valencia Jiménez, Inmaculada Yeste Díaz

RESUMEN

Entendemos por paciente crítico, toda aquella persona que a su llegada a urgencias presente riesgo de perder su vida o de sufrir irreversibles e importantes secuelas si, por defecto o por retraso, no se aplican las medidas necesarias.

En el box de críticos atendemos habitualmente a pacientes graves (o potencialmente graves) que necesitan un soporte cardiorrespiratorio inmediato o de otra índole, mientras establecemos la etiología de su enfermedad.

Los procesos que atendemos con más frecuencia en el box de críticos son:

- PARADA CARDIORRESPIRATORIA.
- ARRITMIAS.
- SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.
- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.
- POLITRAUMATIZADO.
- HEMORRAGIA DIGESTIVA.
- QUEMADO.
- INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS.

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Alto Guadalquivir, la atención inicial prestada al paciente crítico se lleva a cabo en el box de críticos, situado en la unidad de urgencias, sin necesidad de pasar por la consulta de RAC.

La enfermera que recepción de este tipo de pacientes deberá disponer de las habilidades necesarias de comunicación para la adecuada transferencia del paciente en coordinación con los equipos de asistencia extrahospitalaria, así como de los conocimientos para proporcionar una atención de enfermería integral.

En nuestro hospital se han atendido desde Enero de 2000 hasta septiembre de 2003 un total de 165.308 urgencias. Gracias a nuestro sistema de registros y el posterior análisis por la Unidad de Documentación Clínica, se ha podido concluir que los siguientes cuadros clínicos son los que con mayor frecuencia se atienden en el box de críticos:

1. Síndrome coronario agudo.....528 (40.67%).
2. Arritmias.....230 (17.71%).
3. Intoxicaciones.....227 (17.48%).
4. Politraumatizados.....142 (10.93%).
5. Accidente cerebro - vascular.....94 (7.24%).
6. Hemorragia disgestiva.....37 (2.80%).
7. Insuficiencia respiratoria aguda....28 (2.15%).
8. Parada cardio – respiratoria.....5 (0.38%).
9. Gran quemado.....4 (0.30%).

NOTA: Los porcentajes son respecto a un total de 1298 atenciones en box de críticos englobando los nueve cuadros clínicos más frecuentes.

A continuación, vamos a describir las pautas de actuación para cada patología específica, con el fin de establecer qué debemos valorar, qué intervenciones enfermeras emplearemos en cada caso concreto, y que debemos registrar de cada paciente.

La atención en este box va encaminada a una rápida estabilización de las constantes vitales así como al inicio precoz del tratamiento pertinente. Una vez conseguido esto, procederemos al traslado del paciente, ya sea a la unidad especial, al servicio de radiodiagnóstico o a otro centro hospitalario.

En la recepción de este tipo de pacientes será fundamental la transmisión de información desde el equipo de extrahospitalaria, la cual deberá ser clara, breve y concisa.

La información verbal debe comprender aspectos tales como:

- Edad y sexo.
- A.P. relevantes.
- Patología principal.
- Lesiones asociadas.

- Nivel de conciencia.
- Estado hemodinámico del paciente.
- Soporte asistencial que presenta.
- Maniobras de estabilización.
- Evolución y complicaciones.

En la información documental:

- Escribiremos todo lo verbal detalladamente.
- Solo lo realizado durante nuestra intervención.
- Exclusivamente lo relacionado con el paciente.
- Eliminaremos comentarios indecisos y ambiguos.
- Lenguaje correcto y apropiado. Letra clara.
- Información aportada a familiares.
- Objetos de valor que porta el paciente.
- Observaciones de interés.

¿Por qué de la transferencia?

- Medio de comunicación entre equipos de enfermería.
- Permite la continuidad de cuidados.
- Facilita la planificación de cuidados.
- Facilita la continuidad asistencial.
- Es un documento legal para constatar el trabajo realizado.
- Base para valorar la calidad y eficiencia de la práctica asistencial.
- Datos útiles para la investigación y la docencia.
- Permite valorar el tipo de asistencia proporcionada.

NORMAS GENERALES.-

- El traslado del enfermo a la camilla del box de críticos se realizará con la colaboración de al menos 2 celadores y contaremos con la ayuda del resto de personas que nos encontremos allí.
- La camilla se adaptará según la patología del paciente (Semi-fowler, Trendelenburg, plano horizontal,...) y según la altura del personal sanitario.
- Ante cualquier tipo de paciente procederemos, junto al médico, a una valoración inicial rápida y posteriormente (nunca antes!) se realizará la exposición del paciente. Como primera opción intentaremos quitar la ropa del paciente, y si no fuera posible y hubiera que cortar, lo haremos por las costuras. En caso de emergencia cortaremos por donde podamos.
- La retirada de objetos personales, se llevará a cabo por el auxiliar de enfermería y se informará al paciente, cuando sea posible, de la ubicación de los mismos. Rellenaremos la hoja de efectos personales, que será firmada por enfermera y auxiliar.
- Los registros de enfermería relativos a este tipo de pacientes deberán recoger datos sobre la transferencia, actividades de enfermería realizadas, técnicas realizadas (vía venosa [tipo, calibre, localización], inserción de sondas, etc.), constantes, medicación (vía, dosis, hora), monitorización, tiempo, manejo del dolor [valoración, efectividad terapéutica de la analgesia,...].
- El apoyo emocional será imprescindible tanto para el paciente como para la familia, por supuesto siempre después del control de la situación de emergencia.
- Es importante que el paciente no note en nosotros expresiones de inseguridad, miedo, alarma, prisa,... ya que esto provocará en él un aumento de su ansiedad. Debemos transmitirle calma, seguridad, apoyo, tranquilidad,... a pesar de que la situación no sea la idónea. Esto contribuirá a que el paciente mejore su respuesta al tratamiento y disminuya su nivel de ansiedad.

OBJETIVO

- Contribuir a la mejora y sistematización de la asistencia al paciente crítico en el servicio de urgencias.
- Elaborar un documento que sirva de guía al personal de enfermería para la correcta atención al paciente crítico en el servicio de urgencias.
- Identificar cuales son las patologías más usuales que precisan de atención de enfermería especializada en el box de críticos.
- Promover el uso de registros de enfermería de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS. CATÁLOGO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS. EDITORIAL EINSA, EDICIONES INFORMATIZADAS, S.A; 1996.
2. BONAL J, DOMÍNGUEZ-GIL A. FARMACIA HOSPITALARIA. 2ª ED MADRID. EDITORIAL MÉDICA INTERNACIONAL, S.A; 1992.
3. DORADO POMBO S, KESSLER SAIZ P, MATEO ALVAREZ S, FERRAN AQUERO J M, HERREROS DE TEJADA A. MANUAL DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA. HOSP. UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE, MADRID. EDITORIAL SUCESORES DE RIVADENEYRA, S.A; 1994.
4. ISSELBACHER J K, BRAUNWAULD E, WILSON D J, MARTÍN B J, FAUCI S A, KASPER D L. HARRISON. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 13ª ED MADRID. EDITORIAL MC GRAW-HILL- INTERAMERICANA DE ESPAÑA; 1994.
5. DREISBACH H R, ROBERTSON O W. MANUAL DE TOXICOLOGÍA PRÁCTICA: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. 6ª ED. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V; 1992.
6. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS. GUÍA PRÁCTICA DE TOXICOLOGÍA. MADRID; 1975.

7. CENTRO DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA. MADRID.
8. GARCÍA B, FARRÉ R, MANGUES M A, NOGUÉ S, MUNNE P. ANTÍDOTOS. MEDICINA INTENSIVA, 1988; 12: 575-580.
9. FLANAGEN J R, MEREDITH T H. USE OF N-ACETYLCYSTEINE IN CLINICAL TOXICOLOGY. THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE, 1991; 91(SUPL 3C): 131.
10. CABRERA FORNEIRO J, LALLANA DUPLA T, ARIETA MARTÍNEZ R, CABRERA BONET R, SANCHO RUIZ M. LOS ANTÍDOTOS Y OTROS PRODUCTOS ANTITÓXICOS. GRUPO ARÁN. MADRID 1994.
11. CASTRO GARCÍA C, COTO LÓPEZ A, DORADO POMBO S, GONZÁLEZ GÓMEZ C, KESSLER SAIZ P, MATEO ALVAREZ S, ET AL. MANUAL DE URGENCIAS MÉDICAS. HOSP. UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE, MADRID; 1992.
12. GILARRANZ VAQUERO J L, GÓMEZ DÍEZ J C, MARTÍNEZ MARCOS G, MEDINA ALVAREZ J C, QUIROGA MELLADO J, RODRÍGUEZ ESPLANDIU B. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LAS EMERGENCIAS Y LAS CATÁSTROFES. EDITORIAL SÍNTESIS. FUNDACIÓN SALUD Y SOCIEDAD. MADRID; 1997.
13. GARCÍA CASTAÑO J, GONZÁLEZ RAMALLO V J, MUÑOZ MÍNGUEZ A, CORTÉS BELTRÁN C, GIRONES PÉREZ J, PINILLO LLORENTE B. PROTOCOLOS DE MEDICINA DE URGENCIA. HOSP. UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID; 1994.
14. MOYA MIR M S. NORMAS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS. CLÍNICA PUERTA DE HIERRO, MADRID; 1993.
15. KIM M J, MCFARLAND G K, MCLANE A M. GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS. ED. MOSBY. 1993.
16. CARPENITO L J. MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. INTERAMERICANA MCGRAW - HILL. 5ª EDICIÓN. MADRID 1995.
17. MCCLOSKEY J C, BULECHEK G M. PROYECTO DE INTERVENCIONES IOWA: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (CIE). ED. SÍNTESIS. SEGUNDA EDICIÓN. MADRID 1999.
18. GORDON M. DIAGNÓSTICO ENFERMERO. ED MOSBY. 3ª EDICIÓN. MADRID 1996.
19. [HTTP://WWW.MEDYNET.COM/USUARIOS/JRAGUILAR/JOSERRA.HTML](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilan/joserra.html)
20. [HTTP://TOXNET.NLM.NIH.GOV/.](http://toxnet.nlm.nih.gov/)
21. [HTTP://WWW.CEP IS.OPS-OMS.ORG/TUTORIAL2/E/UNIDAD8/INDEX.HTML](http://www.cep.is.ops-oms.org/tutorial2/e/unidad8/index.html)
22. [HTTP://WWW.ATSDR.CDC.GOV/ATSDRHOME.HTML](http://www.atsdr.cdc.gov/atsdrhome.html)
23. [HTTP://WWW.EMEDICINE.COM/EMERG/INDEX.SHTML](http://www.emedicine.com/emerg/index.shtml)
24. AZALDEGUI F., ALBERDI F.: "ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EUTOPSICO DE 784 FALLECIMIENTOS POR TRAUMATISMO . PROYECTO POLIGUITANIA.
25. MANUAL DE CURSO DE ATENCION INICIAL AL TRAUMATIZADO PARA ENFERMERIA. SEGUNDA EDICION, 2000 EPES. SEMES.
26. MANUAL DE CURSO DE ATENCION INICIAL AL TRAUMATIZADO PARA TECNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS. SEGUNDA EDICION, 2002 EPES. SEMES.
27. RECOMENDACIONES ASISTENCIALES EN TRAUMA GRAVE. SEMES. 1999.
28. ATENCION INICAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. VAOLORACION Y RESUCITACION. PAUE. FEBRERO. 1999.
29. MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO. PAUE. DICIEMBRE. 1999.
30. MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO EN LA COLUMNA VERTEBRAL. PAUE. DICIEMBRE. 1999.
31. PLAN DE CUIDADOS GUIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. DICIEMBRE 2002.
32. ROMERO J.: GIA DE INTERVENCION RAPIDAD DE ENFERMERIA EN SITUACIONES URGENTES. DAE. 2001.
33. CLEMENTE TIRAPU, ANA Y LADRÓN ARANA, MARÍA. PACIENTE CON ACV: ATENCIÓN INMEDIATA ENFERMERÍA CIENTÍFICA. 224-225:38-42. 2000 NOV-DIC.
34. VALORACIÓN DE LAS URGENCIAS CARDÍACAS NURSING 9(6):18-21 1991 JUN-JUL.
35. CASARES CERVILLA, R; FERNÁNDEZ ROMERO, F; GUERVÓS NARVÁEZ, MC; ORDÓÑEZ CUADROS, P Y TERRÓN DELGADO, L. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A URGENCIAS/EMERGENCIAS DIGESTIVAS PUBLICACIÓN: MADRID CONGRESO: XXI SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE: VALORES E INNOVACIONES EN EL UMBRAL DEL SIGLO XXI, SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. SEVILLA. 6, 7, 8 MARZO 2000 PP. 175 2001.
36. MIRÓ BONET, M; AMORÓS CERDÁ, SM; JUAN SANCHEZ, S DE. VALORACIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE CRÍTICO. UN INDICADOR DE CALIDAD. ENFERMERÍA INTENSIVA. 11(2): 51-58. 2000 ABRIL- JUNIO.
37. RUIZ DIANA, DOLORES; SÁNCHEZ ALBA, Mª TERESA; SÁEZ MOLEÓN, ANA. PROPUESTA DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA AL PAC IENTE POLITRAUMATIZADO. METAS DE ENFERMERÍA. II(20): 21-24. 1999 NOV.
38. BRADFORD, JUDITH YOUNG Y O'SULLIVAN, PATRICIA S. UNA NUEVA HOJA DE REGISTROS A UTILIZAR EN LA RCP. NURSING. 5(3):22-27. 1987 MAR.
39. ALCONERO, AR; PÉREZ, S; FERNÁNDEZ, R Y SÓLA, JM. REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA. 17:20-24. 1999 MAY-AGO.
40. SOHL, RUTH. ACTITUD DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO. NURSING. 5(8): 46-48. 1987 OCT.
41. MARTÍNEZ ESTALELLA,G. TÍTULO: EL PACIENTE CRÍTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. ENFERMERÍA INTENSIVA. 4(3);79-83. 1993 JUL-SEP.
42. RIVERA ARROYO, ESTELA Y JIMÉNEZ Y VILLEGAS, MARÍA DEL CARMEN. UN ENFOQUE DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO. REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA. 6(3-4):88-91. 1998: JUL-DIC.
43. PEROL FERNÁNDEZ, JAVIER. CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CRÍTICO. TEMPUS VITALIS. 1(1). 2001 SEP -DIC.
44. LOUREIRO PÉREZ, NIEVES; RODEÑO ABELLEIRA, Mª ANGELES ; PÉREZ GARCÍA, ROSARIO. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS. ENFERMERÍA CIENTÍFICA. 202-203. 1999 ENE-FEB.
45. E. BUSTAMANTE; V. RECASÉNS; R. BUSTAMANTE; J.M. SÁNCHEZ SALABARDO; C. RODRIGO. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA. TRIAGE Y PAPEL DE ENFERMERÍA.ANALES DE CIENCIAS DE LA SALUD. 2002; 5.
46. MORALES ASENCIO, J.M. LA VALORACIÓN DEL ENFERMO CRÍTICO SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA DE ENFERMERÍA. ENFERMERÍA CLÍNICA. 7(1) 13-20.

47. ÁLVAREZ BAZA, M^a DEL CARMEN. EL TRIAGE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: PAPEL DE LA ENFERMERA. ENFERMERÍA CLÍNICA 11(5)58-66. 2000 SEP.
48. M. RUANO. MANUAL DE SOPORTE VITAL AVANZADO. CONSEJO ESPAÑOL DE RCP. PLAN NACIONAL DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS. EDITORIAL MASSON 1999:96-117.
49. AGUSTÍN JULIÁN JIMÉNEZ. MANUAL DE PROTOCOLOS EN URGENCIAS PARA RESIDENTES. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. 2002:109-19.
50. A. ESQUINAS Y COLS. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. EDITORIAL ALHULIA 2003:231-48.
51. AGUSTÍN JULIÁN JIMÉNEZ. MANUAL DE PROTOCOLOS EN URGENCIAS PARA RESIDENTES. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. 2002:151-58.
52. M. RUANO. MANUAL DE SOPORTE VITAL AVANZADO. CONSEJO ESPAÑOL DE RPC. PLAN NACIONAL DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS. EDITORIAL MASSON 1999:163-76.
53. L. JIMÉNEZ MURILLO- F.J. MONTERO PÉREZ. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS. EDS MOSBY-DOYMA LIBROS S.A. 1996:51-64.
54. ALÍA I. LESIÓN POR INHALACIÓN DE HUMO. JA LORENTE, A. ESTEBAN. SPRINTER VERLAJ 1998, BARCELONA: 402-18.
55. EMERGENCIAS POR AGENTES FÍSICOS: GRAN QUEMADO, HIPOTERMIA. CURSO DE ATENCIÓN INICIAL AL TRAUMATIZADO. CENTRO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EPES. COMITÉ DE TRAUMA SEMES-ANDALUCÍA. MANUAL PARA EL ALUMNO. EDICIÓN 1998:135-47.