



**Enfermería y
Fisioterapia
en el campo
de la Investigación.
Casos prácticos**

*Enfermería y Fisioterapia en el
campo de la Investigación.
Casos prácticos*



SATSE Ciudad Real
2018

Enfermería y Fisioterapia en el campo de la Investigación. Casos prácticos

Coordinador principal: García Sánchez, Ángel Santiago.

Editor: SATSE Ciudad Real

<http://ciudadreal.satse.es>

1ª Edición. Septiembre 2018

ISBN: 978-84-949032-8-1

D.L.: CR 1070-2018

@Todos los derechos reservados.

DEDICATORIA

Este libro está dedicado a todos los profesionales de enfermería y fisioterapia que han participado activamente en el X Congreso de Investigación, celebrado en Ciudad Real en abril de 2018.

A todos los delegados y trabajadores de SATSE Ciudad Real sin cuyo esfuerzo y tesón a lo largo de sus diez ediciones, esta obra no hubiera sido posible. También a los trabajadores de FUDEN (Fundación para el desarrollo de la enfermería) por su ayuda en el desarrollo del Congreso.

A la Facultad de Enfermería de Ciudad Real y Universidad de Castilla-La Mancha, en especial a M^ª del Carmen Prado Laguna, por su inestimable ayuda y apoyo en el Congreso y su implicación para favorecer la investigación y desarrollo de la Enfermería.

Autores

Abril Béjar, Juana
Adrián Vera, Esther
Agudo Mosquera, Silvia Natalia
Aguilera Mimbrero, Ana
Alañón Varón, Ana Blanca
Alañón Varón, Francisco Salvador
Alcaraz López, Jesús
Alcázar Panadero, Isabel
Almodóvar Mozos, Francisco
Álvarez Paniagua, Sonia
Amador Castillo, Verónica
Andrade García, Cristina
Angulo Garrido, María
Antón Ruano, Noelia
Aparicio Hernández, Cristina
Aparicio Ortega, M^a Teresa
Arévalo Buitrago, Pedro
Arias Jiménez, Nicanor
Arias López-Peláez, Víctor Manuel
Arriaga Rodríguez, Ana María
Arroyo Ayllón, David
Ballesteros Benito, M^a Isabel
Ballesteros Galán, Sara
Balmón Pérez, Laura
Balmón Pérez, Sara
Baos Calzado, Rosa María
Barranquero Fuentes, Alicia
Barrios Moreno, Sofía
Barrios Rubio, Laura
Becerra Cañas, Ana Victoria
Bellón García, María José
Belmonte Ruiz, Daniel
Benito Lara, Elena
Bermejo Bermejo, Rosa María
Bermejo Cantarero, Alberto
Bermejo Cruz, Sara
Blanco Casado, Noelia
Blanco Casero, María Dolores
Blanco Palomo, Carlos M.
Bolaños Martín, Noelia
Bolet Carreño, Milagros
Botia Portero, Antonio
Bravo Moraleda, Montserrat
Briñas García, Carmen
Cabañas Carretero, María del Mar
Cabañas Molero, Ana María
Cabello Fernández, Elena
Cabezali Lozano, Ana María
Calatrava Muñoz, Rosa M^a
Calero Pareja, Asunción
Calvo Giménez, Marta
Camacho Dorado, Elena
Camacho Sánchez, Beatriz
Cámara Sevilla, María del Carmen
Campos Flores, María Gloria
Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor
Cano Rosado, Laura
Cantero Rivero, José Carlos
Cantero Rivero, Virginia
Carrero Ruiz, Carmen
Carrero Ruiz, Sofía
Carretero Cortés, Irene
Carrillo Prieto, Esmeralda
Cascos Rubio, Óscar
Casero Peinado, Nuria
Castellanos Moreno, Almudena
Castillo García, María del Carmen
Castillo Muñoz, María del Pilar
Cea Cebrián, Sergio
Cencerrado García de la Galana, Jesús María
Cerrillo Urbina, Alberto José
Cerro López, Tania
Cervantes Torres, Laura
Céspedes Valero, María Ester
Chacón Chacón, Laura
Chaparro León, María
Chaves Ramos, Laura
Clemente Nieto, Encarnación
Cofrade Delgado, Virginia
Collada Fernández, Laura
Contreras Cañas, M^a José
Correal Puime, Julián
Corredor Rivera, María Teresa
Corredor Ródenas, María Teresa
Cortecero Sanz, M^a Cristina
Cortés Ramos, María Úrsula
Couque Hernández, María del Pilar

Crespo González, Elena	Espinosa Velasco, Verónica	García Maján, Silvia
Cuartero Lozano, David	Esteban Mora, Raquel	García Martín, Francisco Javier
Cubero Ruedas, Ana	Esteban Mora, Rebeca	García Morales, Sandra
Cuberos Sánchez, Ana Cristina	Extremera Medina, Carlos Joaquín	García Muñoz González del Campo, María Reyes
Cuberos Sánchez, Carla María	Faya Palomares, Sara	García Román, Darío
Cuevas Jiménez, Luz María	Fernández Alonso, Monserrat	García Rubio, Lorena
Da Silva de Vicente, Gema Natalia	Fernández Alves, Daniel	García Sánchez, Ángel Santiago
De Aguilar González, María José	Fernández Aparicio Gómez Rico, María Jesús	García Schiaffino, María del Carmen
De la Cruz Alguacil, Patricia	Fernández Bejarano, José Antonio	García Seco, José Alberto
De la Morena Aguirre, Francisca	Fernández Blanco, Purificación	García Sosa, María
De la Vega Tera, Teresa	Fernández Campos, Gloria	García Torres, Pedro
Del Casar Martín, Laura	Fernández Clemente, Alba	García Valenciano, Agustín
Del Fresno Ramírez, Mercedes	Fernández de Marcos Velázquez, María de los Reyes	García-Camacha Gutiérrez, Aurora
Del Fresno Sánchez, María del Mar	Fernández Espartero Moreno Chocano, María del Mar	Garrido Anguita, Silvia
Del Hoyo Serrano, María Jesús	Fernández Expósito, Gemma María	Garrido Avileo, Anastasio
Delgado Arroyo, Noelia	Fernández Fuentes, Jaime	Gavira Rodríguez, Nuria
Delgado Muñoz, Ana María	Fernández Fuentes, Jaime	Gil García- Ajofrín, Marta
Díaz Almansa, M ^a José	Fernández Melero, Alicia	Gil García-Uceda, Laura
Díaz Barajas, Nuria	Fernández Padrón, Marcos	Giménez de los Galanes Cejudo, Gema
Díaz Calamardo, María Ramona	Fernández Rodríguez, Eva María	Gómez Barriuso, Yanitza
Díaz del Campo Aparicio, Laura	Fernández Rodríguez, María de las Nieves	Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel
Díaz Gallego, César	Fernández-Infantes Rodríguez, Sara	Gómez Gutiérrez, María José
Díaz Marín, María del Prado	Fernández-Sarabia Pardo, Laura	Gómez Luque, Adela
Díaz Patiño, José Javier	Flores López-Ibarra, José María	Gómez Martín, Patricia
Díaz Suárez, Marta	Fraile Pérez, María Mercedes	Gómez Rico Velázquez, María Pilar
Díaz Valero, Juan Diego	Fúnez Ruiz del Valle, Eva María	González Arévalo, Cristina
Díaz-Parreño Casarrubios, María José	Galán Zamora, Aránzazu	González Campos, María del Pilar
Díaz-Santos Dueñas, Amelia	Galiana Condes, Nuria	González de Rivas, María del Carmen
Domínguez Díaz, Diana	Galindo Garrido, Ascensión	González García-Minguillán, Rosa Belén
Domínguez Moreno, Antonio	Galindo Gómez, María de los Santos	González Herguido, Yolanda
Domínguez Tapiador, Beatriz	García Calvo, Julia	González Hernández, Laura
Donado Rubio de la Torre, Gema María	García Díaz del Campo, Celia	González Lara, Gema
Donate Manzanares, Miriam	García Díaz, María de los Reyes	González León, María
Duque Siller, M ^a Gracia	García Donate, María Isabel	González Pérez, María
Erencia Serrano, Josefa	García Fernández, Gema	González Redondo, María
Escobar Sorando, Ana	García Fernández, María del Carmen	González Serrano, Juan Antonio
Espadas Barba, Juan	García Fernández, María del Carmen	Granados Navas, María de la Paz
Espadas Sánchez, María	García García, Ángel	
Espín Lorite, Ernesto Jesús	García Gutiérrez, Antonia Gema	
Espinar Ochoa, Ana	García Landete, Marta	

Grueso Navarro, Mayte	López Millán, María de los Reyes	Melchor Gómez, Silvia
Guerrero Agenjo, Carmen María	López Pizarro, María del Pilar	Merlo Ormeño, Alicia
Guerrero Sola, Lorena	López Pozas, Virginia	Migallón Buitrago, María Elvira
Gutiérrez Delgado, Miguel Ángel	López Ramírez, María Dolores	Molero Bastante, María
Gutiérrez Fernández-Aparicio Sonia	López Rubio, Erica	Molina Alañón, Eva María
Guzmán Pecino, Verónica	López Ruiz, Cecilia María	Molina Moreno, Aurora
Hernández Arenas, Ángel José	López Santos, Celia	Molinero Díaz, Patricia
Hernández de Castro, María Cristina	Lozano Jiménez, Sandra	Monroy Chamorro, Ana Isabel
Herrera del Campo, María	Lozano Muñoz, Laura María	Montalvo Bueno, Cristina
Herreros Rosillo, Pedro	Lucas Caballero, Marina	Montalvo Bueno, M ^a José
Hervás de los Galanes, Cristina	Luque Ruiz, Rafael	Montañez Saldaña, Laura
Hidalgo Benítez, Beatriz	Madueño Moreno, José Luis	Monteagudo García, Ángela
Hidalgo Benítez, Carolina	Madueño Moreno, Silvia	Montero Catalina, Ana María
Higueras Arévalo, Ana Belén	Manfredi Fernández, Diego	Montesinos Navarro, Víctor Manuel
Honrado López Menchero, Aurora	Mansilla Flores, María Gema	Montiel Troya, María
Huertas Valencia, Marcelina	Manzano Silva, Beatriz	Monzón Ferrer, Adrián
Hueso Espinosa, Juana	Marchante Montero, María Ángeles	Mora Hidalgo, María Reyes
Infante Torres, Nuria	Marín González, Almudena	Mora Mora, María Yolanda
Jiménez Álvarez, Vicente	Márquez Arriaga, Vanesa	Mora Muñoz, Eduardo
Jiménez Córdoba, María Juana	Márquez Calzada, Cristina	Mora Muñoz, Juan David
Jiménez Hernández, Marta	Márquez Lara, Ana Belén	Morales Clemente, Noemí
Jiménez Horcajada, Sonia	Márquez Manzano, Francisca	Morales Martín, Ángela
Juárez Merino, María del Carmen	Martín Arévalo, M ^a del Prado	Moreno Callejas, Alberto
Labrandero Alcázar, María Dolores	Martín Millán, María Belén	Moreno Escobar, María Eugenia
Laderas Díaz, Estíbaliz	Martín Tercero, María del Prado	Moreno Escobar, Paloma
Ladero Torrijos, María José	Martín-Doimeadios Trujillo, Luis	Moreno Gómez, María de los Ángeles
Laguna Morcillo, Gema María	Martínez Arana, Diego	Moreno Pérez, Helena
León Campillo, Lorena	Martínez Arana, Marta	Moreno Quesada, María Esther
León Campillo, Sandra	Martínez Castillo, José David	Moreno Ruiz, Alicia
León Guerrero, Israel José	Martínez Gómez, Carolina	
Linde Ruiz, Nuria	Martínez Gómez, José Luis	Moreno Sánchez, María de los Ángeles
Lobero Gurriarán, Verónica	Martínez Martínez, Beatriz	Moreno Trenado, Vanessa
López Angulo, Ana Raquel	Martínez Morago, María del Rosario	Moreno-Chocano López-Astillero, María Teresa
López de Mota García Muñoz, María Ascensión	Martínez Rodríguez, Helena	Morote Cumplido, Elena
López Espuela, Fidel	Martínez Rodríguez, Sandra	Moya García, Milagros
López Fernández-Cañadas, Virgi- nia María	Martínez Sánchez, M ^a Carmen	Moya López, Lorena
López García, Mari Paz	Martos Sánchez, Almudena	Mozos Salcedo, Luis
López Garrido, Laura	Mateos-Aparicio Sevilla, Esther	Muñoz Correas, Ana Belén
López Juárez, M ^a Pilar	Mazuecos Araque, María del Pilar	Muñoz de la Nava Zamorano Concepción
	Medina Armenteros, María del Mar	

Muñoz de Morales Ortiz, Ana María	Pérez Jiménez, María del Carmen	Rubio García, María Nuria
Muñoz de Morales Romero, Laura	Pérez Martín de la Mota, Elena	Rubio Maroto, Sofía
Muñoz Fernández, Vera	Pérez Torija, María Ángela	Rubio Serrano, María Pilar
Muñoz Ramon, Víctor	Pérez Trenado, M. del Prado	Ruiz Céspedes, María José
Muñoz Romera, Silvia	Plaza Plaza, Elena	Ruiz García, Jacinto
Muñoz Sepúlveda, Almudena	Plazuelo Lozano, Josefina	Ruiz González, Flor María
Muñoz-Torrero Peña, Alicia	Ponce Cañizares, Elisabet	Ruiz Lumbreras, Francisca
Musa Alí, Bohavid	Porras Flor, Vanessa	Ruiz Mazoterías, Jorge Luis
Naranjo Fernández, Jacinta	Porras Sánchez - Escribano, Cristina	Ruiz Mazoterías, Salvador
Narváez Argent, Víctor Manuel	Prado Laguna, María del Carmen	Ruiz Méndez, Soledad
Navarro Aranda, Elisabet	Prado Rodríguez-Barbero, Montserrat	Ruiz Sánchez de León, Fermín
Navarro Díez, Macarena	Puado Puado, Ivanna	Ruiz Serrano, Jesús Javier
Nieto Aparicio, Saúl	Puebla Martín, Amadeo	Ruiz Torija, Laura
Notario Pacheco, Blanca	Puebla Martín, Miguel Ángel	Rullo Sánchez, Ana María
Núñez Barranco García, Gema	Puñal Ortega, Eva	Salas Torres, Óscar
Núñez Delgado, Cristina	Rabadán Arévalo, Marta	Sánchez Cañada, Manuela
Núñez Gutiérrez, María del Carmen	Rabanal Marcos, Marta	Sánchez Carrión, Pedro José
Núñez Mata, Anais	Ramírez de Orol, Miguel Ángel	Sánchez Colmenar, Sonia
Núñez-Barranco García, Gema	Ramírez Ramos, Angela María	Sánchez Díaz, M ^a Cristina
Ocaña García Abadillo, María del Carmen	Rayo Gutiérrez, Laura	Sánchez Fuentes, Alicia
Octavio Sánchez, Ana Belén	Riaza García, Antonia	Sánchez Gaitán, Elena María
Olivares Luque, Estefanía	Risalde Santos, Blas Manuel	Sánchez González, Irene
Oliver Pérez, Antonio	Rivero González, Ana	Sánchez González, María José
Olmo Trujillo, Coral	Rivero Merino, Irene	Sánchez Higuera, M ^a del Prado
Ortega Santiago, Esperanza	Rodrigo García, Rosa María	Sánchez Laborda, Lara
Ortiz Esquinas, Inmaculada	Rodrigo Marín, Esther María	Sánchez Marín, Laura
Pacheco Salgado, José Miguel	Rodrigo Sánchez, Pilar	Sánchez Pérez, Pedro
Padilla Morales, Mónica	Rodríguez Almagro, David	Sánchez Puertas, María
Palacios Carretero, Patricia	Rodríguez Fernández, Manuel	Sánchez Rodríguez, Pilar
Palacios Ortiz, María Dolores	Rodríguez González, Félix José	Sánchez- Gil Izquierdo, Irene
Palencia Guerrero, María Teresa	Rodríguez López, Rosa María	Sánchez-Camacho González-Carrato, María José
Palomo Gómez, Carmen María	Rodríguez Martín, Beatriz	Sánchez-Camacho Lozano, Antonio
Panea Pizarro, Isabel	Rodríguez Pérez, Manuel	Sánchez-Gil Izquierdo, Irene
Pardo Juárez, Natalia	Rodríguez Ramírez, Irene	Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia
Pardo Mora, M ^a Consuelo	Rodríguez Ramírez, Laura	Sánchez-Mateos Ramos, Sergio
Pardo Pardo, Roberto	Rodríguez Rodríguez-Caro, Laura María	Sánchez-Molero Martín, Prado
Parra Fernández, María Laura	Romero González Nicolás Josefa	Santos Hernández, Gloria
Peña de la Cruz, Ana María	Romero Lirio, María Victoria	Sanz Estudillo, Francisca
Perea Espinosa, Francisco	Rosales Casero, Laura	Seco Segura, Angela María
Pérez Alcolado, Beatriz	Rubio Caravaca, Herminia	Sedano Olmedo, Laura

Segador Madrid, Elisabeth	Vilar Palomo, Samuel
Segovia Félix, Ignacio	Vivar López-Bueno, Silvia
Segovia Félix, José Miguel	Vizcaíno Caravantes, Cristina
Sepúlveda Garcia, Eduarda María	Vizcaíno Navarro, José Luis
Serrano Barona, David	Zafra Chamorro, Laura
Serrano Gómez, Irene	Zafra Chamorro, Mercedes
Serrano Mora, Raquel	Zamora Horcajada, Roberto
Serrano Moya, Natalia	Zapata García, Luis
Serrano Salcedo, Francisca	Zarca Cano, María
Simarro Bustamante, Cristina	
Simón Toledo, María Ángeles	
Sobrino Moreno, María Luisa	
Soriano García, Francisca	
Soto Luna, Juan Francisco	
Talavera García, Irene	
Talavera Gijón, Estíbaliz	
Tapiador Aceñero, María Teresa	
Tapiador Gómez, Gema	
Tejado Moral, María	
Tello Naharro, Vanesa	
Terán Boabén, Marta	
Terriza Cabrera, Nuria	
Tolosa Gil, Quiteria	
Torres Martín, Francisco Antonio	
Torrijos Ruiz-Peinado, Alfonsa	
Trenado Moya, Montserrat	
Triguero Bocharan, María Teresa	
Trujillo Juárez, Juan Pablo	
Trujillo Ruiz, Cristina	
Utrera Reyes, Álvaro	
Valdivia Galindo, Edite	
Valero Carnicel, Sara	
Valiente Sobrino, Liliana	
Vállez Gómez, Daniel	
Vázquez Rodríguez Barbero, Inmaculada	
Vela Meco, Cristina	
Velázquez García, Celia	
Vellido Garrido, Jaime	
Vidal Marín, María de las Mercedes	
Viedma Moreno, Isabel	

Índice

Prólogo

Barona Calvo, Marino

Capítulo 1

¿Disminuye el tiempo de trabajo de parto con la administración de glucosa intravenosa? Revisión sistemática 31

Ortiz Esquinas, Inmaculada; Carretero Cortés, Irene; López Pizarro, María del Pilar; Núñez Barranco García, Gema

Capítulo 2

¿La calidad de vida en paciente con DM1 mejora con las nuevas terapias? 35

García Seco, José Alberto; Seco Segura, Ángela María

Capítulo 3

¿La medicina homeopática es tan inocua? Sospecha de intoxicación pediátrica por belladona, a propósito de un caso 39

Couque Hernández, M^a del Pilar; Contreras Cañas, M^a José; Rubio Caravaca, Herminia; Castellanos Moreno, Almudena; López Pozas, Virginia

Capítulo 4

Abordaje de fisioterapia en pie zambo..... 43

Lozano Muñoz, Laura María

Capítulo 5

Abordaje de fisioterapia en tortícolis muscular congénita..... 47

Lozano Muñoz, Laura María

Capítulo 6

Aceite de palma en las leches de fórmula: ¿Necesario o perjudicial para la salud del lactante? 53

Chacón Chacón, Laura; Garrido Anguita, Silvia; Carrero Ruiz, Carmen

Capítulo 7

Actitud de los estudiantes de enfermería ante las medidas extraordinarias de soporte de vida.... 59

Torrijos Ruiz-Peinado, Alfonso

Capítulo 8

Actuación de enfermería ante un paciente con rabdomiólisis 63

Mora Muñoz, Eduardo; Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia; Olmo Trujillo, Coral

Capítulo 9

Actuación de enfermería frente al dolor crónico (parche Qutenza) 71

Angulo Garrido, María; Sedano Olmedo, Laura; Galindo Garrido, Ascensión

Capítulo 10

Adherencia a las recomendaciones sobre higiene de manos en un hospital de II nivel 75

Valiente Sobrino, Liliana; Ramírez de Orol, Miguel Ángel; Sánchez Higuera, M^a del Prado

Capítulo 11

Adicción al móvil y salud: Un nuevo reto para enfermería 79
Rodríguez López, Rosa María; Segador Madrid, Elisabeth; Fernández Campos, Gloria; Segovia Félix, José Miguel; Segovia Félix, Ignacio

Capítulo 12

Agentes quimioterápicos cáncer vesical mitomicina vs BCG 83
Rodríguez González, Félix José; Vellido Garrido, Jaime

Capítulo 13

Agonistas del receptor del GLP-1: Diferentes efectos en la monitorización continua de glucosa.... 87
García Seco, José Alberto; Seco Segura, Angela María

Capítulo 14

Análisis de datos referidos por pacientes en tratamiento con Etanercept subcutáneo..... 91
Becerra Cañas, Ana Victoria; Martínez Morago, M^a Rosario; Castellanos Moreno, Almudena; Rubio Caravaca, Herminia; López Pozas, Virginia; Couque Hernández, María del Pilar

Capítulo 15

Análisis de la interrupción voluntaria del embarazo en Castilla-La Mancha 97
Vela Meco, Cristina; Calvo Giménez, Marta; Camacho Sánchez, Beatriz

Capítulo 16

Análisis de los factores de riesgo del paciente vascular con ingreso en el Hospital General Universitario de Ciudad Real101
Collada Fernández, Laura; Prado Rodríguez-Barbero, Montserrat; Bermejo Bermejo, Rosa María; Díaz Almansa, María José; Díaz Barajas, Nuria

Capítulo 17

Análisis epidemiológico de las consultas de urgencias pediátricas105
López Rubio, Erica; Extremera Medina, Carlos Joaquín; Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción

Capítulo 18

Aplicación del test de viscosidad MECV-V en el paciente con diagnóstico de Ictus.....109
Cascos Rubio, Óscar; Domínguez Díaz, Diana; Sánchez Laborda, Lara

Capítulo 19

Aplicaciones de la nanomedicina115
Muñoz Sepúlveda, Almudena; Blanco Casero, María Dolores; Muñoz Fernández, Vera

Capítulo 20

Apps para pacientes con enfermedades crónicas119
Rubio Caravaca, Herminia; Castellanos Moreno, Almudena; Couque Hernández, María del Pilar; Becerra Cañas, Ana Victoria; Martínez Morago, María del Rosario; Contreras Cañas, María José

Capítulo 21

Asociación entre el consumo de psicotrópicos y las caídas en personas mayores125
Martínez Castillo, José David; Moreno Sánchez, María de los Ángeles

Capítulo 22

Atención de enfermería en el manejo de la vía aérea difícil en unidades de cuidados intensivos...131
Hernández Arenas, Ángel José; Almodóvar Mozos, Francisco; Chaves Ramos, Laura; García García, Ángel

Capítulo 23

Atención sanitaria ante la picadura de escorpión. Guía rápida de cuidados.....135
Gutiérrez Delgado, Miguel Ángel; Narváez Argent, Víctor Manuel; Gavira Rodríguez, Nuria

Capítulo 24

Atrapamiento del nervio pudendo.....141
González Hernández, Laura; Montero Catalina, Ana María

Capítulo 25

Autonomía de los cuidados enfermeros y humanización.....147
García Gutiérrez, Antonia Gema; Alañón Varón, Ana Blanca; Juárez Merino, María del Carmen; Alañón Varón, Francisco Salvador

Capítulo 26

Base molecular de la enfermedad de Huntington151
Ruiz Serrano, Jesús Javier; Guerrero Sola, Lorena

Capítulo 27

Beneficios de la intervención multidisciplinar en la persona mayor institucionalizada y su familia ..157
Sánchez González, Irene; Martín Millán, María Belén; Castillo García, María del Carmen; Benito Lara, Elena; Ocaña García Abadillo, María del Carmen

Capítulo 28

Beneficios del método madre-canguro161
Montalvo Bueno, M^a José

Capítulo 29

Burnout en trabajadores sanitarios de un centro de discapacitados psíquicos165
Martín-Doimeadios Trujillo, Luis; Moreno Trenado, Vanessa; Barrios Moreno, Sofía; Martínez Gómez, José Luis; Trujillo Ruiz, Cristina; Calero Pareja, Asunción

Capítulo 30

Caídas en mayores de 65 años. Situación actual y prevención desde la consulta de enfermería de atención primaria169
López Juárez, M^a Pilar

Capítulo 31

Calidad de vida en el niño con leucemia tratado con quimioterapia173
Valero Carnicel, Sara; Talavera García, Irene; Ortega Santiago, Esperanza; García Díaz del Campo, Celia; Moya López, Lorena

Capítulo 32

Calidad de vida en la enfermedad de Ménière179
Corredor Rivera, María Teresa; Arroyo Ayllón, David; Granados Navas, María de la Paz

Capítulo 33

Calidad de vida percibida por el paciente en hemodiálisis185
Moya García, Milagros; Del Hoyo Serrano, María Jesús; Pérez Trenado, M. del Prado; Fernández Melero, Alicia; Domínguez Tapiador, Beatriz

Capítulo 34

Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con menopausia189
Riaza García, Antonia; García Sánchez, Ángel Santiago; García Calvo, Julia

Capítulo 35

Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con Epoc...193
Bermejo Cantarero, Alberto; Fernández Campos, Gloria; Torres Martín, Francisco Antonio; Muñoz de Morales Romero, Laura; Serrano Salcedo, Francisca

Capítulo 36

Calidad de vida y discapacidad a los 30 días postparto: Incidencia y factores relacionados197
Carretero Cortés, Irene; Ortiz Esquinas, Inmaculada; Núñez-Barranco García, Gema; López Pizarro, María del Pilar

Capítulo 37

Calidad del sueño en el paciente hospitalizado y factores relacionados201
Sánchez-Mateos Ramos, Sergio

Capítulo 38

Calidad del sueño en profesionales de enfermería con turno rotatorio205
Granados Navas, María de la Paz; Arroyo Ayllón, David; Corredor Rivera, María Teresa

Capítulo 39

Cambios en la mujer durante el climaterio.....211
González Redondo, María; Navarro Díez, Macarena

Capítulo 40

Caso clínico de paciente con rabdomiólisis215
Da Silva de Vicente, Gema Natalia; Tejado Moral, María

Capítulo 41

Caso clínico síndrome de bridas amnióticas en recién nacido.....219
Ponce Cañizares, Elisabet

Capítulo 42

Caso clínico: Cura de herida infectada en paciente geriátrico ocasionada por una caída.....223
Fernández Rodríguez, María de las Nieves; Mazuecos Araque, María del Pilar; Jiménez Hernández, Marta

Capítulo 43

Caso clínico: Fractura de pie por aplastamiento227
Ponce Cañizares, Elisabet

Capítulo 44

Caso clínico: Manejo del pie diabético en el ámbito de la atención primaria233
Plaza Plaza, Elena; Cuartero Lozano, David; Bellón García, María José

Capítulo 45

Caso clínico: Psicosis de Korsakoff - síndrome de Wernicke-Korsakoff239
Rullo Sánchez, Ana María; Botia Portero, Antonio

Capítulo 46

Caso clínico: Tratamiento de gonartrosis con mesoterapia homeopática.....245
Sánchez Carrión, Pedro José; Sánchez Pérez, Pedro

Capítulo 47

Caso clínico: Ventilación no invasiva en paciente con EPOC reagudizado.....249
Da Silva de Vicente, Gema Natalia; Tejado Moral, María

Capítulo 48

CIMT - Terapia restrictiva en pediatría253
Rosales Casero, Laura

Capítulo 49

Cirugía con colgajo Mercedes257
Mora Hidalgo, María Reyes; Calatrava Muñoz, Rosa M^a; Aparicio Hernández, Cristina; Morote Cumplido, Elena

Capítulo 50

Climaterio y calidad de vida.....261
Sánchez Díaz, M^a Cristina

Capítulo 51

Clorhexidina versus povidona yodada en la prevención de infecciones postquirúrgicas. Revisión bibliográfica265
González Serrano, Juan Antonio; García Valenciano, Agustín; De Aguilar González, María José

Capítulo 52

Código Ictus. Caso clínico.....271
Muñoz-Torrero Peña, Alicia; Rubio García, María Nuria; Padilla Morales, Mónica

Capítulo 53

Compatibilidad del bicarbonato en la medicación intravenosa.....277
Cerrillo Urbina, Alberto José; Díaz del Campo Aparicio, Laura; González Herguido, Yolanda; Moreno Escobar, María Eugenia; Moreno Escobar, Paloma; Palomo Gómez, Carmen María

Capítulo 54

Complicaciones durante el ingreso hospitalario en pacientes que han sufrido un Ictus281
Martos Sánchez, Almudena; Gómez Luque, Adela; Ruíz Céspedes, María José; López Espuela, Fidel

Capítulo 55

Composición de la microbiota intestinal y alergias en niños.....285
Arroyo Ayllón, David; Granados Navas, Mari Paz; Corredor Rivera, María Teresa

Capítulo 56

Conocimiento de los cuidadores informales acerca de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD)291

Gil García-Uceda, Laura; Jiménez Horcajada, Sonia; García Román, Darío; Bermejo Cruz, Sara

Capítulo 57

Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el manejo de medicamentos considerados peligrosos.....297

Martín Tercero, María del Prado; Campos Flores, María Gloria; Jiménez Córdoba, María Juana; Moreno-Chocano López-Astillero, María Teresa; León Guerrero, Israel José; López de Mota García Muñoz, María Ascensión

Capítulo 58

Conocimiento sobre las voluntades anticipadas.....301

Mateos-Aparicio Sevilla, Esther; Guerrero Agenjo, Carmen María; Díaz Suarez, Marta

Capítulo 59

Conocimientos adolescentes en las enfermedades de transmisión sexual.....307

Rabadán Arévalo, Marta; Barrios Rubio, Laura; Cortecero Sanz, María Cristina; Céspedes Valero, María Ester; Núñez Mata, Anais; Honrado López Menchero, Aurora

Capítulo 60

Conocimientos de las madres sobre cuidados del recién nacido al alta hospitalaria311

Mazuecos Araque, María del Pilar; Jiménez Hernández, Marta; Fernández Rodríguez, María de las Nieves

Capítulo 61

Conocimientos en primeros auxilios del personal no enfermero en residencias para personas mayores317

Martín Millán, María Belén; Ocaña García Abadillo, M^a Carmen

Capítulo 62

Conocimientos sobre la técnica de RCP entre los alumnos de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real321

Jiménez Hernández, Marta; Mazuecos Araque, María del Pilar; Fernández Rodríguez, María de las Nieves

Capítulo 63

Consulta de psiquiatría de cirugía bariátrica en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR)327

Naranjo Fernández, Jacinta; Fernández Aparicio Gómez Rico, María Jesús; García Muñoz González del Campo, María Reyes; Fernández de Marcos Velázquez, María de los Reyes; Gómez Rico Velázquez, María Pilar; Bravo Moraleda, Montserrat

Capítulo 64

Contención mecánica vs farmacológica.....331

Romero Lirio, María Victoria; Ruiz Sánchez de León, Fermín; Díaz-Parreño Casarrubios, María José; Sánchez-Camacho Lozano, Antonio

Capítulo 65

Control domiciliario del dolor postoperatorio: Bombas elastoméricas335

Rodrigo Marín, Esther María; Arriaga Rodríguez, Ana María; Arévalo Buitrago, Pedro; Olivares Luque, Estefanía

Capítulo 66

Cuidado de la úlcera venosa con vendaje compresivo de alta elasticidad341

Mora Mora, María Yolanda; Escobar Sorando, Ana; González Lara, Gema

Capítulo 67

Cuidados de enfermería dirigidos a cuidadores y pacientes con enfermedad de Perthes.....347

Agudo Mosquera, Silvia Natalia; Martín Arévalo, M^a del Prado; Moreno Ruiz, Alicia; Cubero Ruedas, Ana

Capítulo 68

Cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva353

Morales Clemente, Noemí; Espadas Barba, Juan; Sánchez Gaitán, Elena María; Peña de la Cruz, Ana María; Plazuelo Lozano, Josefina; Luque Ruiz, Rafael

Capítulo 69

Cuidados oftalmológicos en el paciente crítico.....359
Vázquez Rodríguez Barbero, Inmaculada; Puebla Martín, Amadeo; Rubio Serrano, María Pilar; García Fernández, Gema; Pacheco Salgado, José Miguel; García Fernández, María del Carmen

Capítulo 70

Dedos en garra y fisioterapia. Caso clínico365
Fernández-Sarabia Pardo, Laura; Guzmán Pecino, Verónica

Capítulo 71

Detección de la violencia de género en los centros sanitarios371
Chaparro León, María

Capítulo 72

Detección y tratamiento de la leucemia.....375
Guerrero Sola, Lorena; Ruiz Serrano, Jesús Javier

Capítulo 73

Disposición de los alumnos ante el deporte y la educación física en primaria381
Martín Millán, María Belén

Capítulo 74

Duelo gestacional: Protocolo de actuación ante la muerte perinatal385
Zafra Chamorro, Mercedes; Zafra Chamorro, Laura

Capítulo 75

Ecografía en emergencias extrahospitalarias.....391
López Ruiz, Cecilia María; Díaz Gallego, César; Moreno Quesada, María Esther; Balmón Pérez, Sara; Puado Puado, Ivanna María; Balmón Pérez, Laura

Capítulo 76

Educación sanitaria para mejorar la calidad de vida en la hemofilia pediátrica.....397
Carrero Ruiz, Carmen; Chacón Chacón, Laura; Garrido Anguita, Silvia

Capítulo 77

Efectividad del programa formativo HASIC para la promoción de estilos de vida saludables en personas mayores de 65 años403
García-Camacha Gutiérrez, Aurora; Notario Pacheco, Blanca; Rodríguez Martín, Beatriz

Capítulo 78

Eficacia del modelo Precede-Procede en la Sanidad Comunitaria. Revisión sistemática.....407
De la Vega Tera, Teresa; Fernández Alves, Daniel; Ballesteros Galán, Sara

Capítulo 79

Ejercicio físico, deporte y salud en nuestra sociedad413
Cuartero Lozano, David; Plaza Plaza, Elena; Bellón García, María José

Capítulo 80

El aviso domiciliario en las urgencias de atención primaria419
Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel

Capítulo 81

El cuidador principal en el entorno hospitalario: Afectación biopsicosocial423
Pérez Alcolado, Beatriz; Cortés Ramos, María Úrsula; Blanco Casado, Noelia; Perea Espinosa, Francisco

Capítulo 82

El humo quirúrgico ¿agente nocivo?427
Montalvo Bueno, Cristina

Capítulo 83

El Ictus en atención continuada431
Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel

Capítulo 84	
El intento de autólisis por intoxicación.....	435
<i>Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel</i>	
Capítulo 85	
El labio leporino y la fisura palatina: Grandes desconocidos en la alimentación neonatal	439
<i>Tapiador Aceñero, María Teresa; Herrera del Campo, María; Monteagudo García, Ángela</i>	
Capítulo 86	
El paciente EPOC y la necesidad de la educación para la salud	443
<i>González Redondo, María; Navarro Díez, Macarena</i>	
Capítulo 87	
El trasplante de médula ósea en la leucemia	447
<i>Calvo Giménez, Marta; Vela Meco, Cristina; Camacho Sánchez, Beatriz</i>	
Capítulo 88	
Enfermedad de Dupuytren. Beneficios terapéuticos del uso de la férula	451
<i>Castillo García, María del Carmen; Sánchez González, Irene</i>	
Capítulo 89	
Enfermera principiante avanzada: Estudio retrospectivo.....	455
<i>Blanco Palomo, Carlos M.; Vilar Palomo, Samuel; Bolet Carreño, Milagros</i>	
Capítulo 90	
Enfermería con la disforia de género en niños/adolescentes.....	459
<i>Cerro López, Tania; Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor; Molina Moreno, Aurora; Gil García- Ajofrín, Marta</i>	
Capítulo 91	
Enfermería eficiente: Gestión responsable en el tratamiento de las úlceras venosas. Terapia compresiva. Caso clínico	465
<i>Muñoz Ramon, Víctor; Rodríguez Almagro, David; Cea Cebrián, Sergio; Serrano Mora, Raquel; Galiana Condes, Nuria; Del Fresno Ramírez, Mercedes</i>	
Capítulo 92	
Enfermería escolar vs docentes ¿Se desarrolla la EPS en el marco transversal de las asignaturas?... 	471
<i>García Román, Darío; Jiménez Horcajada, Sonia; Gil García-Uceda, Laura</i>	
Capítulo 93	
Enfermería uci HGCR. Un canal para compartir conocimientos.....	475
<i>Sánchez Marín, Laura; Manfredi Fernández, Diego; Salas Torres, Óscar; García Martín, Francisco Javier</i>	
Capítulo 94	
Enfermería y el cemento quirúrgico	479
<i>Montalvo Bueno, Cristina</i>	
Capítulo 95	
Enfoque fisioterápico de la artroplastia parcial de rodilla.....	483
<i>Guzmán Pecino, Verónica; Fernández-Sarabia Pardo, Laura</i>	
Capítulo 96	
Epidemiología pacientes con bronquiolitis en UCINP	487
<i>Cabezali Lozano, Ana María; Muñoz Correas, Ana Belén; Adrián Vera, Esther</i>	
Capítulo 97	
Errores durante las pruebas de laboratorio y consecuencias en la atención sanitaria	491
<i>López Juárez, M^a Pilar</i>	
Capítulo 98	
Esclerosis lateral amiotrófica. Caso clínico	495
<i>Sánchez Puertas, María; Sánchez- Gil Izquierdo, Irene; Ballesteros Benito, M^a Isabel; García Morales, Sandra; Porras Sánchez - Escribano, Cristina</i>	

Capítulo 99

Escuela de hombro501
Huertas Valencia, Marcelina; Díaz Calamardo, María Ramona; Del Casar Martín, Laura; García Torres, Pedro

Capítulo 100

Esguince de tobillo grado I: Evaluación y tratamiento desde un punto de vista osteopático507
Lozano Jiménez, Sandra; Palencia Guerrero, María Teresa

Capítulo 101

Esquizofrenia: A propósito de un caso clínico.....511
López Millán, María de los Reyes; Montiel Troya, María; Montesinos Navarro, Víctor Manuel

Capítulo 102

Estrategia para el control del síndrome de Distrés Respiratorio (SDRA): Técnica postural decúbito prono517
Martínez Rodríguez, Helena; Molina Alañón, Eva María; Aguilera Mimbbrero, Ana; Martínez Rodríguez, Sandra

Capítulo 103

Estrategias de prevención del consumo de alcohol en adolescentes. Revisión sistemática523
De la Vega Tera, Teresa; Fernández Alves, Daniel; Ballesteros Galán, Sara

Capítulo 104

Estrategias no farmacológicas. Tratamiento del dolor en el neonato529
Márquez Arriaga, Vanesa

Capítulo 105

Estrés en la enfermería vs calidad asistencial.....533
Díaz Valero, Juan Diego; González de Rivas, María del Carmen; Baos Calzado, Rosa María

Capítulo 106

Estudio clínico sobre las características en pacientes ingresados por EPOC537
Cubero Ruedas, Ana; Moreno Ruiz, Alicia; Martín Arévalo, M^a Prado; Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Capítulo 107

Estudio de hidratación en ancianos.....541
Moreno Trenado, Vanessa; Martín-Doimeadios Trujillo, Luis; Martínez Gómez, José Luis; Barrios Moreno, Sofía; Trujillo Ruiz, Cristina; Calero Pareja, Asunción

Capítulo 108

Estudio de intervenciones dietéticas en adultos desde el ámbito de la atención primaria547
Baos Calzado, Rosa María; Díaz Valero, Juan Diego; González de Rivas, María Carmen

Capítulo 109

Estudio del dolor producido en una gasometría arterial radial (GAR) frente a gasometría arterial humeral (GAH)551
Tejado Moral, María; Da Silva de Vicente, Gema Natalia

Capítulo 110

Estudio del sueño en técnicos en cuidados auxiliares de enfermería555
Morales Martín, Ángela; Musa Alí, Bohavid; De la Cruz Alguacil, Patricia; Carrillo Prieto, Esmeralda

Capítulo 111

Estudio observacional de la prevalencia de heridas en atención primaria561
Segador Madrid, Elisabeth; Rodríguez López, Rosa María; Sánchez Colmenar, Sonia; Segovia Félix, Ignacio; Segovia Félix, José Miguel

Capítulo 112

Estudios urodinámicos para la determinación de problemas del tracto inferior565
Sepúlveda García, Eduarda María; Núñez Gutiérrez, María del Carmen; Triguero Bocharan, María Teresa

Capítulo 113

Evaluación de las órdenes verbales en un servicio de urgencias hospitalarias571
Almodóvar Mozos, Francisco; Chaves Ramos, Laura Ruiz González, Flor María; Hernández Arenas, Ángel José; Pérez Jiménez, María del Carmen; García García, Ángel

Capítulo 114	
Evolución del peso materno durante la gestación y hasta los 30 días postparto	575
<i>López Pizarro, M^a del Pilar; Núñez-Barranco García, Gema; Ortiz Esquinas, Inma; Carretero Cortés, Irene</i>	
Capítulo 115	
Factores relacionados con la malnutrición infantil en España.....	579
<i>Ortega Santiago, Esperanza; García Díaz del Campo, Celia; Moya López, Lorena; Talavera García, Irene; Valero Carnicel, Sara</i>	
Capítulo 116	
Fenómeno tracking: Abordaje enfermero	583
<i>Ladero Torrijos, María José; Manzano Silva, Beatriz; Clemente Nieto, Encarnación</i>	
Capítulo 117	
Fisioterapia respiratoria en bronquiolitis infantil	587
<i>Del Casar Martín, Laura; García Torres, Pedro; Díaz Calamardo, María Ramona; Huertas Valencia, Marcelina</i>	
Capítulo 118	
Gestante fumadora y problemas de salud en el recién nacido.....	591
<i>López Ramírez, María Dolores</i>	
Capítulo 119	
Grado de adherencia del enfermo crónico a las recomendaciones prescritas por enfermería...595	
<i>Galán Zamora, Aránzazu; Zamora Horcajada, Roberto; Flores López-Ibarra, José María; Barranquero Fuentes, Alicia; Molero Bastante, María, Valdivia Galindo, Edite</i>	
Capítulo 120	
Heridas en la población anciana institucionalizada	599
<i>López Fernández-Cañadas, Virginia María</i>	
Capítulo 121	
Hipoglucemia en recién nacido	603
<i>López Ramírez, María Dolores</i>	
Capítulo 122	
Impacto bio-psico-social en la familia ante el diagnóstico de cáncer infantil	607
<i>Rullo Sánchez, Ana María; Botia Portero, Antonio</i>	
Capítulo 123	
Impacto de la cesárea sobre la lactancia materna exclusiva	613
<i>Moreno Callejas, Alberto; Márquez Manzano, Francisca</i>	
Capítulo 124	
Impacto y prevalencia de la incontinencia urinaria en la mujer	617
<i>Tolosa Gil, Quiteria; García Donate, María Isabel</i>	
Capítulo 125	
Importancia de la lactancia materna a partir de los 6 meses de edad.....	621
<i>López Juárez, M^a Pilar</i>	
Capítulo 126	
Importancia de una alimentación adecuada durante la gestación	625
<i>Cortecero Sanz, M^a Cristina; Barrios Rubio, Laura; Rabadán Arévalo, Marta; Céspedes Valero, M^a Ester; Pardo Juárez, Natalia; Sanz Estudillo, Francisca</i>	
Capítulo 127	
Importancia del diagnóstico precoz en la displasia del desarrollo de cadera.....	629
<i>Molina Alañón, Eva María; Aguilera Mimbbrero, Ana; Martínez Rodríguez, Helena</i>	
Capítulo 128	
Incapacidad temporal. Propuesta de alta médica de mutuas colaboradoras	635
<i>Sánchez Higuera, M^a del Prado; Ramírez De Orol, Miguel Angel; Valiente Sobrino, Liliana</i>	

Capítulo 129

Indicaciones y resultados de la histeroscopia diagnóstica641
Simarro Bustamante, Cristina; Carrero Ruiz, Sofía

Capítulo 130

Índice de masa corporal (IMC) y depresión en ancianos institucionalizados645
Tolosa Gil, Quiteria; García Donate, María Isabel

Capítulo 131

Influencia de la formación de los profesionales de enfermería en el control del neumotaponamiento en cuidados intensivos649
Porras Flor, Vanessa; Linde Ruiz, Nuria

Capítulo 132

Influencia del autocontrol de glucemia capilar en la HbA1C653
González de Rivas, María del Carmen; Díaz Valero, Juan Diego; Baos Calzado, Rosa María

Capítulo 133

Intervenciones en casos de violencia de género con dependencia emocional657
Chaparro León, María

Capítulo 134

La alimentación y el ejercicio en la diabetes mellitus gestacional661
Moreno Pérez, Helena

Capítulo 135

La atención sanitaria al parto en diferentes escenarios: Una propuesta de mejora667
Vivar López-Bueno, Silvia; Gómez Gutiérrez, María José; Camacho Dorado, Elena

Capítulo 136

La importancia de la enfermería en la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) para la prevención de upp en el paciente neonatal y pediátrico673
Monteagudo García, Ángela; Tapiador Aceñero, María Teresa; Herrera del Campo, María

Capítulo 137

La intimidad en pacientes ingresados en una UCI677
Muñoz-Torrero Peña, Alicia; Garrido Avileo, Anastasio; Padilla Morales, Mónica; Rubio García, María Nuria

Capítulo 138

La marcha nórdica en personas de la tercera edad681
Ruiz Mazoterías, Jorge Luis; Ruiz Mazoterías, Salvador

Capítulo 139

La presencia de los padres durante los procedimientos endoscópicos a los niños: Percepciones, satisfacción y actitudes en los padres y en el personal sanitario685
Serrano Moya, Natalia; Rabanal Marcos, Marta; Cuevas Jiménez, Luz María

Capítulo 140

La vivencia diaria del paciente en tratamiento en hospital de día oncohematológico691
Panea Pizarro, Isabel; Martos Sánchez, Almudena; Lucas Caballero, Marina; Laderas Díaz, Estibaliz; Ruíz Céspedes, María José

Capítulo 141

Laringitis aguda en paciente pediátrico: A propósito de un caso695
Álvarez Paniagua, Sonia; Abril Béjar, Juana; Sánchez-Molero Martín, Prado; Zapata García, Luis

Capítulo 142

Listado de verificación quirúrgica. Un paso hacia la cirugía segura699
Madueño Moreno, Silvia; Madueño Moreno, José Luis

Capítulo 143

Malformación de Chiari705
Sánchez-Gil Izquierdo, Irene; Sánchez Puertas, María; García Morales, Sandra; Ballesteros Benito, M^a Isabel; Porras Sánchez - Escribano, Cristina

Capítulo 144

Manejo de la bolsa de Bogotá en el abdomen abierto711
Martín-Doimeadios Trujillo, Luis; Moreno Trenado, Vanessa; Barrios Moreno, Sofía; Martínez Gómez, José Luis; Trujillo Ruiz, Cristina; Calero Pareja, Asunción

Capítulo 145

Manejo del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla (PTR). Paso previo a la elaboración de plan de cuidados717
Correal Puime, Julián; Rivero González, Ana; Cofrade Delgado, Virginia; Sánchez Rodríguez, Pilar; Erenca Serrano, Josefa; Núñez Delgado, Cristina

Capítulo 146

Manejo del drenaje ventricular externo (D.V.E).....721
Terriza Cabrera, Nuria M^a; Martínez Gómez, Carolina; Sánchez González, M^a José; Terán Boabén, Marta; Rivero Merino, Irene; Díaz Barajas, Nuria

Capítulo 147

Manejo del niño con alergia al huevo y vacuna triple vírica727
Abril Béjar, Juana; Álvarez Paniagua, Sonia; Sánchez-Molero Martín, Prado; Zapata García, Luis

Capítulo 148

Mapa geográfico sobre la incidencia de la enfermedad vascular que precisa ingreso en la provincia de Ciudad Real731
Monzón Ferrer, Adrián; Oliver Pérez, Antonio; Tapiador Gómez, Gema; Aparicio Ortega, M^a Teresa; Díaz Almansa, M^a José; Gómez Barriuso, Yanitza

Capítulo 149

Medicación de alto riesgo practicas seguras con heparinas, insulinas y anticoagulantes orales....735
Palacios Ortiz, María Dolores; Palacios Carretero, Patricia

Capítulo 150

Método 5p (reducción postural propioceptiva perineal)741
Montañez Saldaña, Laura; González Pérez, María

Capítulo 151

Métodos no farmacológicos en el alivio del dolor durante el parto747
Manzano Silva, Beatriz; Ladero Torrijos, María José; Clemente Nieto, Encarnación

Capítulo 152

Micropigmentación areola-pezones tras mastectomía753
Hervás de los Galanes, Cristina; Díaz Patiño, José Javier; Fraile Pérez, María Mercedes; Ruiz Lumbreras, Francisca

Capítulo 153

Monitorización continua de glucosa757
Gómez Martín, Patricia

Capítulo 154

Monitorización continua de la función cerebral en el RN mediante electroencefalografía integrada de amplitud763
Giménez de los Galanes Cejudo, Gema; Crespo González, Elena; Martínez Sánchez, M^a Carmen

Capítulo 155

Morbilidad y principales cuidados del paciente geriátrico.....767
Vizcaíno Caravantes, Cristina; Vizcaíno Navarro, José Luis

Capítulo 156

Motivos de ingreso y expectativas del paciente oncológico.....771
Vizcaíno Caravantes, Cristina; Vizcaíno Navarro, José Luis

Capítulo 157

Neurofibromatosis. Caso clínico.....775
García Morales, Sandra; Ballesteros Benito, María Isabel; Porras Sánchez-Escribano, Cristina; Sánchez-Gil Izquierdo, Irene; Sánchez Puertas, María

Capítulo 158

Nivel de estrés en el personal de enfermería de sustitución de verano781
García Fernández, Gema; García Fernández, María del Carmen; Vázquez Rodríguez Barbero, Inmaculada; Rubio Serrano, María Pilar; Pacheco Salgado, José Miguel; Espinar Ochoa, Ana

Capítulo 159

Osteopatía infantil en las deformidades craneales posturales785
Rosales Casero, Laura

Capítulo 160

Papel de enfermería en el bloqueo del nervio femoral en pacientes intervenidos de PTR791
Fernández Padrón, Marcos; Espadas Sánchez, María; Rayo Gutiérrez, Laura; Moreno Gómez, María de los Ángeles; Ramírez Ramos, Angela María; Andrade García, Cristina

Capítulo 161

Pediculosis: ¿Qué pasa con los piojos?.....795
Camacho Sánchez, Beatriz; Calvo Giménez, Marta; Vela Meco, Cristina

Capítulo 162

Percepción de la atención sanitaria recibida por mujeres víctimas de violencia de género801
Chaparro León, María

Capítulo 163

Perfil de las personas que cuidan a los pacientes crónicos complejos no oncológicos en atención primaria805
Sánchez Cañada, Manuela; Cuberos Sánchez, Carla María; Cuberos Sánchez, Ana Cristina; Márquez Calzada, Cristina; Domínguez Moreno, Antonio

Capítulo 164

Plan de cuidados al paciente con gangrena de Fournier809
Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia; Olmo Trujillo, Coral; Serrano Barona, David

Capítulo 165

Plan de cuidados de enfermería ante un paciente con pioderma gangrenoso815
Martínez Martínez, Beatriz; Alcaraz López, Jesús

Capítulo 166

Plan de cuidados de enfermería en el shock anafiláctico en urgencias821
Cabañas Molero, Ana María; Pérez Torija, María Ángela; Medina Armenteros, María del Mar

Capítulo 167

Plan de cuidados de enfermería para pacientes con sepsis825
Martín Arévalo, M^a del Prado; Agudo Mosquera, Silvia Natalia; Cubero Ruedas, Ana; Moreno Ruiz, Alicia

Capítulo 168

Plan de cuidados del catéter central de inserción periférica831
Sánchez-Camacho González-Carrato, María José; Cantero Rivero, José Carlos; Cantero Rivero, Virginia; Nieto Aparicio, Saúl; González Arévalo, Cristina; Bolaños Martín, Noelia

Capítulo 169

Plan de cuidados del paciente pediátrico con bronquiolitis vírica.....837
Martínez Gómez, Carolina; Terriza Cabrera, Nuria; Sánchez González, María José

Capítulo 170

Plan de cuidados en paciente con dolor torácico no cardiovascular en urgencias hospitalarias843
Pérez Martín de la Mota, Elena; Váñez Gómez, Daniel; Rodríguez Rodríguez-Caro, Laura María

Capítulo 171

Plan de cuidados enfermero en conducta suicida.....849
Lucas Caballero, Marina; Laderas Díaz, Estíbaliz; Panea Pizarro, Isabel; Martos Sánchez, Almudena; Casero Peinado, Nuria

Capítulo 172

Plan de cuidados post-quirúrgicos del paciente intervenido de hernia abdominal.....853
Cervantes Torres, Laura

Capítulo 173	
Plan de cuidados: Cuidar al cuidador	861
<i>Serrano Gómez, Irene; Fernández Clemente, Alba; Melchor Gómez, Silvia; Esteban Mora, Raquel; Esteban Mora, Rebeca</i>	
Capítulo 174	
Plan de mejora en la seguridad del paciente en residencia de ancianos: Prevención de caídas	867
<i>Cervantes Torres, Laura</i>	
Capítulo 175	
Preocupación por la imagen corporal en estudiantes de grado de la rama de Ciencias de la Salud ..	873
<i>Casero Peinado, Nuria; Laderas Díaz, Estibaliz; Lucas Caballero, Marina; Panea Pizarro, Isabel; López Espuela, Fidel</i>	
Capítulo 176	
Presbiacusia en el anciano.....	879
<i>Blanco Casero, María Dolores; Muñoz Sepúlveda, Almudena; Muñoz Fernández, Vera</i>	
Capítulo 177	
Prevalencia de obesidad. Factores relacionados	883
<i>Vizcaíno Caravantes, Cristina; Vizcaíno Navarro, José Luis</i>	
Capítulo 178	
Prevalencia y causas del abandono de la lactancia materna al alta hospitalaria	887
<i>Delgado Arroyo, Noelia</i>	
Capítulo 179	
Prevalencia y evaluación de la adherencia al sistema de presión positiva continua en vía aérea	891
<i>Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción; López Rubio, Erica; Extremera Medina, Carlos Joaquín</i>	
Capítulo 180	
Prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en UCI Pediátrica	895
<i>López Garrido, Laura</i>	
Capítulo 181	
Prevención de las caídas en personas mayores	901
<i>Clemente Nieto, Encarnación; Ladero Torrijos, María José; Manzano Silva, Beatriz</i>	
Capítulo 182	
Prevención de lesiones traumáticas en niños. Conocimiento y actitud de los padres.....	907
<i>Garrido Avileo, Anastasio; Labrandero Alcázar, María Dolores; Viedma Moreno, Isabel; Sobrino Moreno, María Luisa; Simón Toledo, María Ángeles; García Maján, Silvia</i>	
Capítulo 183	
Prevención del linfedema en pacientes intervenidas por un cáncer de mama	911
<i>Lozano Muñoz, Laura María</i>	
Capítulo 184	
Primeros casos de CCCR en GAI Tomelloso.....	917
<i>Soto Luna, Juan Francisco; Fernández Expósito, Gemma María; Zarca Cano, María; Amador Castillo, Verónica</i>	
Capítulo 185	
Procedimiento de atención al paciente con duodopa en ámbito de hospitalización	921
<i>Sánchez Laborda, Lara; Cascos Rubio, Óscar; Domínguez Díaz, Diana</i>	
Capítulo 186	
Propuesta programa de EPS a pacientes con ERC sometidos a tratamiento de hemodiálisis	927
<i>Gil García-Ajofrín, Marta; Espín Lorite, Ernesto Jesús</i>	
Capítulo 187	
Protocolo de actuación de enfermería en pacientes sometidos a terapia de resincronización cardiaca	933
<i>Castillo Muñoz, María del Pilar; Gutiérrez Fernández-Aparicio, Sonia; Rodríguez Ramírez, Laura; García Rubio, Lorena; Laguna Morcillo, Gema María; González Campos, María del Pilar</i>	

Capítulo 188

Protocolo de actuación en la asistencia sanitaria a pacientes con trastorno espectro autista ...939

González García-Minguillán, Rosa Belén; Duque Siller, M^a Gracia; Galindo Gómez, María de los Santos; López Angulo, Ana Raquel; Trenado Moya, Montserrat

Capítulo 189

Protocolo de actuación enfermera en el intraoperatorio del neonato prematuro para evitar la hipotermia945

Puado Puado, Ivanna; Balmón Pérez, Sara; Balmón Pérez, Laura; Moreno Quesada, María Esther; Díaz Gallego, César; López Ruiz, Cecilia María

Capítulo 190

Protocolo de atención a pacientes con dolor crónico mediante iontoforesis951

Vilar Palomo, Samuel; Blanco Palomo, Carlos; Bolet Carreño, Milagros

Capítulo 191

Protocolo de colestasis intrahepática en la gestación.....955

Rabanal Marcos, Marta; Serrano Moya, Natalia

Capítulo 192

Protocolo de cuidados de enfermería en URPA al paciente pediátrico sometido a un cateterismo para el cierre percutáneo de CIA/CIV/Ductus arterioso959

Moreno Quesada, María Esther; Puado Puado, Ivanna; Balmón Pérez, Laura; Balmón Pérez, Sara; López Ruiz, Cecilia María; Díaz Gallego, César

Capítulo 193

Protocolo de cuidados de enfermería, en heridas post-implante quirúrgico de dispositivos de estimulación cardiaca.....965

Rodríguez Ramírez, Laura; Rodríguez Ramírez, Irene; Laguna Morcillo, Gema María; Castillo Muñoz, María Pilar; Gutiérrez Fernández-Aparicio Sonia; García Rubio, Lorena

Capítulo 194

Protocolo de la consulta ambulatoria de enfermería en los trastornos de conducta alimentaria (TCA)969

Naranjo Fernández, Jacinta; Fernández Aparicio Gómez Rico, María Jesús; García Muñoz González del Campo, María Reyes; Fernández de Marcos Velázquez, María de los Reyes; Gómez Rico Velázquez, María Pilar; Bravo Moraleda, Montserrat

Capítulo 195

Protocolo de profilaxis post-exposición ocupacional frente al VIH.....975

Montalvo Bueno, M^a José

Capítulo 196

Protocolo de vigilancias ante conductas auto y heterolesivas en una unidad de hospitalización breve.....979

Rodríguez Pérez, Manuel; Tello Naharro, Vanesa; Ruiz Torija, Laura; Briñas García, Carmen; Ruiz García, Jacinto

Capítulo 197

Protocolo: Prevención y tratamiento de la caquexia en el paciente oncológico985

Segovia Félix, José Miguel; Segador Madrid, Elisabeth; Rodríguez López, Rosa María; Sánchez Colmenar, Sonia; Fernández Campos, Gloria; Segovia Félix, Ignacio

Capítulo 198

Proyecto "bacteriemia zero", adaptación a las plantas de hospitalización. Mantenimiento y uso del catéter venoso central989

Jiménez Álvarez, Vicente; Herreros Rosillo, Pedro; Marchante Montero, María Ángeles; Fernández Alonso, Monserrat; Márquez Lara, Ana Belén; Grueso Navarro, Mayte

Capítulo 199

Rabdomiólisis por ejercicio físico intenso995

López Ramírez, María Dolores

Capítulo 200

Recogida de orina estéril mediante tapinnng en recién nacido.....1001
Montálvo Bueno, M^a José

Capítulo 201

Reconstrucción de quemadura de 3^{er} grado. Integra1005
Fernández-Infantes Rodríguez, Sara; Rodrigo García, Rosa María; Hernández de Castro, María Cristina; Fúnez Ruiz del Valle, Eva María; Merlo Ormeño, Alicia; Puñal Ortega, Eva

Capítulo 202

Recuperación de las fracturas de cadera relacionada con el deterioro cognitivo.....1011
García Landete, Marta; Martínez Arana, Marta; Martínez Arana, Diego

Capítulo 203

Relación entre la duración de la segunda etapa del parto y la anemia postparto1015
Infante Torres, Nuria

Capítulo 204

Relación entre lactancia materna y cociente intelectual: Revisión sistemática1021
Moreno Escobar, Paloma; Moreno Escobar, María Eugenia; Cano Rosado, Laura; Bermejo Cantarero, Alberto; Cerrillo Urbina, Alberto José; Palomo Gómez, Carmen

Capítulo 205

Revisión sistemática ¿La realización de actividad física durante el embarazo afecta a la duración del parto?.....1025
Infante Torres, Nuria

Capítulo 206

Revisión sistemática. Baby-led weaning y riesgo de atragantamiento y asfixia1029
Santos Hernández, Gloria; Donate Manzanares, Miriam

Capítulo 207

Revisión sistemática: ¿Existe relación entre la edad materna y la duración de la segunda etapa del parto?1033
Infante Torres, Nuria

Capítulo 208

Revisión: Actuación de enfermería y errores de medicación en el medio hospitalario.....1037
Botía Portero, Antonio; Rullo Sánchez, Ana María

Capítulo 209

Rol de enfermería en atención continuada1041
Carrillo Prieto, Esmeralda; De la Cruz Alguacil, Patricia; Musa Alí, Bohavid; Morales Martín, Ángela

Capítulo 210

Satisfacción de los profesionales de enfermería de Ciudad Real respecto a su sistema de triaje en los servicios de urgencias1045
Pardo Pardo, Roberto

Capítulo 211

Satisfacción laboral en personal sanitario1049
González León, María; Mora Muñoz, Eduardo; Cabello Fernández, Elena

Capítulo 212

Seguimiento de recomendaciones para extracción de hemocultivos en UCI.....1053
Ramírez de Orol, Miguel Ángel; Valiente Sobrino, Lilibiana; Sánchez Higuera, M^a del Prado

Capítulo 213

Seguridad del paciente en los servicios sanitarios, ¿están seguros nuestros pacientes?1057
Medina Armenteros, María del Mar; Cabañas Molero, Ana María; Pérez Torija, María Ángela

Capítulo 214

Seguridad en los bancos de leche materno1063
Antón Ruano, Noelia; Lobero Gurriarán, Verónica; Cámara Sevilla, María del Carmen; Rodrigo Sánchez, Pilar

Capítulo 215

Sensibilidad al gluten y kinesiología: A propósito de un caso clínico1067
Sánchez Pérez, Pedro; Sánchez Carrión, Pedro José

Capítulo 216

Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un servicio de urgencias hospitalario.... 1073
Torres Martín, Francisco Antonio; García Schiaffino, María del Carmen; Migallón Buitrago, María Elvira

Capítulo 217

Síndrome de cimitarra. A propósito de un caso.....1077
Puebla Martín, Amadeo; Puebla Martín, Miguel Ángel; Del Fresno Sánchez, María del Mar; Trujillo Juárez, Juan Pablo; Sánchez Colmenar, Sonia; Velázquez García, Celia

Capítulo 218

Sistemas de inhalación en terapias respiratorias.....1083
Sánchez González, María José; Martínez Gómez, Carolina; Terriza Cabrera, Nuria

Capítulo 219

Sobrecarga de los cuidadores de pacientes con Alzheimer1087
González Redondo, María; Navarro Díez, Macarena

Capítulo 220

Sobrecarga del cuidador principal en pacientes ingresados en unidad de medicina interna ...1091
Mora Muñoz, Eduardo; García Rubio, Lorena; Laguna Morcillo, Gema María; Rodríguez Ramírez, Laura; Castillo Muñoz, María del Pilar; Gutiérrez Fernández-Aparicio, Sonia

Capítulo 221

Somnolencia diurna excesiva en el embarazo1097
Sánchez Díaz, M^a Cristina

Capítulo 222

Sutura intradérmica continua1101
García Díaz, María de los Reyes; Mora Muñoz, Juan David; Corredor Ródenas, María Teresa; Mansilla Flores, María Gema

Capítulo 223

Tavi como técnica de elección en la estenosis aórtica.....1105
Espadas Barba, Juan; Morales Clemente, Noemí; Peña de la Cruz, Ana María; Sánchez Gaitán, Elena María; Plazuelo Lozano, Josefina; Luque Ruiz, Rafael

Capítulo 224

Técnica de punción capilar neonatal1111
Espinosa Velasco, Verónica

Capítulo 225

Técnicas psicoterapéuticas para la ansiedad en atención primaria1115
Fernández Fuentes, Jaime; Ruiz Méndez, Soledad; Octavio Sánchez, Ana Belén; Alcázar Panadero, Isabel

Capítulo 226

Temas de nutrición desarrollados por los estudiantes en su TFG en la Facultad de Enfermería de Ciudad Real1119
Vidal Marín, María de las Mercedes; Díaz-Santos Dueñas, Amelia; Prado Laguna, María del Carmen; Parra Fernández, María Laura

Capítulo 227

Terapia compresiva en el tratamiento de úlceras venosas1123
González García Minguillán, Rosa Belén

Capítulo 228

Terapia electroconvulsiva1127
León Campillo, Sandra; León Campillo, Lorena

Capítulo 229

Terapia en espejo1131
Sánchez Fuentes, Alicia; Soriano García, Francisca; Risalde Santos, Blas Manuel; Fernández Espartero Moreno Chocano, María del Mar

Capítulo 230

Terapia metabólica con I-131: Seguridad del trabajador1135
De la Morena Aguirre, Francisca; López García, Mari Paz; López Santos, Celia; Navarro Aranda, Elisabet; Muñoz Romera, Silvia

Capítulo 231

Tiempos de triaje: Ticta y Tecla1141
Cabañas Carretero, María del Mar; Fernández Bejarano, José Antonio; Rodríguez Fernández, Manuel; Utrera Reyes, Álvaro; Monroy Chamorro, Ana Isabel; Delgado Muñoz, Ana María

Capítulo 232

Todo lo que debes saber sobre el virus boca-manos-pies1145
Céspedes Valero, María Ester; Rabadán Arévalo, Marta; Barrios Rubio, Laura; Cortecero Sanz, María Cristina; Núñez Mata, Anaís; Honrado López Menchero, Aurora

Capítulo 233

Tratamiento de cicatriz queloidea con hidrocoloide fino1151
Hidalgo Benítez, Beatriz; Hidalgo Benítez, Carolina

Capítulo 234

Tratamiento del dolor óseo metastásico con dicloruro de radio-2231155
Chaves Ramos, Laura; Almodóvar Mozos, Francisco; Hernández Arenas, Ángel José; García García, Ángel

Capítulo 235

Tratamiento radioisotópico del tiroides1159
Aguilera Mimbrero, Ana; Martínez Rodríguez, Helena; Molina Alañón, Eva María

Capítulo 236

TVP en pediatría1165
Moliner Díaz, Patricia; Muñoz de Morales Ortiz, Ana María

Capítulo 237

Urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal.....1171
Extremera Medina, Carlos Joaquín; Muñoz de la Nava Zamorano Concepción; López Rubio, Erica

Capítulo 238

Uso combinado de apósito hidrofibra con plata y apósito hidropolimérico de silicona en úlcera por presión1175
Arias López-Peláez, Víctor Manuel; Arias Jiménez, Nicanor

Capítulo 239

Uso de vendaje multicapa en tratamiento de úlcera venosa1179
Arias López-Peláez, Víctor Manuel; Arias Jiménez, Nicanor

Capítulo 240

Uveítis intermedia1183
Romero González Nicolás Josefa; Cencerrado García de la Galana, Jesús María; Donado Rubio de la Torre, Gema María; Faya Palomares, Sara; Hueso Espinosa, Juana

Capítulo 241

Vacunación infantil ¿a favor o en contra? Comparativa de la concepción sobre vacunación infantil en madres de hijos de 0-18 años con residencia en el ámbito rural frente a las de ámbito urbano..... 1187
Gómez Gutiérrez, María José; Camacho Dorado, Elena; Vivar López-Bueno, Silvia

Capítulo 242

Valoración del dolor del paciente vascular en su ingreso hospitalario1191
Collada Fernández, Laura; Monzón Ferrer, Adrián; Marín González, Almudena; García Sosa, María; Fernández Rodríguez, Eva María

Capítulo 243

Valoración del dolor postoperatorio en un hospital tras implantación de unidad del dolor agudo..... 1195

Correal Puime, Julián; Núñez Delgado, Cristina; Mozos Salcedo, Luis; Talavera Gijón, Estíbaliz; Fernández Blanco, Purificación; Higuera Arévalo, Ana Belén

Capítulo 244

Valoración del nivel de ansiedad ante el ingreso hospitalario del paciente de etiología vascular 1199

Monzón Ferrer, Adrián; Collada Fernández, Laura; Díaz Barajas, Nuria; Pardo Mora, M^a Consuelo; Prado Laguna, M^a Carmen; Parra Fernández, M^a Laura

Capítulo 245

Ventajas de la reconstrucción mamaria tipo DIEP. Papel de enfermería1203

Plazuelo Lozano, Josefina; Luque Ruiz, Rafael; Sánchez Gaitán, Elena María; Peña de la Cruz, Ana María; Espadas Barba, Juan; Morales Clemente, Noemí

Capítulo 246

Voluntades anticipadas. Opinión de los profesionales.....1209

Cabello Fernández, Elena; González León, María; Belmonte Ruiz, Daniel; Rubio Maroto, Sofía; Díaz Marín, María del Prado

Prólogo

Marino Barona Calvo

Secretario Provincial de
SATSE Ciudad Real

Es un honor para mí presentar este recopilatorio de ponencias pertenecientes al X Congreso de Investigación, que se celebró en Ciudad Real los días 12 y 13 de abril de 2018. En él vas a encontrar trabajos muy interesantes de una amplia variedad temática y de un elevado nivel científico como pudimos comprobar los asistentes a dicho Congreso.

El presentar este trabajo que hoy tienen en sus manos, pone de manifiesto el afán investigador autónomo de Enfermería, Enfermería Especialista y Fisioterapia, investigación que utilizan estas profesiones para dar unos cuidados de calidad sin perder de perspectiva las necesidades y la búsqueda del empoderamiento de los pacientes, basados en el rigor científico que la profesión actual contempla dejando de lado épocas pasadas.

El acto de cuidar propio de nuestra profesión abarca muchas áreas y niveles por lo que la lectura de este libro supondrá un avance y actualización en los conocimientos necesarios para desarrollar nuestra labor diaria de la forma mas correcta posible según la evidencia científica disponible.

El esfuerzo desarrollado por los autores tanto en la investigación como en plasmarlo en este libro pretende la puesta en común con el resto de profesionales de las conclusiones alcanzadas para su análisis y para poder seguir desarrollando los estudios.

Capítulo 1

¿Disminuye el tiempo de trabajo de parto con la administración de glucosa intravenosa? Revisión sistemática

Autores:

Ortiz Esquinas, Inmaculada

Carretero Cortés, Irene

López Pizarro, María del Pilar

Núñez Barranco García, Gema

¿DISMINUYE EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO CON LA ADMINISTRACIÓN DE GLUCOSA INTRAVENOSA?

REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES

INTRODUCCIÓN



La administración de líquidos por vía intravenosa durante el trabajo de parto es una técnica utilizada desde hace más de 50 años, considerándose de uso habitual y no selectivo, por lo que la mayoría de los profesionales han llegado a ser ajenos a los efectos producidos por el tipo y/o la cantidad de solución administrada.

Las soluciones para tratamiento intravenoso utilizadas con más frecuencia son los líquidos con cristaloides de dextrosa/glucosa, solución salina normal y soluciones de Hartmann (lactato de sodio).

OBJETIVO

Comparar si la administración de glucosa durante el trabajo de parto disminuye el tiempo de dilatación con respecto a la administración de otro tipo de suero.

METODOLOGÍA



Revisión bibliográfica en Pubmed.

Criterios de inclusión:
- Artículos desde 2008-2018
- Acceso a texto completo

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA : ("glucose"[Mesh] OR "glucose"[All Fields]) AND ("glucose"[Mesh] OR "glucose"[All Fields] OR "dextrose"[All Fields]) AND ("labour"[All Fields] OR "work"[Mesh] OR "work"[All Fields] OR "labor"[All Fields] OR "labor, obstetric"[Mesh] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields]) AND ("delivery, obstetric"[Mesh] OR "delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields]) AND nulliparous[All Fields]



RESULTADOS

ESTUDIO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CONCLUSIONES
Shrivastava, et al 2017 <i>Reduction of total labor length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous: results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial.</i>	1322 nulíparas	Perfusión a 250 ml/h de suero glucosado al 5% o suero fisiológico.	76 MINUTOS menos de dilatación en el grupo de suero glucosado con respecto al grupo de control que se administró suero fisiológico.
Ehsanipoor, et al 2017 : <i>Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis</i>	Un metanálisis de siete ensayos aleatorizados	Administración de líquidos a 250 ml/h vs 125 ml/h	La duración del parto puede acortarse en aproximadamente una hora con la administración de líquidos intravenosos a una velocidad de 250 ml / hora en lugar de 125 ml / hora. El riesgo de parto por cesárea en general y de distocia también se redujo.
Shrivastava, et al 2009: <i>A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas.</i>	289 nulíparas	Administrar suero fisiológico, suero glucosado al 5% y suero glucosado al 10% a una velocidad de 125 ml/h.	La duración de la segunda etapa del parto disminuyó en ambos grupos que se administraban glucosa. En el grupo de glucosa al 5% la segunda etapa de parto se redujo en un mínimo de 115 minutos en comparación con solución salina normal
Jamal et al 2007: <i>Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status.</i>	178 gestantes	Se comparó, en 178 mujeres en trabajo de parto, el efecto de la infusión de una solución de Ringer lactato® o de solución salina con glucosa al 5% en el estado ácido-base de la sangre de la arteria umbilical.	La administración de fluidos que contienen glucosa al 5% vía intravenosa durante el parto reducen la acidemia del cordón umbilical y la hipercapnia.

CONCLUSIONES



- La administración de glucosa, independientemente de la concentración, se asocia a una disminución del tiempo de fase activa de dilatación
- La inducción del trabajo de parto a gestantes nulíparas a las que se le administran suero glucosado al 5% a una velocidad de infusión de 250 ml/h, disminuye el tiempo de dilatación en más de una hora.

Resumen: INTRODUCCIÓN: La administración de líquidos por vía intravenosa es una técnica habitual en el parto. Las soluciones más utilizadas son cristaloides, glucosa, solución salina y de Hartmann. **OBJETIVO:** Comparar si la administración de glucosa durante el parto disminuye el tiempo de dilatación con respecto a administrar otro tipo de suero. **METODOLOGÍA:** Revisión sistemática en Pubmed. **RESULTADOS:** La administración de glucosa intravenosa a un determinado ritmo de perfusión parece que disminuye en más de una hora el tiempo de dilatación. **CONCLUSIONES:** No existe consenso sobre la pauta de hidratación en el parto pero la administración de glucosa disminuye la dilatación del parto.

Palabras Clave: Glucosa; Parto obstétrico; Dilatación.

Introducción:

La administración de líquidos por vía intravenosa es una técnica utilizada desde hace más de 50 años, considerándose de uso habitual y no selectivo, por lo que la mayoría de los profesionales han llegado a ser ajenos a los efectos producidos por el tipo y/o la cantidad de solución administrada.

Las soluciones para tratamiento intravenoso utilizadas con más frecuencia son los líquidos con cristaloides de dextrosa/glucosa, solución salina normal y soluciones de Hartmann (lactato de sodio).

Objetivo:

Comparar si la administración de glucosa durante el trabajo de parto disminuye el tiempo de dilatación con respecto a la administración de otro tipo de suero.

Metodología:

Se realizó una revisión sistemática en la base de datos Pubmed. Los criterios de inclusión fueron, artículos comprendidos entre los años 2008 y 2018, así como que tuvieran acceso a texto completo. No existen criterios de exclusión.

La estrategia de búsqueda fue la siguiente: : ("glucose"[Mesh] OR "glucose"[All Fields]) AND ("glucose"[Mesh] OR "glucose"[All Fields] OR "dextrose"[All Fields]) AND ("labour"[All Fields] OR "work"[Mesh] OR "work"[All Fields] OR "labor"[All Fields] OR "labor, obstetric"[Mesh] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields]) AND ("delivery, obstetric"[Mesh] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields]) AND nulliparous[All Fields].

Resultados:

Tras realizar la búsqueda se encontraron 11 artículos de los cuales a partir de 2007 había 7 artículos, seleccionando 4 de ellos.

Los resultados principales a los que se llegaron fueron los siguientes:

- Shrivastava, et al 2017 (1) tras analizar 1322 inducciones de parto en nulíparas concluye que perfundiendo 250ml/h de suero glucosado en vez de fisiológico el tiempo de dilatación disminuye en 76 minutos. Por otra parte Ehsanipoor, et al 2017(2) realizó un metanálisis de 7 ensa-

yos aletorizados afirmando que la duración del parto puede acortarse en aproximadamente una hora con la administración de líquidos intravenosos a una velocidad de 250 ml/hora en lugar de 125 ml/hora. El riesgo de parto por cesárea en general y de distocia también se redujo.

- En 2009 Shrivastava, et al (3) comparó la administración de suero fisiológico, suero glucosado al 5% y suero glucosado al 10% a una velocidad de 125 ml/h, en 289 nulíparas concluyendo que la duración de la segunda etapa del parto disminuyó en ambos grupos que se administraban glucosa. En el grupo de glucosa al 5% la segunda etapa de parto se redujo en un mínimo de 115 minutos en comparación con solución salina normal.
- Por otra parte Jamal et al, en 2007 (4) comparando el efecto de la infusión de una solución de Ringer lactato® o de solución salina con glucosa al 5% en el estado ácido-base de la sangre de la arteria umbilical de 178 mujeres en trabajo de parto, deduce que la administración de fluidos que contienen glucosa al 5% vía intravenosa durante el parto reducen la acidemia del cordón umbilical y la hipercapnia.

Conclusiones:

- No existe consenso sobre cuál debe ser la pauta de hidratación durante el proceso de parto y tampoco existen muchas investigaciones que hayan abordado el tema.
- La administración de glucosa, independientemente de la concentración, se asocia a una disminución del tiempo de fase activa de dilatación
- La inducción del trabajo de parto a gestantes nulíparas a las que se le administran suero glucosado al 5% a una velocidad de infusión de 250 ml/h, disminuye el tiempo de dilatación en más de una hora.

Bibliografía:

1. Paré J, Pasquier J, Lewin A, Fraser W, Bureau Y. *Reduction of total labor length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous: results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2017; 216(5):508.e1-508.e7.

2. Ehsanipoor R, Saccone G, Seligman N, Pierce-Williams R, Ciardulli A, Berghella V. *Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2017; 96(7):804-811.

3. Shrivastava V, Garite T, Jenkins S, Saul L, Rumney P, Preslicka C et al. *A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009; 200(4):379.e1-379.e6.

4. Jamal A, Choobak N, Tabassomi F. *Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status*. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2007;97(3):187-189.

Capítulo 2

¿La calidad de vida en paciente con DM1 mejora con las nuevas terapias?

Autores:

García Seco, José Alberto

Seco Segura, Ángela María

¿LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DM1 MEJORA CON LAS NUEVAS TERAPIAS?

INTRODUCCION

- La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se produce por la destrucción autoinmune de la población celular pancreática encargada de producir insulina, desarrollándose un déficit progresivo de la misma.
- El tratamiento con insulina es vital para estos pacientes. Numerosos estudios han valorado los beneficios clínicos de la terapia con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) respecto al tratamiento con multidosis diarias de insulina (MDI). Algunos de estos trabajos reflejan que la principal ventaja de la terapia ISCI es la mejora de la calidad de vida relacionada con diabetes (CVRD). Otros estudios no han mostrado diferencias.

OBJETIVOS

- Valorar la calidad de vida (CV) en pacientes con DM1 en terapia con ISCI comparados con aquellos en tratamiento con MDI.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional descriptivo para valorar la CV en 68 pacientes con DM1 en tratamiento con ISCI o MDI (1:2), seleccionados durante un periodo de 5 meses desde una consulta de Endocrinología y Nutrición. Los instrumentos utilizados fueron la versión española del cuestionario de CVRD (EsDQOL) que consta de 43 preguntas cuyas respuestas se cuantificaron utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario, indicando una mayor puntuación una peor CVRD. Y el cuestionario general de CV (SF-36) que consta de 36 ítems que puntúan con escalas Likert de rango variable. La puntuación oscila entre 0 y 100; a mayor puntuación, mayor calidad de vida.

RESULTADOS

- Se obtuvieron puntuaciones similares en el cuestionario EsDQOL ($87'20 \pm 21'11$ y $86'83 \pm 20'78$; $P= 0'86$). Aunque se mostraron resultados menores en el test SF-36 ($66'91 \pm 15'76$ y $75'90 \pm 14'56$; $P= 0'03$) para las terapias con ISCI y MDI respectivamente.



Cuestionario	ISCI	MDI
<i>EsDQOL total</i>	87,20 ± 21,11	86,83 ± 20,78
Satisfacción	31,65 ± 8,89	31,68 ± 8,64
Impacto	32,00 ± 8,30	31,63 ± 8,91
Preocupación	13,50 ± 4,42	13,63 ± 4,98
social/vacacional		
Preocupación relacionada con DM	10,05 ± 4,45	9,88 ± 2,66
<i>SF-36 total</i>	66,91 ± 15,76	75,90 ± 14,56*
Función física	89,00 ± 16,83	94,27 ± 7,21
Rol físico	75,00 ± 36,27	89,02 ± 29,07*
Dolor	72,00 ± 27,98	80,49 ± 21,46
Salud general	47,00 ± 21,73	55,98 ± 16,85
Vitalidad	50,00 ± 22,14	64,45 ± 18,42*
Función social	77,25 ± 18,79	86,23 ± 20,44*
Rol emocional	63,25 ± 40,32	82,92 ± 31,74*
Salud mental	57,30 ± 22,44	69,95 ± 18,18*
Transición de salud	68,75 ± 19,66	57,93 ± 17,18*

CONCLUSIONES

- Los pacientes con DM1 en terapia con ISCI mostraron peor CV general que los tratados con MDI.
- No detectamos diferencias en la CVRD entre ambos grupos de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoogma RPLM, Hammond PJ, Gomis R, Kerr D, Bruttomesso D, Bouter KP, et al, 5-nations Study Group. Comparison of the effects of continuous subcutaneous insulin infusion and NPH-based multiple daily insulin injections on glycaemic control and quality of life. *Diabet Med.* 2006; 23: 141-7.
2. Millan M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (Es DQOL). *Aten Primaria.* 2002; 29: 517-21.
3. Ware JE, Sherbourne CD. Cuestionarios sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36). *Med Care.* 1992; 30: 473-83.

Resumen: El beneficio clínico principal de la infusión subcutánea de insulina (ISCI) en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) respecto al tratamiento con multidosis diarias de insulina (MDI) es la mejora de la calidad de vida relacionada con la diabetes (CVRD). No obstante, algunos estudios clínicos no muestran diferencias tanto en calidad de vida (CV) global como en CVRD. Realizaremos un estudio observacional descriptivo para valorar la CV en pacientes con DM1 en terapia con ISCI comparados con aquellos en tratamiento con MDI. Análisis estadístico con SPSS versión 11.5. Nuestros resultados revelan peor CV general entre los pacientes con ISCI.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus Tipo 1; Calidad de vida; Infusión subcutánea continua de insulina.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se produce por la destrucción autoinmune de la población celular pancreática encargada de producir insulina, desarrollándose un déficit progresivo de la misma.

El tratamiento con insulina es vital para estos pacientes. Numerosos estudios han valorado los beneficios clínicos de la terapia con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) respecto al tratamiento con multidosis diarias de insulina (MDI). Algunos de estos trabajos reflejan que la principal ventaja de la terapia ISCI es la mejora de la calidad de vida relacionada con diabetes (CVRD). Otros estudios no han mostrado diferencias.

Objetivos

Valorar la calidad de vida (CV) en pacientes con DM1 en terapia con ISCI comparados con aquellos en tratamiento con MDI.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo para valorar la CV en 68 pacientes con DM1 en tratamiento con ISCI o MDI (1:2), seleccionados durante un periodo de 5 meses desde una consulta de Endocrinología y Nutrición.

Los instrumentos utilizados fueron la versión española del cuestionario de CVRD (EsDQOL) que consta de 43 preguntas cuyas respuestas se cuantificaron utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario, indicando una mayor puntuación una peor CVRD. Y el cuestionario general de CV (SF-36) que consta de 36 ítems que puntúan con escalas Likert de rango variable. La puntuación oscila entre 0 y 100; a mayor puntuación, mayor calidad de vida.

Resultados

Se obtuvieron puntuaciones similares en el cuestionario EsDQOL ($87,20 \pm 21,11$ y $86,83 \pm 20,78$; $P= 0,86$). Aunque se mostraron resultados menores en el test SF-36 ($66,91 \pm 15,76$ y $75,90 \pm 14,56$; $P= 0,03$) para las terapias con ISCI y MDI respectivamente.

Conclusiones

- Los pacientes con DM1 en terapia con ISCI mostraron peor CV general que los tratados con MDI.
- No detectamos diferencias en la CVRD entre ambos grupos de tratamiento.

Bibliografía:

1. Hoogma RPLM, Hammond PJ, Gomis R, Kerr D, Bruttomesso D, Bouter KP, et al, 5-nations Study Group. *Comparison of the effects of continuous subcutaneous insulin infusión and NPH-based multiple daily insulin injections on glycaemic control and quality of life*. Diabet Med. 2006; 23: 141-7.

2. Millan M. *Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (Es DQOL)*. Aten Primaria. 2002; 29: 517-21.

3. Ware JE, Sherbourne CD. *Cuestionarios sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)*. Med Care. 1992; 30: 473-83.

Capítulo 3

¿La medicina homeopática es tan inocua? Sospecha de intoxicación pediátrica por belladona, a propósito de un caso

Autores:

Couque Hernández, M^a del Pilar

Contreras Cañas, M^a José

Rubio Caravaca, Herminia

Castellanos Moreno, Almudena

López Pozas, Virginia

¿LA MEDICINA HOMEOPÁTICA ES TAN INOCUA?

Sospecha de intoxicación pediátrica por Belladonna, a propósito de un caso

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años se ha popularizado el uso poco controlado de la medicina homeopática en la población general, así como en la población pediátrica. La homeopatía es un tipo de medicina alternativa que usa dosis infinitesimales de sustancias farmacológicas. La base de su utilización se sustenta en la supuesta inocuidad de sus procedimientos frente a la medicina tradicional, así como de los principios activos empleados en dicho tipo de medicina a las dosis indicadas y a su fácil adquisición sin necesidad de supervisión médica. Debido a la susceptibilidad individual, puede producirse una intoxicación, durante su utilización homeopática, sin necesidad de ingerir una alta dosis.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Presentamos el caso de tres hermanos con edades comprendidas entre 3 y 5 años, los cuales acudieron al servicio de Urgencias con sus progenitores, tras haber ingerido accidentalmente Chamodent®, sin saber con exactitud la ingesta real, se sospecha que unos 30 comprimidos cada uno.

Chamodent® es un medicamento homeopático, compuesto por varios principios activos, siendo uno de ellos la Belladonna, de las que sus aplicaciones terapéuticas son: inflamaciones febriles agudas, ecías dolorosas, rojas e inflamadas, entre otras.

Tras ser recibidos en Triage por enfermería y ser valorado por Pediatra de guardia, encontrándose ambos pacientes asintomáticos y siendo la exploración física y neurológica normal, se contacta con toxicología por desconocimiento del medicamento homeopático, indicando que unos de sus componentes, La Belladonna, contienen alcaloides como la atropina, escopolamina e hisosciamina, responsables de los posibles efectos tóxicos anticolinérgicos, indicando administrar Carbón activado y observación con monitorización, ya que no se sabe concretamente la vida media de dicho medicamento.

**PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO****NANDA:**
(00037) Riesgo de intoxicación**NIC:**

- (6364) Triage: centro de urgencias.
- (2380) Manejo de la medicación.
- (2304) Administración de medicación: oral
- (4235) Flebotomía: vía canalizada
- (5820) Disminución de la ansiedad
- (6680) Monitorización de los signos vitales

NOC:

- (1902) Control del riesgo.
- (1808) Conocimiento: medicación

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

- Aunque la medicina homeopática suele ser segura, existen excepciones que pueden implicar un riesgo vital para el paciente.
- Se deberían realizar estudios en niños para evaluar la eficacia clínica de la homeopatía y registrar los efectos secundarios derivados de su utilización. Sería así mismo aconsejable especificar la concentración y dosificación de los componentes de estos productos con exactitud, así como advertir de los riesgos de sobredosificación en los prospectos acompañantes.
- El desconocimiento sobre los productos homeopáticos de los profesionales sanitarios, así como la información poco clara en el prospecto, requirieron, en nuestro caso, el ingreso de los pacientes durante 24 h.
- **Como conclusión**, el Chamodent® es un medicamento homeopático que contiene Belladonna. Las dosis homeopáticas se encuentran habitualmente en concentraciones muy bajas ya que están diluidas. Es necesario que los profesionales sanitarios amplíen su información sobre productos homeopáticos y que los prospectos de estos medicamentos presenten la información más clara para evitar errores.

Resumen: En los últimos años se ha popularizado el uso poco controlado de la medicina homeopática en la población general, así como en la población pediátrica.

El siguiente trabajo refleja un caso clínico de sospecha de intoxicación de producto homeopático, que junto a las últimas noticias de la obligatoriedad, según la Ministra de Sanidad, de que los productos homeopáticos, los cuales carecen de evidencia terapéutica, tienen que pasar un control de calidad y seguridad de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), nos ha parecido relevante en este momento.

Palabras Clave: Homeopatía; Envenenamiento; Atropa belladonna.

Introducción

La homeopatía es un tipo de medicina alternativa que usa dosis infinitesimales (secuencia de diluciones de sustancia, hasta dosis mínima) de sustancias farmacológicas. La base de su utilización se sustenta en la supuesta inocuidad de sus procedimientos frente a la medicina tradicional, así como de los principios activos empleados en dicho tipo de medicina a las dosis indicadas y a su fácil adquisición sin necesidad de supervisión médica. Debido a la susceptibilidad individual, puede producirse una intoxicación/envenenamiento, durante su utilización homeopatía, sin necesidad de ingerir una alta dosis.

Observación clínica

Presentamos el caso de tres hermanos con edades comprendidas entre 3 y 5 años, los cuales acudieron al servicio de Urgencias con sus progenitores, tras haber ingerido accidentalmente Chamodent®, sin saber con exactitud la ingesta real, se sospecha que unos 30 comprimidos cada uno. Chamodent® es un medicamento homeopático, compuesto por varios principios activos, siendo uno de ellos la Belladona, de las que sus aplicaciones terapéuticas son: inflamaciones febriles agudas, encías dolorosas, rojas e inflamadas, entre otras. Tras ser recibidos en Triage por Enfermería y ser valorado por Pediatra de guardia, encontrándose ambos pacientes asintomáticos y siendo la exploración física y neurológica normal, se contacta con toxicología por desconocimiento del medicamento homeopático, indicando que unos de sus componentes, la Belladona, contienen alcaloides como la atropina, escopolamina e hisosciamina, responsables de los posibles efectos tóxicos anticolinérgicos, indicando administrar carbón activado y observación con monitorización, ya que no se sabe concretamente la vida media de dicho medicamento.

Plan de cuidados enfermeros

Para poder aplicar unos cuidados de calidad, en base al método científico, y con una correcta práctica asistencial, se realizó una valoración enfermera, identificando un diagnóstico enfermero (NANDA), para obtener unos resultados (NOC), aplicando unas intervenciones (NIC) encaminadas al correcto manejo de dichos pacientes.

NANDA: (00037) Riesgo de intoxicación

NIC:

(6364) Triage: centro de urgencias.

(2380) Manejo de la medicación.

(2304) Administración de medicación: oral

(4235) Flebotomía: vía canalizada

(5820) Disminución de la ansiedad

(6680) Monitorización de los signos vitales

NOC:

(1902) Control del riesgo.

(1808) Conocimiento: medicación

Discusión y conclusiones

Aunque la medicina homeopática suele ser segura, existen excepciones que pueden implicar un riesgo vital para el paciente. Se deberían realizar estudios en niños para evaluar la eficacia clínica de la homeopatía y registrar los efectos secundarios derivados de su utilización. Sería así mismo aconsejable especificar la concentración y dosificación de los componentes de estos productos con exactitud, así como advertir de los riesgos de sobredosificación en los prospectos acompañantes. El desconocimiento sobre los productos homeopáticos de los profesionales sanitarios, así como la información poco clara en el prospecto, requirieron, en nuestro caso, el ingreso de los pacientes durante 24 h.

Como conclusión, el Chamodent® es un medicamento homeopático que contiene Belladona . Las dosis homeopáticas se encuentran habitualmente en concentraciones muy bajas ya que están diluidas. Es necesario que los profesionales sanitarios amplíen su información sobre productos homeopáticos y que los prospectos de estos medicamentos presenten la información más clara para evitar errores.

Bibliografía:

1. Mintegi Raso S, Azkunaga Santibáñez B, Bizkarra Azurmendi I, Del Arco León L. *Epidemiología de las intoxicaciones en pediatría. Manual de intoxicaciones en pediatría*. 3.a ed. Madrid: Ergón; 2012. p. 3---9.

2. *Atropa Belladonna intoxication: A case report*. Pan Afr Med J, 11 (2012), pp. 72. Disponible:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3361210/>

3. <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>

Capítulo 4

Abordaje de fisioterapia en pie zambo

Autora:

Lozano Muñoz, Laura María

Abordaje de fisioterapia en pie zambo

OBJETIVO

Crear un protocolo de fisioterapia para el bebé con pie zambo. Lo que permitirá **corregir al máximo la deformidad, reequilibrar las fuerzas musculares, elongar las partes blandas retraídas, ganar en funcionalidad y autonomía y mantener la corrección en el tiempo.** También se pretende **enseñar y concienciar a los padres** en la función que deben realizar.

INTRODUCCIÓN

El **pie zambo** o **pie equino varo**, consiste en la suma de varias deformidades: **equino (pie en flexión plantar), varo (supinación de retropie), aducción de antepie y en ocasiones torsión interna de tibia.** El astrágalo sufre una luxación en dos de sus articulaciones: astrágalo-escafoidea y tibio-peronea-astragalina.

Existe retracción de los músculos y ligamentos de la región interna del pie y pierna (tibial posterior y tendón de aquiles) y por el contrario la región externa (músculos peroneos) suele estar debilitada.

Factores causantes: genéticos, mecánicos (malposición intrauterina, bridas), desequilibrios musculares y patología neurológica.

Según la gravedad, el tratamiento será conservador o quirúrgico, pero siempre se debe realizar lo más temprano posible.



Clasificación según su reductibilidad



- Grado I o reductible: corrección total con manipulación.
- Grado II o típico: con manipulación el pie no pasa de posición neutra.
- Grado III o irreductible: mal pronóstico, no hay corrección.

METODOLOGÍA

Elaboración de un poster con el tratamiento a seguir ante la patología de pie zambo, basado en una búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales en las bases de datos: Pubmed y PEDro; con las palabras clave: pie zambo, equinovaro, tratamiento y fisioterapia. Así como la búsqueda de información en webs y revistas de índole científica.

INTERVENCIÓN EN FISIOTERAPIA

En el tratamiento conservador hay dos métodos principales, ambos siguen el mismo **orden de corrección 1º reducción de la articulación astrágalo-escafoidea y estiramiento de los tejidos mediales, 2º reducción del varo, 3º corrección de la aducción de antepie y 4º del equinismo:**

➤ **Método Ponseti**, consiste en manipulaciones del pie y colocación de yesos seriados durante 3 semanas. Tras esto se realiza una tenotomía de Aquiles y se mantiene con un yeso 3 semanas. Por último se usa una órtesis todo el día los 3 primeros meses, y posteriormente solo nocturna hasta los 3-4 años.

➤ **Método Francés o Funcional**

Es el método utilizado en España. Se realizan sesiones diarias hasta los 2 meses, de 30 minutos por pie; por este motivo se necesita la implicación de los padres. Después se realiza 3 veces por semana durante 6 meses más. Se sigue con el vendaje hasta que el niño empieza a caminar. **Consiste en:**

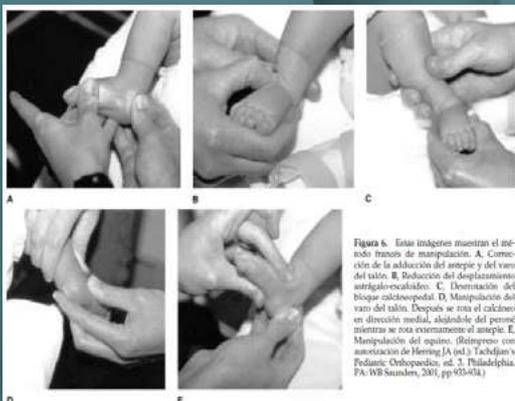


Figura 6. Estas imágenes muestran el método francés de manipulación. A. Corrección de la aducción del antepie y del varo del talón. B. Reducción del desplazamiento astrágalo-escafoideo. C. Elevación del bloque calcáneo-podal. D. Manipulación del varo del talón. Después se rota el calcáneo en dirección medial, alejándolo del peroneo mientras se rota externamente el antepie. E. Manipulación del equino. (Reimpreso con autorización de Herring JA (ed.) y Tallberg y Pedersen-Orthopedics, ed. 3, Philadelphia PA: WB Saunders, 2001, pp.933-934.)

- Relajar el músculo tibial posterior y los tejidos mediales. Con suaves masajes y estiramientos.
- Movilizaciones pasivas, suaves y progresivas del pie, en decoaptación articular y rodilla flexionada 90º:
 - Primero se libera el escafoides del maléolo interno y de su posición medial sobre la cabeza del astrágalo.
 - Luego se corregirá la aducción del antepie, mediante la estabilización global de la aducción del bloque calcáneo-pedal. Se estira a la vez el pliegue cutáneo medial.
 - Reducir el varo de retropie, con la movilización del calcáneo primero a posición neutra y luego a valgo, a la vez que se rota el tobillo externamente.
 - Por último se corrige el equino del calcáneo llevándolo a dorsi-flexión, tratando de estirar las partes blandas posteriores que están retraídas. Hay que proteger el arco lateral del pie, para evitar que el mediopie sufra un estiramiento excesivo.

- Potenciar la musculatura de extensores del dedo gordo y los peroneos. Se busca la contracción activa de dichos músculos mediante estimulación sensorial (cosquillas, pases con cepillo de dientes en el 5º radio y el borde externo del pie).
- Uso de vendaje funcional tras las manipulaciones, para mantener la corrección lograda en la sesión.
- Uso de kinesiotaping para reeducar la musculatura en casos leves.
- Órtesis diaria que mantenga la corrección durante la adquisición de la marcha. Una vez establecida se pasa a una férula nocturna durante 2-3 años (Dennis Brown, Sant Germain).
- Trabajar el equilibrio y la coordinación mediante juegos y ejercicios.

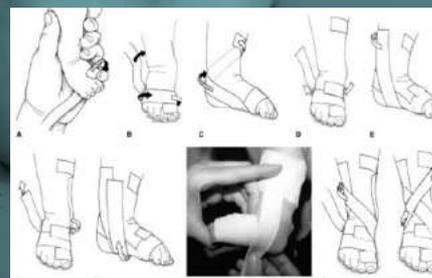


Figura 7. Diagrama que muestra cómo utilizar el vendaje funcional para mantener el rango de movilidad durante las sesiones de manipulación. En A-C, se ilustra que el primer nivel de vendaje cubre el antepie que ha sido aducido. En D-E, se ilustra el segundo nivel de vendaje sobre el arco y mantiene la extensión del pie. En F-G, se ilustra cómo los dos niveles de vendaje mantienen la dorsiflexión de la extensión.

CONCLUSIONES

El pie zambo constituye la malformación congénita más frecuente referente a los pies. La intervención temprana por parte del fisioterapeuta, permite corregir la deformidad en un 63%, así como evitar en gran medida las técnicas quirúrgicas y su agresividad. Además se ha observado que a largo plazo, las recidivas son menores con el tratamiento conservador.

Resumen: El pie zambo consiste en la suma de varias deformidades: equino, varo, aducción de antepie y en ocasiones torsión interna de tibia. Existe retracción de los músculos y ligamentos de la región interna del pie y pierna y por el contrario la región externa suele estar debilitada.

En los casos en los que el pie zambo es reductible, el tratamiento a desarrollar es conservador (método Ponseti y método francés). El método francés consiste en: masoterapia y estiramientos de los tejidos mediales, movilizaciones pasivas de pie, potenciación de la musculatura lateral, vendaje funcional y uso de órtesis principalmente.

Palabras Clave: Pie zambo; equinovaro; fisioterapia.

Introducción

El pie zambo o pie equino varo, consiste en la suma de varias deformidades: equino (pie en flexión plantar), varo (supinación de retropie), aducción de antepie y en ocasiones torsión interna de tibia. El astrágalo sufre una luxación en dos de sus articulaciones: astrágalo-escafoidea y tibio-peronea-astragalina.

Existe retracción de los músculos y ligamentos de la región interna del pie y pierna (tibial posterior y tendón de aquiles) y por el contrario la región externa (músculos peroneos) suele estar debilitada.

Factores causantes: genéticos, mecánicos (por malposición intrauterina, bridas), desequilibrios musculares y patología neurológica.

Según la gravedad, el tratamiento será conservador o quirúrgico, pero siempre se debe realizar lo más temprano posible.

Clasificación según su reductibilidad:

- Grado I o reductible: corrección total con manipulación.
- Grado II o típico: con manipulación el pie no pasa de posición neutra.
- Grado III o irreductible: mal pronóstico, no hay corrección.

Objetivo

Crear un protocolo de fisioterapia para el bebé con pie zambo. Lo que permitirá corregir al máximo la deformidad, reequilibrar las fuerzas musculares, elongar las partes blandas retraídas, ganar en funcionalidad y autonomía y mantener la corrección en el tiempo.

También se pretende enseñar y concienciar a los padres en la función que deben realizar.

Metodología

Elaboración de un artículo con el tratamiento a seguir ante la patología de pie zambo, basado en una búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales en las bases de datos: Pubmed y PEDro; con las palabras clave: pie zambo, equinovaro, tratamiento y fisioterapia. Así como la búsqueda de información en webs y revistas de índole científica.

Intervención en fisioterapia

En el tratamiento conservador hay dos métodos principales, ambos siguen el mismo orden de corrección 1º reducción de la articulación astrágalo-escafoidea y estiramiento de los tejidos mediales, 2º reducción del varo, 3º corrección de la aducción de antepie y 4º del equinismo:

1. Método Ponseti. Consiste en manipulaciones del pie y colocación de yesos seriados durante 3 semanas forzado la corrección poco a poco. Tras esto se realiza una tenotomía de Aquiles y se mantiene con un yeso 3 semanas. Por último se usa una órtesis durante todo el día los 3 primeros meses, y posteriormente solo nocturna hasta los 3-4 años.

2. Método Francés o Funcional. Es el método utilizado en España. Se realizan sesiones diarias hasta los 2 meses, de 30 minutos por pie; por este motivo se necesita la implicación de los padres. Después se realiza 3 veces por semana durante 6 meses más. Se sigue con el vendaje hasta que el niño empieza a caminar. Consiste en:

- Relajar el músculo tibial posterior y los tejidos mediales. Con suaves masajes y estiramientos.
- Movilizaciones pasivas, suaves y progresivas del pie, en decoaptación articular y rodilla flexionada 90°:
 - Primero se libera el escafoide del maléolo interno y de su posición medial sobre la cabeza del astrágalo.
 - Luego se corregirá la aducción del antepie, mediante la estabilización global de la aducción del bloqueo calcáneo-pedal. Se estira a la vez el pliegue cutáneo medial.
 - Reducir el varo de retropie, con la movilización del calcáneo primero a posición neutra y luego a valgo, a la vez que se rota el tobillo externamente.
 - Por último se corrige el equino del calcáneo llevándolo a dorsi-flexión, tratando de estirar las partes blandas posteriores que están retraídas. Hay que proteger el arco lateral del pie, para evitar que el mediopie sufra un estiramiento excesivo.
- Potenciar la musculatura de extensores del dedo gordo y los peroneos. Se busca la contracción activa de dichos músculos mediante estimulación sensorial (con cosquillas, pases con cepillo de dientes en el 5º radio y el borde externo del pie).
- Uso de vendaje funcional tras las manipulaciones, para mantener la corrección lograda en la sesión.
- Uso de kinesiotaping para reeducar la musculatura en casos leves.
- Órtesis diaria que mantenga la corrección durante la adquisición de la marcha. Una vez establecida se pasa a una férula nocturna durante 2-3 años (Dennis Brown, Sant Germain).
- Trabajar el equilibrio y la coordinación mediante juegos y ejercicios.

Conclusiones

El pie zambo constituye la malformación congénita más frecuente referente a los pies. La intervención temprana por parte del fisioterapeuta, permite corregir la deformidad en un 63%, así como evitar en gran medida las técnicas quirúrgicas y su agresividad. Además se ha observado que a largo plazo, las recidivas son menores con el tratamiento conservador.

Bibliografía:

1. Kenneth JN, Stephens R. *Tratamiento conservador del pie zambo idiopático*. J Am Acad Orthop Surg (Ed Esp). 2004;3:20-30.
2. Shah MQ, Khan A, Zardad MS, Iqbal R, Ahmed S. *Ponseti Technique For Management Of Congenital Idiopathic Club Foot*. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2017;29(2):246-249.
3. Gray K, Gibbons P. *Clubfoot Advances in diagnosis and management*. Australian family physician. 2012;41:299-301.

Capítulo 5

Abordaje de fisioterapia en tortícolis muscular congénita

Autora

Lozano Muñoz, Laura María

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA

INTRODUCCIÓN

La torticollis muscular congénita (TMC) es una deformidad del cuello que se caracteriza por el acortamiento unilateral del músculo esternocleidomastoideo (ECOM) creando atrofia muscular y fibrosis intersticial, esto genera inclinación de la cabeza hacia ese mismo lado y la rotación cervical hacia el lado contrario. A su vez produce una limitación de la movilidad de la cabeza y de la escápula del hemicerpo afecto, asimetrías cráneo-faciales (plagiocefalias) y un desequilibrio de la función muscular del cuello.

Es la tercera patología pediátrica más frecuente, se detecta al nacer o poco después del nacimiento.



OBJETIVO

Crear un protocolo de fisioterapia para el recién nacido con torticollis congénita. Lo que permitirá **corregir al máximo la deformidad, elongar las partes blandas retraídas, reequilibrar las fuerzas musculares, y evitar deformidades cráneo-faciales.**

Se pretende **enseñar y concienciar a los padres** en la función diaria que deben realizar.

METODOLOGÍA

Elaboración de un poster con el tratamiento a seguir ante la patología de TMC, basado en una búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales en las bases de datos: Pubmed; con las palabras clave: torticollis muscular congénita, recién nacido y fisioterapia. Así como la búsqueda de información en webs y revistas de índole científica.

INTERVENCIÓN EN FISIOTERAPIA

Las técnicas están dirigidas a corregir la deformidad y evitar posibles complicaciones. El fisioterapeuta enseñará a los padres las diversas técnicas y correcciones posturales, para que sean ellos quienes las desarrollen en casa el mayor tiempo posible. Tan solo la aplicación del kinesiotape y de la electroterapia deben ser llevadas a cabo por el profesional.

Técnicas de relajación muscular:

- **Masoterapia:** muy suave en el lado acortado del cuello (con dos dedos sobre el ECOM) con crema o aceite que utilizamos normalmente con el bebé. Con esto ayudamos a que el músculo esté más elástico a la hora de estirarlo.
- **Estiramientos:** 3 veces durante unos 10 segundos, de 3 a 5 veces al día. Elegir un momento que el niño este tranquilo, y hacerlos muy suavemente, sin producir dolor. Se debe sujetar el hombro del lado afecto, traccionando ligeramente hacia abajo.

1. **Inclinación contralateral de cuello.** Acercar la oreja del lado sano hacia el hombro del lado sano.
2. **Rotación homolateral de cuello.** Llevar la barbilla hacia el hombro afecto.



- **Kinesiotape:** como técnica complementaria, para mantener el avance de la sesión.



Cinesiterapia:

- Se realizan **movilizaciones pasivas** para aumentar el recorrido articular, en todo el rango que el bebé permita en rotaciones e inclinaciones laterales **de cuello** y también en flexo-extensión, abducción-aducción de **la articulación escápulo-humeral.**

Control postural y estimulación:

- Corregir la postura del cuello en la silla de paseo o del coche.
- Al dormir (decúbito supino), realizar una ligera tracción hacia abajo del brazo del lado afecto, colocar la cabeza de forma correcta y poner una pequeña almohada bajo la cabeza, que ayude a estirar. Se colocará la cuna de tal manera que los estímulos los reciba en sentido de la corrección (luz de la ventana, cama de los padres).
- Cogido en brazos, colocarlo de tal manera que tenga que girar la cabeza en sentido contrario a la deformidad para mirarnos o mirar hacia un estímulo.
- Al darle el pecho, la cabeza debe estar lo más corregida posible, cuando se da de mamar del lado que la cabeza tiende a la deformidad, adelantar el pezón para que el niño lo busque. El biberón se dará siempre por el lado que corrige la deformidad.
- Aumentar el tiempo de juego en prono, estimular con juguetes para que siga con la vista el objeto, girando la cabeza hacia el lado de la lesión y ligeramente hacia arriba. Sujetar los hombros si se compensa con ellos con rotación de tronco. Esto también favorecerá su desarrollo psicomotor y aumentará la fuerza de su cuello y espalda. También estimular con el niño sentado.



Electroterapia:

- **Microcorrientes:** corrientes de baja intensidad (entre 100 y 200 microamperios) aplicadas en el ECOM afecto. Se relacionan con una reducción de la homeostasis del calcio intracelular y provocan una mejora en el rango de recorrido articular.



- **Ultrasonidos:** en el ECOM afecto.

CONCLUSIONES

Existe evidencia científica de que la fisioterapia es eficaz en el tratamiento de la TMC en niños menores de un año. El diagnóstico y el inicio precoz del tratamiento son los factores más influyentes en los resultados del tratamiento, mientras que el sexo y el lado de la torticollis se consideran secundarios. Por este motivo se crea este poster con la finalidad de mantener a los profesionales de fisioterapia actualizados en el plan de tratamiento.

Resumen: La tortícolis muscular congénita es la tercera patología pediátrica más frecuente. Consiste en el acortamiento unilateral del músculo esternocleidomastoideo, creando atrofia muscular y fibrosis intersticial, generando inclinación de la cabeza hacia ese mismo lado y rotación cervical hacia el lado contrario.

Este protocolo se crea con la necesidad de aunar las diferentes técnicas usadas en fisioterapia (masoterapia, estiramientos, kinesiotape, movilizaciones pasivas, control postural, estimulación, microcorrientes y ultrasonidos), ya que existe evidencia científica de que la fisioterapia es eficaz en el tratamiento de la tortícolis muscular congénita en niños menores de un año.

Palabras Clave: tortícolis muscular congénita; recién nacido; fisioterapia.

Introducción

La tortícolis muscular congénita (TMC) es una deformidad del cuello que se caracteriza por el acortamiento unilateral del músculo esternocleidomastoideo (ECOM) creando atrofia muscular y fibrosis intersticial, esto genera inclinación de la cabeza hacia ese mismo lado y la rotación cervical hacia el lado contrario. A su vez produce una limitación de la movilidad de la cabeza y de la escápula del hemicuerpo afecto, asimetrías cráneo-faciales (plagiocefalias) y un desequilibrio de la función muscular del cuello.

Es la tercera patología pediátrica más frecuente, se detecta al nacer o poco después del nacimiento.

Objetivo

Crear un protocolo de fisioterapia para el recién nacido con tortícolis congénita. Lo que permitirá corregir al máximo la deformidad, elongar las partes blandas retraídas, reequilibrar las fuerzas musculares, y evitar deformidades cráneo-faciales.

Se pretende enseñar y concienciar a los padres en la función diaria que deben realizar.

Metodología

Elaboración de un póster con el tratamiento a seguir ante la patología de TMC, basado en una búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales en las bases de datos: Pubmed; con las palabras clave: tortícolis muscular congénita, recién nacido y fisioterapia. Así como la búsqueda de información en web y revistas de índole científica.

Intervención en fisioterapia

Las técnicas están dirigidas a corregir la deformidad y evitar posibles complicaciones. El fisioterapeuta enseñará a los padres las diversas técnicas y correcciones posturales, para que sean ellos quienes las desarrollen en casa el mayor tiempo posible. Tan solo la aplicación del kinesiotape y de la electroterapia deben ser llevadas a cabo por el profesional.

Técnicas de relajación muscular

- Masoterapia: muy suave en el lado acortado del cuello (con dos dedos sobre el ECOM) con crema o aceite que utilicemos normalmente con el bebé. Con esto ayudamos a que el músculo esté más elástico a la hora de estirarlo.

- Estiramientos: 3 veces durante unos 10 segundos, de 3 a 5 veces al día. Se debe elegir un momento que el niño esté tranquilo, y hacerlos muy suavemente, sin producir dolor. Se debe sujetar el hombro del lado afecto, traccionando ligeramente hacia abajo.

1º Inclinación contralateral de cuello. Acercar la oreja del lado sano hacia el hombro del lado sano.

2º Rotación homolateral de cuello. Llevar la barbilla hacia el hombro afecto.

- Kinesiotape: se realiza vendaje de kinesiotape como técnica complementaria, para mantener el avance de la sesión.

Cinesiterapia

Se realizan movilizaciones pasivas para aumentar el recorrido articular, en todo el rango que el bebé permita en rotaciones e inclinaciones laterales de cuello y también en flexo-extensión, abducción-aducción de la articulación escápulo-humeral.

Control postural y estimulación

- Corregir la postura del cuello en la silla de paseo o del coche, para que se mantenga neutra.

- Al dormir (decúbito supino), realizar una ligera tracción hacia abajo del brazo del lado afecto, colocar la cabeza de forma correcta y poner una pequeña almohada bajo la cabeza, que ayude a estirar. Se colocará la cuna de tal manera que los estímulos los reciba en sentido de la corrección (luz de la ventana, cama de los padres).

- Cogido en brazos, colocarlo de tal manera que tenga que girar la cabeza en sentido contrario a la deformidad para mirarnos o mirar hacia un estímulo.

- Al darle el pecho, la cabeza debe estar lo más corregida posible, cuando se da de mamar del lado que la cabeza tiende a la deformidad, adelantar el pezón para que el niño lo busque. El biberón se dará siempre por el lado que corrige la deformidad.

- Aumentar el tiempo de juego en prono, estimular con juguetes para que siga con la vista el objeto, girando la cabeza hacia el lado de la lesión y ligeramente hacia arriba. Sujetar los hombros si se compensa con ellos con rotación de tronco. Esto también favorecerá su desarrollo psicomotor y aumentará la fuerza de su cuello y espalda. También se debe estimular de la misma manera con el niño sentado.

Electroterapia

- Microcorrientes: se aplicarán corrientes de baja intensidad (entre 100 y 200 microamperios) en el ECOM afecto. Se relacionan con una reducción de la homeostasis del calcio intracelular y provocan una mejora en el rango de recorrido articular.

- Ultrasonidos: aplicado sobre el ECOM afecto.

Conclusiones

Existe evidencia científica de que la fisioterapia es eficaz en el tratamiento de la TMC en niños menores de un año. El diagnóstico y el inicio precoz del tratamiento son los factores más influyentes en los resultados del tratamiento, mientras que el sexo y el lado de la tortícolis se consideran

secundarios. Por este motivo se crea este poster con la finalidad de mantener a los profesionales de fisioterapia actualizados en el plan de tratamiento.

Bibliografía:

1. Carenzio G, E. Carlisi, I. Morani, C. Tinelli, M. Barak, M. Bejor, E. Dalla Toffola. *Early rehabilitation treatment in newborns with congenital muscular torticollis*. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2015;51(5):539-45.
2. Kaplan S, Coulter C, Fetters L. *Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis*. Pediatric Physical Therapy. 2013;25(4):348-394.
3. Vázquez Vilà M, Collado Vázquez s. *Tratamiento del tortícolis congénito mediante control estimular y fisioterapia*. Clínica y Salud. 2004;15(1):97-108.

Capítulo 6

Aceite de palma en las leches de fórmula: ¿necesario o perjudicial para la salud del lactante?

Autores

Chacón Chacón, Laura

Garrido Anguita, Silvia

Carrero Ruiz, Carmen

Aceite de palma en las leches de fórmula: ¿necesario o perjudicial para la salud del lactante?

Ingredientes: Aceites vegetales (Aceites de palma, palmito, estearo, avellanosa, aceites vegetales (Aceites de palma, palmito, estearo, avellanosa, aceites vegetales (palma, nolina, coco y girasol), permeado de suero de leche desmineralizado, lactosa, sales minerales...)

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva es sin duda el mejor alimento para el lactante durante los primeros 6 meses de vida, introduciéndose a partir de aquí los alimentos apropiados para la edad y manteniéndola hasta los 2 años o más. Sin embargo, cuando la lactancia materna deja de ser posible o es necesario complementarla, hay que utilizar fórmulas adaptadas que en su elaboración sigan las recomendaciones y la normativa de diversas instituciones internacionales oficiales.

En los últimos meses, es notable el incremento en la preocupación de los padres y madres acerca de la composición de las leches de fórmulas utilizadas en la alimentación de su hijo, y más concretamente en el contenido o no de aceite de palma, dada controversia que en los últimos años está generando dicho aceite por sus posibles efectos nocivos sobre la salud de las personas.

El aceite de palma es un vegetal rico en grasas saturadas, fundamentalmente ácido palmítico, que dadas sus propiedades organolépticas, su rendimiento y precio, han hecho que sea el aceite vegetal más utilizado a nivel mundial.

El objetivo fundamental del desarrollo de las leches de fórmula es el de imitar con la mayor semejanza posible la composición y estructura de la leche materna. Dentro de su composición, las grasas juegan un papel fundamental dado el rápido crecimiento que experimentan los lactantes durante el primer año de vida, por tanto, deben suponer un total del 45-55% del aporte energético. La combinación de grasas tanto de origen animal como de origen vegetal hace posible acercarse a la composición general de las grasas presentes en la leche materna. Es aquí donde el aceite de palma adquiere su relevante papel, ya el ácido palmítico es uno de los principales ácidos grasos que forman la leche materna, representando en torno al 20-25%, y además se encuentra presente en gran cantidad en el organismo del lactante desarrollando funciones específicas en el organismo del mismo.

OBJETIVOS

- Conocer cuál es la función del ácido palmítico en el organismo del lactante.
- Conocer la importancia del ácido palmítico en las leches de fórmula para poder así dar una información adecuada a los padres y madres.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: medline, scielo, cuiden, biblioteca virtual de salud y biblioteca Cochrane plus. Las palabras claves utilizadas fueron: «ácido palmítico» «palmitic acid», «fórmulas lácteas» «milk formulas», «lactante» «infant». No se estableció límite de año de publicación dados los escasos estudios publicados que aborden el tema a tratar.

RESULTADOS

- ✓ Se obtuvieron un total de 10 trabajos publicados entre los años 2007 y 2017, entre los cuales encontramos, 9 artículos de revista científica y un comunicado del comité de nutrición de la Asociación Española de Pediatría en conjunto con la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.
- ✓ El Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación, no hace comentario alguno que se refiera expresamente al contenido en ácido palmítico.
- ✓ El aceite de palma es una fuente importante de ácido palmítico, si bien se encuentra en una esterificado en una posición diferente al que encontramos en la leche materna (Tabla 2).
- ✓ Otra fuente fundamental de ácido palmítico y además en la posición sn2 es la grasa láctea proveniente de la leche de vaca que naturalmente presenta una concentración superior al 45% de ácido palmítico en la esta posición.

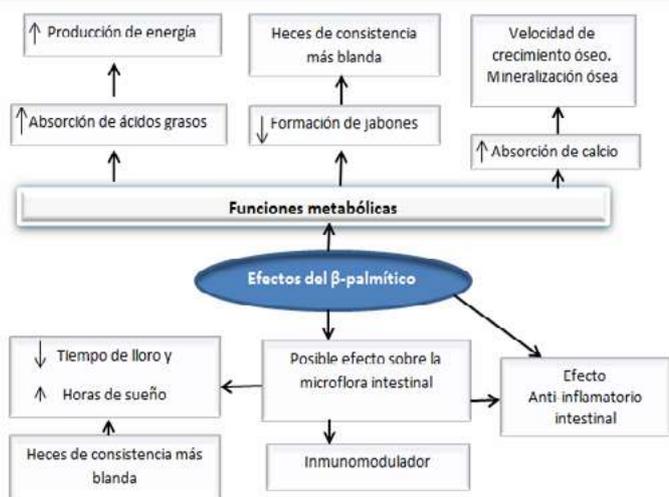


Tabla 1. Posibles efectos beneficiosos del beta-palmítico sobre la salud del lactante (Havlicekova et al, 2016)

Ingredientes: Lactosa, proteínas de suero de leche, hidrolizado de leche desnatada, aceites vegetales (palma, girasol, nolina, semilla de girasol, aceite MCT, glicerol, ácido palmítico, minerales (fosforato cálcico, citrato de magnesio, citrato de sodio, lactato potásico, citrato potásico, hidrato cálcico, sulfato potásico, ácido de zinc, sulfato cálcico, fosfato potásico, citrato cálcico y sulfato de manganeso), emulgente leches cítricas de mono y diglicéridos de

Leche de fórmula:

- **Estructura:** ácido palmítico en posición sn-1 y sn-3.
- **Efecto en el organismo:** los triglicéridos en esta posición, al ser hidrolizados, generan ácido palmítico libre que tiende a unirse al calcio en un proceso de saponificación y forman un complejo no absorbible que contribuye a la baja absorción de calcio y grasas, la menor ganancia de peso y el endurecimiento de la materia fecal. Así como un efecto negativo en el esqueleto.



Lactancia materna:

- **Estructura:** ácido palmítico en posición sn-2 o β -palmítico.
- **Efecto en el organismo:** se favorece la absorción de grasas y por tanto los lactantes mejoran el balance energético. Así como una mejor absorción del calcio debido a la disminución en la formación de jabones lo que se traduce en una mejor mineralización ósea.

Tabla 2. Diferencias en la estructura del ácido palmítico y efecto en el organismo según el tipo de leche.

CONCLUSIONES

En los niños menores de 2 años, el ácido palmítico es un ácido graso fundamental en el organismo que desempeña múltiples funciones. Además forma parte de la leche materna, es por ello que es imprescindible su presencia en las leches de fórmula, si bien es muy importante conocer cuál es su procedencia. Como conclusiones destacamos que la mejor manera de alimentar al lactante y como primera opción, debe ser dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, y que si esta no es posible y es necesario el empleo de fórmulas artificiales, se utilizarán aquellas que tengan la mayor cantidad de ácido palmítico en su posición sn-2. Cuando el recién nacido cumpla el primer año de edad se comenzará a dar leche de vaca y no leches de continuación. Es necesario instar a las casas comerciales de leches de fórmula a que introduzcan en sus leches la mayor cantidad de ácido palmítico en posición sn-2 como sea posible.

Resumen: *Introducción: Existe un aumento en la preocupación de los padres y madres acerca de la presencia de aceite de palma en las leches de fórmula.*

Material y método: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: medline, scielo, cuiden, biblioteca virtual de salud y biblioteca Cochrane plus.

Resultados: La diferencia fundamental entre el ácido palmítico que encontramos en la leche materna y el proveniente del aceite de palma es su estructura.

Conclusiones: es muy importante la presencia de ácido palmítico en las leches de fórmula, si bien es muy importante conocer cuál es su procedencia y estructura.

Palabras Clave: *Ácido palmítico; Fórmulas lácteas; Lactante.*

Introducción

La lactancia materna exclusiva es sin duda el mejor alimento para el lactante durante los primeros 6 meses de vida, introduciéndose a partir de aquí los alimentos apropiados para la edad y manteniéndola hasta los 2 años o más. Sin embargo, cuando la lactancia materna deja de ser posible o es necesario complementarla, hay que utilizar fórmulas adaptadas que en su elaboración sigan las recomendaciones y la normativa de diversas instituciones internacionales oficiales.

En los últimos meses, es notable el incremento en la preocupación de los padres y madres acerca de la composición de las leches de fórmulas utilizadas en la alimentación de su hijo, y más concretamente en el contenido o no de aceite de palma, dada la importancia que en los últimos años está adquiriendo dicho aceite por sus posibles efectos nocivos sobre la salud de las personas.

El aceite de palma es un vegetal rico en grasas saturadas, fundamentalmente ácido palmítico, que dadas sus propiedades organolépticas, su rendimiento y precio, han hecho que sea el aceite vegetal más utilizado a nivel mundial.

El ácido palmítico se encuentra en gran cantidad en el organismo interviniendo en múltiples funciones específicas, es por esto que se encuentra en las leches artificiales. El objetivo fundamental del desarrollo de las leches de fórmula es el de imitar con la mayor semejanza posible la composición y estructura de la leche materna. Dentro de su composición, las grasas juegan un papel fundamental dado el rápido crecimiento que experimentan los lactantes durante el primer año de vida, por tanto, deben suponer un total del 45-55% del aporte energético. La combinación de grasas tanto de origen animal como de origen vegetal hace posible acercarse a la composición general de las grasas presentes en la leche materna. Es aquí donde el aceite de palma adquiere su relevante papel, ya el ácido palmítico es uno de los principales ácidos grasos que forman la leche materna, representando en torno al 20-25%.

Objetivos

- Conocer cuál es la función del ácido palmítico en el organismo del lactante.
- Conocer la importancia del ácido palmítico en las leches de fórmula para poder así dar una información adecuada a los padres y madres.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: medline, scielo, cuiden, biblioteca virtual de salud y biblioteca Cochrane plus. Las palabras claves utilizadas fueron: «ácido palmítico» «palmitic acid», «fórmulas lácteas» «milk formulas», «lactante» «infant». No se estableció límite de año de publicación dados los escasos estudios publicados que aborden el tema a tratar.

Resultados

Se obtuvieron un total de 9 trabajos publicados entre los años 2007 y 2017, entre los cuales encontramos, 8 artículos de revista científica y un comunicado del comité de nutrición de la asociación española de pediatría en conjunto con la sociedad española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica.

- Según el Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación, en el anexo I, punto 5, queda prohibido utilizar aceite de sésamo y aceite de algodón. Sin embargo, no hace comentario alguno que se refiera expresamente al contenido en ácido palmítico.

- La diferencia fundamental entre el ácido palmítico que encontramos en la leche materna y el proveniente del aceite de palma es su estructura. El primero se encuentra en posición sn-2 o posición beta en un 60-70%, mientras que el segundo se encuentra mayoritariamente en posición sn-1 y sn-3.

- Los triglicéridos con el ácido palmítico en posiciones sn-1 y sn-3, al ser hidrolizados, generan ácido palmítico libre que tiende a unirse al calcio en un proceso de saponificación y forman un complejo no absorbible que contribuye a la baja absorción de calcio y grasas, la menor ganancia de peso y el endurecimiento de la materia fecal. La consecuencia fisiológica es la disminución de la biodisponibilidad de calcio, que tiene un efecto negativo demostrable también en el esqueleto.

- Otra fuente fundamental de ácido palmítico y además en la posición sn-2 es la grasa láctea proveniente de la leche de vaca que naturalmente presenta una concentración superior al 45% de ácido palmítico en la esta posición.

- La fórmula que logra la mayor aproximación de concentración de ácido palmítico en la posición sn-2 respecto a la leche materna es la que está basada en grasa láctea y complementa su perfil lipídico con aceites vegetales (colza y girasol).

- Otras funciones del ácido palmítico:

- El ácido palmítico es uno de los principales ácidos grasos constituyente de los esfingolípidos, principal lípido de las membranas del sistema nervioso.
- Aumenta la producción de energía.
- Formación de surfactante pulmonar.
- Efectos antiinflamatorios sobre la mucosa intestinal.

Conclusiones

Como conclusiones destacamos que la mejor manera de alimentar al lactante y como primera opción, debe ser dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, y que si esta no es posible

y es necesario el empleo de fórmulas artificiales, se utilizarán aquellas que tengan la mayor cantidad de ácido palmítico en su posición sn-2. Cuando el recién nacido cumpla el primer año de edad se comenzará a dar leche de vaca y no leches de continuación. Es necesario instar a las casas comerciales de leches de fórmula a que introduzcan en sus leches la mayor cantidad de ácido palmítico en posición sn-2 como sea posible.

Bibliografía:

1. Asociación Española de pediatría & Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Aceite de palma y ácido palmítico en la alimentación infantil*. Palmas. 2017; 38(3):26-29.
2. Maldonado J. *Nuevos ingredientes en las fórmulas para lactantes nacidos a término (II): nucleótidos, poliaminas, lactoferrina bovina, gangliósidos, β -palmitato y ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga*. Acta Pediatr Esp. 2014; 72(4): 93-99.
3. Havlicekova Z, Jesenak M, Banovcin P, Kuchta M. *Beta-palmitate—a natural component of human milk in supplemental milk formulas*. Nutrition Journal. 2016; 15(1):1-8.
4. González H, Vicentin D, Giumelli O, Vazzano M, Tavella M. *Perfil de triacilgliceroles y porcentaje de ácido palmítico en la posición sn-2 en sustitutos de leche materna*. Arch Argent Pediatr. 2012; 110(3):227-230.

Capítulo 7

Actitud de los estudiantes de enfermería ante las medidas extraordinarias de soporte de vida

Autora:

Torrijos Ruiz-Peinado, Alfonsa

ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE LAS MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE SOPORTE VITAL

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la esperanza de vida es más alta y cada vez son más los avances tecnológicos en medicina, es por ello, que nos debemos plantear una serie de preguntas cómo: ¿todo vale para alargar la vida a un paciente? ¿Debemos aplicar todas las medidas disponibles sin tener en cuenta las consecuencias de estas o los deseos del paciente? ¿Nos importa más salvar la vida del paciente o su calidad de vida?

Surge la necesidad de reflexionar sobre los cuidados que una persona necesitará y quiere recibir al final de su vida. Debido a esto un grupo de profesionales sanitarios, fundamentalmente de origen anglosajón, propicia el nacimiento del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), el cual permite reflexionar sobre la muerte y elegir el tipo de cuidados que se desean recibir al final de la vida.

Debemos mencionar también, el cambio producido en las últimas décadas en las relaciones clínico asistenciales que se establecen entre profesionales y pacientes hacia una mayor concienciación de los derechos y deberes de los pacientes en relación con la salud. Este cambio genera la búsqueda de valores éticos aceptados universalmente como la dignidad, la libertad y el poder de decisión de las personas.

La finalidad de este estudio, es conocer la actitud de los estudiantes de enfermería de Ciudad-Real (los cuales serán futuros profesionales sanitarios) ante cuestiones relacionadas con el proceso de morir.

OBJETIVOS

General

- Conocer cuál es la valoración ética de los alumnos de enfermería de la facultad de Ciudad Real, respecto a medidas extraordinarias de soporte de vida.

Específicos

- Valorar qué opinión tiene sobre algunos términos relacionados con la eutanasia.
- Evaluar qué decisión tomarían frente a la donación de órganos.
- Conocer qué opinan sobre la calidad de vida, en relación a fases terminales o definitivas de una enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

- Estudio observacional, descriptivo y prospectivo
- Facultad de Enfermería (CR)
- Enero y Febrero 2017

Población de estudio

- Alumnos matriculados en el Grado de Enfermería (CR)
- No muestreo

Instrumentos para la recogida de datos

- Cuestionario anónimo autoadministrado validado por Llajas Rojas et al.

Administración y proceso de recogida de datos

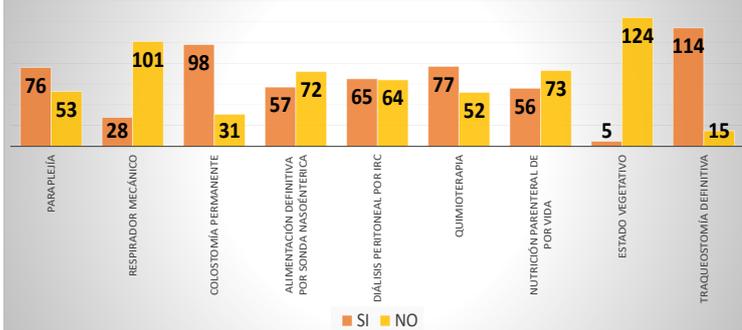
- Plataforma Google (Google Docs)
- Anónimo

Análisis estadístico

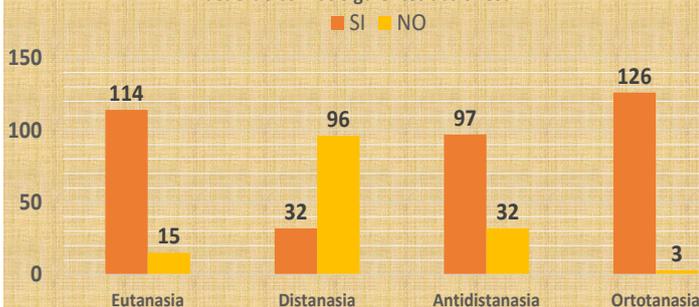
A cada participante se le asignó un código que solo conocía el investigador principal, y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 22.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado o, en las tablas de 2x2, con el test exacto de Fisher cuando el número de efectivos calculados fue inferior a 5. Las variables cuantitativas se compararon mediante la t de Student o, alternativamente, mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney si se vulneraba el principio de normalidad, el cual se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

RESULTADOS

¿Considera calidad de vida estas condiciones?



En pacientes irrecuperables en estado agónico ¿estaría usted de acuerdo con las siguientes acciones?



Muestra total: 129 alumnos

Sexo

85,3% (110) mujeres

14,7% (19) hombres

Religión

15,5 % (20) católicos practicantes

48,8% (63) católicos no practicantes

35,7% (46) no creyentes

Edad media: 22,8 años

CONCLUSIONES

- Los estudiantes tienen muy presente la opinión del paciente y su familia respecto a la LET.
- La mayoría están a favor de la legalización de la eutanasia y su aplicación.
- La mayoría se muestra a favor de la aplicación de la antidistanasia y ortotanasia.
- La mayor parte son partidarios de la donación de órganos.
- La percepción de calidad de vida de situaciones como la paraplejía, tener una colostomía permanente, recibir quimioterapia o tener una traqueostomía definitiva muestra una actitud positiva del proceso de enfermedad.

Resumen: *Objetivo: Conocer la valoración ética de los alumnos de Grado en Enfermería de Ciudad Real, respecto a las medidas extraordinarias de soporte de vida.*

Método: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo sobre 129 alumnos de Enfermería.

Resultados: El 86% estaba de acuerdo con legalizar la eutanasia. El 75,2% está a favor de la antidistanasia y un 97,7% está a favor de la ortotanasia.

Conclusiones: Los estudiantes tienen muy en cuenta la opinión del paciente ante las medidas extraordinarias de soporte de vida. La gran mayoría considera calidad de vida situaciones como la paraplejia, tener una colostomía o traqueostomía definitiva, recibir quimioterapia.

Palabras Clave: *limitación del esfuerzo terapéutico; eutanasia; calidad de vida.*

Introducción

Actualmente, la esperanza de vida es más alta y cada vez son más los avances tecnológicos en medicina, es por ello, que surge la necesidad de reflexionar sobre los cuidados que una persona necesitará y quiere recibir al final de su vida. Debemos mencionar también, el cambio producido en las últimas décadas en las relaciones clínico asistenciales que se establecen entre profesionales y pacientes hacia una mayor concienciación de los derechos y deberes de los pacientes en relación con la salud. Este cambio genera la búsqueda de valores éticos aceptados universalmente como la dignidad, la libertad y el poder de decisión de las personas.

La finalidad de este estudio, es conocer la actitud de los estudiantes de enfermería de Ciudad-Real (los cuales serán futuros profesionales sanitarios) ante cuestiones relacionadas con el proceso de morir.

Objetivos

-General: Conocer cuál es la valoración ética de los alumnos de enfermería de la facultad de enfermería de Ciudad Real, respecto a las medidas extraordinarias de soporte de vida.

-Específicos:

- Valorar qué opinión tiene sobre algunos términos relacionados con la eutanasia.
- Evaluar qué decisión tomarían frente a la donación de órganos.
- Conocer qué opinan sobre la calidad de vida, en relación a fases terminales o definitivas de una enfermedad.

Material y métodos

Diseño:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo llevado a cabo en la facultad de enfermería de Ciudad-Real durante los meses de enero y febrero de 2017.

Población de estudio:

Los alumnos matriculados en el grado de enfermería. No se llevó a cabo ningún tipo de muestreo.

Instrumentos para la recogida de datos:

El instrumento de medida fue el cuestionario anónimo auto administrado, validado por Llaja Rojas et al. Otras variables de estudio fueron: sexo, estado civil, edad, religión y tener o no firmado el testamento vital.

Administración del cuestionario y proceso de recogida de datos:

La encuesta se realizó a través de la plataforma Google Docs, la cual fue configurada para recopilar respuestas de forma anónima. Se envió una invitación mediante correo electrónico.

Análisis estadístico:

A cada participante se le asignó un código que solo conocía el investigador principal, y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 22.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado o, en las tablas de 2x2, con el test exacto de Fisher cuando el número de efectivos calculados fue inferior a 5. Las variables cuantitativas se compararon mediante la t de Student o, alternativamente, mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney si se vulneraba el principio de normalidad, el cual se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una p

Bibliografía:

1. Muñoz Camargo J.C., Martín Tercero M.P., Nuñez Lopez M.P., Espadas Maeso M.J., Pérez Fernandez-Infantes S., Cinjordi Valverde P., et al. *Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales*. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(3):104-14.
2. Guardia Mesa M.F., Cobos Vargas Á., García Carmona R.M., Montes Vega M. *Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de estudiantes universitarios de Enfermería*. *Metas Enfermería*. 2015; 18(8):20-4.
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Guía de sedación paliativa*. Madrid: consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2012. [acceso 27 ene de 2017]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia-sedaccion-paliativa-online.pdf>.
4. Llaja Rojas V., Sarriá Joya C. *Encuesta sobre soportes de vida y limitación del esfuerzo terapéutico en el departamenteo de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins* [internet]. *Acad Perú Psicol*. 2009.

Capítulo 8

Actuación de enfermería ante un paciente con rabdomiólisis

Autores:

Mora Muñoz, Eduardo

Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia

Olmo Trujillo, Coral

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON RABDOMIOLISIS

INTRODUCCIÓN

La **rabdomiólisis** es la liberación de componentes de músculo lesionado al torrente sanguíneo. Se produce una isquemia en la zona debido a ser mayor la fuerza de compresión que la perfusión capilar. A continuación se produce una reperfusión y se activan los neutrófilos, siendo la liberación de radicales libres la siguiente fase. Tras estos pasos, la célula libera componentes intracelulares, el más destacado es la mioglobina. La enfermedad fue descrita por primera vez en el siglo XX, concretamente durante los bombardeos de Londres de 1.941, siendo estudiada en sus orígenes por Bywaters E. Beall D.

La etiología de esta enfermedad suele deberse a diversas causas: **Infecciosas** (virus del herpes simple, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, VIH, Salmonella, Streptococcus, Salmonella, Legionella), **Metabólicas** (alteraciones electrolíticas, hipotiroidismo, cetoacidosis diabética), **Genéticas** (deficiencias de miofosforilasa, deshidrogenasa CoA de cadena corta y lata, distrofia muscular de Duchenn), **Traumáticas** (quemaduras de tercer grado, lesión por aplastamiento, inmovilización, descargas eléctricas), **Drogas** (alcohol, cocaína), **Ejercicio excesivo** (en caso de atletas no entrenados o personas que sufren enfermedades por células falciformes) y **otras causas** (hipertermia maligna, isquemia en extremidades, toxinas).

Se diagnostica mediante cuatro pasos:

1. **ANÁLISIS DE ORINA:** positiva en las tiras reactivas para sangre a pesar de la ausencia de eritrocitos en el microscopio.
2. **MIOGLOBINURIA > 1,5 mg/dl** mioglobina plasmática.
3. **TEST ORTOTOLIDINA (+):** tira de orina que determina el cloro.
4. **ANÁLISIS DE SANGRE:** medición de Creatinfosfocinasa (CPK) con valores 5 veces mayores a lo normal, Troponina I, Troponina T+, Medición de Iones: hiperpotasemia, hipofosfatemia, hipocalcemia, hipercalcemia.

OBJETIVOS

- Alcanzar una atención eficaz e integral, así como protocolizar la actuación en pacientes con esta patología.
- Coordinar la actuación entre los diferentes niveles asistenciales ante la aparición de la enfermedad.
- Resolver la causa desencadenante de la enfermedad, así como las alteraciones hidroelectrolíticas surgidas durante el proceso y evitar el posible desarrollo de complicaciones.

METODOLOGÍA

Se usará la Taxonomía NANDA, con la cual se identifica los diagnósticos de enfermería apreciable, surgiendo unos resultados enfermeros (NOC); de éstos últimos aparecen unas intervenciones (NIC) a cumplir por el profesional de enfermería.

NANDA	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección.	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 1807 Conocimiento: control de la infección. 1902 Control del riesgo.	1876 Cuidados del catéter urinario. 3660 Cuidados de las heridas. 6540 Control de infecciones.
00016 Deterioro de la eliminación urinaria.	0502 Continencia urinaria. 0503 Eliminación urinaria.	0580 Sondaje vesical. 0590 Manejo de la eliminación urinaria.
00027 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	0601 Equilibrio hídrico. 0602 Hidratación.	4120 Manejo de líquidos. 4180 Monitorización de líquidos. 4200 Terapia intravenosa.
00069 Afrontamiento inefectivo.	0906 Toma de decisiones. 1302 Superación de problemas.	5240 Asesoramiento. 5250 Apoyo en la toma de decisiones. 5820 Disminución de la ansiedad.
00195 Riesgo de desequilibrio de electrolitos.	0600 Equilibrio electrolítico y ácido base. 0601 Equilibrio hídrico. 0602 Hidratación.	1920 Monitorización ácido base. 2080 Manejo de líquidos y/o electrolitos. 4130 Monitorización de líquidos. 6650 Vigilancia.
00203 Riesgo de perfusión renal ineficaz.	0404 Perfusión tisular: órganos abdominales. 0504 Función renal. 0600 Equilibrio electrolítico y ácido base. 0912 Estado neurológico: conciencia.	0740 Cuidado del paciente encamado. 2080 Manejo de líquidos/electrolitos. 2300 Administración de medicación. 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial.
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea tisular.	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	0740 Cuidados del paciente encamado. 3500 Manejo de presiones. 3540 Prevención por úlceras por presión. 6550 Protección contra las infecciones.

CONCLUSIONES

Ante la presencia de esta enfermedad, y para su posterior recuperación, es de vital importancia que su manejo sea lo más protocolizado posible. Sea cual sea la causa, es relevante diagnosticarla con rapidez para evitar complicaciones orgánicas severas, siendo un riesgo para la vida. El manejo eficaz de sus síntomas, así como un tratamiento certero y efectivo, aumenta las probabilidades de supervivencia.

SÍNTOMAS:

Rigidez, calambres, debilidad y pérdida de función.
Mialgias y dolor a la palpación muscular.
Orina de color castaño oscuro.

INTERACCIÓN MIOGLOBINA Y PROTEÍNA TAMM-HORSFALL



Complicaciones

TEMPRANAS

Hipercalcemia
Hipocalcemia
Inflamación hepática
Arritmias cardíacas
Paro cardíaco

TARDÍAS

Insuficiencia renal aguda
Coagulación intravascular diseminada
Síndrome compartimental

INTERVENCIONES

- Canalizar vía periférica para hidratación con solución salina IV es la principal medida, y se debe iniciar lo antes posible.
 - Iniciar con suero fisiológico a un ritmo de 1-2 l/h para el restablecimiento hemodinámico (2,5 ml/kg/h).
 - Diuresis de 200-300 ml/h: si no se consigue se puede usar:
 - El manitol se administra al 20% en dosis única de 1 g/kg por vía intravenosa, promoviendo la diuresis osmótica y lavado de la mioglobina en los túbulos renales. Además, funciona como expansor plasmático y se ha observado que reduce la tensión de los compartimentos (síndrome compartimental), limitando la necesidad de fasciotomías y también tiene efecto quelante de radicales libres, reduciendo el daño renal.
 - Para un buen control volumétrico y evitar la sobrecarga de volumen y el edema agudo de pulmón, es recomendable medir la PVC.
- Monitorización de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- Se realizará un sondaje vesical con medición de diuresis horaria.
- La alcalinización de la orina con bicarbonato (que facilita la eliminación de la mioglobina) y el uso de diuréticos es un tema controvertido. Si se usan es necesario monitorizar el equilibrio hidroelectrolítico y el pH sanguíneo y urinario.
 - Habrà que evitar su uso o suspender su administración si el pH sanguíneo es mayor de 7,5, el bicarbonato mayor de 30 mEq/l o si hay una hipocalcemia grave o sintomática.
- Se deben vigilar y controlar los trastornos hidroelectrolíticos:
 - Hiperuricemia: aplicar fluidoterapia y tratamiento con Alopurinol 300 mg/24 h si urea > 8 mg/dl.
 - Hiperpotasemia: fluidoterapia.
 - Hipocalcemia: se tratará si hay presencia de síntomas.
 - Evitar Ca > 65 mg/dl.
- Hay que evitar el tratamiento con diuréticos del asa, por su efecto calciúrico, salvo que haya sobrecarga de volumen.
- Puede ser necesaria la diálisis si aparece fracaso renal agudo (FRA) o hiperpotasemia que no responden al tratamiento médico.
- Vigilar la presencia de síndrome compartimental: si la presión en el compartimento es mayor de 35 mmHg se debe pensar en realizar una fasciotomía.
- Vigilancia del estado de la integridad cutánea ante la posible inmovilidad del paciente surgida durante el periodo de ingreso.
 - Aplicar cambios posturales al paciente.
- Vigilar el estado neuronal del paciente.

Resumen: La rabdomiólisis es la liberación de componentes de músculo lesionado al torrente sanguíneo, principalmente mioglobina. Entre las causas que ocasionan esta enfermedad se encuentra el excesivo ejercicio físico, el consumo de cocaína, quemaduras, lesiones isquémicas, etc... Mediante la visión de la orina del paciente (muy oscura), la presencia de dolores musculares y la medición de los niveles de la proteína CPK, se puede realizar un diagnóstico diferencial de la enfermedad y poder tratarla.

Palabras Clave: Rabdiomiolisis; mioglobina; orina.

Introducción

La rabdomiólisis es la liberación de componentes de músculo lesionado al torrente sanguíneo. Se produce una isquemia en la zona debido a ser mayor la fuerza de compresión que la perfusión capilar.

A continuación, se produce una reperfusión y se activan los neutrófilos, siendo la liberación de radicales libres la siguiente fase.

Tras estos pasos, la célula libera componentes intracelulares, el más destacado es la mioglobina.

La enfermedad fue descrita por primera vez en el siglo XX, concretamente durante los bombardeos de Londres de 1.941, siendo estudiada por Bywaters E, Beall D.

La etiología de esta enfermedad suele deberse a diversas causas:

- Infecciosas: virus del herpes simple, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, VIH, Salmonella, Streptococcus, Salmonella, Legionella.
- Metabólicas: alteraciones electrolíticas, hipotiroidismo, cetoacidosis diabética.
- Genéticas: deficiencias de miofosforilasa, deshidrogenasa CoA de cadena corta y lata, distrofia muscular de Duchenn.
- Traumáticas: quemaduras de tercer grado, lesión por aplastamiento, inmovilización, descargas eléctricas).
- Drogas: alcohol, cocaína.
- Ejercicio excesivo: en caso de atletas no entrenados o personas que sufren enfermedades por células falciformes.
- Otras causas: hipertermia maligna, isquemia en extremidades, toxinas.

Un alto porcentaje de pacientes no presentan signos o síntomas de la enfermedad en fases iniciales, pero suele apreciarse un **patrón común de indicadores** que hacen sospechar de la enfermedad:

- Rigidez, calambres, debilidad y pérdida de función.
- Mialgias y dolor a la palpación de los músculos afectados.
- Presencia de orina oscura.

Se diagnostica mediante cuatro pasos:

1. Análisis de orina: Positiva en las tiras reactivas para sangre a pesar de la ausencia de eritrocitos en el microscopio.
2. Mioglobinuria > 1,5 mg/dl mioglobina plasmática.
3. Test Ortotoluidina (+): Tira de orina que determina el cloro.
4. Análisis de sangre: Medición de creatinfosfocinasa (CPK) con valores 5 veces mayores a lo normal, troponina I, troponina T+, medición de Iones: hiperpotasemia, hipofosfatemia, hipocalcemia, hipercalcemia.

Las **posibles complicaciones de esta enfermedad** pueden ser:

- Tempranas: Hipercalemia, hipocalcemia, inflamación hepática, arritmias cardíacas y paro cardíaco.
- Tardías: Insuficiencia renal aguda (IRA), coagulación intravascular diseminada (CID) y síndrome compartimental.

Objetivos

- Alcanzar una atención eficaz e integral, así como protocolizar la actuación en pacientes con esta patología.
- Coordinar la actuación entre los diferentes niveles asistenciales ante la aparición de la enfermedad.
- Resolver la causa desencadenante de la enfermedad, así como las alteraciones hidroelectrolíticas surgidas durante el proceso y evitar el posible desarrollo de complicaciones.

Metodología

Se usará la Taxonomía NANDA, con la cual se identifica los diagnósticos de enfermería apreciables, surgiendo unos resultados enfermeros (NOC); de éstos últimos aparecen unas intervenciones (NIC) a cumplir por el profesional de enfermería.

00004 Riesgo de infección.

NOC

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.
- 1807 Conocimiento: control de la infección.
- 1902 Control del riesgo.

NIC

- 1876 Cuidados del catéter urinario.
- 3660 Cuidados de las heridas.
- 6540 Control de infecciones.

00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

NOC

- 0502 Continencia urinaria.
- 0503 Eliminación urinaria.

NIC

- 0580 Sondaje vesical.
- 0590 Manejo de la eliminación urinaria.

00027 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

NOC

- 0601 Equilibrio hídrico.
- 0602 Hidratación

NIC

- 4120 Manejo de líquidos.
- 4180 Monitorización de líquidos.
- 4200 Terapia intravenosa.

00069 Afrontamiento inefectivo.

NOC

- 0906 Toma de decisiones.
- 1302 Superación de problemas.

NIC

- 5240 Asesoramiento.
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones.
- 5820 Disminución de la ansiedad.

00195 Riesgo de desequilibrio de electrolitos.

NOC

- 0600 Equilibrio electrolítico y ácido base.
- 0601 Equilibrio hídrico.
- 0602 Hidratación.

NIC

- 1920 Monitorización ácido base.
- 2080 Manejo de líquidos y/o electrolitos.
- 4130 Monitorización de líquidos.
- 6650 Vigilancia.

00203 Riesgo de perfusión renal ineficaz.

NOC

- 0404 Perfusión tisular: órganos abdominales.
- 0504 Función renal.
- 0600 Equilibrio electrolítico y ácido base.
- 0912 Estado neurológico: conciencia.

NIC

- 0740 Cuidado del paciente encamado.
- 2080 Manejo de líquidos/ electrolitos.
- 2300 Administración de medicación.
- 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea tisular.

NOC

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica.
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

NIC

- 0740 Cuidados del paciente encamado.
- 3500 Manejo de presiones.
- 3540 Prevención por úlceras por presión.
- 6550 Protección contra las infecciones.

Intervenciones

- Canalizar vía periférica para hidratación con solución salina intravenosa con suero fisiológico a un ritmo de 1-2 l/h para el restablecimiento hemodinámico (2,5 ml/kg/h). Alcalinizaremos la orina con bicarbonato para mejorar la eliminación del exceso de mioglobina.
- Diuresis de 200-300 ml/h: si no se consigue, se puede usar una perfusión de manitol 20% en dosis única. Se realizará un sondaje vesical con medición de diuresis horaria.
- Medir la PVC para evitar el edema agudo de pulmón y la sobrecarga de volumen.
- Monitorización de constantes vitales.
- Vigilar posibles complicaciones como hiperpotasemia, hipocalcemia, síndrome compartimental, hiperuricemia.
- Vigilar la integridad cutánea, ante la posible inmovilidad del paciente, y aplicar cambios posturales.
- Vigilar el estado neuronal del paciente.

Conclusión

Ante la presencia de esta enfermedad, y para su posterior recuperación, es de vital importancia que su manejo sea lo más protocolizado posible.

Sea cual sea la causa, es relevante diagnosticarla con rapidez para evitar complicaciones orgánicas severas, siendo un riesgo para la vida.

El manejo eficaz de sus síntomas, así como un tratamiento certero y efectivo, aumenta las probabilidades de supervivencia.

Bibliografía:

1. Duarte Mote, Jesús; Díaz Meza, Salvador; Lee Eng Castro, Víctor Enrique. *Rabdomiólisis e insuficiencia renal aguda*. Revista Medicina Interna [Internet]; 2007 (consultado 25 de enero de 2018); 23(1). Disponible en: http://www.cmim.org/boletin/pdf2007/MedIntContenido01_09.pdf
2. Nieto-Ríos, J.H; Vega-Miranda, J; Serna-Higuita, L.M. *Insuficiencia renal aguda inducida por rabdomiólisis*. IATREIA [Internet]; 2016 (consultado 25 de enero de 2018); 29 (2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v29n2/v29n2a05.pdf>
3. VVAA. Harrison, *Manual de Medicina*. 16ª Edición: Madrid, McGraw-Hill; 2005.
4. Herdman. TH. *NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Edición Española. Barcelona: Elsevier; 2015.

Capítulo 9

Actuación de enfermería frente al dolor crónico (parche Qutenza)

Autores:

Angulo Garrido, María

Sedano Olmedo, Laura

Galindo Garrido, Ascensión



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE AL DOLOR NEUROPÁTICO: PARCHE **Qutenza**[®]



patch de capsaïcine 0,8 %

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Así pues, se llega a la conclusión de que el dolor crónico constituye una enfermedad "per se".

Debemos diferenciar el dolor agudo del dolor crónico. El dolor crónico es un dolor continuo que puede, o no, estar asociado a una patología de base; su duración se mantiene al menos 6 meses y no cumple ninguna función "útil" para el organismo.

También es importante definir el concepto de "dolor neuropático": es un dolor que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensitivo, bien a partir del sistema nervioso central o del sistema nervioso periférico. Es uno de los mayores desafíos en el manejo del dolor crónico.

El parche cutáneo contiene 179 mg de capsaïcina. Puede administrarse por personal sanitario bajo la supervisión de un médico. El tratamiento con Qutenza podrá realizarse cada 90 días en caso necesario si el dolor persiste o reaparece.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cochrane, Pubmed y Scielo utilizando las palabras clave "capsaicina", "parche", "dolor crónico", "qutenza". Además de la experiencia profesional de la Unidad del Dolor del Hospital de Manacor.

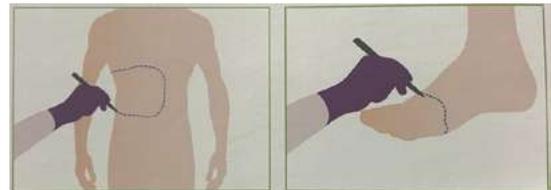
OBJETIVOS

- »»» → Dar a conocer este tratamiento alternativo para aliviar el dolor crónico.
- »»» → Explicar el procedimiento a profesionales sanitarios con el fin de que puedan llevarlo a la práctica clínica.

INTERVENCIONES

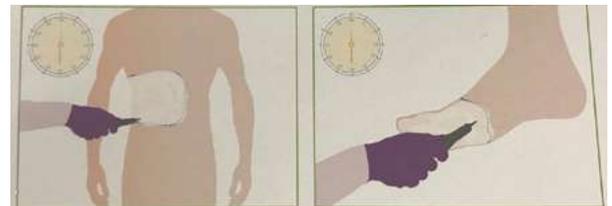
1 IDENTIFICAR LA ZONA DOLOROSA

- Delimitar la zona dolorosa con ayuda de un rotulador para piel.
- Recortar el vello si es necesario.
- Calcar la zona con papel transparente o de celulosa para recortar posteriormente el parche.



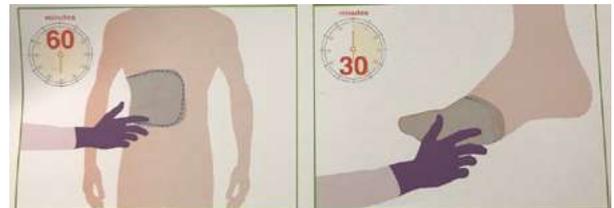
2 ANESTESIAR

- Aplicar anestésico tópico (EMLA). Dejar actuar entre 30 y 50 minutos.
- Realizar una cura oclusiva de la zona con papel film transparente.
- Transcurrido el tiempo, retirar la crema EMLA y secar bien la zona.



3 APLICACIÓN

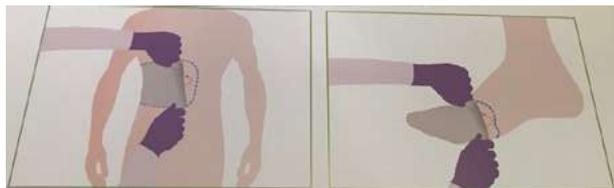
- »»» → Usar guantes de nitrilo, mascarilla y gafas.
- »»» → Cortar el parche con el calco realizado previamente.
- »»» → Aplicar en la zona marcada y dejar de actuar 1 hora.
- »»» → Envolver la zona con venda elástica y esparadrapo.
- »»» → Si el paciente tiene molestias locales del parche, se puede utilizar el pack de gel frío ubicado en la nevera.



4 RETIRAR

GUANTES

ENROLLAR PARA DENTRO



5 LIMPIAR



CONCLUSIONES

La capsaïcina como aplicación única proporciona un alto grado de alivio del dolor, éste puede llegar a ser de hasta 6 puntos en la escala EVA.

La mayoría de los pacientes que experimentan una mejoría tras el tratamiento pueden llegar a disminuir o retirar los fármacos que tomaban antes disminuyendo así los efectos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

Treede RD, et al. Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70(18): 1960-1965.

Noto C, et al. NGX-4010, a high-concentration capsaïcine dermal patch for lasting relief of peripheral neuropathic pain. *Curr Opin Investig Drugs* 2009; 10(7): 702-710.

Astellas Pharma Europe Ltd. Summary of product characteristics: QUTENZA, European Medicine Agency, London UK, Available from: www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/qutenza/qutenza.htm

Resumen: Según la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

Es importante definir el concepto de "dolor neuropático": es un dolor que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema sematosensitivo, bien a partir del sistema nervioso central o del sistema nervioso periférico.

El parche cutáneo contiene 179 mg de capsaicina. Puede administrarse por personal sanitario bajo la supervisión de un médico.

Palabras Clave: Capsaicina; dolor crónico; parche.

Introducción

Según la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Así pues, se llega a la conclusión de que el dolor crónico constituye una enfermedad "per se".

Debemos diferenciar el dolor agudo del dolor crónico. El dolor crónico es un dolor continuo que puede, o no, estar asociado a una patología de base; su duración se mantiene al menos 6 meses y no cumple ninguna función "útil" para el organismo

También es importante definir el concepto de "dolor neuropático": es un dolor que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema sematosensitivo, bien a partir del sistema nervioso central o del sistema nervioso periférico. Es uno de los mayores desafíos en el manejo del dolor crónico.

El parche cutáneo contiene 179 mg de capsaicina. Puede administrarse por personal sanitario bajo la supervisión de un médico. El tratamiento con Qutenza podrá realizarse cada 90 días en caso necesario si el dolor persiste o reaparece.

Objetivos

Dar a conocer este tratamiento alternativo para aliviar el dolor crónico.

Explicar el procedimiento a profesionales sanitarios con el fin de que puedan llevarlo a la práctica clínica

Intervenciones

1. Identificar la zona dolorosa

- Delimitar la zona dolorosa con ayuda de un rotulador para la piel
- Recortar el vello si es necesario.
- Calcar la zona con papel transparente o de celulosa para recortar posteriormente el parche.

2. Anestesiar

- Aplicar anestésico tópico (EMLA). Dejar actuar entre 30 y 50 minutos.

- Realizar una cura oclusiva de la zona con papel film transparente.
- Transcurrido el tiempo, retirar la crema EMLA y secar bien la zona.

3. Aplicación

- Usar guantes de nitrilo, mascarilla y gafas.
- Cortar el parche con el calco realizado previamente.
- Aplicar en la zona marcada y dejar de actuar 1 hora.
- Envolver la zona con venda elástica y esparadrapo..
- Si el paciente tiene molestias locales del parche, se puede utilizar el pack de gel frío ubicado en la nevera.

4. Retirada

Nos pondremos los guantes y por uno de los extremos lo enrollaremos hacia dentro.

La capsaicina como aplicación única proporciona un alto grado de alivio del dolor, éste puede llegar a ser de hasta 6 puntos en la escala EVA.

La mayoría de los pacientes que experimentan una mejoría tras el tratamiento pueden llegar a disminuir o retirar los fármacos que tomaban antes disminuyendo así los efectos adversos

Bibliografía:

1. Treede RD, et al. *Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes*. Neurology 2008;70(18): 1960-1965.

2. Noto C, et al. *NGX-4010, a high-concentration capsaicin dermal patch for lasting relief of peripheral neuropathic pain*. Curr Opin Investig Drugs 2009; 10(7): 702-710.

3. Astellas Pharma Europe Ltd. *Summary of product characteristics: QUTENZA*, European Medicine Agency, London UK, Available from: www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/qutenza/qutenza.htm

Capítulo 10

Adherencia a las recomendaciones sobre higiene de manos en un hospital de II nivel

Autores:

Valiente Sobrino, Liliana

Ramírez de Orol, Miguel Ángel

Sánchez Higuera, M^a del Prado

ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE DE MANOS, EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Autores:

INTRODUCCION

La Higiene de Manos (HM) es la medida más importante frente a la prevención de la infección nosocomial; esto supone que las recomendaciones para su adecuada realización sean uno de los pilares básicos de programas de prevención y control de las infecciones nosocomiales intrahospitalarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprueba en 2004 la creación de una «Alianza para la seguridad del paciente», considerando la HM como la piedra angular en la lucha contra la diseminación de agentes patógenos en el medio sanitario. Estas recomendaciones, de consenso global, requieren intervenciones multidisciplinares, incluyendo elementos esenciales, como la educación, la motivación del personal sanitario, la incorporación de derivados alcohólicos así como el compromiso de los gestores sanitarios. Paradójicamente, el cumplimiento de las recomendaciones por parte del personal sanitario sobre la HM es muy bajo y todos los estudios que existen al respecto, pertenecientes al ámbito de la atención especializada, señalan que la frecuencia de cumplimiento es menor del 50% de las oportunidades en las que ésta práctica se considera prioritaria.

PALABRAS CLAVE

Lavado de manos, Higiene de manos, Grado de cumplimiento, Unidad de cuidados intensivos, Seguridad del paciente, Vigilancia epidemiológica.

OBJETIVOS

- Estimar la adherencia a las recomendaciones sobre del lavado de manos de la Organización Mundial de la Salud, en el personal sanitario de una unidad de cuidados intensivos de un Hospital de segundo nivel.
- Identificar las características y tipo de Higiene de Manos realizada por el personal implicado.
- Identificar el colectivo profesional más implicado en la correcta higiene de manos en y durante la asistencia al paciente.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos de un Hospital Universitario de II Nivel. La población objeto de estudio la constituyen los profesionales sanitarios de la Unidad, que atendió durante cada una de las intervenciones, a los pacientes críticos. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todas las categorías profesionales que constituyen el equipo sanitario de la Unidad (Médicos especialistas, Personal de Enfermería, TCAES y Celadores); Se elaboró una hoja de recogida de datos, que reunía variables tales como: categoría profesional que realizaba la intervención, realización o no de la HM en cualquiera de los cinco momentos, establecidos por la OMS, del tipo de intervención realizada por parte del profesional al cargo (a saber: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente, después del contacto con el entorno del paciente). Para evaluar la información se empleó estadística descriptiva, frecuencia absoluta y porcentajes para las variables cualitativas. Los datos recogidos en la hoja de registro se evaluaron con el programa informático SPSS en su versión 22.0.

RESULTADOS

Observada la actividad de 100 profesionales (17 médicos, 39 enfermeros, 27 auxiliares de enfermería y 17 celadores) de la Unidad de Cuidados Intensivos, se evaluó un total de 420 procedimientos, en relación al cuidado del paciente. La frecuencia de la higiene de manos (HM) por parte de los profesionales fué del 24,5% (103), pero variaba según el tipo de actividad, siendo la actividad "Antes de tocar al paciente" la de menor porcentaje de realización de HM, un 10% (10) y la actividad "Después de la exposición a líquidos corporales" la de mayor, con un 53,4%(23).

La HM se realizó mediante lavado de manos con agua y jabón en un 36,8% (38), y en el 63,2% (67) con solución alcohólica. El personal de Enfermería fue el colectivo que más procedimientos realizó, un 41,1% (173), seguido por los TCAE, un 29,7% (125). Por categorías profesionales, los Celadores son los que menos siguen las recomendaciones de HM 94,2% (64) seguidos por los Médicos 85,2% (46).

CONCLUSIONES

La unidad presenta un cumplimiento de Higiene de manos excesivamente bajo por lo que se hace necesario el desarrollo de programas formativos que incrementen el cumplimiento de las medidas.

Es el personal de Enfermería el personal más implicado en el proceso de higiene de manos, siendo la solución alcohólica el medio de HM más utilizado por la totalidad del personal de la Unidad.

BIBLIOGRAFIA

- Fuentes-Gómez, V., Crespillo-García, E., Enríquez de Luna-Rodríguez, M. y otros. Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la higiene de manos en un ámbito hospitalario. *Revista de Calidad asistencial*, 2012; 27(4): 197-203.
- Lupióna, C, López-Cortés, L. E., Rodríguez-Baño, J., Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. *Higiene de manos. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 2014: 32(9): 603-609.
- Martín-Madrado, C., Salinero-Forta, M. A., Cañada-Dorado, A y otros, Evaluación del cumplimiento de higiene de las manos en un área de atención primaria de Madrid. *EnfermInfeccMicrobiolClin*. 2011;29(1):32-35.
- Sánchez Paya, J., Fuster-Pérez, M.,García-González, C., Gracia-Rodríguez, R.M., García-Shimizu, P., San Juan-Quiles, A., Casas-Fischer, R., González-Torga, A., Evaluation of a program for updating recommendations about hand hygiene. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2007, vol.30, n.3 [citado 2018-03-01], pp.343-352. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

Resumen: La higiene de manos, es la medida más efectiva frente a la transmisión de gérmenes patógenos, causantes de infecciones nosocomiales.

A fin de determinar si el personal sanitario, realiza una correcta higiene o desinfección de manos, siguiendo las recomendaciones de la OMS, protegiendo así al paciente frente a gérmenes patógenos procedentes del entorno o de las manos del personal, realizamos un estudio observacional, descriptivo, prospectivo en la UCI de un hospital de II nivel, evaluando 420 procedimientos realizados por 100 profesionales de diferentes categorías, concluyendo con un alto porcentaje de incumplimiento, 75,5%, siendo celadores y médicos los menos implicados.

Palabras Clave: Lavado de manos; Grado de cumplimiento; Seguridad del paciente.

Objetivos:

- Estimar la adherencia a las recomendaciones sobre del lavado de manos de la Organización Mundial de la Salud, en el personal sanitario de una unidad de cuidados intensivos de un Hospital de segundo nivel.
- Identificar las características y tipo de Higiene de Manos realizada por el personal implicado.
- Identificar el colectivo profesional más implicado en la correcta higiene de manos en y durante la asistencia al paciente.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos de un Hospital Universitario de II Nivel. La población objeto de estudio la constituyen los profesionales sanitarios de la Unidad, que atendió durante cada una de las intervenciones, a los pacientes críticos.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todas las categorías profesionales que constituyen el equipo sanitario de la Unidad (Médicos especialistas, Personal de Enfermería, TCAES y Celadores).

Se elaboró una hoja de recogida de datos, que reunía variables tales como: categoría profesional que realizaba la intervención, realización o no de la HM en cualquiera de los cinco momentos, establecidos por la OMS, del tipo de intervención realizada por parte del profesional al cargo (a saber: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente, después del contacto con el entorno del paciente).

Para evaluar la información se empleó estadística descriptiva, frecuencia absoluta y porcentajes para las variables cualitativas. Los datos recogidos en la hoja de registro se evaluaron con el programa informático SPSS en su versión 22.0.

Resultados

Observada la actividad de 100 profesionales (17 médicos, 39 enfermeros, 27 auxiliares de enfermería y 17 celadores) de la Unidad de Cuidados Intensivos, se evaluó un total de 420 procedimien-

tos, en relación al cuidado del paciente. La frecuencia de la higiene de manos (HM) por parte de los profesionales fue del 24,5% (103), pero variaba según el tipo de actividad, siendo la actividad “Antes de tocar al paciente” la de menor porcentaje de realización de HM, un 10% (10) y la actividad “Después de la exposición a líquidos corporales” la de mayor, con un 53,4%(23).

La HM se realizó mediante lavado de manos con agua y jabón en un 36,8% (38), y en el 63,2% (67) con solución alcohólica. El personal de Enfermería fue el colectivo que más procedimientos realizó, un 41,1% (173), seguido por los TCAE, un 29,7% (125). Por categorías profesionales, los Celadores son los que menos siguen las recomendaciones de HM 94,2% (64) seguidos por los Médicos 85,2% (46).

Conclusiones

La unidad presenta un cumplimiento de Higiene de manos excesivamente bajo por lo que se hace necesario el desarrollo de programas formativos que incrementen el cumplimiento de las medidas.

Es el personal de Enfermería el personal más implicado en el proceso de higiene de manos, siendo la solución alcohólica el medio de HM más utilizado por la totalidad del personal de la Unidad.

Bibliografía:

1. Fuentes-Gómez, V., Crespillo-García, E, Enríquez de Luna-Rodríguez, M. y otros. *Factores pre-disponentes, facilitadores y reforzadores de la higiene de manos en un ámbito hospitalario*. Revista de Calidad asistencial, 2012; 27(4): 197-203.

2. Lupióna, C, López-Cortés, L. E., Rodríguez-Baño, J., *Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos*. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 2014: 32(9); 603-609.

3. Martín-Madrado, C., Salinero-Forta, M. A., Cañada-Dorado, A y otros. *Evaluación del cumplimiento de higiene de las manos en un área de atención primaria de Madrid*. EnfermInfeccMicrobiol-Clin. 2011;29(1):32–35.

4. Sánchez Paya, J., Fuster-Pérez, M.,García-González, C., Gracia-Rodríguez, R.M., García-Shimizu, P., San Juan-Quíles, A., Casas-Fischer, R., González-Torga, A. *Evaluation of a program for updating recommendations about hand hygiene*. Anales Sis San Navarra [online]. 2007, vol.30, n.3 [citado 2018-03-01], pp.343-352. Disponible en: ISSN 1137-6627.

Capítulo 11

Adicción al móvil y salud: un nuevo reto para enfermería

Autores:

Rodríguez López, Rosa María

Segador Madrid, Elisabeth

Fernández Campos, Gloria

Segovia Félix, José Miguel

Segovia Félix, Ignacio

Adicción al móvil y salud: un nuevo reto para enfermería

Introducción

Presentamos un análisis de los estudios que han sido publicados en relación con la adicción al teléfono móvil. Desde la aparición de estos dispositivos, el uso anómalo ha cuestionado si podría conducir a la adicción. Este problema, recién aparecido, es idéntico al relacionado con la existencia de adicciones conductuales en contraposición a las adicciones a sustancias. Hasta el momento, la clasificación categorial de los trastornos mentales DSM-5 sólo reconoce el juego compulsivo como una adicción conductual, considerando el resto de tipos de abuso como trastornos de impulso. Por el contrario, el mundo clínico lleva tiempo proclamando que muchos de esos “trastornos de impulso” (tabla1) son verdaderas adicciones que afectan a la vida de los pacientes de forma considerable. Por ello, creemos de suma importancia exponer y analizar el problema así como las diferentes formas de realizar un diagnóstico correcto.

Objetivos

PRINCIPAL

Describir la situación de la población en relación a la adicción al móvil

SECUNDARIOS

- Actualizar los conocimientos sobre nuevas adicciones.
- Conocer la mejor forma para reconocer y diagnosticar esta adicción.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda de la bibliografía existente en las bases de datos Pubmed y Google Scholar; incorporándose al estudio aquellos que tuvieran una antigüedad máxima de 5 años, excluyéndose los que fueran anteriores al 2012. Las palabras clave utilizadas han sido “addiction AND phone”. Se han seleccionado un total de 8 artículos y 4 libros.

Conclusiones

Con éste trabajo hemos logrado ampliar nuestros conocimientos sobre los efectos negativos del celular en la salud del ser humano. La sociedad, actualmente, no está apenas informada acerca de los riesgos que ocasiona el uso del teléfono móvil, provocando su falta de precaución a la hora de utilizarlo.

Sin ir más lejos, en la Tabla 2 (Parasuman, 2017), podemos apreciar el análisis del comportamiento adictivo que obtuvieron tras encuestar a 450 participantes, ciudadanos de Helsinki, y con una edad media de 23 años.

Concluimos, que los datos actualmente disponibles no justifican ninguna recomendación general para extralimitar el uso de teléfonos móviles en la población adulta, pero consideramos esencial la información sanitaria a la población acerca de los efectos potenciales para la salud.

Discusión y trabajo futuro

Este trabajo es un esfuerzo por demostrar cómo el uso del móvil puede convertirse en una adicción y una amenaza para la salud, por lo que vemos una necesidad acuciante el definir y delimitar este problema.

Ampliando los conocimientos sobre esta adicción así como las nuevas escalas para diagnosticarla, fomentaremos la mejor actuación de todos los profesionales de la salud, y más concretamente, del personal de enfermería..

Bibliografía principal

- American Psychiatric Association, Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnely Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Armayones, M., Azkarretazabal, M., Baños, R., Botella, C., Carabantes, D., Cuesta, U... Serrano, B. (2012). *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación*. La Rioja: Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., & Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del psicólogo*, 82-89.
- Cholz, M., & Marco, C. (2012). *Adicción a internet y redes sociales*. Alianza Editorial.
- Kumar, M., Rao, G., Benegal, V., Thennarasu, K., & Thomas, D. (2017). Technology addiction survey: an emerging concern for raising awareness and promotion of healthy use of technology. *Indian Journal of Psychological medicine*, 495-499.
- Labrador, F. J. (2012). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Pirámide.
- López-Fernández, O., Kuss, D. J., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., Rousseau, A... Billieux, J. (2017). Self-reported dependence on mobile phones in young adults: a European cross-cultural empirical survey. *Journal of behavioral addictions*, 168-177.
- Parasuraman, S., Thamby, A., Wong, S., Chik, B. L., & Yu, L. (2017). Smartphone usage and increased risk of mobile phone addiction: a concurrent study. *International journal of pharmaceutical investigation*, 125-131.

TABLA 1: Sintomatología del uso abusivo del móvil VS DSM-5 criterios del juego compulsivo y la adicción a sustancias

Sintomatología del uso abusivo del móvil ⁸⁻¹¹	DSM-5 criterios del juego compulsivo ¹	DSM-5 criterios de la adicción a sustancias ¹
Uso en situaciones peligrosas o prohibidas	Necesidad de préstamos para hacer frente a la situación económica derivada del juego	Uso peligroso de sustancias nocivas
Conflictos sociales y familiares	Relaciones, trabajo, estudios o carreras en peligro o ya perdidos	Problemas sociales y familiares debido al uso
Pérdida de interés en otras actividades	Repetidos esfuerzos sin éxito de dejarlo	Abandono de las actividades cotidianas
Dificultad para controlar el uso	Excesiva preocupación sobre el juego (apuestas, recuerdo de experiencias previas, etc.)	Repetidos esfuerzos sin éxito de dejarlo
Constante revisión del móvil en tiempo de descanso pudiendo producir insomnio	Mentiras para seguir jugando, irritabilidad, negar la dependencia	Pérdida grande de tiempo para conseguir la sustancia, usándola, etc.
Síndrome de abstinencia, dependencia, ansiedad, irritabilidad si no está accesible		Síndrome de abstinencia

TABLA 2: Análisis del comportamiento adictivo al móvil⁸

Situaciones	Porcentaje de respuestas	
	Sí	No
Perder el tiempo conscientemente con el uso del móvil	60,88	39,12
Usar el móvil más tiempo del deseado inicialmente	70,4	29,6
No cumplir el trabajo planeado por el uso del móvil	36,7	63,3
Sentir impaciencia e irritación cuando no se tiene el móvil	47,9	52,1
Sentir dependencia al uso del móvil	74,3	25,7
Tener problemas de salud por el uso del móvil	14,7	85,3
Sentir malestar cuando el móvil se está quedando sin batería	73,8	26,2
Tener el móvil en mente aun cuando no se está usando	29,3	70,7

TABLA 3: Escalas de adicción al móvil en español

Escala	Grupo de investigación
Escala de dependencia y adicción al Smartphone (EDAS)	Departamento de Psicología Universidad de Jaén
Escala de Craving de adicción al móvil (MPACS)	Departamento Psicobiología Universidad Complutense, Madrid

Ejemplos de repercusiones físicas y mentales



● Tensión ocular

● Pérdida de audición



● Síndrome del túnel carpiano, Síndrome de Dequervain, Rizartrosis.

● Vibración fantasma



● Insomnio

● Dependencia exclusiva



● Infertilidad masculina

● Obesidad infantil y juvenil



● Ansiedad



● Nomofobia



● Aislamiento y depresión

Resumen: Presentamos un análisis de los estudios que han sido publicados en relación con la adicción al teléfono móvil. El uso anómalo ha cuestionado si podría conducir a la adicción. Este problema es idéntico al relacionado con las adicciones conductuales en contraposición a las adicciones a sustancias. La clasificación categorial de los trastornos mentales DSM-5 sólo reconoce el juego compulsivo como una adicción conductual, considerando el resto de tipos de abuso como trastornos de impulso. El mundo clínico lleva tiempo proclamando que estos “trastornos de impulso” son verdaderas adicciones que afectan a la vida de los pacientes de forma considerable.

Palabras Clave: cell-phone; addiction; technology.

Introducción

Presentamos un análisis de los estudios que han sido publicados en relación con la adicción al teléfono móvil. Desde la aparición de estos dispositivos, el uso anómalo ha cuestionado si podría conducir a la adicción. Este problema, recién aparecido, es idéntico al relacionado con la existencia de adicciones conductuales en contraposición a las adicciones a sustancias. Hasta el momento, la clasificación categorial de los trastornos mentales DSM-5 sólo reconoce el juego compulsivo como una adicción conductual, considerando el resto de tipos de abuso como trastornos de impulso. Por el contrario, el mundo clínico lleva tiempo proclamando que muchos de esos “trastornos de impulso” son verdaderas adicciones que afectan a la vida de los pacientes de forma considerable. Por ello, creemos de suma importancia exponer y analizar el problema así como las diferentes formas de realizar un diagnóstico correcto.

Objetivos

Principal: Describir la situación de la población en relación a la adicción al móvil.

Secundarios: Actualizar los conocimientos sobre nuevas adicciones. Conocer la mejor forma para reconocer y diagnosticar esta adicción.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda de la literatura existente en las bases de datos Pubmed y Google Scholar; incorporándose al estudio aquellos que tuvieran una antigüedad máxima de 5 años, excluyéndose los que fueran anteriores al 2012. Las palabras clave utilizadas han sido “addiction AND phone”. Se han seleccionado un total de 8 artículos y 4 libros.

Resultados

Por un lado, al comparar la sintomatología provocada por el abuso del móvil encontramos grandes similitudes con diagnósticos, como juego compulsivo o adicción a sustancias, ya establecidos en el DSM-5 y sus criterios identificativos. Por ejemplo, es una situación similar la que provoca la constante revisión del móvil a la de la excesiva preocupación sobre el juego que tienen los jugadores compulsivos, o al abandono de actividades cotidianas por ir a conseguir una sustancia aquellos adictos a ella. De igual manera, se detallan otras 5 características que guardan gran parentesco con los diagnósticos mencionados. Entre ellas, caben destacar la dificultad para controlar el uso; el síndrome de abstinencia y de dependencia; la ansiedad y la irritabilidad si no está el móvil accesible.

Por otro lado, son ya algunos estudios los que se han preocupado por esta sintomatología nueva, realizando investigaciones en relación con el uso de los teléfonos móviles. Resaltan en estos estudios cómo un gran porcentaje de los encuestados (más del 70%) refiere usar el móvil más tiempo del deseado inicialmente y sentir en ciertos momentos dependencia al uso del mismo.

En España, grupos de investigación del departamento de Psicología de la universidad de Jaén y del departamento de Psicobiología de la Universidad Complutense de Madrid han creado dos escalas para medir la adicción real al teléfono móvil: la escala de dependencia y adicción al Smartphone (EDAS) y la escala de Craving de adicción al móvil (MPACS).

En cuanto a las repercusiones físicas y mentales que enfermería debe tener en cuenta dentro de la posible adicción al teléfono móvil debemos tener en cuenta: la tensión ocular, la pérdida de audición, el síndrome del túnel carpiano, vibración fantasma, insomnio, dependencia exclusiva, infertilidad masculina, obesidad infantil y juvenil, ansiedad, nomofobia, aislamiento y depresión. Es importante que el profesional de enfermería conozca estos síntomas así como la posibilidad de la existencia de dependencias que puedan poner el riesgo la salud del paciente.

Conclusiones

Con éste trabajo hemos logrado ampliar nuestros conocimientos sobre los efectos negativos del celular en la salud del ser humano. La sociedad, actualmente, no está apenas informada acerca de los riesgos que ocasiona el uso del teléfono móvil, provocando su falta de precaución a la hora de utilizarlo.

Sin ir más lejos podemos apreciar el análisis del comportamiento adictivo que obtuvieron algunos estudios evidenciando que gran parte de la población considera que usa el teléfono más de lo que consideraban necesario y que creían que tenían realmente dependencia a él.

Concluimos, que los datos actualmente disponibles no justifican ninguna recomendación general para extralimitar el uso de teléfonos móviles en la población adulta, pero consideramos esencial la información sanitaria a la población y a los profesionales de la salud acerca de los efectos potenciales para la salud.

Discusión y trabajo futuro

Este trabajo es un esfuerzo por demostrar cómo el uso del móvil puede convertirse en una adicción y una amenaza para la salud, por lo que vemos una necesidad acuciante el definir y delimitar este problema.

Ampliando los conocimientos sobre esta adicción así como las nuevas escalas para diagnosticarla, fomentaremos la mejor actuación de todos los profesionales de la salud, y más concretamente, del personal de enfermería.

Bibliografía:

1. American Psychiatric Association, Kupfer, DJ, Regier, DA, Arango López, C, Ayuso-Mateos, JL, Vieta Pascual, E, & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. Armayones, M, Azkarretazabal, M, Baños, R, Botella, C, Carabantes, D, Cuesta, U Serrano, B. (2012). *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación*. La Rioja: Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud.
3. Carbonell, X, Fúster, H, Chamarro, A, & Oberst, U. (2012). *Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles*. Papeles del psicólogo, 82-89.
4. Choliz, M., & Marco, C. (2012). *Adicción a internet y redes sociales*. Alianza Editorial.
5. Kumar, M, Rao, G, Benegal, V, Thennarasu, K, & Thomas, D. (2017). *Technology addiction survey: an emerging concern for raising awareness and promotion of healthy use of technology*. Indian Journal of Psychological medicine, 495-499.

Capítulo 12

Agentes quimioterápicos cáncer vesical mitomicina vs BCG

Autores:

Rodríguez González, Félix José

Vellido Garrido, Jaime

AGENTES QUIMIOTERAPICOS CANCER VESICAL

MITOMICINA vs BCG

INTRODUCCION

La incidencia del cáncer vesical (CV) es tres veces mas alta en países desarrollados que en los no desarrollados. El carcinoma vesical en España es el cuarto tumor maligno mas frecuente en hombres y el octavo en mujeres. En España la mortalidad por CV es mayor que en Europa (13 hombres por cada 10 mujeres cada 100.000 personas).

El consumo de tabaco es el responsable de mas del 50% de los casos en los países desarrollados. La utilización de tintes, pinturas disolventes, industrias del cuero y aluminio, fabricación de neumáticos están relacionadas con su aparición.

El signo de presentación mas frecuente es la hematuria, sin dolor asociado.

El tratamiento inicial es la cirugía que consiste en la extirpación endoscópica (RTU: resección transuretral).

En el caso de los quimioterapicos los mas utilizados son la mitomicina (MTN) y el bacilo Calmette-Guerin (BCG).

OBJETIVOS

- ❑ Conocer las características de cada sustancia quimioterapica y describir las practicas terapéuticas a seguir.
- ❑ Comparar las indicaciones y efectos en el tratamiento.
- ❑ Justificación de la necesidad del uso de cada sustancia.
- ❑ Protocolizar las intervenciones de los profesionales de enfermería.
- ❑ Evaluación de la eficacia y la seguridad de los dos medicamentos basándose en las publicaciones.

MATERIAL Y METODO

Revisión bibliográfica sistemática en las bases de los buscadores científicos PUBMED, DIALNET, SCIELO, ELSEVIER, MEDLINE y Lilacs.

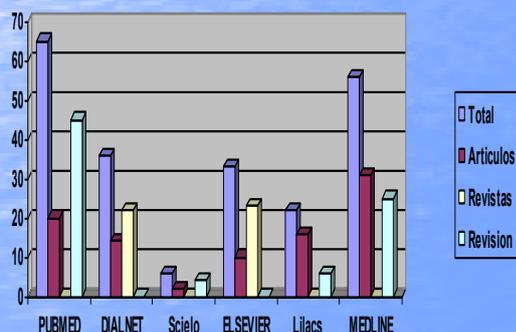
Seleccionamos trabajos con publicación a partir de 2010, en castellano e ingles.

Palabras clave: Mitomycin C, Bacillus Calmette-Guerin, Intravesical Treatment, Bladder Cancer, truncados mediante el operador booleano AND.

Los estudios seleccionados se evaluaron de forma critica mediante la plataforma www.lecturacritica.com que permite analizar la calidad o validez de las pruebas científicas

RESULTADOS

Se encontraron 218 estudios identificados mediante cribado abstracto, 33 artículos fueron sometidos a análisis de texto completo, 6 trabajos se incluyeron dentro de análisis de lecturas criticas, con evidencia científica media, según la revisión de la Pág. web: www.lecturacritica.com. De ellos, 2 revisiones (ambas 2017) y 3 son artículos científicos (2017 y 2, 2015).



BUSCADOR CIENTIFICO	Total public.	Artic.	Revist	Revision
PUBMED	65	20	0	45
DIALNET	36	14	22	0
Scielo	6	2	0	4
ELSEVIER	33	10	23	0
Lilacs	22	16	0	6
MEDLINE	56	31	0	25

CONCLUSIONES.

- ✓ Ambas medicaciones han sido estudiadas por muchos años. Ambas muestran buenos resultados en comparación con otros tratamientos. Estudios confirman que BCG intravesical en comparación con MTN, es mas efectivo en pacientes con alto riesgo de recurrencia del tumor.
- ✓ BCG se ha estudiado con más frecuencia que MTN.
- ✓ Los estudios han demostrado que un cronograma largo de BCG es mejor que un cronograma corto de MTN. También han demostrado que los efectos secundarios de BCG son más intensos que con MTN.
- ✓ Los efectos secundarios de MTN ocurren con menos frecuencia, por lo tanto, es importante saber si los dos medicamentos son igualmente efectivos. Eso podría ayudar a elegir entre tratamientos.
- ✓ La decisión de utilizar uno u otro puede estar basada en las reacciones adversas y en el costo.

BIBLIOGRAFIA:

- VV. AA. Guía clínica sobre el cáncer de vejiga. European Association of Urology, 2010.
- VV. AA. Terapia intravesical para el cancer de vejiga. American Cancer Society, 2016.

Resumen: El cáncer vesical (CV) es un tumor mucho más frecuente de lo que a veces nos transmiten las estadísticas o los medios de comunicación.

El consumo de tabaco y el uso de agentes industriales como tintes, pinturas y disolventes se encuentran entre sus factores de riesgo.

La cirugía es su tratamiento inicial.

Entre los quimioterápicos más utilizados se encuentran la mitomicina C y BCG (Bacillus Calmette Guerin).

La elección de la sustancia a aplicar en la vejiga se debe basar en utilizar una sustancia con actividad demostrada frente a este carcinoma y valorar la duración óptima del tratamiento .

Palabras Clave: Mitomycin C; Bacillus Calmette-Guerin; Bladder Cancer.

Introducción

La incidencia del cáncer vesical (CV) es tres veces más alta en países desarrollados que en los no desarrollados. El carcinoma vesical en España es el cuarto tumor maligno más frecuente en hombres y el octavo en mujeres. En España la mortalidad por CV es mayor que en Europa (13 hombres por cada 10 mujeres cada 100.000 personas).

El consumo de tabaco es el responsable de más del 50% de los casos en los países desarrollados. La utilización de tintes, pinturas disolventes, industrias del cuero y aluminio, fabricación de neumáticos están relacionadas con su aparición.

El signo de presentación más frecuente es la hematuria, sin dolor asociado.

El tratamiento inicial es la cirugía que consiste en la extirpación endoscópica (RTU: resección transuretral).

En el caso de los quimioterápicos los más utilizados son la mitomicina (MTN) y el bacilo Calmette-Guerin (BCG).

Objetivos

- Conocer las características de cada sustancia quimioterápica y describir las prácticas terapéuticas a seguir.
- Comparar las indicaciones y efectos en el tratamiento.
- Justificación de la necesidad del uso de cada sustancia.
- Protocolizar las intervenciones de los profesionales de enfermería.
- Evaluación de la eficacia y la seguridad de los dos medicamentos basándose en las publicaciones.

Material y método

Revisión bibliográfica sistemática en las bases de los buscadores científicos PUBMED, DIALNET, SCIELO, ELSEVIER, MEDLINE y Lilacs.

Seleccionamos trabajos con publicación a partir de 2010, en castellano e inglés.

Palabras clave: Mitomycin C, Bacillus Calmette-Guerin, Intravesical Treatment, Bladder Cancer, truncados mediante el operador booleano AND.

Los estudios seleccionados se evaluaron de forma crítica mediante la plataforma www.lecturacritica.com que permite analizar la calidad o validez de las pruebas científicas.

Resultados

Se encontraron 218 estudios identificados mediante cribado abstracto, 33 artículos fueron sometidos a análisis de texto completo, 6 trabajos se incluyeron dentro de análisis de lecturas críticas, con evidencia científica media, según la revisión de la Pág. web: www.lecturacritica.com. De ellos, 2 revisiones (ambas 2017) y 3 son artículos científicos (2017 y 2, 2015).

Donde más publicaciones se encontraron fue en el buscador PUBMED y MEDLINE.

Conclusiones

Ambas medicaciones han sido estudiadas por muchos años. Ambas muestran buenos resultados en comparación con otros tratamientos. Estudios confirman que BCG intravesical en comparación con MTN, es más efectivo en pacientes con alto riesgo de recurrencia del tumor.

BCG se ha estudiado con más frecuencia que MTN.

Los estudios han demostrado que un cronograma largo de BCG es mejor que un cronograma corto de MTN. También han demostrado que los efectos secundarios de BCG son más intensos que con MTN.

Los efectos secundarios de MTN ocurren con menos frecuencia, por lo tanto, es importante saber si los dos medicamentos son igualmente efectivos. Eso podría ayudar a elegir entre tratamientos.

La decisión de utilizar uno u otro puede estar basada en las reacciones adversas y en el costo.

Bibliografía:

1. VV. AA. *Guía clínica sobre el cáncer de vejiga*. European Association of Urology, 2010.
2. VV. AA. *Terapia intravesical para el cáncer de vejiga*. American Cancer Society, 2016.
3. Rodríguez Moreno, J.A. *Cáncer de vejiga*. SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), Madrid; 2017.

Capítulo 13

Agonistas del receptor del GLP-1: Diferentes efectos en la monitorización continua de glucosa

Autores:

García Seco, José Alberto

Seco Segura, Angela María

AGONISTAS DEL RECEPTOR DEL GLP-1 : DIFERENTES EFECTOS EN LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA



INTRODUCCIÓN

Los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) se han convertido en una herramienta muy atractiva desde su aparición en el panorama terapéutico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad por la capacidad que tienen de imitar los efectos biológicos del GLP-1 nativo e inducir acciones clínicas beneficiosas fundamentalmente sobre el control glucémico, el peso y otros factores de riesgo cardiovascular.

Liraglutida y lixisenativa son dos principios activos pertenecientes a este grupo.

OBJETIVOS

Analizar los efectos de los arGLP-1 liraglutida y lixisenatida sobre diferentes variables de la monitorización continua de glucosa (MCG) relacionadas con el control glucémico en pacientes con DM2 y obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo en pacientes con DM2 y obesidad seguidos en las consultas externas de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario de Ciudad Real durante 24 semanas. Los pacientes iniciaron tratamiento con liraglutida (n=50) o lixisenatida (n=50). El registro de la MCG se realizó, antes y a los 6 meses de iniciar el tratamiento, mediante el dispositivo CGMS-Gold, que es un sistema tipo Holter basado en la determinación de la glucosa en el fluido intersticial por medio de sensores amperométricos.

RESULTADOS

El grupo de pacientes en terapia con liraglutida mostró una reducción de la frecuencia de las excursiones hiperglucémicas y del área bajo la curva (AUC > 180 mg/dl). Sin embargo el grupo tratado con lixisenatida mostró una disminución en el AUC < 70 mg/dl.

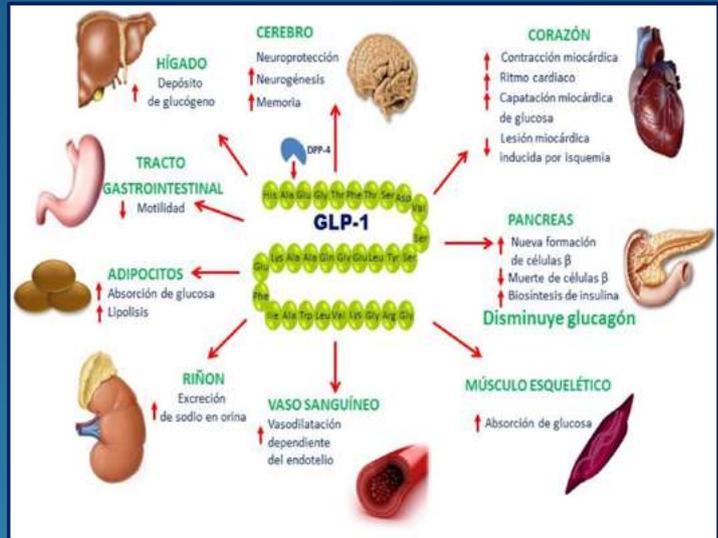
*Ver resultados en tabla.

CONCLUSIONES

Los arGLP-1 liraglutida y lixisenatida, mostraron diferentes efectos glucémicos registrados mediante el sistema de MCG. Liraglutida reveló además, una mejora adicional en algunos parámetros del control glucémico.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2017. Diabetes Care 2017 Jan; 40 (Supplement 1): 1-131.
- ❖ Elrick H, Stimmler L, Hlad CJ, Arai Y. Plasma insulin responses to oral and intravenous glucose administration. J Clin Endocrinol Metab, 24 (1964), pp. 1076-82.
- ❖ Zander M, Madsbad S, Madsen JL, Holst JJ. Effect of 6-week course of glucagon-like peptide 1 on glycaemic control, insulin sensitivity, and beta-cell function in type 2 diabetes: a parallel-group study. Lancet. 2002; 359: 824-30.



	Basal			Semana 24				DMC (IC 95 %; P)			
	Lira	Lixi	P	Total	Lira	Lixi	P	Total	Lira	Lixi	Total
GMC, mg/dL	194 ± 47	158 ± 2	0,01	175 ± 48	135 ± 27	131 ± 6	0,678	133 ± 26	-60; -90, -31;	-24; -46, -2;	-41; -59, -23;
									<i>P</i> <0,001	<i>P</i> =0,033	<i>P</i> <0,001
GMI, mg/dL	199 ± 49	161 ± 45	0,01	180 ± 50	137 ± 28	132 ± 26	0,58	134 ± 27	-63; -92, -34;	-27; -49, -5;	-44; -62, -26;
									<i>P</i> <0,001	<i>P</i> =0,02	<i>P</i> <0,001
Excursión hiperglucémica, n°eventos/MCG-R	10,9 ± 6,5	8,1 ± 6,1	0,15	9,4 ± 6,3	6,5 ± 6,6	6,3 ± 6,2	0,921	6,4 ± 6,3	-4,5; -8,6, -0,5;	-1; -3,9, -1,9;	-2,6; -5,1, -0,3;
									<i>P</i> =0,03	<i>P</i> =0,485	<i>P</i> =0,031
Excursión hipoglucémica, n°eventos/MCG-R	0,5 ± 1,0	1,6 ± 2,8	0,08	1,1 ± 2,2	1,2 ± 1,6	2,0 ± 2,7	0,31	1,6 ± 2,2	0,8; 0,0, 1,6;	0,4; 0,5, 1,2;	0,6; 0,0, 1,2;
									<i>P</i> =0,054	<i>P</i> =0,376	<i>P</i> =0,047
AUC >180 mg/dL, mg/dL/día	35,2 ± 35,2	16,9 ± 23,1	0,049	25,9 ± 30,7	4,5 ± 6,1	4,3 ± 5,5	0,913	4,4 ± 5,7	-31,4; -52,1, -10,7;	-1; -22,3, -0,2;	-20,7; -32,1, -9,3;
									<i>P</i> =0,005	<i>P</i> =0,053	<i>P</i> =0,001
AUC <70 mg/dL, mg/dL/día	0,0 ± 0,0	0,4 ± 0,8	0,02	0,2 ± 0,6	0,2 ± 0,4	0,2 ± 0,5	0,83	0,2 ± 0,5	0,2; 0,0, 0,4;	-0,1; 0,3, -0,1;	0,0; 0,1, 0,2;
									<i>P</i> =0,083	<i>P</i> =0,033	<i>P</i> =0,711

Resumen: Los agonistas del receptor del GLP-1 (arGLP-1) inducen acciones clínicas beneficiosas fundamentalmente sobre el control glucémico, el peso y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Liraglutida y Lixisenatida son dos principios activos pertenecientes a este grupo. El objetivo de este trabajo de investigación fue estudiar las diferencias en la respuesta clínica relacionada con el control glucémico, mediante la monitorización continua de glucosa (MCG) entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad tratados con liraglutida comparado con los que reciben terapia con lixisenatida tras seis meses de tratamiento en práctica clínica habitual.

Palabras Clave: Agonistas del receptor de GLP-1; Diabetes Mellitus Tipo 2; Monitorización continua de glucosa.

Introducción

Los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) se han convertido en una herramienta muy atractiva desde su aparición en el panorama terapéutico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad por la capacidad que tienen de imitar los efectos biológicos del GLP-1 nativo e inducir acciones clínicas beneficiosas fundamentalmente sobre el control glucémico, el peso y otros factores de riesgo cardiovascular.

Liraglutida y lixisenatida son dos principios activos pertenecientes a este grupo.

Objetivos

Analizar los efectos de los arGLP-1 liraglutida y lixisenatida sobre diferentes variables de la monitorización continua de glucosa (MCG) relacionadas con el control glucémico en pacientes con DM2 y obesidad.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo en pacientes con DM2 y obesidad seguidos en las consultas externas de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario de Ciudad Real durante 24 semanas. Los pacientes iniciaron tratamiento con liraglutida (n=50) o lixisenatida (n=50). El registro de la MCG se realizó, antes y a los 6 meses de iniciar el tratamiento, mediante el dispositivo CGMS-Gold, que es un sistema tipo Holter basado en la determinación de la glucosa en el fluido intersticial por medio de sensores amperométricos.

Resultados

El grupo de pacientes en terapia con liraglutida mostró una reducción de la frecuencia de las excursiones hiperglucémicas y del área bajo la curva (AUC > 180 mg/dl).

Sin embargo el grupo tratado con lixisenatida mostró una disminución en el AUC.

Bibliografía:

1. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes-2017*. Diabetes Care 2017 Jan; 40 (Supplement 1): 1-131.

2. Elrick H, Stimmler L, Hlad CJ, Arai Y. *Plasma insulin responses to oral and intravenous glucose administration*. J Clin Endocrinol Metab, 24 (1964), pp. 1076-82.

3. Zander M, Madsbad S, Madsen JL, Holst JJ. *Effect of 6-week course of glucagon-like peptide 1 on glycaemic control, insulin sensitivity, and beta-cell function in type 2 diabetes: a parallel-group study*. Lancet. 2002; 359: 824-30.

Capítulo 14

Análisis de datos referidos por pacientes en tratamiento con Etanercept subcutáneo

Autores:

Becerra Cañas, Ana Victoria

Martínez Morago, M^a Rosario

Castellanos Moreno, Almudena

Rubio Caravaca, Herminia

López Pozas, Virginia

Couque Hernández, María del Pilar

Análisis de datos referidos por pacientes en tratamiento con etanercept subcutáneo

INTRODUCCIÓN

Etanercept es un medicamento biológico indicado en artritis reumatoide (AR), psoriasis (P), artritis psoriásica (AP) y espondilitis anquilosante (EspAn). Se administra vía subcutánea con una pauta semanal, habitualmente. Actúa uniéndose específicamente al factor de necrosis tumoral (TNF), citoquina natural implicada en numerosas respuestas inflamatorias e inmunológicas.

OBJETIVO

Evaluar el dolor en el lugar de inyección (DLI) y la satisfacción de los pacientes con respecto al tratamiento con etanercept subcutáneo.

MATERIALES AND METODOS

Estudio observacional-prospectivo de Septiembre a Diciembre 2017, en la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con etanercept. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, enfermedad autoinmune. Se diseñó una encuesta para conocer: el tiempo que lleva en tratamiento con dicho fármaco, cómo se administra el fármaco (persona que administra, lugar de inyección, atemperado), DLI (medido con escala visual analógica -EVA-) y la satisfacción con el tratamiento. Las encuestas se realizaron durante la dispensación de medicación con el consentimiento del paciente. Los datos se analizaron con SPSS®v.21.

RESULTADOS

26 pacientes	
9 mujeres	17 hombres
Edad media ± DE = 50,7 ± 13,7 años	

Tiempo en tto con etanercept	N	%
7-12 meses	2	7,7%
1-2 años	3	11,5%
> 2 años	21	80,8

	N	%
Auto-administración	22	84,6%
Administrado por DUE	2	7,7%
Administrado por familiar	2	7,7%

Satisfacción	N	%
Pacientes satisfechos	20	77%
No satisfechos	6	23%

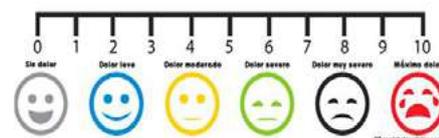
No hubo diferencias significativas entre la satisfacción y el DLI ($p=0,027$).

	AR	P	AP	EspAn
N	12	6	2	6
%	46,1%	23%	7,7%	23%

Zona de inyección	N	%
Abdomen	16	61,6%
Muslo	4	15,4%
Brazo	3	11,5%
Abdomen, muslo y brazos	3	11,5%

DLI (Dolor en lugar de inyección)	N	%
Si	12	46,1%
A veces	4	15,4%
No	10	38,5%
Atemperado	22	84,6%

Dolor medio 3,2 ± 2,3 de la escala EVA.
No diferencias significativas entre DLI y atemperado ($p=0,606$)



CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes llevan en tratamiento con etanercept más de 2 años. Es probable que esto explique nuestra alta tasa de auto-administración.
- La percepción de DLI es moderada según la escala EVA, a pesar del atemperado del fármaco.
- Globalmente todos nuestros pacientes están satisfechos con su tratamiento actual. Sin embargo, se ha relacionado menos satisfacción con percepción DLI.

Resumen: Evaluación del dolor en el lugar de inyección (DLI) y satisfacción de pacientes tratados con etanercept.

Estudio observacional-prospectivo en el Servicio de Farmacia. Se recogieron datos de administración, DLI y satisfacción con etanercept. Los datos se analizaron con SPSS®v.21.

Se incluyeron 26 pacientes: 12 pacientes manifestaron DLI siempre, 10 que no y 4 a veces. DLI medio $3,2 \pm 2,3$. Sin significación estadística con atemperado de fármaco ($p=0,606$). Estaban satisfechos 20 pacientes, encontrándose significación estadística con DLI ($p=0,027$).

DLI es moderado según escala EVA, a pesar del atemperado. Globalmente todos están satisfechos con etanercept. Se ha relacionado menos satisfacción con percepción DLI.

Palabras Clave: hospital-pharmacy; satisfaction; etanercept.

Introducción

Etanercept es una proteína humana compuesta por el receptor p75 del factor de necrosis tumoral y la porción Fc de la IgG1 humana, obtenida por tecnología del ADN recombinante a partir de un cultivo de células de ovario de hámster chino. Es un medicamento biológico indicado en artritis reumatoide (AR), psoriasis (P), artritis psoriásica (AP) y espondilitis anquilosante (EspAn). Se administra vía subcutánea con una pauta semanal, habitualmente. Actúa uniéndose específicamente al factor de necrosis tumoral (TNF), citoquina natural implicada en numerosas respuestas inflamatorias e inmunológicas.

Es un medicamento que se dispensa en las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria en la Consulta de Atención Farmacéutica. En dichas consultas, además de la dispensación del tratamiento, se realizan actividades de seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, por parte del personal de enfermería y farmacéuticos, cooperando entre los distintos profesionales sanitarios a fin de conseguir mejores resultados en salud de cada paciente. Además de los resultados clínicos y fisiológicos, es de gran importancia los datos de calidad de vida y la satisfacción del paciente con el tratamiento. En los últimos años el paciente ha sido considerado el centro del sistema, centrándose la obtención de resultados directamente desde su perspectiva. Es lo que se denomina, datos referidos por paciente (Patient Reported Outcomes (PROs) en inglés), que han ido ganando importancia, pues es una información obtenida directamente del paciente, sin ningún tipo de interpretación por parte del clínico o del cuidador. Los PROs pueden utilizarse por tanto para evaluar calidad de vida, impacto y carga de la enfermedad, así como la satisfacción.

En este estudio, el objetivo es evaluar el dolor en el lugar de inyección (DLI) y la satisfacción de los pacientes con respecto al tratamiento con etanercept subcutáneo.

Material y método

- Se diseñó un estudio observacional-prospectivo desde Septiembre a Diciembre de 2017 en la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con etanercept.
- De la historia clínica electrónica (Mambrino®) y del módulo de Dispensación a Pacientes Externos de FarmaTools® se recogieron datos demográficos (edad, sexo) y diagnóstico para el que se ha indicado el tratamiento de etanercept.

- Se diseñó una encuesta de 8 preguntas para conocer: el tiempo que llevaba en tratamiento con dicho fármaco, cómo se administra el fármaco (persona que administra, lugar de inyección, atemperado), DLI (medido con escala visual analógica -EVA-) y la satisfacción con el tratamiento. Los datos se registraron en un cuaderno de recogida de datos electrónico (Excel®). Las encuestas se realizaron durante la dispensación de medicación por parte del personal de enfermería del Servicio de Farmacia previo a firma de consentimiento informado del paciente.
- Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS®v.21.

Resultados

- Durante el periodo de estudio se entrevistaron 26 pacientes (17 -74%- hombres) con edad media 50,7 años y desviación estándar (DS) 13,7 años.
- El 46% de los pacientes tenían AR, 23% diagnosticados de P, 8 % de AP y 23% de EspAn.
- La mayoría de los pacientes (21 -80,8%-) llevaban en tratamiento con etanercept más de 2 años, 3 (11,5%) entre 1 y 2 años y entre 7-12 meses 2 pacientes (7,7%).
- Se lo auto-administran 22 pacientes (85%). De los 4 restantes, a 2 se lo administraba un familiar y a los otros 2 una persona de enfermería del centro de salud.
- Dieciséis pacientes (61%) se lo administraban siempre en el abdomen, 4 (15%) siempre en muslos, 3 (12%) siempre en brazo y 3 (12%) rotando entre abdomen, muslo y brazos.
- El atemperado del fármaco previo a la administración lo hacían 22 pacientes (85%).
- Fueron 12 pacientes (46,1%) los que manifestaron tener DLI siempre que se lo administraban, 10 (38,5%) que no tenían dolor y 4 (15,4%) que solo a veces.
- El DLI medio calculado con escala EVA fue $3,2 \pm 2,3$ (dolor leve-moderado).
- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre DLI y el atemperado del fármaco ($p=0,606$).
- Sobre satisfacción, 20 pacientes (77%) respondieron estar satisfechos con el tratamiento, frente a los 6 restantes (23%) que no lo estaban. Se encontró significación estadística entre satisfacción y el DLI ($p=0,027$).

Conclusiones

Todos los pacientes entrevistados durante la dispensación llevaban en tratamiento con etanercept más de 2 años. Es probable que esto explique nuestra alta tasa de auto-administración.

La percepción de DLI es moderada según la escala EVA, a pesar del atemperado del fármaco. Nuestro resultado es similar al de otros estudios consultados.

Globalmente todos nuestros pacientes están satisfechos con su tratamiento actual. Sin embargo, se ha relacionado menos satisfacción en los casos en que aumenta el DLI. La obtención de PROs nos permite obtener información directa de los pacientes con capacidad de intervención directa durante la dispensación. Las recomendaciones de enfermería sobre la auto-administración de fármacos favorecen los buenos resultados, que se ven reflejados en una satisfacción con el tratamiento prescrito y con el Servicio de Farmacia, que en definitiva, va a repercutir sobre resultados en salud de cada paciente.

Bibliografía:

1. Ficha técnica o resumen de las características del producto: Enbrel®. [Internet] Agencia Europea de Medicamentos; 2000 [actualizado 03 febrero 2010; citado 10 mayo 2018]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000262/WC500027361.pdf
2. Del Val Díez Rodrigálvarez M. et al. *Consenso de Atención Farmacéutica*. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid; 2002 [citado 10 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>
3. Deshpande, Prasanna R. et al. *Patient-Reported Outcomes: A New Era in Clinical Research*. Perspectives in Clinical Research 2.4 (2011): 137–144. PMC. Web. 10 May 2018.
4. Navarro-Millán, Iris et al. *Comparative Effectiveness of Etanercept and Adalimumab in Patient Reported Outcomes and Injection-Related Tolerability*. Ed. Giorgos Bamias. PLoS ONE 11.3 (2016): e0149781. PMC. Web. 10 May 2018.

Capítulo 15

Análisis de la interrupción voluntaria del embarazo en Castilla-La Mancha

Autores:

Vela Meco, Cristina

Calvo Giménez, Marta

Camacho Sánchez, Beatriz

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CASTILLA LA MANCHA

INTRODUCCIÓN

Hasta 1985 la IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) estuvo prohibida en España. Actualmente la IVE se rige por la Ley Orgánica de 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, esta ley ha supuesto un avance hacia la maternidad libremente decidida. Castilla La Mancha presenta una tasa de IVE del 7.38%, por debajo de la media nacional (10.4%). Se persigue realizar un análisis de la actual situación en la comunidad con el fin de mejorar los programas y actividades de Enfermería en relación con la IVE atendiendo a la situación demográfica y social de la mujeres castellano-manchegas en edad fértil actual.

OBJETIVOS:

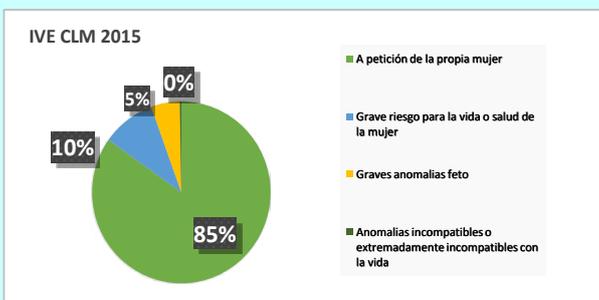
- Caracterizar, demográfica y socialmente, el colectivo de mujeres que recurren a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en CLM.
- Describir el servicio donde se efectúa.
- Permitir obtener el conocimiento que permita planificar a las enfermeras programas y actividades de promoción, prevención y asistencia a la mujer en relación con la IVE.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.
- Variables analizadas: Motivo IVE, edad, nivel de instrucción, información, centro IVE y utilización de métodos anticonceptivos.
- Fuente de datos: Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2017 realizado en base al cuestionario de notificación aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial el día 14 de marzo de 2007.
- Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

RESULTADOS:

-En CLM se realizaron en el año 2015 un total de 2996 IVE, de ellas 2540 a petición de la mujer. (Gráfico 1)



(Gráfico 1).

-Ha disminuido el número de IVE tras el pico del año 2011 coincidente con la crisis económica (Gráfico 2).



(Gráfico 2).

-Sólo han notificado datos al informe 2 centros privados. Ninguno público. En CLM la mayor parte de las IVES se realizaron en centros extrahospitalarios privados en concreto un total de 2298 IVES de un total de 2996 (Tabla 1).

CENTRO	Hospitalario	Público	697
		Privado	3
Extrahospitalario	Público	1	
	Privado	2298	

-La franja de edad con mayor número de IVE es la de 25-29 años, la de menor, los extremos de edad <15 y > 44 años (Tabla 2).

Edad (años)	>15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
N.º IVE en relación con el total (2996)	15	347	598	642	641	526	211	16

-La provincia de Toledo es la que mayor nº de IVE presentó:1008, la menor Albacete con 578.

-El mayor nº de IVE se da en mujeres con un nivel de instrucción a nivel ESO, el menor en mujeres analfabetas.

-En 2015 hubo mayor nº de IVE en mujeres que no habían utilizado ningún método anticonceptivo (Gráfico 3).

-La mayor parte de las mujeres obtuvo la información sobre la IVE en Centros Sanitarios Públicos (Gráfico 4).



(Gráfico 3).



(Gráfico 4).

CONCLUSIONES:

- En CLM las mayores tasas de IVE se encuentran en mujeres de entre 25-29 años que abortaron a petición propia, con nivel educativo de ESO, trabajo por cuenta ajena y que residen núcleos de población entre 50.000-500.000 hab.

- Prevención de los embarazos no deseados, aumentando la captación en la consulta de Enfermería y campañas en medios de comunicación y redes sociales.

-Concienciar de la importancia del uso de métodos anticonceptivos. Implicar a la pareja.

Resumen: Actualmente la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en España está regulada por la Ley Orgánica de 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Castilla la Mancha (CLM) presentó una tasa del 7.38% en 2015. Para la valoración de la IVE en CLM se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando principalmente como fuente de información el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre la IVE publicado en 2017(basado en datos del 2015), buscando caracterizar demográfica y socialmente al colectivo de mujeres que recurrió a la IVE en CLM.

Palabras Clave: Aborto; Embarazo; Prevención primaria.

Introducción

Hasta 1985 la IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) estuvo prohibida en España. Actualmente la IVE se rige por la Ley Orgánica de 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, esta ley ha supuesto un avance hacia la maternidad libremente decidida. Castilla La Mancha presenta una tasa de IVE del 7.38%, por debajo de la media nacional (10.4%). Se persigue realizar un análisis de la actual situación en la comunidad con el fin de mejorar los programas y actividades de Enfermería en relación con la IVE atendiendo a la situación demográfica y social de la mujeres castellano-manchegas en edad fértil.

Objetivos

- Caracterizar, demográfica y socialmente, el colectivo de mujeres que recurren a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en CLM.
- Describir el servicio donde se efectúa.
- Permitir obtener el conocimiento que permita planificar a las enfermeras programas y actividades de promoción, prevención y asistencia a la mujer en relación con la IVE.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, analizando las variables: Motivo IVE, edad, nivel de instrucción, información, centro IVE y utilización de métodos anticonceptivos. Utilizando como fuente de datos: Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2017 realizado en base al cuestionario de notificación aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial el día 14 de marzo de 2007. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para la variables cualitativas, utilizando para su cálculo el programa Microsoft Excel 2017.

Resultados

De acuerdo con los datos se observa que en el año 2015 se realizaron en CLM un total de 2996 IVE, siendo la mayoría (2540) a petición de la propia mujer, seguida de circunstancias de grave riesgo para la vida o salud de la mujer. La franja de edad con mayor incidencia fue 25-29 años y la menor en mujeres menores de 15 años y mayores de 44 años. En cuanto al nivel de instrucción el mayor número se dio en mujeres con un nivel de instrucción de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y el menor en mujeres analfabetas.

Tras el análisis se comprobó un descenso en el número de abortos tras el año 2011, coincidente con la crisis económica. La provincia de CLM que presentó mayores cifras fue la provincia de Toledo con un total de 1008 IVE en contraste con Albacete, que presentó las menores cifras ,578 IVE.

Atendiendo al uso o no de métodos anticonceptivos se observó que un 60% de las mujeres que abortaron no habían utilizado método anticonceptivo, en relación con las que sí que utilizaron alguno como Métodos Barrera 27%, Hormonales 12% o Naturales 1%. En CLM únicamente notificaron datos al informe 2 centros privados, ninguno público. Los centros extrahospitalarios privados realizaron la mayor parte de IVE con un total de 2298 abortos en relación con los 2996 totales que tuvieron lugar en nuestra comunidad en el año 2015. Las mujeres obtuvieron información sobre el aborto principalmente de centros públicos seguidos de los privados.

Conclusiones

En CLM las mayores tasas de IVE se encuentran en mujeres de entre 25-29 años que abortaron a petición propia, con nivel educativo de ESO, trabajo por cuenta ajena y que residen en núcleos de población entre 50.000-500.000 habitantes, incluidas capitales de provincia.

Se debe trabajar activamente en la prevención de los embarazos no deseados, aumentando la captación en la consulta de Enfermería y con la realización de campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales.

Concienciar de la importancia del uso de métodos anticonceptivos, así como la implicación de la pareja, aumentando la responsabilidad compartida.

Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción Voluntaria del Embarazo: Datos definitivos correspondientes al año 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
2. *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Boletín Oficial del Estado, número 55, de 04-03-2010.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción voluntaria del embarazo*. [Sede web]. Madrid. [Acceso el 28 de diciembre del 2017]. Disponible en: www.msssi.gob.es

Capítulo 16

Análisis de los factores de riesgo del paciente vascular con ingreso en el Hospital General Universitario de Ciudad Real

Autores:

Collada Fernández, Laura

Prado Rodríguez-Barbero, Montserrat

Bermejo Bermejo, Rosa María

Díaz Almansa, María José

Díaz Barajas, Nuria

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE VASCULAR CON INGRESO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Autores:

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida de la población dentro de los países industrializados propicia el aumento de las enfermedades cardiovasculares. Dieta poco saludable, inactividad física, tabaquismo e hipertensión (HTA), aumentan el riesgo de padecerlas.

La prevalencia de hipertensión (HTA) y dislipemia (DL) dentro de la población española entre 35-74 años superó el 40%; obesidad y consumo de tabaco el 27% y diabetes el 13% durante la primera década del siglo XXI según el estudio DARIOS sobre Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI.

Las actuales prioridades estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre enfermedades cardiovasculares incluyen la prevención, tratamiento y seguimiento para reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad en la población. Los pacientes de etiología vascular se incluirían en la parte 2 de la Guía de bolsillo para la estimación y manejo del paciente cardiovascular, ya que son pacientes que deberían cambiar drásticamente su estilo de vida.

El paciente de etiología vascular dentro de su pluripatología, sufre enfermedades como diabetes mellitus (DM), HTA, DL, cardiopatía, isquemia de miembros inferiores y/o superiores y un largo etc...

HIPÓTESIS

Los pacientes ingresados en la unidad de Cirugía Vascular presentan múltiples factores de riesgo que condiciona la aparición de enfermedades cardiovasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional descriptivo

Periodo de estudio: Del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2017

Población a estudio: Pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascular en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascular) del Hospital General U. de Ciudad Real.

Se recogieron los datos a través de un cuestionario "ad hoc" sobre los factores de riesgo cardiovasculares que tenían los pacientes ingresados en la unidad de vascular.

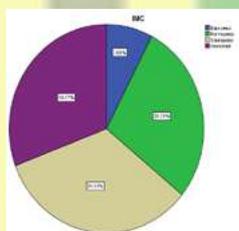
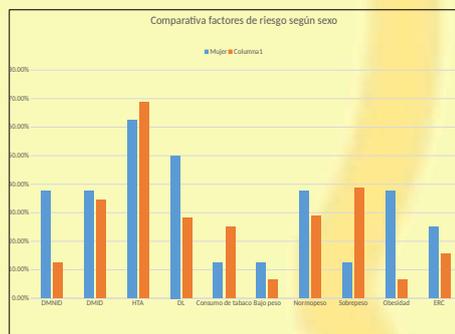
OBJETIVOS

Relacionar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares con el análisis de las patologías que padece el paciente de Cirugía Vascular al ingreso.

RESULTADOS

La media de edad es de 64,5 años en hombres y 73,5 en mujeres. La mayoría de los pacientes no sabe o no conoce los antecedentes familiares y el 60% viven en medio rural.

- **Peso:** El 33,3% presenta sobrepeso y el 30,7% obesidad, sólo el 35 %de los pacientes tendrían normopeso o bajo peso, situándose en un 64,1% los pacientes con sobrepeso y obesidad.
- **Tabaco:** El 22,5% es fumador en activo, aunque gran parte de los no-fumadores son exfumadores que dejaron de consumir al ser diagnosticados de alguna patología vascular.
- **HTA/ DL:** El 67,5% del total sufren de hipertensión arterial. A esto se puede añadir que el 32,5% tienen dislipemia.
- **DM:** El 35% es insulino dependiente y el 17,5% toma ADOs para regular la glucemia.
- **ERC:** Sólo el 17,5% presentan esta patología.



CONCLUSIONES

Los pacientes de cirugía vascular tienen como antecedentes personales uno o varios factores de riesgo cardiovascular, siendo lo más normal que acumulen varios de ellos.

Es un grupo de riesgo con una alta morbilidad y mortalidad. Son candidatos para realizar actividades de prevención y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guebbe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. Rev Española Cardiol. 2011;64(4):295-304.

Real Collado JT, Valls M, Basanta Alario ML, Ampudia Blasco FJ, Ascaso Gimilio JF y Carmena Rodríguez R: Estudio de factores asociados con amputación en pacientes diabéticos con ulceración en pie. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 59-62.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. http://www.who.int/publications/list/cadio_pocket_guidelines/es/

Resumen: Los pacientes ingresados en la unidad de Cirugía Vascolar presentan múltiples factores de riesgo que condiciona la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Hemos querido relacionar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares con el análisis de las patologías que padece el paciente de Cirugía Vascolar al ingreso para encontrar posibles relaciones entre ellos.

Palabras Clave: vascular surgery procedure; cardiovascular diseases; risk factors.

Introducción

El estilo de vida de la población dentro de los países industrializados propicia el aumento de las enfermedades cardiovasculares. Dieta poco saludable, inactividad física, tabaquismo e hipertensión (HTA), aumentan el riesgo de padecerlas.

La prevalencia de hipertensión (HTA) y dislipemia (DL) dentro de la población española entre 35-74 años superó el 40%; obesidad y consumo de tabaco el 27% y diabetes el 13% durante la primera década del siglo XXI según el estudio DARIOS sobre Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI.

Las actuales prioridades estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre enfermedades cardiovasculares incluyen la prevención, tratamiento y seguimiento para reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad en la población. Los pacientes de etiología vascular se incluirían en la parte 2 de la Guía de bolsillo para la estimación y manejo del paciente cardiovascular, ya que son pacientes que deberían cambiar drásticamente su estilo de vida.

El paciente de etiología vascular dentro de su pluripatología, sufre enfermedades como diabetes mellitus (DM), HTA, DL, cardiopatía, isquemia de miembros inferiores y/o superiores y un largo etc

Los pacientes ingresados en la unidad de Cirugía Vascolar presentan múltiples factores de riesgo que condiciona la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Material y Método

Hemos realizado un estudio de tipo observacional descriptivo durante los meses de octubre a enero del año 2017.

Incluimos como población a estudio a pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascolar en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascolar) del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

Se recogieron los datos a través de un cuestionario "ad hoc" sobre los factores de riesgo cardiovasculares que tenían los pacientes ingresados en la unidad de vascular.

Resultados

- La media de edad fue de 64,5 años en hombres y 73,5 en mujeres. La mayoría de los pacientes no sabe o no conoce los antecedentes familiares y el 60% viven en medio rural.

- Respecto al peso, el 33,3% presenta sobrepeso y el 30,7% obesidad, sólo el 35% de los pacientes tendrían normopeso o bajo peso, situándose en un 64,1% los pacientes con sobrepeso y obesidad.
- Sobre el tabaco pensábamos que supondría un problema la abstinencia tabáquica durante el ingreso pero sólo el 22,5% era fumador en activo, aunque gran parte de los no-fumadores son exfumadores, los cuales dejaron de consumir al ser diagnosticados de alguna patología vascular.
- La patología más encontrada fue la HTA/ DL: El 67,5% del total sufren de hipertensión arterial. A esto se puede añadir que el 32,5% tienen dislipemia.
- Muchos pacientes también tienen Diabetes Mellitus: El 35% es insulino dependiente y el 17,5% toma ADOs para regular la glucemia.
- Respecto a la Enfermedad Renal Crónica: Sólo el 17,5% presentan esta patología.
- El dato más significativo es que la mayoría de los pacientes de cirugía vascular tienen como antecedentes personales uno o varios factores de riesgo cardiovascular, siendo lo más normal que acumulen varios de ellos.
- Forman un grupo de riesgo con una alta morbilidad y mortalidad y que son claramente candidatos para realizar actividades de prevención y mejorar su calidad de vida.

Bibliografía:

1. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. *Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS*. Rev Española Cardiol. 2011;64(4):295-304.

2. Real Collado JT, Valls M, Basanta Alario ML, Ampudia Blasco FJ, Ascaso Gimilio JF y Carmena Rodríguez R. *Estudio de factores asociados con amputación en pacientes diabéticos con ulceración en pie*. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 59-62.

3. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular*. http://www.who.int/publications/list/cadio_pocket_guidelines/es/

Capítulo 17

Análisis epidemiológico de las consultas de urgencias pediátricas

Autores:

López Rubio, Erica

Extremera Medina, Carlos Joaquín

Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS CONSULTAS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Autores: Lopez Rubio Erica, Extremera Medina Carlos Joaquín, Muñoz de la Nava Zamorano Concepción

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está incrementando la demanda en los servicios de urgencias de nuestro país. Según la OMS, una urgencia es toda aquella situación que en opinión del paciente o su familia requiere una atención médica inmediata. La masificación de los servicios de urgencias en la mayoría de los casos para consultar por patologías no graves o demorables que podrían resolverse en centros de atención primaria con dispositivos de urgencias, hace que pacientes con patología grave sufran demora en la asistencia. Según diversos estudios la insuficiencia o ineficacia de la asistencia prestada en el nivel primario parece ser una de las causas que contribuyen al exceso de consultas en las urgencias hospitalarias.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es identificar las patologías más frecuentes atendidas en un servicio de urgencias pediátricas, las pruebas complementarias realizadas y si existían variaciones según la edad, sexo, turno y mes del año

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el servicio de urgencias pediátrica de un hospital comarcal. Para esto, se analizaron los registros de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el año 2016. La información se obtuvo de la base de datos informática interna del servicio de urgencias, previa solicitud a los responsables del centro. El único criterio de inclusión fue estar en el registro de urgencias. Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, turno en el que acudió (franja horaria: mañana de 8-15h; tarde de 15-22; noche de 22 a 8h), mes del año, estación, pruebas complementarias, motivo de consulta, destino y categoría sintomática. Se crearon 16 grupos dependiendo del motivo de ingreso. Los datos se recogieron en una hoja de cálculo y se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS versión 23.0. Se efectuó análisis descriptivo de todas las variables, frecuencias y porcentaje para las variables cualitativas y media con desviación típica para las variables cuantitativas. Para el análisis inferencial se utilizó el test de Chi cuadrado. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Los datos se recogieron de manera anónima sin extraer datos de identificación y respetando la ética científica y la normativa de confidencialidad vigente.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

RESULTADOS

Durante el año 2016 se atendieron 5712 urgencias, la media de edad se situó en 5,6+ 4,6 años. El 27,2% (1556) de los niños atendidos era menor de un año, figura 1. Por sexo encontramos que el porcentaje de varones atendidos fue ligeramente superior al de las mujeres, 52,5% versus 47,5%. No se encontró diferencias entre la variable sexo y el motivo de consulta, $p = 0,8$.

Por categoría sintomática, (figura 2) las lesiones y traumatismos seguidos por los síntomas respiratorios fueron las causas más frecuentes de consulta. El turno de la tarde (15-22 h) con 2711 pacientes atendidos fue el turno más frecuentado. Por mes del año, marzo con 582 urgencias fue el mes más frecuentado. La estación de primavera fue la estación del año con más afluencia al servicio de urgencias, figura 3. El 80,4% (4618) acude al servicio de urgencias por iniciativa propia sin haber sido evaluado previamente por el médico de atención primaria, figura 4. Se realizaron exploraciones complementarias al 65,7% (3756) de los casos, siendo el estudio radiológico el solicitado con mayor frecuencia, en la mayoría de los casos debido a consultas por traumatismos, figura 5 y 6. Del total de casos evaluado, tan sólo un 3,5% (201) precisó ingreso hospitalario, un 1,1% (63) solicitó el alta voluntaria, un 1,3% (73) fue trasladado a otro centro sanitario y el resto 94,1% (5374) fue dado de alta por fin de cuidados. El 78,8% (4503) de las urgencias atendidas tuvieron una estancia en urgencias inferior a 2 horas, figura 7.



Figura 6



Figura 7

CONCLUSIONES

La sobrecarga de las urgencias hospitalarias es fácilmente explicable desde la óptica de algunos usuarios: a igualdad de desplazamiento, utilizan las urgencias hospitalarias donde encontrarán sin ninguna traba más medios diagnósticos y posibilidad de consulta inmediata con especialistas. Para solucionar el problema de las urgencias, sería necesario realizar medidas organizativas y mejorar la educación sanitaria de la población para que utilice de forma adecuada los servicios sanitarios.

Resumen: En los últimos años se está incrementando la demanda en los servicios de urgencias de nuestro país. La masificación de los servicios de urgencias en la mayoría de los casos para consultar por patologías no graves o demorables que podrían resolverse en centros de atención primaria con dispositivos de urgencias, hace que pacientes con patología grave sufran demora en la asistencia. Según diversos estudios la insuficiencia o ineficacia de la asistencia prestada en el nivel primario parece ser una de las causas que contribuyen al exceso de consultas en las urgencias hospitalarias.

Palabras Clave: Urgencias; pediatría; hospital.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es identificar las patologías más frecuentes atendidas en un servicio de urgencias pediátricas, las pruebas complementarias realizadas y si existían variaciones según la edad, sexo, turno y mes del año.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo en el servicio de urgencias pediátrica de un hospital comarcal. Para esto:

- Se analizaron los registros de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el año 2016.
- La información se obtuvo de la base de datos informática interna del servicio de urgencias, previa solicitud a los responsables del centro. El único criterio de inclusión fue estar en el registro de urgencias.
- Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, turno en el que acudió (franja horaria: mañana de 8-15h; tarde de 15-22; noche de 22 a 8h), mes del año, estación, pruebas complementarias, motivo de consulta, destino y categoría sintomática.
- Se crearon 16 grupos dependiendo del motivo de ingreso.
- Los datos se recogieron en una hoja de cálculo y se analizaron estadísticamente mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0. Se efectuó análisis descriptivo de todas las variables, frecuencias y porcentaje para las variables cualitativas y media con desviación típica para las variables cuantitativas. Para el análisis inferencial se utilizó el test de Chi cuadrado. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.
- Los datos se recogieron de manera anónima sin extraer datos de identificación y respetando la ética científica y la normativa de confidencialidad vigente.

Resultado

- Durante el año 2016 se atendieron 5712 urgencias, la media de edad se situó en 5,6+ 4,6 años. El 27,2% (1556) de los niños atendidos era menor de un año, figura 1.
- Por sexo encontramos que el porcentaje de varones atendidos fue ligeramente superior al de las mujeres, 52,5% versus 47,5%. No se encontró diferencias entre la variable sexo y el motivo de consulta, $p = 0,8$.

- Por categoría sintomática, (figura 2) las lesiones y traumatismos seguidos por los síntomas respiratorios fueron las causas más frecuentes de consulta.
- El turno de la tarde (15-22 h) con 2711 pacientes atendidos fue el turno más frecuentado.
- Por mes del año, marzo con 582 urgencias fue el mes más frecuentado.
- La estación de primavera fue la estación del año con más afluencia al servicio de urgencias, figura 3.
- El 80,4% (4618) acude al servicio de urgencias por iniciativa propia sin haber sido evaluado previamente por el médico de atención primaria, figura 4.
- Se realizaron exploraciones complementarias al 65,7% (3756) de los casos, siendo el estudio radiológico el solicitado con mayor frecuencia, en la mayoría de los casos debido a consultas por traumatismos, figura 5 y 6.
- Del total de casos evaluado, tan sólo un 3,5% (201) precisó ingreso hospitalario, un 1,1% (63) solicitó el alta voluntaria, un 1,3% (73) fue trasladado a otro centro sanitario y el resto 94,1% (5374) fue dado de alta por fin de cuidados.
- El 78,8% (4503) de las urgencias atendidas tuvieron una estancia en urgencias inferior a 2 horas, figura 7.

Conclusiones

La sobrecarga de las urgencias hospitalarias es fácilmente explicable desde la óptica de algunos usuarios: a igualdad de desplazamiento, utilizan las urgencias hospitalarias donde encontraran sin ninguna traba más medios diagnósticos y posibilidad de consulta inmediata con especialistas. Para solucionar el problema de las urgencias, sería necesario realizar medidas organizativas y mejorar la educación sanitaria de la población para que utilice de forma adecuada los servicios sanitarios.

Bibliografía:

1. Peral-Rodríguez R, Estevez-González F, García M. *Motivos de ingreso más frecuentes y variables relacionadas en la sala de reanimación de urgencias*. *Enferm Clin* 2009;19:136-40.
2. Williams S, Crouch R. *Emergency department patient classification systems: A systematic review*. *Accid Emerg Nurs*. 2006;14:160–70.
3. Jiménez E, Villar A, Muñoz J, Carpintero JM, Rubio L, Cortes B. *Estudio de las urgencias nocturnas en un hospital general secundario*. *Emergencias*. 1999;11:243-4.

Capítulo 18

Aplicación del test de viscosidad MECV-V en el paciente con diagnóstico de Ictus

Autores:

Cascos Rubio, Óscar

Domínguez Díaz, Diana

Sánchez Laborda, Lara

APLICACIÓN DEL TEST DE VISCOSIDAD MECV-V EN EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ICTUS

OBJETIVOS

La disfagia se puede definir como la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución.

El cribado de la presencia de disfagia en el paciente afectado por un accidente cerebrovascular (ACVA) se vuelve de una importancia capital de cara a evitar complicaciones potenciales como pueden ser neumonía broncoaspirativa, desnutrición, deshidratación, etc. Todos ellos son factores que dificultan la recuperación y prolongan el tiempo de ingreso.

Algunos estudios indican que entre un 25%-81% de los paciente que han sufrido un ictus presentan disfagia.

Existen múltiples test de valoración pero por su sencillez, fácil aplicación y bajo coste, nos centraremos en el Test de Viscosidad MECV-V (Fig.1)

Fig.1

METODOLOGÍA

¿QUÉ MATERIAL SE NECESITA?

Pulsiómetro (Fig.3), agua, espesantes, (derivados del almidón o goma santana), jeringas de nutrición enteral

¿QUIÉN LO REALIZA?

Enfermera de unidad de Ictus junto con neurólogo responsable del paciente

¿A QUIÉN SE REALIZA?

Paciente que hayan sufrido un ACVA y puedan tener comprometidas las fases de la deglución (oral, faríngea y esofágica)

¿CUÁNDO SE REALIZA?

De forma previa al inicio de la tolerancia vía oral tanto de alimentación como de medicación.

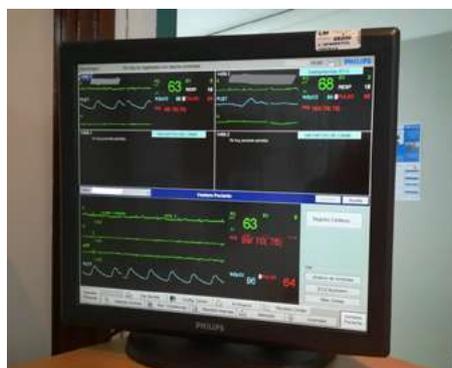


Fig.3

INTERVENCIONES

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Lo primero debemos asegurarnos de que el paciente se encuentre en un mínimo estado de alerta.
- Se explicará al paciente la prueba y el objetivo que buscamos con ello.
- Deberá estar sentado lo más recto posible, nos podremos ayudar del cabecero de la cama, de cojines...
- Le pediremos al paciente siempre que sea posible que pronuncie alguna frase para tener referencia de su tono de voz basal.
- Monitorizaremos la saturación de oxígeno del paciente

PREPARACIÓN DE LAS DIFERENTES VISCOSIDADES

- Las diferentes viscosidades deberán ser preparadas lo más cercanamente posible al inicio del test (se recomienda unos 5 minutos) para evitar cambios no deseados en la consistencia.
- Se van a preparar 3 viscosidades distintas, néctar, pudín y líquida (agua) el modo de conseguirlas depende del proveedor del espesante por lo que se recomienda seguir las instrucciones del fabricante.

APLICACIÓN DEL TEST

- Se administran bolos de 5, 10 y 20 ml con viscosidades néctar, pudín y líquida (agua) (Fig.2). Se comienza con la viscosidad néctar al volumen menor y se va aumentando el volumen de la misma consistencia. Se continúa con el agua aumentando el volumen administrado de forma progresiva y se finaliza con la textura pudín siguiendo el mismo procedimiento.
- Cuando se encuentra algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se progresa a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior.

SIGNOS QUE INDICAN QUE LA DEGLUCIÓN NO ES SEGURA

- Una disminución de la saturación basal de oxígeno entre el 3%-5%
- Cambios en el tono de voz
- Tos y estornudos durante la ingesta
- Congestión ocular durante la ingesta
- Sensación de STOP en faringe
- Varias degluciones con cada bocado o cucharada
- Presencia de residuo en cavidad oral, vallecular o senos piriformes

CONCLUSIÓN

La detección de la disfagia orofaríngea, propia de los paciente diagnosticados de ictus, resulta de vital importancia pues al identificarla de forma precoz nos permite anticipar intervenciones de enfermería encaminadas a evitar su consecuencia más severa, los procesos infecciosos de origen broncoaspirativo.

La labor de enfermería tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de este tipo de pacientes es por tanto de una vital relevancia.

Mediante el test MECV-V Y con una adecuada educación sanitaria a paciente y/o cuidadores permitirá disminuir drásticamente complicaciones a medio-corto plazo.

Es por tanto imprescindible implementar, en aquellas unidades de hospitalización donde su prevalencia se relevante, el establecimiento de guías protocolizadas tanto en el procedimiento de realización del test como en el seguimiento de rutinas o dinámicas en las ingestas durante su ingreso.

Así mismo, resultaría interesante proporcionar al alta recomendaciones estandarizadas referentes tanto al entorno como al procedimiento o preparación previa a las ingestas, véanse recomendaciones posturales o consejos encaminados a minimizar el riesgo de aspiración, al mismo tiempo que se consigue una correcta nutrición e hidratación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Clavé P et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia aspiration. Clin Nutr 2008; 27: 806e81512.
- Method of measuring amylase resistance properties of Resource® Thicken Up Clear and a leading Thickening agent. Nestlé Research Center. Data on file 2009.
- Leder SB et al. An epidemiologic study on aging and dysphagia in the acute care hospitalized population: 2000-2007. Gerontology 2009; 55:714-718.



Fig.2

Resumen: El test de viscosidad MECV-V es un instrumento muy útil al valorar la presencia de disfagia en pacientes diagnosticados de ictus. Su prevención permitirá evitar complicaciones potenciales.

Es llevada a cabo por enfermera y neurólogo de la unidad, dirigida a pacientes con sospecha de disfagia y siempre previo al inicio de la tolerancia oral.

Consiste en la administración de volúmenes y viscosidades distintas hasta determinar el grado de disfagia presente.

La enfermería será fundamental en la realización del test y en la educación sanitaria a paciente/cuidador mediante la elaboración de recomendaciones pre-alta, muy útiles para una continuidad de cuidados óptima.

Palabras Clave: Accidente Cerebrovascular; Transtornos de Deglución; Espesantes.

Objetivo

La disfagia se puede definir como aquella dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. Esta alteración está presente en un elevado porcentaje de pacientes que han sufrido un ictus, algunos estudios elevan incluso su presencia hasta el 25%-81% de pacientes con esta patología.

Es por tanto de capital importancia saber cribar y valorar la presencia de la misma en los paciente que hayan sido afectados por un accidente cerebrovascular (ACVA) pues con ello conseguimos evitar desencadenar complicaciones potenciales que empeoren el pronóstico de la enfermedad, tales como la neumonía broncoaspirativa, desnutrición, deshidratación,... etc.

Están desarrollados múltiples test que nos ayudan a valorar la presencia de la disfagia orofaríngea, pero nos hemos decantado por el Test de viscosidad MECV-V debido a su fácil aplicación y bajo coste.

Metodología

La realización del test de viscosidad MECV-V será llevada a cabo por personal de enfermería especialmente cualificado en cuidados a pacientes con patología neurológica que desempeñan sus actividades en la unidad de ictus, y siempre en presencia y con la supervisión del neurólogo responsable.

Estará indicado a pacientes que hayan sufrido un ictus y en los que se sospeche que puedan tener comprometidas todas o alguna de las fases de la deglución (oral, faríngea y/o esofágica).

Se llevará a cabo siempre de forma previa al inicio de la tolerancia vía oral del paciente, tanto para la nutrición como para las posibles ingestas de fármacos.

Para ello será necesaria la colaboración del paciente y contar los recursos materiales adecuados: monitorización de pulsioximetría, utilización de espesante (derivados del almidón o goma xantana) en volúmenes y viscosidades que posteriormente se pasarán a desarrollar.

Intervenciones

Preparación del paciente:

- Es imprescindible que el paciente pueda colaborar en la realización del test, para ello será necesario que se encuentre en un mínimo estado de alerta.

- Se le explicará el procedimiento a realizar y el objetivo buscado en su realización. Nos aseguraremos de que entienda perfectamente la mecánica del test.

- Es necesario que mantenga una buena alienación corporal, deberá permanecer sentado, lo más recto posible. Nos podremos ayudar del cabecero de la cama y/o utilización de almohadas.

- Le pediremos que, previo al procedimiento y siempre que sea posible, pronuncie alguna frase, de este modo tendremos referencia de su tono de voz basal.

- Monitorizaremos la saturación de oxígeno del paciente.

Preparación de las diferentes viscosidades:

- Las distintas texturas deberán estar preparadas lo más cercanamente posible al inicio de la realización del test (se recomiendan unos 5 minutos), de este modo se evita que se produzcan cambios no deseados en la consistencias de las presentaciones.

- Se prepararán 3 viscosidades distintas en función al grado de consistencia de las mismas, esto es: néctar, puding y líquida (agua). Habrá que tener en cuenta que dependiendo del proveedor del espesante la consistencia a obtener puede variar, por eso se recomienda seguir las instrucciones del fabricante.

- Las 3 consistencias obtenidas se prepararán en volúmenes de 5, 10 y 20 ml.

Aplicación del test:

- Se administrarán bolos de 5, 10 y 20 ml., con ayuda de una jeringa, empleando las distintas viscosidades. Se comenzará con la consistencia néctar, aumentando progresivamente el volumen a emplear y vigilando en todo momento la presencia de signos que nos indiquen la presencia de disfagia.

- Si la consistencia néctar es bien tolerada se continuará con la consistencia líquida y se valorará el resultado.

- Si la consistencia néctar no fuera bien tolerada se optará por probar con consistencia puding.

Siempre y cuando apareciera algún signo que pudiera comprometer la seguridad del paciente se decidirá no progresar a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior.

- En función al resultado se decidirá si el paciente es apto para el inicio de tolerancia vía oral solicitándose al servicio de dietética texturas más o menos densas. En caso de que el paciente no tolerara ni siquiera la consistencia puding se mantendrá en dieta absoluta hasta una nueva reevaluación del test.

Signos que indican que la deglución no es segura:

- Disminución de la saturación basal de oxígeno entre el 3%-5%.

- Cambios en el tono de voz.

- Congestión ocular durante la ingesta.

- Sensación de STOP en faringe.

- Varias degluciones con cada bocado o cucharada.

- Presencia de residuo en cavidad oral, vallecular o senos piriformes.

Conclusión

- La detección de la disfagia orofaríngea, propia de pacientes diagnosticados de ictus, resulta de capital importancia pues al identificarla de forma precoz permitirá anticipar intervenciones de enfermería encaminadas a evitar complicaciones potenciales futuras y en especial la consecuencia más severa de todas ellas, los procesos infecciosos de origen broncoaspirativo.
- La labor de enfermería tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de este tipo de pacientes es por tanto de vital relevancia.
- Mediante el test MECV-V y con una adecuada educación sanitaria a paciente y/o cuidadores permitirá disminuir drásticamente complicaciones a medio-corto plazo.
- Es por tanto imprescindible implementar, en aquellas unidades de hospitalización donde su prevalencia sea relevante, el establecimiento de rutinas/dinámicas en las ingestas durante su ingreso.
- Así mismo, resultaría interesante proporcionar al alta recomendaciones o guías estandarizadas referentes tanto al entorno como al procedimiento previo a las ingestas, véanse recomendaciones posturales o consejos encaminados a minimizar el riesgo de aspiración, al mismo tiempo que se consigue una correcta nutrición e hidratación del paciente y así garantizar una continuidad de cuidados adecuada tras el alta hospitalaria.

Bibliografía:

1. *Clavé P et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia aspiration. Clin Nutr 2008; 27: 806e81512.*
2. *Method of measuring amylase resistance properties of Resource® Thicken Up Clear and a leading Thickening agent. Nestlé Research Center. Data on file 2009.*
3. *Leder SB et al. An epidemiologic study on aging and dysphagia in the acute care hospitalized population: 2000-2007. Gerontology 2009; 55:714-718.*

Capítulo 19

Aplicaciones de la nanomedicina

Autores:

Muñoz Sepúlveda, Almudena

Blanco Casero, María Dolores

Muñoz Fernández, Vera

APLICACIONES DE LA NANOMEDICINA

Autores:

INTRODUCCION

La Nanotecnología es un campo de las Ciencias Aplicadas, enfocado al diseño, síntesis, caracterización y aplicación de materiales y dispositivos en una escala nanométrica (1 y 100 nm). La Nanomedicina es un ámbito de investigación científico y tecnológico interdisciplinario que pretende mediante el desarrollo y la aplicación de la nanotecnología, mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones traumáticas, así como preservar y mejorar la salud y calidad de vida. En enfermería manejamos distintos aparatos y materiales con esta tecnología y es fundamental tener conocimiento de ella.

OBJETIVO

Presentar una visión global de la situación actual de las actividades en Nanomedicina y las distintas aplicaciones y avances que puedan estar relacionadas con la enfermería.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos en idioma inglés y español, en las siguientes bases de datos: Pubmed, SCIELO, Cochrane y Google académico y búsqueda manual en revistas de enfermería (Metas en Enfermería). Se incluyeron revisiones sistemáticas, narrativas, revisiones bibliográficas, artículos y handbook. Las palabras clave se pueden ver en el tabla 1. Las combinaciones utilizadas para la búsqueda realizada fueron: (Nanotechnology and nanomedicine, Nanotechnology and nursing, Nanotechnology and nanomedicine and nursing.) No hubo limitación de tiempo en la búsqueda realizada.

RESULTADOS

La estrategia de búsqueda y selección de los trabajos se puede ver en la figura 1. Se seleccionaron 18 trabajos que se ajustaban a los criterios de inclusión, Tabla 2. Las principales conclusiones quedan resumidas en la figura 2.

PRINCIPALES APLICACIONES ^{Figura 2}

La Nanomedicina en estos momentos se focaliza en tres grandes ejes:

El Nanodiagnóstico posibilita la identificación de enfermedades o de la predisposición a las mismas a nivel celular o molecular mediante la utilización de nanodispositivos. Existen dos grandes ámbitos de aplicación: el diagnóstico in vitro (analizamos glucosa, colesterol, triglicéridos...) y el diagnóstico in vivo (mediante técnicas de imagen más avanzadas.)

La Regenerativa. Busca la reparación o reemplazamiento de tejidos y órganos mediante la aplicación de métodos procedentes de terapia génica, terapia celular, dosificación de sustancias bioregenerativas e ingeniería tisular fundamentalmente. Algunos ejemplos: regeneración neuronal, ósea, de tejidos (utilización apósitos de Ag) o incluso órganos.

Nuevos sistemas de liberación de fármacos: Estos Sistemas de Liberación de Fármacos están formados por un principio activo y un sistema transportador que puede dirigir la liberación del fármaco al sitio adecuado y en la cantidad apropiada.

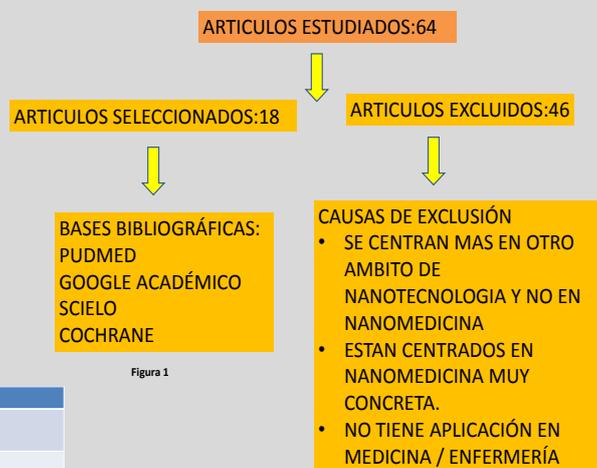


Figura 1

PUBMED
Poly (lactic acid) Carbon Nanotube Fibers as Novel Platforms for Glucose Biosensors
Amperometric glucose biosensor based on boron-doped carbon nanotubes modified electrode.
In-vitro physical and biological characterization of biodegradable elastin polyurethane containing ferulic acid for small-caliber vascular grafts.
Near-Infrared Triggered Decomposition of Nanocapsules with High Tumor Accumulation and Stimuli Responsive Fast Elimination.
Recent trends of nanomedical approaches in clinic
Smart Materials Meet Multifunctional Biomedical Devices: Current and Prospective Implications for Nanomedicine
Nano-scale gene delivery systems; current technology, obstacles, and future directions

Artículos revisados PUBMED

ESPAÑOL	INGLÉS
NANOMECINA	NANOMEDICINE
NANOTECNOLOGÍA	NANOTECHNOLOGY
ENFERMERÍA	NURSING

Tabla 1

COCHRANE
Nanotechnology: an evidence-based analysis
Nanoparticle-based cancer therapies: Albumin-bound paclitaxel (Structured abstract).

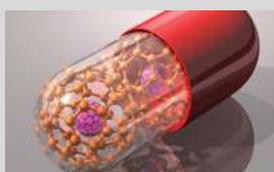
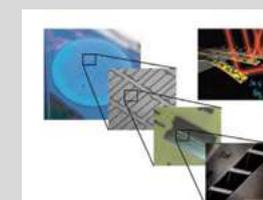
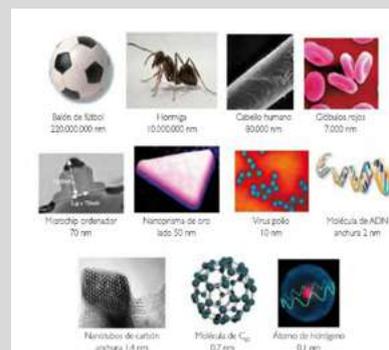
Artículos revisados COCHRANE

GOOGLE ACADEMICO
Nanotechnology: the revolution of the big future with tiny medicine
Nanotechnology and the future of diabetes management
Nanotechnology applications in plastic and reconstructive surgery: a review
The clinical nanomedicine handbook
Nanoparticle therapeutics: a personal perspective
Nanotechnology: An Educational Program for Nurses,

Artículos revisados GOOGLE ACADEMICO

SCIELO
Nanotecnología y nanomedicina: avances y promesas para la salud humana.
Nanotecnología em medicina: aspectos fundamentais e principais preocupações
Retos de este siglo: nanotecnología y salud

Artículos revisados SCIELO



CONCLUSIONES

Gracias a la nanotecnología, están surgiendo grandes avances en el tratamiento de diversas enfermedades, tales como el cáncer, enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, cardiovasculares, las nanovacunas, y en un futuro no muy lejano, estos sistemas se integrarán en microchips implantables que permitirán la administración programada de fármacos con un tratamiento personalizado. Dentro de las actividades de enfermería se debe incluir el conocimiento de las actuales e innovadoras técnicas y avances en nuestro medio de trabajo y la nanomedicina es el futuro en el campo de la salud.

Resumen: *Nanotecnología: La nanotecnología es un campo de las ciencias aplicadas dedicado al control y manipulación de la materia a una escala menor de un micrómetro.*

Gracias a la nanotecnología, están surgiendo grandes avances en el tratamiento de diversas enfermedades, tales como cáncer, enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, cardiovasculares, etc. Como profesionales de enfermería manejamos y manejaremos estos aparatos y fármacos por ejemplo las nanovacunas, y en un futuro no muy lejano, estos sistemas se integrarán en microchips implantables que permitirán la administración programada de fármacos con un tratamiento personalizado, es fundamental conocer estos avances y sus aplicaciones.

Palabras Clave: *Nanotechnology; Nanomedicine; Nursing.*

Nanotecnología

La nanotecnología es un campo de las ciencias aplicadas dedicado al control y manipulación de la materia a una escala menor de un micrometro, es decir, a nivel de átomos y moléculas. Tiene múltiples aplicaciones, y cuando estos conocimientos y tecnología se aplican a la salud, surge la nanomedicina.

La nanobiotecnología o aplicaciones de la nanotecnología a los sistemas biológicos tiene su área de aportación en medicina mediante nuevos sistemas de diagnóstico tanto a nivel molecular como por técnicas de imagen, nuevas terapias más selectivas y eficientes y como soporte tecnológico a la medicina regenerativa.

En particular, la Nanomedicina es un ámbito de investigación científico y tecnológico interdisciplinario que pretende mediante el desarrollo y la aplicación de la nanotecnología, mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones traumáticas, así como preservar y mejorar la salud y calidad de vida. En enfermería nos repercute y es fundamental tener conocimiento de ella. Actualmente manejamos distintos aparatos y materiales que ya disponen de estos avances y en un futuro no muy lejano la nanomedicina avanza para mejorar, diagnosticar y preservar nuestra salud.

La Nanomedicina en estos momentos se focaliza en tres grandes ejes:

1. El nanodiagnóstico. Posibilita la identificación de enfermedades o de la predisposición a las mismas a nivel celular o molecular mediante la utilización de nanodispositivos. Existen dos grandes ámbitos de aplicación: el diagnóstico in vitro (analizamos glucosa, colesterol, triglicéridos) y el diagnóstico in vivo (mediante técnicas de imagen más avanzadas.)

2. La regenerativa. Busca la reparación o reemplazamiento de tejidos y órganos mediante la aplicación de métodos procedentes de terapia génica, terapia celular, dosificación de sustancias bioregenerativas e ingeniería tisular fundamentalmente. Algunos ejemplos: regeneración neuronal, ósea, de tejidos (utilización apósitos de Ag) o incluso órganos.

3. Nuevos sistemas de liberación de fármacos. Estos Sistemas de Liberación de Fármacos están formados por un principio activo y un sistema transportador que puede dirigir la liberación del fármaco al sitio adecuado y en la cantidad apropiada.

Nanovacunas

A pesar del indudable progreso de las vacunas convencionales, las vacunas se enfrentan hoy en día a otros retos importantes. Ejemplos de estos desafíos son la vacuna frente al VIH o de parásitos como el de plasmodium de la Malaria.

El diseño de estas nuevas vacunas se centra en subunidades recombinantes de las proteínas del patógeno (utilizar solo las partes inocuas que mejor despiertan nuestras defensas inmunológicas). Para superar el problema se necesitan potentes adyuvantes (que tienen baja estabilidad y se necesitan múltiples dosis), y se utilizan los nanotrasportadores. La encapsulación de las proteínas recombinantes en nanopartículas biocompatibles y biodegradables son una importante herramienta para aumentar la inmunogenicidad. Imitando patógenos, las nanopartículas son fagocitadas y activan el proceso de respuesta inmune específica.

Beneficios del uso de nanopartículas: modifican el tiempo de respuesta inmunitaria, formas de administración alternativas, más termoestabilidad, liberación lenta y pueden incorporar inmunostimulantes. Actualmente hay varios grupos de trabajo centrados en este tipo de vacunas. Por ejemplo un grupo de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid está trabajando, en colaboración con varias empresas y otras universidades, en el desarrollo de vacunas contra el cáncer.

Fuera de España, científicos rusos esperan el próximo año comenzar a desarrollar una vacuna contra la gripe. Esta nanovacuna conferiría protección inmunitaria entre 5 y 7 años, además de que pretenden hacer una vacuna universal (que proteja de los distintos tipos de gripe).

Bibliografía:

1. Mejías Sánchez Yoerquis, Cabrera Cruz Niviola, Toledo Fernández Ana Margarita, Duany Machado Orgel José. *La nanotecnología y sus posibilidades de aplicación en el campo científico-tecnológico*. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Sep [acceso 2017 Diciembre 17]; 35(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300006&lng=es.
2. https://issga.xunta.es/export/sites/default/recursos/descargas/documentacion/material-formativo/relatorios/2016_06_Nano_Issga_Po_Africa_Gonzalez.pdf (acceso el 18 Diciembre 2017).
3. M. Maskimovic. *The Roles of Nanotechnology and Internet of Nano Thing in Healthcare Transformation*. Tecnológicas, vol. 20, no 40, pp. 139-153, 2017 (acceso 17 Diciembre 2017).

Capítulo 20

APPs para pacientes con enfermedades crónicas

Autores:

Rubio Caravaca, Herminia

Castellanos Moreno, Almudena

Couque Hernández, María del Pilar

Becerra Cañas, Ana Victoria

Martínez Morago, María del Rosario

Contreras Cañas, María José

APPs para pacientes con enfermedades crónicas

En la actualidad, una de cada tres personas padece una enfermedad crónica a lo largo de su vida. De la misma manera ha aumentado exponencialmente el acceso a la información por parte de los pacientes y sus grupos de soporte social. Siendo herramientas que favorecen la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención sanitaria; fomentando un papel activo de los pacientes y familiares en los cuidados de su propia salud.

La proliferación de aplicaciones móviles ha repercutido en el ámbito de la salud, apareciendo la nueva realidad denominada mHealth o salud móvil, así poniendo a la disposición tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios, numerosas herramientas que prometen ser de gran utilidad.

OBJETIVOS:

- Definir un listado de aplicaciones móviles útiles para pacientes con enfermedades crónicas.
- Obtener herramientas representadas en aplicaciones móviles para los profesionales sanitarios.
- Aprender la utilización y la aplicabilidad de dichas herramientas para ofrecérselas a los pacientes con enfermedades crónicas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos extraídos de diversas bases de datos: Pubmed, Scielo, Elsevier, Cochrane, uptodate y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los descriptores empleados han sido: autogestión, aplicaciones móviles para pacientes crónicos, mobile apps, health apps.

Se ha obtenido información general y específica, seleccionando aquella basada en la evidencia y/o científicamente reconocida. Además de avalada por sociedades españolas de diferentes enfermedades y con el distintivo @appsaludable o en proceso de obtención.

RESULTADOS:

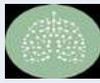
En la mHealth es importante que las intervenciones se basen en estándares de diseño, evidencia científica, seguridad, requerimientos legales para así proporcionar calidad y seguridad al paciente y al profesional sanitario. En España se inició la Estrategia de Calidad y Seguridad en Aplicaciones Móviles de Salud de la Junta de Andalucía, donde se realizó recomendaciones generales sobre el diseño, uso y evaluación de las Apps de salud.



Estrategia de calidad y seguridad
en aplicaciones móviles de salud



Listado de apps de salud recomendables a pacientes con patologías crónicas para reforzar y ayudar a la autogestión y autocuidado del paciente:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES	OBESIDAD	OTRAS ENFERMEDADES	MEDICACIÓN
ALERHTA 	Diabetes pharma 	DietoNet.it 	Imentia 	RecuerdaMed 
Tensiona 	Diabetes Menú 	Fitness Park 	EpoCare 	
	Seguimiento Diabetes 		MiAsma 	
	Social Diabetes 		NeuroRHB-Daño Cerebral 	
			BCX Diálisis 24 h 	

CONCLUSIONES:

Tanto a los ciudadanos en general como a los pacientes con enfermedades crónicas, la eSalud y mHealth les proporciona ventajas en materia de información, también presenta grandes beneficios potenciales. Aunque los profesionales sanitarios aporten apps como herramientas para el autocuidado de los pacientes, siempre deben consultar con el sanitario de referencia para la patología que padece, para su correcto uso y aplicación.

Resumen: Actualmente, una de cada tres personas padece una enfermedad crónica. Por lo que ha aumentado la necesidad de que los pacientes con enfermedades crónicas tengan un papel importante en la gestión de su enfermedad y de autocuidado.

La proliferación de aplicaciones móviles ha repercutido en el ámbito de la salud, apareciendo la mHealth o salud móvil, poniendo a la disposición de los pacientes y de los profesionales sanitarios, numerosas herramientas que son de gran utilidad. Por ello, debemos tener cuidado al utilizar y recomendar estas aplicaciones a nuestros pacientes, siguiendo las pautas de evaluación y sellos de calidad.

Palabras Clave: mHealth; aplicaciones móviles; enfermedad crónica.

Objetivos

El objetivo principal es definir un listado de aplicaciones móviles útiles para pacientes con enfermedades crónicas, facilitando así el acceso a la información de forma ágil, útil, basada en la evidencia científica, disponible cuando y donde se precise.

También se quiere obtener herramientas representadas en aplicaciones móviles para los profesionales sanitarios, de este modo aprender su utilización y la aplicabilidad y así poder ofrecérselas a los pacientes con enfermedades crónicas, siendo punto de apoyo para los pacientes.

Material y método

Se realiza una revisión sistemática de los artículos científicos extraídos de diversas bases de datos: Pubmed, Scielo, Elsevier, Cochrane, uptodate y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los descriptores empleados han sido: autogestión, aplicaciones móviles para pacientes crónicos, mobile apps, health apps. Se ha obtenido información general y específica, seleccionando aquella basada en la evidencia y/o científicamente reconocida. Utilizando la información necesaria que nos puede ayudar para conseguir el objetivo del trabajo, siendo dicha información avalada por sociedades españolas de diferentes enfermedades y con el distintivo @appsaludable o en proceso de obtención.

Resultados

En los resultados encontrados se podría hablar de una gran cantidad de Apps que existen en el mercado, siendo difícil su clasificación puesto que la tecnología móvil y con ello las aplicaciones están en constante crecimiento y renovación. También podemos encontrar los motivos y dificultades hallados para la utilización de las Apps.

Existe una clasificación de las aplicaciones en función del uso que se de.

1. Aplicaciones dirigidas a pacientes:

- Herramientas de ayuda para el autocontrol de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad)
- Herramientas de ayuda para la toma de medicación.
- Herramientas para la planificación de la consulta médica.
- Herramientas de ayuda para potenciar hábitos saludables de vida.

2. Aplicaciones dirigidas a profesionales:

- Herramientas para la formación (libros, revistas científicas y búsquedas bibliográficas).
- Herramientas para uso en consulta (calculadoras médicas y aplicaciones sobre actividades preventivas).
- Herramientas integrales (combinación de diferentes utilidades como herramienta de consulta, calculadora, alertas sanitarias y formación).

Los principales motivos por los que los pacientes apuestan por la mHealth o salud móvil son:

- Mejor acceso a su médico o proveedor de salud.
- Reducción de costes sanitarios propios.
- Tener un mayor control sobre su salud.

Para los profesionales sanitarios puede significar:

- Mejora de la calidad asistencial mediante un mejor acceso del paciente a cuidados de salud, mejor monitorización.
- Acceso a herramientas de soporte a la decisión clínica.
- Mayor eficiencia si con las aplicaciones reducimos la burocracia.
- Mejora de comunicación con el pacientes y con los demás profesionales.
- También los pacientes expresan las dificultades que existen con las Apps:
- Confusión a la hora de elegir una App, ya que existen un gran número de ellas disponibles.
- Inseguridad generada ante el no saber cuál de todas utilizar y cuál o cuáles pueden ser importantes para ellos.
- Desconfianza provocada por el hecho de no conocer quién desarrolla, promueve o financia las Apps.
- Ciclo de vida corto lo cual no garantiza su permanencia a largo plazo.

En la mHealth es importante que las intervenciones se basen en estándares de diseño, evidencia científica, seguridad, requerimientos legales para así proporcionar calidad y seguridad al paciente y al profesional sanitario. En España se inició la Estrategia de Calidad y Seguridad en Aplicaciones Móviles de Salud de la Junta de Andalucía, donde se realizó recomendaciones generales sobre el diseño, uso y evaluación de las Apps de salud.

Los profesionales sanitarios deben conocer el listado de recomendaciones (diseño y pertinencia, calidad y seguridad de la información, prestación de servicios, confidencialidad y privacidad) a la hora de poder ofrecer como herramientas para el autocuidado de los pacientes de enfermedades crónicas, las apps de salud más adecuadas para su enfermedad.

Por ello, a continuación se realiza un listado de apps de salud con distintivo @appsaludable o en proceso de obtención, recomendables a pacientes con patologías crónicas para reforzar y ayudar a la autogestión y autocuidado del paciente:

Pacientes con hipertensión arterial:

- Alerhta
- Tensiona

Pacientes con diabetes:

- Diabetes pharma
- Diabetes Menú
- Seguimiento Diabetes
- Social Diabetes

Pacientes con obesidad:

- DietoNet.it
- FitnessPark

Otras enfermedades:

- Imentia
- EpoCare
- MiAsma
- NeuroRHB-DañoCerebral
- BCX Diálisis 24h

Seguimiento de tratamiento:

- RecuerdaMed

Conclusiones

Tanto a los pacientes con enfermedades crónicas como a los ciudadanos en general, la eSalud y mHealth les proporciona ventajas en materia de información, también presenta grandes beneficios potenciales.

La enfermería no solo pretende aplicar sus cuidados de una manera ágil, sino que pretende hacerlo de la mejor manera posible, es decir, basándose en evidencias científicas y en este aspecto las Apps también pueden ayudar, dado que existen aplicaciones útiles para cada una de las fases de la enfermería basada en evidencia. De la misma forma la enfermería tiene mucho que aportar, puesto que la mayoría de las Apps están elaboradas por médicos dejando sin cubrir el ámbito de los cuidados de enfermería.

Aunque los profesionales sanitarios aporten las apps como herramientas para el autocuidado de los pacientes, siempre deben consultar con el sanitario de referencia para la patología que padece, para su correcto uso y aplicación.

Bibliografía:

1. *Recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de apps de salud de la Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. <http://www.calidadappsalud.com/listado-completo-recomendaciones-app-salud/>

2. *Informe 50 Mejores Apps de Salud en Español*. The App Date. Septiembre 2014. Accesible en: <http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf>

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid; 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. Actualización de datos 2010*. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/TICS/TICS_SNS_ACTUALIZACION_ES_2010.pdf

Capítulo 21

Asociación entre el consumo de psicotrópicos y las caídas en personas mayores

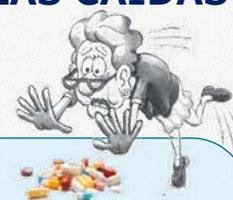
Autores:

Moreno Sánchez, Rocío

Martínez Castillo, José David

Moreno Sánchez, María de los Ángeles

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS Y LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES



INTRODUCCIÓN

-Las **caídas** son un grave problema de salud pública debido a las graves repercusiones de morbilidad que suponen. Además, las complicaciones relacionadas, suponen la quinta causa principal de mortalidad en los países desarrollados.

-En muchas ocasiones, las caídas culminan produciendo lesiones e incluso fracturas que obligan a la hospitalización. Y, tras su recuperación, muchos ancianos tienen miedo a sufrir una nueva caída, **limitando su movilidad y su calidad de vida**.

-Aproximadamente una tercera parte de las personas mayores de 65 años sufren al menos una caída en un año. Sin embargo, muchas de las caídas accidentales producidas en este sector de la sociedad, pueden prevenirse evaluando factores modificables.

-La polimedicación y el **consumo de psicotrópicos**, en particular, intervienen aumentando el riesgo de caídas en los ancianos, por lo que es fundamental la revisión de su prescripción.

OBJETIVOS

Identificar la posible relación entre el consumo de fármacos psicotrópicos y las caídas accidentales que sufren las personas mayores.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

- Revisión bibliográfica

Bases de datos

- Medline
- Science Direct

DeCS

Anciano/ Aged

Psicotrópicos/ Psychotropic drugs

Accidentes por caídas/ Accidental falls

Criterios de inclusión

- Artículos en español o inglés
- Publicados entre 2013-2018
- Relación entre psicotrópicos-caídas en ancianos (mayores de 65 años)
- Estudios analíticos
- Disponibles a texto completo

323 artículos

Se seleccionan **5 artículos**

RESULTADOS

Autor, año y país	Muestra y ámbito de estudio	Tipo de estudio y modelo de regresión	Resultados
Janus S, et al. 2017 Países Bajos	<ul style="list-style-type: none"> • 1.415 ancianos • Caídas en residencia de ancianos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cohorte retrospectiva • Regresión de Cox 	<ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos HR: 1,49 [IC (95%): 1,12-2,00] • Hipnóticos y sedantes HR: 1,51 [IC (95%): 1,13-2,02] • Antidepresivos HR: 1,40 [IC (95%): 1,02-1,85] • Ansiolíticos HR: 1,39 [IC (95%): 1,04-1,86]
Payne R, et al. 2013 Escocia	<ul style="list-style-type: none"> • 39.813 ancianos • Ingresos hospitalarios por caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Casos y cohorte retrospectivo • Regresión logística 	<ul style="list-style-type: none"> • ISRS OR: 1,99 [IC (95%): 1,29-3,08] • Antidepresivos tricíclicos OR: 4,39 [IC (95%): 2,21-8,71] • Psicotrópicos combinados OR: 3,05 [IC (95%): 1,66-5,63]
Ham AC, et al. 2014 Países Bajos	<ul style="list-style-type: none"> • 2.407 ancianos • Caídas en comunidad-vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> • Cohorte prospectiva • Regresión de Cox 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas HR: 1,32 [IC (95%): 1,02-1,71] • Antidepresivos HR: 1,40 [IC (95%): 1,07-1,82]
Berry S, et al. 2015 Boston	<ul style="list-style-type: none"> • 594 ancianos • Caídas en residencia de ancianos 	<ul style="list-style-type: none"> • Casos cruzados • Regresión logística 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio Benzodiazepinas OR: 3,79 [IC (95%): 1,10-13,00] • Retirada benzodiazepinas OR: 0,26 [IC (95%): 0,08-0,91]
Pratt N, et al. 2014 Australia	<ul style="list-style-type: none"> • 73.690 ancianos • Ingresos hospitalarios por caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cohorte retrospectiva • Regresión de Poisson 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la tasa de incidentes al aumentar el número de psicotrópicos combinados: <ul style="list-style-type: none"> -Un psicotrópico RR: 1,22 [IC (95%): 1,08-1,38] -Dos psicotrópicos RR: 1,70 [IC (95%): 1,45-1,99] -Tres o más psicotrópicos RR: 4,26 [IC (95%): 2,75-6,58]

Los estudios seleccionados son de carácter observacional y analítico por lo que permiten establecer una relación causal. Sin embargo, se ve condicionado por ciertas limitaciones: diferencias en las poblaciones de los estudios, número de bases de datos, idioma, acceso libre y a texto completo.

CONCLUSIÓN

Los estudios seleccionados coinciden en una asociación entre el consumo de fármacos psicotrópicos en personas mayores y caídas accidentales.

BIBLIOGRAFÍA

Janus S, Redeker G, van Marren L, Zuidema S, Gerritsen M. Psychotropic Drug-Related Fall Incidents in Nursing Home Residents Living in the Eastern Part of The Netherlands. *Drugs* 81(2) [Revista en Internet]; 2017 [Acceso 3 marzo 2018]; 175(2):321-326. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0214-4>

Ham AC, Sweet RM, Dierman WA, van Dijk JC, Oude Aalst C, van Wilgenboer SP, et al. Medication-Related Fall Incidents in an Older, Ambulant Population: The B-PHOOP Study. *Drug Aging* [Revista en Internet]; 2014 [Acceso 3 marzo 2018]; 31(2):117-123. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-014-0114-4>

Pratt N, Ramsey EN, Rabich EH, Nguyen TA, Bennett JC, Rughard EE. Association Between Use of Multiple Psychoactive Medicines and Hospitalization for Falls: Retrospective Analysis of a Large Healthcare Claim Database. *Drug Saf* [Revista en Internet]; 2014 [Acceso 3 marzo 2018]; 37(12):1249-1252. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-014-0114-4>

Berry SD, Placide SL, Moshirfar E, Zheng Y, Gupta LA, Mittleman MA, Kral DP. Antipsychotic and Benzodiazepine Drug Changes Affect Acute Falls Risk Differently in the Nursing Home. *J General Int Med Sci*. [Revista en Internet]; 2016 [Acceso 4 marzo 2018]; 31(2):273-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/gim/kdv291>

Payne RA, Abel GA, Simpson CL, Maxwell SR. Association between prescribing of cardiovascular and psychiatric medications and hospital admission for falls or fractures. *Drug Aging* [Revista en Internet]; 2011 [Acceso 4 marzo 2018]; 30(6):447-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-011-0058-1>

Alphonsus Falls IK, Lindner Vito I. Método de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

Resumen: Introducción. Aproximadamente un tercio de los ancianos sufre una caída al año, lo que supone una causa de incapacidad, hospitalizaciones o institucionalización. En este grupo se prescriben más fármacos con el potencial de producir caídas, como los psicotrópicos.

Objetivo. Identificar la posible relación entre el consumo de fármacos psicotrópicos y las caídas en los ancianos.

Metodología. Revisión bibliográfica en las bases de datos Medline Complete y Sciencedirect.

Resultados. Los estudios identifican una asociación entre el consumo de psicotrópicos en personas mayores y caídas accidentales.

Conclusión. Debido a las repercusiones físicas, psicológicas y sociales, resulta fundamental la revisión de su prescripción.

Palabras Clave: anciano/ aged; psicotrópicos/ psychotropic drugs; caídas/ accidental falls.

Introducción

Aproximadamente un tercio de las personas mayores de 65 años sufre, al menos, una caída al año(1). Debido a la elevada frecuencia y a las complicaciones relacionadas, como lesiones y fracturas, suponen una causa de incapacidad, hospitalización y de institucionalización en el anciano(2). Consideradas como uno de los grandes síndromes geriátricos, una caída implica que la movilidad del anciano puede verse comprometida, y a su vez, desembocar en otros síndromes como las úlceras por presión, la incontinencia o la mencionada inmovilidad.

La polimedicación es uno de los criterios de fragilidad en el anciano. Definida como el consumo de más medicamentos de los clínicamente adecuados(3), se identifica como un importante factor de riesgo de caídas en el anciano. En este grupo de población es donde se producen más prescripciones de medicamentos potenciales de producir una caída, como los fármacos psicotrópicos. Estos pueden dar lugar a la aparición de efectos como el deterioro cognitivo o alteraciones en la marcha y el equilibrio(2). Algunos de los medicamentos psicotrópicos prescritos con mayor frecuencia en este grupo de edad son los ansiolíticos, los antidepresivos, las benzodiazepinas o los anticonvulsivantes(1).

El abordaje para la prevención de las caídas en el anciano polimedicado precisa de una intervención multidisciplinar, donde la enfermera presenta un papel fundamental. A través de la valoración integral al anciano, de actividades de educación para la salud, adiestrando al paciente y detectando anomalías en el tratamiento.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es identificar la posible relación entre el consumo de fármacos psicotrópicos y las caídas que sufren las personas mayores.

Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline Complete y ScienceDirect entre los meses de febrero y marzo de 2018. Se establecieron como criterios de inclusión aquellos artículos disponibles a texto completo, en los idiomas español o inglés publicados desde el año 2013

y que hayan estudiado la relación entre el consumo de psicotrópicos y las caídas en mayores de 65 años.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeCS): anciano/aged, psicotrópicos/psychotropic drugs y accidentes por caídas/accidental falls. El operador booleano AND fue utilizado entre los términos de búsqueda.

La búsqueda reportó un total de 323 artículos. Tras lectura de título y resumen se escogieron 38 para lectura a texto completo. Finalmente se seleccionaron 5 artículos.

Resultados

Los artículos seleccionados se caracterizan por un diseño observacional y analítico. Respecto al tipo de estudio, tres son estudios de cohortes, de los cuales los artículos publicados por Janus, et al.(3) y Pratt et al.(1) son de sentido retrospectivo y el de Ham, et al. es prospectivo. Los restantes presentan un diseño de casos y cohorte prospectiva (Payne, et al.2) y de casos cruzados(5).

En relación al año de publicación, dos fueron publicados en 2014(1,4) y los tres restantes(2,3,5) en 2013(2), 2015(5) y 2017(3). En cuanto al país donde se realizaron los artículos; tres pertenecen a la Unión Europea, dos de Países Bajos (3,4) y uno de Escocia(2). Los restantes fueron publicados en Australia(1) y en Boston(5).

El tamaño de la muestra difiere según el estudio, siendo los artículos de Payne, et al.(2) y de Pratt et al.(1) los que presentan una muestra mayor, con 39.813 y 73.690 ancianos respectivamente. Por su parte el artículo de Ham et al.(4) cuenta con 2.407, el de Janus et al.(3) con 1.415 y el de Berry et al.(5) con 594.

En relación al ámbito de estudio, los artículos de Payne, et al.(2) y Pratt et al.(1) evaluaron el ingreso hospitalario producido por caídas. El primero compara la relación entre las caídas y el consumo de dos grupos de antidepressivos. En ambos se encontró una relación significativa, siendo la OR: 1,99 [IC (95%): 1,29-3,08] para el grupo de ISRS y OR: 4,39 [IC (95%): 2,21-8,71] para el de los antidepressivos tricíclicos. El segundo estudió la combinación en la prescripción de psicotrópicos, estableciendo una mayor probabilidad de sufrir una caída conforme incrementa el número de fármacos prescritos, siendo el RR: 1,22 [IC (95%): 1,08-1,38] con un psicotrópico y de 4,26 [IC (95%): 2,75-6,58] con tres o más.

Los estudios de Berry et al.(5) y Janus et al.(3) analizaron la relación entre el consumo de psicotrópicos y las caídas en residencia de ancianos. En el primero se identifica una reducción en la producción de caídas tras retirar del tratamiento las benzodiazepinas, siendo la OR: 3,79 [IC (95%): 1,10-13,00] al inicio de la prescripción y OR: 0,26 [IC (95%): 0,08-0,91] tras la retirada.

El estudio de Janus et al.(3) evaluó varios psicotrópicos, de los cuales obtuvieron HR significativas los antipsicóticos, HR: 1,49 [IC (95%):1,12-2,00]; los antidepressivos, HR: 1,40 [IC (95%): 1,02-1,85]; los hipnóticos y sedantes: HR: 1,51[IC (95%): 1,13-2,02] y los ansiolíticos: HR: 1,39 [IC (95%): 1,04-1,86].

Por su parte el artículo publicado por Ham et al.4. estudió las caídas en la comunidad, encontrando asociación en el grupo de las benzodiazepinas, HR: 1,32 [IC (95%): 1,02-1,71], y en el de los antidepressivos, HR: 1,40 [IC (95%): 1,07-1,82].

Cabe destacar que los artículos contaron con modelos de regresión para el control de factores de confusión. Estos fueron regresión logística(2,5) regresión de Cox(3,4) y regresión Poisson(1).

Conclusión

Los estudios seleccionados coinciden en una asociación entre el consumo de fármacos psicotrópicos en personas mayores y caídas accidentales. Por ello, debido a las graves repercusiones físicas, psicológicas y sociales que producen resulta fundamental la revisión de su prescripción.

Bibliografía:

1. Pratt NL, Ramsay EN, Kalisch Ellett LM, Nguyen TA, Barratt JD, Roughead EE. *Association Between Use of Multiple Psychoactive Medicines and Hospitalization for Falls: Retrospective Analysis of a Large Healthcare Claim Database*. Drug Saf [Revista en Internet]. 2014 [acceso 3 marzo 2018]; 37(7):[529-35]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40264-014-0179-2>.
2. Payne RA, Abel GA, Simpson CR, Maxwell SR. *Association between prescribing of cardiovascular and psychotropic medications and hospital admission for falls or fractures*. Drug Aging [Revista en Internet]. 2013 [acceso 4 marzo 2018]; 30(4):[247-74]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40266-013-0058-z>.
3. Janus S, Reinders G, van Manen J, Zuidema S, Ijzerman M. *Psychotropic Drug-Related Fall Incidents in Nursing Home Residents Living in the Eastern Part of The Netherlands*. Drugs R D [Revista en Internet]. 2017 [acceso 3 marzo 2018]; 17(2):[321-328]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40268-017-0181-0>.
4. Ham AC, Swart KM, Enneman AW, van Dijk SC, Oliai Araghi S, van Wijngaarden JP, et al. *Medication-Related Fall Incidents in an Older, Ambulant Population: The B-PROOF Study*. Drug Aging [Revista en Internet]. 2014 [acceso 3 marzo 2018]; 31(12):[317-27]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40266-014-0225-x>.
5. Berry SD, Placide SG, Mostofsky E, Zhang Y, Lipsitz LA, Mittleman MA, Kiel DP. *Antipsychotic and Benzodiazepine Drug Changes Affect Acute Falls Risk Differently in the Nursing Home*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. [Revista en Internet]. 2016 [acceso 4 marzo 2018]; 71(2):[273-8]. Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/71/2/273/2605623>.

Capítulo 22

Atención de enfermería en el manejo de la vía aérea difícil en unidades de cuidados intensivos

Autores:

Hernández Arenas, Ángel José

Almodóvar Mozos, Francisco

Chaves Ramos, Laura

García García, Ángel

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

OBJETIVO

Describir de manera concisa y clara el manejo de los dispositivos existentes en las unidades de cuidados intensivos en nuestro hospital para el manejo de vía aérea difícil (VAD), creando una guía de consulta para aumentar la destreza y los conocimientos del personal y así minimizar errores en técnicas poco habituales.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de datos (Medline, Cinhal, Cuiden), consulta de los protocolos disponibles en nuestro centro y consulta de recomendaciones de expertos.

INTERVENCIONES

VÍA AÉREA DIFÍCIL DESCONOCIDA

AIRTRAQ

Laringoscopio óptico rígido desechable con forma anatómica y con visualización directa de la región glótica



- **Indicación:** Obesidad mórbida, embarazo a término, alteraciones anatómicas y patología cervical.
- **Material:** Airtraq, tubo orotraqueal (TOT), lubricante, jeringa, venda y equipo aspiración.

- **Inserción:** Elegir airtraq según tamaño de TOT, encender airtraq, lubricar TOT e introducirlo en el canal guía, visualizar glotis centrada, introducir TOT y comprobación, separar tubo del airtraq y extraerlo. Fijación.
- **Complicaciones:** Traumatismo de mucosa orofaríngea, rotura de balón de neumotaponamiento.

MASCARILLA LARÍNGEA FASTRACH

Facilita la ventilación continua y la intubación "a ciegas" (desechable y reutilizable). GOLD STANDARD.

- **Indicación:** Paciente no ventilable, inestabilidad cervical.
- **Material:** ML Fastrach (Nº 3-4-5), prolongador, tubo anillado con punta cónica y atraumática < Nº 8, lubricante, jeringa, venda y equipo de aspiración.



- **Inserción:** Desinflado o parcialmente inflado, lubricación, introducción de dispositivo con una sola mano mediante mango metálico, inflar con 20cc(3), 30cc(4) o 40cc(5) aire, intubación, retirada mascarilla con prolongador. Fijación.
- **Complicaciones:** Dolor de garganta, edema faríngeo, lesión neuromuscular, intubación esofágica.

VAD CONOCIDA

FIBROSCOPIO

Haz de fibras ópticas que permiten el control visual de todo el trayecto nasal, epiglotis, cuerdas vocales y posición del TOT dentro de la tráquea.



- **Indicación:** VAD conocida en que se quiere mantener tono muscular de la lengua y estructuras adyacentes.
- **Material:** Fibroscopio, fuente de luz, mordedor, TOT, lubricante, jeringa, venda, anestesia local y equipo aspiración.

- **Inserción:** Con paciente despierto, anestesia de mucosa orofaríngea, lubricar fibroscopio y TOT, colocar mordedor, TOT montado en el fibroscopio, avanzar el fibroscopio hasta carina y hacer progresar el TOT en rotación antihoraria.
- **Complicaciones:** Laceraciones, bronco/laringoespasmos.

CONCLUSIONES

La utilización del póster sobre el manejo de la vía aérea difícil como material de consulta gráfico permite unificar criterios en diferentes unidades, adquirir destreza en la utilización de técnicas poco habituales y ayuda a minimizar los errores en la utilización de las mismas tanto al personal habitual como al de nueva incorporación.

BIBLIOGRAFÍA

Timmemann A. Supraglottic airways in difficult airways management: successes, failures, use and misuse. *Anaesthesia* 2011;66 (suppl2):45-56.
Glick D.B. et al. *The Difficult Airway: An Atlas of Tools and Techniques for Clinical Management*. New York: Springer Science & Business Media; 2012.

MASCARILLA LARÍNGEA (ML) PROSEAL

Dispositivo supraglótico reutilizable y esterilizable que aísla la vía aérea del tracto digestivo y previene aspiración pulmonar.



- **Indicación:** Obesidad, reflujo gastroesofágico.

- **Material:** Mascarilla (Nº 4-5), lubricante, jeringa, introductor metálico, venda y equipo de aspiración.

- **Inserción:** Inspección ocular, comprobar inflado, manguito desinflado y recto en extremo distal, lubricación, inserción dedo índice en bolsillo hasta tope, inflar neumotaponamiento, test presión sellado. Fijación.
- **Complicaciones:** Malposición, afonía y dolor de garganta.

INTRODUCTOR COOK - INTERCAMBIADOR RÜSCH

Cook (Frova): Catéter radiopaco centimetrado con estilete, punta atraumática y orificios laterales que permite ventilación a través del adaptador rapid fit con conector a ambu.

Rüsch: Intercambiador centimetrado de TOT con conector permite ventilar.



- **Indicación:** Facilitar la intubación y permitir ventilación.

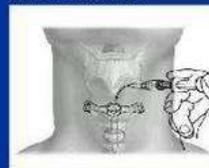
- **Material:** Cook/Rüsch, TOT, lubricante, jeringa, venda y equipo aspiración.

- **Inserción:** Lubricación, montar el TOT en introductor o intercambiador, avanzar por la traquea 2-3cm, retirar estilete (en el cook), avanzar no mas 10cm, mantener TOT y retirar el introductor-intercambiador, comprobar posición de TOT. Fijación.
- **Complicaciones:** Barotrauma, lesión de epiglotis/glotis/bronquio.

NO VENTILABLE - NO INTUBABLE

CRICOTIROTOMÍA

Acceso de urgencia a la vía aérea mediante técnica de acceso percutáneo (Seldinger) a través de la membrana cricotiroides.



- **Indicación:** Escenario no ventilable, no intubable.
- **Material:** Set de cricotirotomía, tijeras, jeringas, pinzas, mosquito, gasas, lubricante, antiséptico, suero, anestesia local.

- **Inserción:** Campo estéril y desinfección de zona, incisión vertical en línea media de membrana cricotiroides, avanzar aguja a través de incisión en ángulo caudal 45°, aspirar aire, introducir guía, retirar aguja, avanzar cánula-dilatador sobre guía, retirar guía y dilatador, hinchar balón y fijar.
- **Complicaciones:** Hemorragia, falsa vía, perforaciones.

Resumen: El manejo de la vía aérea es uno de los elementos fundamentales en el cuidado de los pacientes. No sólo los especialistas deben conocerlo sino que además requiere de un entrenamiento continuo.

Esta revisión pretende describir de manera concisa y clara el manejo de los dispositivos de vía aérea existentes en las unidades de cuidados intensivos del hospital para el manejo de la vía aérea difícil (VAD), creando una guía de consulta para aumentar la destreza y los conocimientos del personal y así minimizar errores en técnicas poco habituales.

Palabras Clave: Vía aérea; Vía aérea difícil (VAD); Dispositivos de vía aérea.

Introducción

El manejo de la vía aérea, entendido como la realización de maniobras y la utilización de dispositivos que permiten una ventilación adecuada y segura a pacientes que lo necesitan, es uno de los desafíos más importantes al que puede verse enfrentado un médico en su práctica clínica.

El resultado final dependerá de las características del paciente en particular, la disponibilidad de equipos y la destreza y habilidades del operador pudiendo determinar morbilidad y mortalidad.

Objetivo

El objetivo de esta revisión bibliográfica consiste en describir de manera concisa y clara el manejo de los diversos dispositivos de vía aérea existentes en unidades de cuidados intensivos.

Material y métodos

Para ello, clasificaremos los diferentes dispositivos en función de las características de la vía aérea: Vía aérea difícil desconocida, Vía aérea difícil conocida o vía aérea no ventilable o no intubable.

VÍA AÉREA DIFÍCIL DESCONOCIDA (VAD).

- Airtraq: Laringoscopio óptico, rígido y desechable con forma anatómica y visualización directa de la región glótica. Indicado en obesidad mórbida, embarazo a término, alteraciones anatómicas o patología cervical. Como principales complicaciones tendremos el traumatismo de la mucosa orofaríngea o la rotura del balón de neumotaponamiento.

- Mascarilla laríngea Fastrach: Dispositivo desechable y reutilizable que facilita la ventilación continua y la intubación a ciegas. Como complicaciones tendremos el dolor de garganta, edema faríngeo, lesión neuromuscular o intubación esofágica.

- Mascarilla laríngea (ML) Proseal: Dispositivo supraglótico reutilizable y esterilizable que aísla la vía aérea del tracto digestivo y previene aspiración pulmonar. Entre sus principales complicaciones tendremos la malposición, afonía y dolor de garganta.

- Introdutor Cook - Intercambiador Rüsck:

El Cook es un catéter radiopaco centrimetrado con estilete, punta atraumática y orificios laterales que permite ventilación a través del adaptador rapid fit con conector a ambú.

El Rüsck es un intercambiador centrimetrado de TOT con conector que permite ventilar.

Ambos indicados para facilitar la intubación y permitir la ventilación. Como principales complicaciones nos encontraremos con barotrauma, posible lesión de epiglotis, glotis o bronquio.

VÍA AÉREA DIFÍCIL CONOCIDA.

- Fibroscopio: Haz de fibras ópticas que permiten el control visual de todo el trayecto nasal, epiglotis, cuerdas vocales y posición del TOT dentro de la traquea. Indicado en vía aérea en la que se quiere mantener el tono muscular de la lengua y las estructuras adyacentes. Como complicaciones podemos encontrarnos con laceraciones de las diversas estructuras o episodios de bronco/laringoespasmos.

NO VENTILABLE - NO INTUBABLE.

- Cricotirotomía: Acceso de urgencia a la vía aérea mediante técnica de acceso percutáneo (Seldinger) a través de la membrana cricotiroidea. Indicada en escenarios de vía aérea no ventilable o no intubable. Como principales complicaciones nos encontraremos con posible hemorragia, falsa vía o perforaciones.

Resultados

La utilización del póster sobre el manejo de la vía aérea difícil como material de consulta gráfico, permite unificar criterios en las diferentes unidades hospitalarias, adquirir destreza en la utilización de técnicas poco habituales y ayuda a minimizar los errores en la utilización de las mismas, tanto al personal habitual como al de nueva incorporación.

Bibliografía:

1. Walls, Ron M.; Murphy M, Michael F. *Manual of Emergency Airway Management*, 3ª Edición.
2. Mace Sh. *Challenges and Advances in Intubation: Airway Evaluation and Controversies with Intubation*. Emergency Medicine Clinics of North America 2008; 26, Issue 4 :977-1000.
3. Schneider R, Murphy M. *Bag/Mask ventilation (chapter 5)*. Manual of Emergency Airway Management 3ª Edición. Ed Lippincott Williams & Wilkins 2008.
4. Helm M, et al. *Surgical Approach in difficult airway management*. Best Practice & Research, Clinical Anaesthesiology 2005; 19:623-640.

Capítulo 23

Atención sanitaria ante la picadura de escorpión. Guía rápida de cuidados

Autores:

Gutiérrez Delgado, Miguel Ángel

Narváez Argent, Víctor Manuel

Gavira Rodríguez, Nuria

ATENCIÓN SANITARIA ANTE LA PICADURA DE ESCORPIÓN. GUÍA RÁPIDA DE CUIDADOS.

INTRODUCCIÓN:

El escorpión o alacrán es un artrópodo de hábitos nocturnos que no suele atacar si no es molestado. Sus picaduras son venenosas y relativamente frecuentes en nuestro país, se incrementan en los meses de verano, aunque no suelen revestir gravedad dada la pequeña cantidad de veneno inoculado en cada picadura.

Hay nueve especies de escorpiones en España, cuatro de ellas introducidas accidentalmente por el comercio internacional.

La peligrosidad del veneno depende de diferentes factores como son:

- ☞ La especie.
- ☞ Cantidad inoculada de veneno.
- ☞ Edad y presencia de enfermedades previas.
- ☞ Consistencia del tegumento (si se fractura el aguijón se impide la inoculación).
- ☞ Lugar anatómico de la inoculación (dentro de un vaso, en la proximidad de un nervio).

OBJETIVOS:

- Establecer una serie de pautas estandarizadas de actuación ante las picaduras de escorpiones en los primeros momentos y que facilite el tratamiento definitivo (normalmente hospitalario).
- Proporcionar una herramienta de trabajo que aporte conocimientos al personal de enfermería y disminuya el estrés que crea el desconocimiento y evitar posibles actuaciones con consecuencias negativas para el paciente.

METODOLOGÍA E INTERVENCIONES:

Prevención

- a) Evitar el contacto con los escorpiones una vez localizados.
- b) Eliminar los insectos (que puedan ser su alimento).
- c) No meter manos o pies en los huecos entre rocas.
- d) Evitar acumulación de escombros o maderas.
- e) Movilizar con frecuencia muebles antiguos, piedras, macetas, etc.
- f) Si nota uno sobre sus ropas, apartarlo con algún objeto, nunca con la mano.
- g) Protegerse durante la noche si se duerme en lugares donde abundan estos animales.

Primeros auxilios

- a) Inmovilizar al individuo y la zona de inoculación. Trasladado en camilla.
- b) Aplicar frío indirecto sobre la zona de picadura para producir vasoconstricción.
- c) Aplicar un torniquete que comprima la circulación venosa superficial. No realizar después de los 30 primeros minutos. No suprimirlo hasta la instauración de un tratamiento específico por personal sanitario, en caso contrario cambiarlo cada 15 minutos dejando un corto período de tiempo de desdorso.
- d) No se recomienda la incisión en el lugar de la inoculación.

Si nos pica un escorpión, lo mejor es recibir atención médica lo más pronto posible, siguiendo las siguientes pautas:

G° ESCORPIONISMO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	HOSPITALIZACIÓN	INDICACIÓN DE ANTITOXINA
.Leve	Síntomas locales como dolor agudo, inflamación, enrojecimiento, tumefacción y edema regional del miembro afectado.	Observación en servicio de emergencia (3-6 h), control clínico, ECG y glucemia.	No está indicado.
.Moderado	Síntomas generales sin fallo de funciones vitales tales como calambres musculares, temblores, mareos, diarrea, vómitos, fiebre y/o sensación de hormigueo (parestias) de la zona expuesta.	Hospitalizar en unidad de cuidados intermedios, control clínico, radiografía de tórax, ECG, ecocardiograma, CPK-MB, ionograma, amilasemia, glucemia, gases en sangre.	Se administrarán entre 1 y 4 ampollas del suero
.Moderado-grave	Síntomas generales con fallo de funciones vitales sin riesgo inminente de muerte como son la aparición de trastornos neurológicos, que suelen cursar con agitación, inquietud, desorientación, linfangitis, obnubilación y convulsiones.	Ídem al escorpionismo moderado.	De 1 a 10 ampollas.
.Grave	Fallo de funciones vitales con riesgo inminente de muerte. Suelen darse en niños muy pequeños (< 10 años), ancianos o adultos inmunodeprimidos, y que consistirían en una grave depresión del sistema nervioso central, con coma e incluso parada respiratoria.	Ídem al escorpionismo moderado más hospitalización en UCI.	De 2 a 10 ampollas.

Es importante señalar que la cantidad de ampollas a infundir según la gravedad del cuadro varía entre los antisueros según el laboratorio.

Tratamiento médico

- a) Empezar un tratamiento sintomático con la siguiente medicación:
 1. Fármacos antihistamínicos como la clorfenhidramina intramuscular o intravenosa.
 2. Corticosteroides de acción rápida por vía intramuscular según las indicaciones médicas.
 3. Analgésicos - antiinflamatorios a dosis habituales evitando el uso opiáceos y derivados.
 4. Esteroides sólo si existen antecedentes alérgicos (dexametasona o hidrocortisona).
- b) Control de las convulsiones con diazepam o difenilhidantoína (dosis de carga y mantenimiento).
- c) Administración de gluconato cálcico intravenoso al 10% si evidenciamos alteraciones neurológicas.
- d) Administración intravenosa del suero antiescorpión diluyendo las ampollas en solución fisiológica pasándolo en 20-30 min.

CONCLUSIONES:

El escorpionismo es un problema importante de salud (sobre todo en niños) aunque es difícil encontrar información sobre su clínica y tratamiento en nuestro medio.

La clave fundamental para prevenir el accidente escorpiónico es instruir a la comunidad sobre las medidas para evitar que éste se produzca y, en caso de que ocurra, informar que se deberá acudir de forma urgente al centro médico más cercano puesto que el tiempo transcurrido entre el accidente y la administración del antiveneno es clave (95% de recuperación dentro de las 2 primeras horas).

Entre las ventajas del uso de estas pautas se encuentran la capacidad de reducir la estancia hospitalaria, los costes, las complicaciones, las readmisiones y el número de pruebas diagnósticas, mejorando la actuación terapéutica y la satisfacción de los pacientes y/o familia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Piñero Pérez R., Carabaño Aguado I. Manejo práctico de las picaduras de insecto en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria vol.17 no.66 Madrid abr./jun. 2015.
2. Mengarelli RH., Cevallos MV. Heridas agudas y crónicas causadas por picaduras y mordeduras de animales. Rev. argent. dermatol. vol.95 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./mar. 2014.
3. Gómez Cardona JP. Aspectos toxicológicos, clínicos y epidemiológicos del envenenamiento producido por el escorpión Tityus fuhrmanni Kraepelin. Colombia. Med UNAB. Vol. 5, Núm. 15 (2002).

Resumen: Las picaduras de escorpión son venenosas y relativamente frecuentes en nuestro país. La peligrosidad de las mismas depende de distintos factores.

El objetivo principal de esta guía rápida es el de intentar establecer una serie de pautas estandarizadas de actuación que facilite el trabajo del personal de enfermería.

Si nos pica un escorpión, lo mejor es recibir atención médica lo más pronto posible, siguiendo un tratamiento médico de los síntomas y administrando gluconato cálcico intravenoso al 10% y el suero antiescorpión según las pautas que se recomiendan.

Estas pautas reducen la estancia hospitalaria, los costes y las complicaciones.

Palabras Clave: Escorpión; picadura; tratamiento.

Introducción

El escorpión o alacrán es un artrópodo de hábitos nocturnos que no suele atacar si no es molestado. Sus picaduras son venenosas y relativamente frecuentes en nuestro país, se incrementan en los meses de verano, aunque no suelen revestir gravedad dada la pequeña cantidad de veneno inoculado en cada picadura.

Hay nueve especies de escorpiones en España, cuatro de ellas introducidas accidentalmente por el comercio internacional.

La peligrosidad del veneno depende de diferentes factores como son:

- . La especie.
- . Cantidad inoculada de veneno.
- . Edad y presencia de enfermedades previas.
- . Consistencia del tegumento (si se fractura el aguijón se impide la inoculación).
- . Lugar anatómico de la inoculación (dentro de un vaso, en la proximidad de un nervio).

Objetivos

- Establecer una serie de pautas estandarizadas de actuación ante las picaduras de escorpiones en los primeros momentos y que facilite el tratamiento definitivo (normalmente hospitalario).
- Proporcionar una herramienta de trabajo que aporte conocimientos al personal de enfermería y disminuya el estrés que crea el desconocimiento y evitar posibles actuaciones con consecuencias negativas para el paciente.

Metodología e intervenciones

Prevención

- a) Evitar el contacto con los escorpiones una vez localizados.
- b) Eliminar los insectos (que puedan ser su alimento).
- c) No meter manos o pies en los huecos entre rocas.

- d) Evitar acumulación de escombros o maderas.
- e) Movilizar con frecuencia muebles antiguos, piedras, macetas, etc.
- f) Si nota uno sobre sus ropas, apartarlo con algún objeto, nunca con la mano.
- g) Protegerse durante la noche si se duerme en lugares donde abunden estos animales.

Primeros auxilios

- a) Inmovilizar al individuo y la zona de inoculación. Trasladado en camilla.
- b) Aplicar frío indirecto sobre la zona de picadura para producir vasoconstricción.
- c) Aplicar un torniquete que comprima la circulación venosa superficial. No realizar después de los 30 primeros minutos. No suprimirlo hasta la instauración de un tratamiento específico por personal sanitario, en caso contrario cambiarlo cada 15 minutos dejando un corto período de tiempo de descanso.
- d) No se recomienda la incisión en el lugar de la inoculación.

Si nos pica un escorpión, lo mejor es recibir atención médica lo más pronto posible, siguiendo las siguientes pautas:

Gº ESCORPIONISMO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	HOSPITALIZACIÓN	INDICACIÓN DE ANTITOXINA
Leve	Síntomas locales como dolor agudo, inflamación, enrojecimiento, tumefacción y edema regional del miembro afectado.	Observación en servicio de emergencia (3-6 h), control clínico, ECG y glucemia.	No está indicado.
Moderado	Síntomas generales sin fallo de funciones vitales tales como calambres musculares, temblores, mareos, diarrea, vómitos, fiebre y/o sensación de hormigueo (parestias) de la zona expuesta.	Hospitalizar en unidad de cuidados intermedios, control clínico, radiografía de tórax, ECG, ecocardiograma, CPK-MB, ionograma, amilaseamia, glucemia, gases en sangre.	Se administrarán entre 1 y 4 ampollas del suero.
Moderado-grave	Síntomas generales con fallo de funciones vitales sin riesgo inminente de muerte como son la aparición de trastornos neurológicos, que suelen cursar con agitación, inquietud, desorientación, linfangitis, obnubilación y convulsiones.	Ídem al escorpionismo moderado.	De 1 a 10 ampollas.
Grave	Fallo de funciones vitales con riesgo inminente de muerte. Suelen darse en niños muy pequeños (< 10 años), ancianos o adultos inmunodeprimidos, y que consistirían en una grave depresión del sistema nervioso central, con coma e incluso parada respiratoria.	Ídem al escorpionismo moderado más hospitalización en UCI.	De 2 a 10 ampollas.

Es importante señalar que la cantidad de ampollas a infundir según la gravedad del cuadro varía entre los antisueros según el laboratorio.

Tratamiento médico

a) Empezar un tratamiento sintomático con la siguiente medicación:

1. Fármacos antihistamínicos como la clorfenhidramina intramuscular o intravenosa.
2. Corticosteroides de acción rápida por vía intramuscular según las indicaciones médicas.
3. Analgésicos - antiinflamatorios a dosis habituales evitando el uso opiáceos y derivados.
4. Esteroides sólo si existen antecedentes alérgicos (dexametasona o hidrocortisona).

b) Control de las convulsiones con diazepam o difenilhidantoína (dosis de carga y mantenimiento).

c) Administración de gluconato cálcico intravenoso al 10% si evidenciamos alteraciones neurológicas.

d) Administración intravenosa del suero antiescorpión diluyendo las ampollas en solución fisiológica pasándolo en 20-30 min.

Conclusiones

El escorpionismo es un problema importante de salud (sobre todo en niños) aunque es difícil encontrar información sobre su clínica y tratamiento en nuestro medio. La clave fundamental para prevenir el accidente escorpiónico es instruir a la comunidad sobre las medidas para evitar que éste se produzca y, en caso de que ocurra, informar que se deberá acudir de forma urgente al centro médico más cercano puesto que el tiempo transcurrido entre el accidente y la administración del antiveneno es clave (95% de recuperación dentro de las 2 primeras horas).

Entre las ventajas del uso de estas pautas se encuentran la capacidad de reducir la estancia hospitalaria, los costes, las complicaciones, las readmisiones y el número de pruebas diagnósticas, mejorando la actuación terapéutica y la satisfacción de los pacientes y/o familia.

Bibliografía:

1. Piñeiro Pérez R., Carabaño Aguado I. *Manejo práctico de las picaduras de insecto en Atención Primaria*. Rev Pediatr Aten Primaria vol.17 no.66 Madrid abr./jun. 2015.
2. Mengarelli RH., Cevallos MV. *Heridas agudas y crónicas causadas por picaduras y mordeduras de animales*. Rev. argent. dermatol. vol.95 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./mar. 2014.
3. Gómez Cardona JP. *Aspectos toxicológicos, clínicos y epidemiológicos del envenenamiento producido por el escorpión Tityus fuhmanni Kraepelin*. Colombia. Med UNAB. Vol. 5, Núm. 15 (2002).

Capítulo 24

Atrapamiento del nervio pudiendo

Autores:

González Hernández, Laura

Montero Catalina, Ana María

ATRAPAMIENTO DEL NERVIPO PUDENDO

INTRODUCCIÓN: La neuralgia del pudendo o síndrome del canal de Alcock fue descrito por primera vez en 1987 por Amarencio. Es una afección dolorosa causada por inflamación, compresión o atrapamiento del nervio pudendo. El nervio pudendo se origina de las ramas anteriores de los segmentos medulares sacros S2, S3 y S4; distribuye ramas motoras y sensitivas hacia la región perineal y a los órganos genitales externos. La manifestación clásica de este dolor puede ser en cualquier punto de su trayecto, incidiendo en zona anal y perineal, que aparece aumentada en sedestación y se alivia en bipedestación. Dificultad para miccionar o defecar. Tiene características neuropáticas como hipoestesia, entumecimiento, hormigueo perianal y sobre todo y lo más destacable son las fuertes descargas eléctricas. El dolor no responde al tratamiento analgésico clásico. Se aborda su manejo siempre progresivamente desde el menos al más invasivo.

OBJETIVO: Dar a conocer esta patología al personal de enfermería, puesto que es una gran desconocida, mediante la síntesis de la evidencia científica referente al síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP).

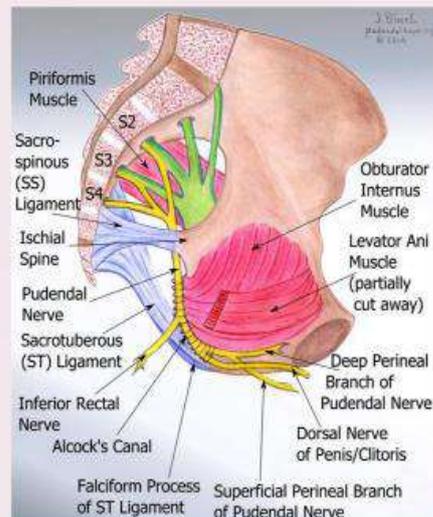
LOS FACTORES DESENCADENANTES SON MÚLTIPLES:

- Parto vaginal y episiotomía.
- Trauma
- Profesión o deporte ciclismo.
- Desconocido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda sistemática on line a través de las principales bases de datos: PubMed, ENFISPO y Scielo, entre otras, y revisión de la literatura publicada en diversas revistas científicas.

PALABRAS CLAVE:

ALCOCK'S CANAL; PUDENDAL NERVE; PELVIC PAIN; PUDENDAL NEURALGIA;



RESULTADOS

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO: La similitud de la clínica del SANP y el síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico van a dificultar el y posterior tratamiento, ya que no hay ninguna prueba 100% diagnóstica.



Electromiografía de músculos dependientes del nervio pudendo (bulbocavernoso, esfínter anal externo). Esta técnica mediante el análisis de la actividad del musculo en reposo y durante la actividad voluntaria, nos permite determinar si existe denervación sobre la estructura muscular explorada, estableciendo si este suceso se encuentra activo o si se ha cronificado. Mediante el estudio de distintos grupos musculares, podemos determinar la topografía de la lesión y así poder precisar el diagnóstico

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE NANTES:

Criterios esenciales:	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el territorio del nervio pudendo. • Se agrava con asiento en una superficie plana • No compromete el sueño. • Dolor sin objetivar deterioro sensitivo. • Alivio del dolor con el bloqueo del nervio pudendo
Criterios complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Quemazón, dolor punzante o eléctrico. • Alodinia o hiperalgesia. • Sensación cuerpo extraño rectal o vaginal. • Empeoramiento del dolor durante el día • Dolor predominantemente unilaterial. • Dolor provocado por la defecación. • Sensación palpación blanda espina ciática. • Hallazgos neurofisiológicos menores en nuliparas

TRATAMIENTOS:

3º LINEA	• CIRUGÍA DE DESCOMPRESIÓN
2º LINEA	• BLOQUEO CON CORTICOIDES • NEUROESTIMULACIÓN
1º LINEA	• FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS (Amitriptilina) • REHABILITACIÓN SUELO PÉLVICO • ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS

La neuroestimulación de las raíces sacras bajo técnica retrógrada (NERSR) es eficaz para el tratamiento del dolor perineal crónico (DPC) refractario a tratamiento farmacológico.¹

CONCLUSIONES

- ✓ Se deduce en esta revisión que los atrapamientos del NP son mas frecuentes de lo que pensamos, están infradiagnosticados.
- ✓ No se encuentran demasiados datos epidemiológicos de manera que, tanto incidencia como prevalencia se encuentran totalmente subestimadas.
- ✓ Es un cuadro clínico que tiene gran repercusión biopsicosocial, se tendría que gestionar una unidad multidisciplinar para un mejor abordaje.
- ✓ Existen pocos estudios sobre esta patología, por lo que es necesaria una mayor investigación para poder establecer protocolos de tratamiento eficaces para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Revista de la Sociedad Española del Dolor (SED). ISSN 1134-8046. Vol. 23, Nº. 6, 2016, págs. 287-291;
2. Alfonso Reyes Y, Marquet Palomer R. Síndrome por atrapamiento del nervio pudendo. Reflexiones sobre el dolor perineal crónico. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2016;23(10):599-606;
3. F P. Management of pudendal neuralgia. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2018 [cited 6 February 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716710> [Internet]. Sciencedirect.com. 2018 [cited 6 March 2018]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1134207216302845/first-page-pdf>;
4. [Internet]. 2018 [cited 6 March 2018]. Available from: <https://www.doctoraugustopereira.com/neuralgia-del-pudendo/criterios-cl%C3%ADnicos/> Climacteric. 2014 Dec;17(6):654-6. doi:10.3109/13697137.2014.912263. Epub 2014 Jul 4



Resumen: *La neuralgia del pudendo fue descrita en 1987 por Amarenco.*

Es una afección dolorosa causada por inflamación, compresión o atrapamiento del nervio pudendo.

El primer motivo de consulta frecuentemente es el dolor perineal y/o anal, que aparece en sedestación y se alivia en bipedestación. Este dolor tiene características neuropáticas como hipoestesia, quemazón perianal y lo más destacable, las fuertes descargas eléctricas.

El dolor neuropático no responde al tratamiento con analgésicos, por lo que hay que valorar otras opciones entre las cuales se encuentran, la rehabilitación de suelo pélvico, el bloqueo del nervio pudendo o como último recurso, la cirugía descompresiva.

Palabras Clave: *Pudendal nerve; pudendal neuralgia; pelvic pain.*

Introducción

El Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP) o neuralgia del pudendo fue descrito por primera vez por el Dr. Amarenco en 1987.

El SANP se puede describir como una afección dolorosa causada por inflamación, compresión o atrapamiento del nervio pudendo. Se trata de una patología muy variable a nivel individual de ahí su gran dificultad para su diagnóstico.

Debido a esta razón, se presenta como una gran desconocida para la mayoría de profesionales sanitarios, y esto tiene una gran repercusión en los pacientes que la padecen, puesto que pasa mucho tiempo hasta que encuentran una solución a su dolencia.

Anatómicamente, se origina en las ramas anteriores de los segmentos medulares sacros S2, S3 y S4; a continuación se desplaza hasta llegar por debajo del músculo elevador del ano, pasando por un canal formado por el músculo obturador interno (músculo anexo al suelo pélvico) conocido como canal de Alcock (es un punto frecuentemente susceptible de lesión o atrapamiento) y se distribuye en ramas motoras y sensitivas hacia la región perineal y a los órganos genitales externos. Posee 3 ramas terminales: nervio rectal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del clítoris/pene. Es de destacar la importancia funcional en la micción, defecación, erección, eyaculación y parto.

La manifestación clásica de este síndrome es en cualquier punto del trayecto, incidiendo en zona anal y perineal, viéndose agravada a medida que avanza el día o en sedestación, los pacientes refieren que sienten alivio en bipedestación o tumbados. Mantiene características propias neuropáticas, puede ser paroxístico o constante, sensación de hipoestesia, quemazón perianal y lo más desagradable las descargas eléctricas. El dolor puede permanecer incluso una vez se haya resuelto el estímulo que lo producía.

Objetivo

Con esta revisión, nuestro objetivo es dar a conocer esta patología al personal de enfermería puesto que es una gran desconocida, mediante la síntesis de la evidencia científica referente al atrapamiento del nervio pudendo.

Materiales, métodos y resultado

Como metodología, se realizó una búsqueda sistemática online a través de las principales bases de datos: PubMed, ENFISPO y Scielo, entre otras, y revisión de la literatura publicada en diversas revistas científicas.

Entre los factores desencadenantes observamos que son múltiples: parto vaginal y episiotomía, traumatismos, ciertas profesiones o deportes como el ciclismo, y en muchas otras ocasiones es de origen desconocido.

Métodos de Diagnóstico: para poder diagnosticar esta patología, debemos tener presente que la similitud de la clínica del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP) y el síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico van a dificultar el diagnóstico y posterior tratamiento, ya que no hay ninguna prueba 100% diagnóstica.

En la actualidad, contamos con la electromiografía de músculos dependientes del nervio pudendo (bulbocavernoso, esfínter anal externo). Esta técnica, mediante el análisis de la actividad del músculo en reposo y durante la actividad voluntaria, permite determinar si existe denervación sobre la estructura muscular explorada, estableciendo el suceso está activo o si se ha cronificado. Mediante el estudio de distintos grupos musculares, podemos determinar la topografía de la lesión y así poder precisar el diagnóstico.

Encontramos descritos unos criterios esenciales para establecer con una base los hallazgos clínicos, denominados los Criterios de Nantes: Dolor en el territorio del nervio pudendo, dolor que se agrava al sentarse en una superficie plana, no compromete el sueño, dolor sin objetivar deterioro sensitivo, y alivio del dolor con el bloqueo del nervio pudendo.

Y como complementarios, aparecen: Sensación de quemazón, dolor punzante o eléctrico, alodinia o hiperalgesia, sensación cuerpo extraño rectal o vaginal, empeoramiento del dolor durante el día, dolor predominantemente unilateral, dolor en la defecación, sensación palpación blanda espina ciática, y hallazgos neurofisiológicos menores en nulíparas.

El tratamiento ha de ser secuencial y se empezará por las medidas menos agresivas e invasivas.

Dado que el síntoma principal que se presenta es el dolor neuropático, y ya hemos mencionado que no responde a la escala analgésica habitual, se aborda como primera elección, con antidepresivos como la amitriptilina, o también se pueden utilizar la pregabalina y gabapentina, que son anticonvulsivos de última generación.

Siguiendo dentro de esta primera línea de abordaje, tenemos la rehabilitación de suelo pélvico llevado por un fisioterapeuta.

En una segunda línea, se presenta el bloqueo nervioso con corticoides y anestésico. Y la neuroestimulación de las raíces sacras bajo técnica retrógrada (NERSR) es eficaz para el tratamiento del dolor perineal crónico (DPC) refractario a tratamiento farmacológico.

Por último, está el abordaje quirúrgico reservado para los casos que no responden a las terapias conservadoras, se realiza por diferentes vías: la trasperineal, transglútea y transisquiorectal.

Conclusión

Como conclusiones, se puede deducir de esta revisión que los atrapamientos del nervio pudendo son más frecuentes de lo que pensamos, que están infradiagnosticados. Y puesto que no se

encuentran demasiados datos epidemiológicos, tanto incidencia como prevalencia se encuentran totalmente subestimadas.

Es un cuadro clínico que tiene gran repercusión biopsicosocial, se tendría que gestionar una unidad multidisciplinar para un mejor abordaje.

Existen pocos estudios sobre esta patología, por lo que sería necesaria una mayor investigación para poder establecer protocolos de tratamiento eficaces para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía:

1. F. Itza Santos, J. Salinas, D. Zarza, F. Gómez Sancha y A. Allona Almagro. *Actualización del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: enfoque anatómico-quirúrgico, diagnóstico y terapéutico*. Actas urol esp. 2010; 34(6):500-509.
2. S. Ramírez García et cols. *Síndrome de May-Thurner como causa de compresión neurovascular del nervio pudendo*. Ginecol Obstet Mex 2013; 81:105-108.
3. F. R. Pérez-López & F. Hita-Contreras (2014) *Management of pudendal neuralgia*, Climacteric, 17:6, 654-656.

Capítulo 25

Autonomía de los cuidados enfermeros y humanización

Autores:

García Gutiérrez, Antonia Gema

Alañón Varón, Ana Blanca

Juárez Merino, María del Carmen

Alañón Varón, Francisco Salvador

AUTONOMÍA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS Y HUMANIZACIÓN

• INTRODUCCIÓN

La autonomía en enfermería ha determinado el interés en la profesión, ya que las enfermeras y los enfermeros se han profesionalizado a nivel mundial. Pero existe una brecha entre la investigación y las decisiones que se toman en la práctica diaria, que se ha mantenido vigente hasta hoy.

El cuidado es la vía para lograr la satisfacción tanto del paciente y su familia como de las enfermeras mismas y contribuye al prestigio y reconocimiento social de la enfermería, ciencia que por definición es humanizada, holística, y de calidad y si esto no se cumple sencillamente no es cuidado ni es Enfermería.

El cuidado es una acción tan antigua como la historia del ser humano, siendo "el modo de actuar de una persona que pone atención en lo que hace, para que salga lo mejor posible".

Como indica el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.) "El ámbito de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y la delegación en otros, la dirección, la gestión, la enseñanza, la realización de investigaciones y la elaboración de una política de salud para los sistemas de atención de salud".

Una de las obligaciones implícitas de las profesiones sanitarias como lo es Enfermería es permanecer actualizado respecto a los avances y nuevos hallazgos que se originan mediante la investigación. Estando actualizados, los profesionales de la salud pueden hacer uso de los resultados de investigación en la práctica diaria y mejorar la calidad de la atención en salud y los resultados de los pacientes.

• OBJETIVOS

- Revisión reflexiva sobre los conceptos de Autonomía, Evidencia científica y Humanización de la práctica enfermera.

FUENTES	ENCONTRADOS	DESESTIMADOS	USADOS
Cochrane plus	7	7	0
Google Académico	960	956	4
Scielo	690	674	6

Tabla.1

• RESULTADOS

Se han usado 10 artículos de los cuales 4, nos hablan de humanizar y 6 nos hablan de la importancia de las TICs y la evidencia científica para la profesionalización del trabajo enfermero. Expondré las apreciaciones más relevantes, mostrando el análisis restante en la tabla.2.

El artículo de Zambrano-Plata, nos muestra la integración de ambos conceptos en la práctica diaria como equilibrio y pilar primario de la profesionalización de la enfermería; "retos orientados hacia la consolidación de la investigación, la educación, la formación ética, el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la gestión del cuidado, la internacionalización, el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y finalmente el fortalecimiento de las prácticas simuladas, son un compromiso y una tarea de todas las enfermeras... ", "enfermería se enfrenta al desafío de crear un ambiente humanizado en el contexto de una tecnología de cuidado de salud altamente sofisticado pero impersonal".

Beltrán Salazar, realizó un estudio fenomenológico interpretativo, donde recogió las sensaciones de 16 participantes adultos, entre los cuales se hallaban pacientes, familiares y enfermeras. Enfatizar la siguiente reflexión de su texto a modo de titular sobre su extenso texto ; "El cuidado humanizado incluye variados detalles que pueden ser percibidos en forma diferente por enfermeras y pacientes; si bien, para las enfermeras puede no revestir importancia realizar ciertas acciones o tener determinados gestos, para el paciente y su familia pueden ser mensajes que favorecen o entorpecen la comunicación; no solo se trata, en la visión de los pacientes, de ofrecer lo último en tecnología o procedimientos actualizados, sino que hay detalles que son importantes en la forma de la interacción con las enfermeras, tales como el saludo y el reconocimiento mutuo".

Correa en su crónica reflexiva nos muestra la importancia de la humanización; "La humanización bajo el punto de vista de la hermenéutica significa la organización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecnociencias en sus medios y fines, con la realización de valores humanos".

Luengo y Paravic en su artículo, Autonomía Profesional nos indican la necesidad de que los profesionales de enfermería se empoderen de su rol autónomo y se sientan con la autoridad suficiente para cambiar los cuidados otorgados a las personas según la mejor evidencia disponible, incorporando además su juicio profesional y los valores y necesidades de los usuarios.

• MATERIAL Y MÉTODOS

- Palabras Claves usadas: cuidados, enfermería, humanización, EBE (enfermería basada en la evidencia) y autonomía.
- Sin restricción de Idioma.
- Búsqueda en Bases de Datos: Scielo, PubMed, Cochrane plus, Google Académico. Tabla.1
- Restricción temporal últimos 6 años.
- Se han escogido 10 artículos.
- Encontramos un total de 1547 artículos, de los que se desestimaron 1537, por no hallarse el artículo completo y por contener argumentos específicos sobre un protocolo de actuación de patologías particulares.

AUTOR	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Luengo Martínez, C., & Paravic Kljaji, T.	2016	Artículo especial Teorizaciones	TEXTO
Sierra, S. O., & Zapata, A. C. O.	2013	Revisión bibliográfica	No hay calidad del cuidado si no se logran acuerdos mínimos y compromisos entre los profesionales en enfermería para la normalización de procesos y procedimientos.
Moreno, I. M., & Siles, J.	2015	Revisión temática y descriptiva	El pensamiento crítico, tanto del paciente como de la enfermera, permite la libertad y la autonomía de ambos.
Zambrano-Plata, G. E.	2016	Revisión sistemática	TEXTO
Soto Fuentes, P., Reynaldós-Grandón, K., Martínez-Santana, D., & Jerez-Yáñez, O.	2014	Revisión de la literatura	La concepción de gestión y liderazgo ocupa un lugar complementario al rol de cuidado que tiene la enfermería.
Alarcón-Cerón, M.	2013	Modelo de Enfermería	El papel de la enfermería debe estar centrado en el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y en lograr la pronta recuperación de los pacientes. La enfermería, en su actual concepción, debe ser el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años.
Comblé, J. C.	2018	Revisión	Las enfermeras... tienen un alto nivel de habilidades y entrenamiento que les llevan a aplicar pruebas básicas prácticas, mientras también apoyan, aconsejan y entrenan los equipos a los que pertenecen.
Gutiérrez Fernández, Rodrigo.	2017	Artículo Especial	La práctica sanitaria actual aparece estrechamente vinculada al avance técnico y científico, lo que algunos han llegado a calificar incluso como "tecnificación tecnológica", y conlleva... manipulación más deshumanizante y cruel, en lugar de lo que realmente debería ser: el servicio más noble, honorable y dignificante, un ámbito privilegiado de enriquecedores modos de relación interpersonal.
Beltrán-Salazar, O.	2015	Estudio Fenomenológico Interpretativo	TEXTO
Correa Zambrano, M. L.	2016	Artículo de Reflexión	TEXTO

• CONCLUSIONES

Destacamos la importancia de la enfermería basada en la práctica clínica como base para la toma autónoma de decisiones. Sin perder, el fin de la esencia del cuidado enfermero, entendiendo que el cuidado enfermero es un tarea que solo se puede ejercer desde la peculiaridad del otro.

Resumen: Para poder entender el momento actual por el que pasa la enfermería, debemos de mirar hacia el pasado, y valorar las singularidades de cada época, que nos han llevado a la situación presente que estamos viviendo, tanto en autonomía, como liderazgo, incluyendo la importancia de la práctica clínica basada en la evidencia. Provocando la consolidación de la enfermería como profesión, a través de la profesionalización de los cuidados.

La autonomía en enfermería ha concertado el interés en la profesión. Pero existe una brecha entre la investigación y las decisiones que se toman en la práctica diaria.

Palabras Clave: Autonomía profesional; enfermería basada en la evidencia; humanización de la atención.

Introducción

El cuidado es una acción tan antigua como la historia del ser humano, siendo "el modo de actuar de una persona que pone atención en lo que hace, para que salga lo mejor posible". En las diferentes etapas de la evolución observamos los cambios sufridos en la profesión de enfermería. La transformación del cuidado ha variado por el modo en el que la sociedad percibe sus necesidades y haya la manera de satisfacerlas.

Para poder entender el momento actual por el que pasa la enfermería, debemos de mirar hacia el pasado, y valorar los determinantes singulares de cada época, que nos han llevado a la situación presente que estamos viviendo, tanto en autonomía, como liderazgo, incluyendo la importancia de la práctica clínica basada en la evidencia. Provocando la consolidación de la enfermería como profesión, a través de la profesionalización de los cuidados. Manteniendo unidas la profesión y la humanización, capacidad inherente a la enfermería.

Según la RAE la Autonomía es la condición, de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie. Entendiendo la autonomía en enfermería, como la toma de decisiones y la ejecución de actos del cuidar que no precise la necesidad de supervisión de ningún profesional.

Como indica el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.) "El ámbito de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y la delegación en otros, la dirección, la gestión, la enseñanza, la realización de investigaciones y la elaboración de una política de salud para los sistemas de atención de salud. Además, como el ámbito de la práctica es dinámico y responde a las necesidades de salud, al desarrollo del conocimiento y a los avances tecnológicos, es preciso un examen periódico para cerciorarse de que sigue siendo coherente con las necesidades de salud actuales y favorece unos mejores resultados de salud".

La autonomía en enfermería ha concertado interés en la profesión, ya que las enfermeras y los enfermeros se han profesionalizado a nivel mundial. Pero existe una brecha entre la investigación y las decisiones que se toman en la práctica diaria, que se ha mantenido vigente hasta hoy.

El cuidado es la vía para lograr la satisfacción tanto del paciente y su familia como de las enfermeras mismas y contribuye al prestigio y reconocimiento social de la enfermería, que por definición es humanizado, holístico, y de calidad y si esto no se cumple sencillamente no es cuidado ni es Enfermería.

Objetivos

Revisión reflexiva sobre los conceptos de Autonomía, Evidencia científica y Humanización de la práctica enfermera.

Material y métodos

Búsqueda en Bases de Datos: Scielo, PubMed, Cochrane plus, Google Académico.

Encontramos un total de 1547 artículos, de los que se desestimaron 1537, por no hallarse el artículo completo y por contener argumentos específicos sobre un protocolo de actuación de patologías particulares.

Resultados

Se han usado 10 artículos de los cuales 4, nos hablan de humanizar y 6 nos hablan de la importancia de las TICs y la evidencia científica para la profesionalización del trabajo enfermero.

El artículo de Zambrano-Plata, nos muestra la integración de ambos conceptos en la práctica diaria como equilibrio y pilar primario de la profesionalización de la enfermería; "retos orientados hacia la consolidación de la investigación, la educación, la formación ética, el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la gestión del cuidado, la internacionalización, el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y finalmente el fortalecimiento de las prácticas simuladas, son un compromiso y una tarea de todas las enfermeras", "enfermería se enfrenta al desafío de crear un ambiente humanizado en el contexto de una tecnología de cuidado de salud altamente sofisticado pero impersonal".

Beltrán Salazar, realizó un estudio fenomenológico interpretativo, donde recogió las sensaciones de 16 participantes adultos, entre los cuales se hallaban pacientes, familiares y enfermeras. Enfatizar la siguiente reflexión de su texto a modo de titular sobre su extenso documento; "El cuidado humanizado incluye variados detalles que pueden ser percibidos en forma diferente por enfermeras y pacientes; si bien, para las enfermeras puede no revestir importancia realizar ciertas acciones o tener determinados gestos, para el paciente y su familia pueden ser mensajes que favorecen o entorpecen la comunicación; no solo se trata, en la visión de los pacientes, de ofrecer lo último en tecnología o procedimientos actualizados, sino que hay detalles que son importantes en la forma de la interacción con las enfermeras, tales como el saludo y el reconocimiento mutuo".

Luengo y Paravic, en su artículo *Autonomía Profesional*, nos indican la necesidad de que los profesionales de enfermería se empoderen de su rol autónomo y se sientan con la autoridad suficiente para cambiar los cuidados otorgados a las personas según la mejor evidencia disponible, incorporando además su juicio profesional y los valores, y necesidades de los usuarios.

Conclusión

Destacamos la importancia de la enfermería basada en la práctica clínica como base para la toma autónoma de decisiones. Sin perder, el fin de la esencia del cuidado enfermero, entendiendo que el cuidado enfermero es una tarea que solo se puede ejercer desde la peculiaridad del otro.

Bibliografía:

1. Luengo Martínez, C., & Paravic Klijn, T. (2016). *Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia*. Index de Enfermería, 25 (1-2), 42-46.
2. Zambrano-Plata, G. E. (2016). *Hacia la consolidación de enfermería en el siglo XXI*. Revista Ciencia y Cuidado, 8(1), 83-94.
3. Contel, J. C. (2018). *La atención integrada y el reto de la cronicidad*. Enfermería Clínica, 28(1), 1-4.
4. Beltrán-Salazar, Ó. (2015). *Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado*. Index de Enfermería, 24(1-2), 49-53.
5. Contel, J. C. (2018). *La atención integrada y el reto de la cronicidad*. Enfermería Clínica, 28(1), 1-4.

Capítulo 26

Base molecular de la enfermedad de Huntington

Autores:

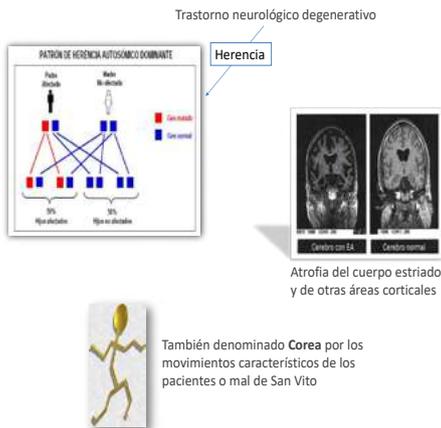
Ruiz Serrano, Jesús Javier

Guerrero Sola, Lorena

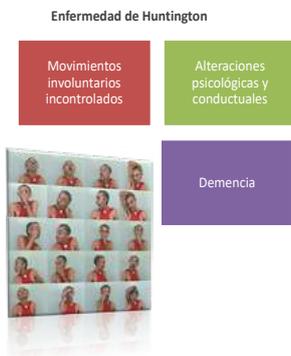
BASE MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Autor: Jesús Javier Ruiz Serrano, Lorena Guerrero Sola

INTRODUCCIÓN



SÍNTOMAS



Enfermedad de Huntington Juvenil

- Rigidez-acinesia
- Demencia temprana
- Epilepsia
- Miclonus
- Tembor



Aparecen antes de los 20 años y antes de los 10 en la infantil. Representan el 5 a 12%

ASPECTOS MOLECULARES DE LA ENFERMEDAD

- Gen HTT → **huntingtina** → Aparece en zonas del cerebro y otros tejidos.

Se desconoce la función fisiológica, se cree que participa en procesamiento del ARNm, transporte de vesículas y regulación de la morfología de la localización de los orgánulos celulares.

- La secuencia repetitiva CAG es polimórfica entre la población normal
- Es producida por una mutación → repetición CAG cerca del extremo 5' en el gen de la huntingtina (HTT).



Mucha longitud del segmento repetido → Antes aparece el trastorno

- Proteínas defectuosas →
 - Formación de cuerpos de inclusión
 - Agregados amiloides en citoplasma y/o núcleo de neuronas afectadas

El *Laboratory Committee by the Huntington Disease Working Group* propuso la siguiente clasificación:

- Alelos normales:**
 - 26 repeticiones CAG. No patológicos.
- Alelos normal-mutados:**
 - 27 a 35 repeticiones CAG. No fenotipo de la enfermedad pero inestables meióticamente en las células germinales masculinas.
- Alelos HD con penetrancia reducida:**
 - 36 a 39 repeticiones CAG. Meióticamente inestables. Pueden producir la enfermedad.
- Alelos HD con penetrancia completa:**
 - Más de 40 repeticiones CAG. Producen la enfermedad.
- Mosaicismo:**
 - Debido a la inestabilidad mitótica y meiótica, y se ha descrito en cerebro y células germinales masculinas.

ESTRÉS OXIDATIVO Y ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

- Los estudios ponen de manifiesto la presencia de estrés oxidativo caracterizado por:

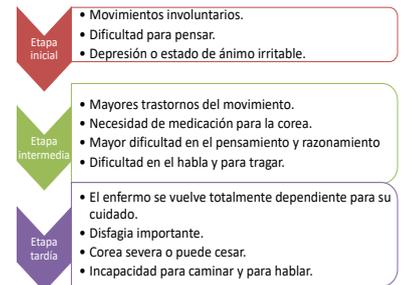
- Daño al ADN
- Daño a proteínas
- Daño a lípidos
- ↓ Del glutatión reducido
- ↑ Enzimas antioxidantes



- El desequilibrio oxidativo acontece antes de la aparición de los síntomas. Las especies reactivas como el O y el N desempeñan un papel central en la neurodegeneración.

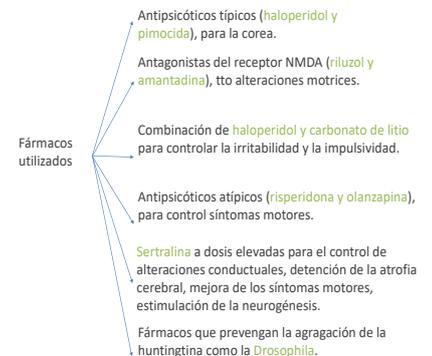
ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

La progresión de la enfermedad queda dividida en 3 etapas:



TRATAMIENTO

- En la actualidad no existe ningún tratamiento efectivo para la EH, aunque existen varias vías de investigación.



CONCLUSIONES

- La Enfermedad de Huntington debuta con manifestaciones psiquiátricas en aproximadamente el 30% de los casos, siendo la sintomatología más frecuente cambios en la personalidad, depresión y graves alteraciones conductuales como desinhibición y agresividad.
- Dado que numerosas enfermedades, tanto neurológicas como sistémicas, cursan con clínica psiquiátrica, la recogida de una buena historia clínica, incluyendo siempre los antecedentes familiares, así como la realización de las pruebas complementarias necesarias, reduce la probabilidad de errores diagnósticos, demorando tanto la adopción de medidas terapéuticas adecuadas como la búsqueda de recursos intra y/o extrahospitalarios de apoyo psicosocioeconómico que precisen.

Resumen: La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad neurológica que puede afectar tanto a la población infantil (Enfermedad de Huntington juvenil) como en la edad adulta a partir de los 40-50 años. Los síntomas van desde movimientos involuntarios hasta rigidez y demencia provocando la muerte prematura del paciente. El manejo sintomático se realiza a través de medicación, terapia ocupacional, fisioterapia y con el apoyo de los servicios sociales.

Es preciso hacer un diagnóstico diferencial con la neuroacantocitosis, la discinesia tardía, el corea gravídico, el corea hipertiroideo, la hemicorea vascular, el corea de Sydenham y el asociado a anticuerpos antifosfolípidos.

Palabras Clave: Enfermedad de Huntington; Corea; Proteína Huntingtina.

Introducción

Escrita por primera vez en 1872 por George Huntington, es un padecimiento neurológico degenerativo que se hereda en forma autosómica dominante. La enfermedad de Huntington, también conocida como corea por los movimientos característicos que realizan los pacientes, o mal de San Vito porque era el santo al que se evocaba para curar este tipo de enfermedad, muestra diferentes frecuencias en las diversas regiones del mundo; prevalencia menor de 10 casos por cada 100000 habitantes, representando la variante juvenil menos del 10% con igual incidencia en ambos sexos. Los síntomas aparecen generalmente hacia la cuarta o quinta década de la vida.

La lesión causada por la enfermedad se restringe fundamentalmente a atrofia del cuerpo estriado (núcleo caudado y putamen) y en menor medida de otras áreas corticales, aunque microscópicamente todo el cerebro puede mostrar ligera atrofia.

Síntomas

Los síntomas de la EH son: movimientos involuntarios incontrolados, alteraciones psicológicas y conductuales, y pérdida de las funciones intelectuales (demencia). Las manifestaciones más tempranas suelen ser los movimientos coreiformes involuntarios en cara, manos y hombros, los cuales suelen preceder a la demencia y rara vez faltan cuando la enfermedad está muy avanzada.

En la llamada forma juvenil, las primeras manifestaciones aparecen antes de los 20 años de edad, en tanto que en la forma infantil los síntomas inician antes de los 10 años. Del 5 a 12% de los pacientes muestran predominio de rigidez-acinesia con movimientos coreicos menos prominentes, demencia temprana, epilepsia, mioclonus (espasmo de un músculo) y temblor en el transcurso de su padecimiento.

Aspectos moleculares de la EH

La enfermedad de Huntington se debe a la presencia de una expansión anormal del triplete CAG en la secuencia del gen HTT, que resulta patológica cuando el número de repeticiones supera las 34, y se advierte una correlación directa entre la longitud del segmento repetido y la precocidad con que se manifiesta el trastorno. El gen HTT codifica una proteína denominada huntingtina y se expresa durante el desarrollo embrionario en diversas regiones del cerebro, aunque también en otros tejidos corporales. Estas proteínas defectuosas promueven la formación de cuerpos de inclusión y agregados amiloideos insolubles en el citoplasma y/o en el núcleo de las neuronas afectadas.

Por otra parte, conviene indicar que se sigue desconociendo la función fisiológica precisa de esta proteína aunque se cree que podría participar en el procesamiento del ARN mensajero, en el transporte de vesículas y en la regulación de la morfología y de la localización de los orgánulos celulares.

Estrés oxidativo y EH

Los estudios ponen de manifiesto la presencia de estrés oxidativo, dicho estrés oxidativo se caracteriza por un aumento en el daño al ADN, a las proteínas y a los lípidos, y una disminución en el contenido de glutatión reducido, así como un incremento en las enzimas antioxidantes como glutatión peroxidasa, catalasa y superóxido dismutasa. Según los datos disponibles, el desequilibrio oxidativo acontece antes de la aparición de los síntomas, lo que evidencia que el estrés oxidativo es un evento primario y no un fenómeno secundario al daño y muerte celular en este proceso, situación que avala el hecho de que las especies reactivas, tanto del oxígeno como del nitrógeno, desempeñan un papel central en la neurodegeneración.

Etapas de la EH

La progresión de la enfermedad se divide en unas tres etapas:

1. La etapa inicial de la EH por lo general incluye cambios sutiles en la coordinación, tal vez algunos movimientos involuntarios (corea), dificultad para pensar cuando hay problemas y, a menudo, depresión o un estado de ánimo irritable.
2. En la etapa intermedia, los trastornos del movimiento pueden convertirse en un problema mayor. Los terapeutas físicos y ocupacionales pueden ser necesarios para ayudar a mantener el control de movimientos voluntarios y hacer frente a los cambios en las habilidades de pensamiento y razonamiento. También aparece disminución en el habla y la dificultad para tragar.
3. En la etapa tardía, la persona con la EH se vuelve totalmente dependiente de otros para su cuidado. El atragantamiento se convierte en una preocupación importante. La corea se vuelve severa o puede cesar. En esta etapa, la persona con la EH ya no puede caminar y va a ser incapaz de hablar. Sin embargo, pueden, en general, tener todavía la capacidad de comprender el lenguaje y conservar la conciencia de la familia y amigos.

Tratamiento

Los fármacos que se utilizan para paliar los síntomas son los siguientes:

- Antipsicóticos típicos (haloperidol y pimocida), para la corea.
- Antagonistas del receptor NMDA (riluzol y amantadina), tto alteraciones motrices.
- Combinación de haloperidol y carbonato de litio para controlar la irritabilidad y la impulsividad.
- Antipsicóticos atípicos (risperidona y olanzapina), para control síntomas motores.
- Sertralina a dosis elevadas para el control de alteraciones conductuales, detención de la atrofia cerebral, mejora de los síntomas motores, estimulación de la neurogénesis.
- Fármacos que prevengan la agregación de la huntingtina como la Drosophila.

Conclusión

La Enfermedad de Huntington debuta con manifestaciones psiquiátricas en aproximadamente el 30% de los casos, siendo la sintomatología más frecuente cambios en la personalidad, depresión y graves alteraciones conductuales como desinhibición y agresividad.

Dado que numerosas enfermedades, tanto neurológicas como sistémicas, cursan con clínica psiquiátrica, la recogida de una buena historia clínica, incluyendo siempre los antecedentes familiares, así como la realización de las pruebas complementarias necesarias, reduce la probabilidad de errores diagnósticos, demorando tanto la adopción de medidas terapéuticas adecuadas como la búsqueda de recursos intra y/o extrahospitalarios de apoyo psicosocioeconómico que precisen.

Bibliografía:

1. Rosales-Reynoso, Mónica A. y Barros-Núñez, P. (2008): *Diagnóstico molecular de la enfermedad de Huntington*. Gac Méd Méx Vol. 144 No. 3
2. Benítez-Burrano, A. (2009): *Enfermedad de Huntington: fundamentos moleculares e implicaciones para una caracterización de los mecanismos neuronales responsables del procesamiento lingüístico*. *Neurología de la conducta*. Revista de neurología; 48 (2): 75-84.
3. Tasset, I, y Col. (2009): *Bases moleculares de la enfermedad de Huntington: papel del estrés oxidativo*. Revista de neurología; 49 (8): 424-429.
4. Reyes Molón, L. y Col. (2010): *Enfermedad de Huntington juvenil: presentación de un caso y revisión bibliográfica*. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.
5. Steven Hersch, Md (2010): *La enfermedad de Huntington. Series de guías familiares*. Sociedad Americana de Enfermos de Huntington. Harvard Medical School.

Capítulo 27

Beneficios de la intervención multidisciplinar en la persona mayor institucionalizada y su familia

Autores:

Sánchez González, Irene

Martín Millán, María Belén

Castillo García, María del Carmen

Benito Lara, Elena

Ocaña García Abadillo, María del Carmen

BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA Y SU FAMILIA

Introducción

La situación de la población actual ha cambiado y en la mayoría de las familias no es posible hacerse cargo de nuestros mayores cuando se vuelven dependientes.

Nuestra larga experiencia trabajando con mayores institucionalizados nos permite observar, la reticencia que tanto familiares como los propios mayores suelen presentar previa y durante el ingreso.

Los mayores por miedo a lo desconocido y pensamientos equivocados sobre los centros, y los familiares por la sensación de abandono que generara en ellos la situación de ingreso así como la presión de las ideas culturales que se tienen sobre la "obligatoriedad" de cuidar al familiar mayor.

Objetivos

❖ PRINCIPAL

Analizar el beneficio real que supone entre los familiares la institucionalización en diferentes servicios y en concreto en el residencial.

❖ SECUNDARIOS

1. Conocer sus niveles de satisfacción en diferentes áreas básicas (social, familiar, ocio y tiempo libre, laboral, física, emocional y de relación de pareja y familiar) anterior y posterior al ingreso.
2. Examinar el estado anímico general antes y después del ingreso.

Muestra y método

Estudio observacional descriptivo transversal

Población: Familiares de residentes y usuarios del SED (Servicio de Estancia Diurna) ingresados al menos en los últimos dos años.

Muestra: 53 familiares en total respondieron al cuestionario.

Recogida de datos: Mediante una encuesta anónima y confidencial auto-administrada que constaba de 10 preguntas tipo Likert (5 respuestas posibles) que a su vez estaban divididas en dos bloques para obtener datos relacionados con la situación anterior y posterior al ingreso.

Análisis de datos: se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Resultados

GRÁFICO 1



Gráfico 1

Tras el ingreso la sintomatología anímica disminuye y la satisfacción mejora en las distintas áreas (social, familiar, ocio y tiempo libre, laboral, física, emocional y relación de Pareja)

GRÁFICO 2

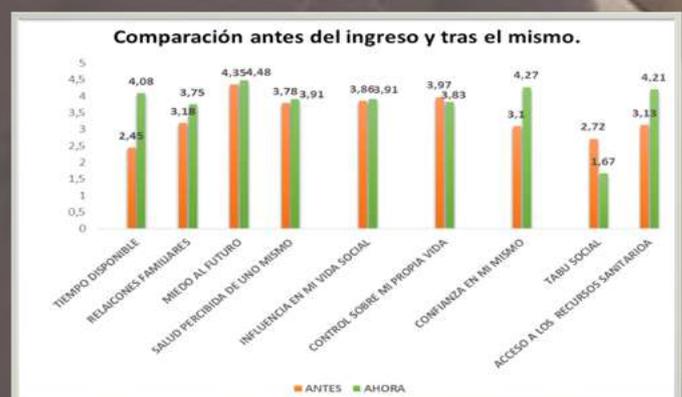


Gráfico 2

Representa las puntuaciones dadas en los distintos ítems en escala Likert (1-5). Se observa la influencia positiva del ingreso en Residencia.

- ✓ Queda demostrado en este estudio, que la institucionalización de mayores dependientes alivia las cargas familiares y disminuye las situaciones conflictivas intrafamiliares en los entornos donde convive un familiar con algún grado de incapacidad o dependencia, y gran parte de estos beneficios está relacionado con la atención y los servicios prestados por los diferentes profesionales que hacen posible el cambio de concepción.
- ✓ Sería eficaz la realización de charlas informativas para desmitificar algunos de los conceptos culturales sobre las residencias y sus diferentes servicios diurnos.
- ✓ Dejamos abierto para futuras líneas de investigación, analizar en qué grado y de qué modo influye positivamente cada profesional sanitario del centro al residente.

Resumen: *La situación de la población actual ha cambiado y en la mayoría de las familias no es posible hacerse cargo de nuestros mayores cuando se vuelven dependientes.*

Nuestra experiencia trabajando con mayores institucionalizados nos permite observar, la reticencia que tanto familiares como los propios mayores suelen presentar previa y durante el ingreso.

Los mayores por miedo a lo desconocido y pensamientos equivocados sobre los centros, y los familiares por la sensación de abandono que generara en ellos la situación de ingreso así como la presión de las ideas culturales que se tienen sobre la “obligatoriedad” de cuidar al familiar mayor.

Palabras Clave: *familia; calidad de vida; institucionalización.*

Introducción

Debido al aumento de la esperanza de vida, se han incrementado los diagnósticos relacionados con demencia. De las cuales, la más frecuente es tipo Alzheimer. Se trata de una enfermedad neurodegenerativa por la que el enfermo pierde de forma progresiva sus capacidades cognitivas y físicas, lo que se traduce en aumento de su situación de dependencia y de cuidados. Lo que requiere mayor atención al enfermo y mayores cuidados por parte de la familia en su domicilio. Esto implica, una sobrecarga al cuidador no profesional, lo que llamamos síndrome del cuidador, con diversa sintomatología física, psicológica y emocional, afectándole a todos las áreas de su vida (personal, familiar, pareja, ocio...).

Objetivo

Los objetivos que nos planteamos para el desarrollo de la investigación son los siguientes :

- Objetivo principal: Analizar el beneficio real que supone entre los familiares la institucionalización en diferentes servicios y en concreto en el residencial.

- Objetivos secundarios:

1. Conocer sus niveles de satisfacción en diferentes áreas básicas (social, familiar, ocio y tiempo libre, laboral, física, emocional y de relación de pareja y familiar) anterior y posterior al ingreso.
2. Examinar el estado anímico general antes y después del ingreso.

Material y método

En lo que respecta a la metodología, se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. La población seleccionada son familiares de residentes y usuarios del SED (Servicio de Estancia Diurna) ingresados al menos en los últimos dos años en residencia. El total de la muestra son 53 familiares que respondieron al cuestionario.

Para la recogida de datos, elaboramos un cuestionario autoadministrado tipo Likert (1 nunca; 2 rara vez; 3 algunas veces; 4 bastantes veces y 5 casi siempre) que pretende medir como influye en la calidad de vida del cuidador tener un familiar dependiente a su cargo. Por ello, se recoge como

influye esto en las distintas áreas de su vida y la sintomatología psicológica, antes y tras la institucionalización. Una vez recogidos los datos, estos fueron analizados mediante estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Resultados

Entre los resultados más significativos, encontramos:

- Tras el ingreso la sintomatología anímica (tristeza, ansiedad, llanto, apatía, insomnio, aislamiento social, irritabilidad, estrés y cansancio físico) disminuye y la satisfacción mejora en las distintas áreas del cuidador (social, familiar, ocio y tiempo libre, laboral, física, emocional y relación de pareja)

- Otro de los resultados más significativos, objetivo de la investigación, conocer los beneficios reales de la institucionalización en residencia y/o centro de día, hemos observado la influencia positiva del ingreso en Residencia en el familiar de referencia. Disminuyendo la sintomatología manifestada previa al ingreso y la mejora en las esferas de su vida más importantes.

Conclusiones

Entre las conclusiones principales destacamos las siguientes:

Según los resultados obtenidos, queda demostrado en este estudio, que la institucionalización de mayores dependientes alivia las cargas familiares y disminuye las situaciones conflictivas intrafamiliares en los entornos donde convive un familiar con algún grado de incapacidad o dependencia, y gran parte de estos beneficios está relacionado con la atención y los servicios prestados por los diferentes profesionales que hacen posible el cambio de concepción.

Como propuesta para desmitificar y romper con la concepción tradicional de residencia asociada al mundo asistencial, sería eficaz la realización de charlas informativas sobre los servicios ofrecidos en las residencias y los profesionales existentes en las mismas.

Debido a las limitaciones de nuestra investigación, como es la pequeña muestra participante en el estudio. Dejamos abierto para futuras líneas de investigación, analizar en qué grado y de qué modo influye positivamente cada profesional sanitario del centro al residente.

Bibliografía:

1. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. *Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden*. Gerontologist 1980; 20: 649-54.
2. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. *Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit*. Rev Gerontol 1996; 6: 338-46.
3. Bódalo LE. *Cambios en los estilos de vida de los cuidadoras de personas dependientes*. 2010;10(1):85 - 97.

Capítulo 28

Beneficios del método madre-canguro

Autora:

Montalvo Bueno, M^a José

BENEFICIOS DEL MÉTODO MADRE-CANGURO

INTRODUCCIÓN

El método madre canguro (MMC) es una técnica de cuidado para todo recién nacido, en especial para los pretérminos, que se basa en el contacto prolongado piel con piel favoreciendo de ésta manera una lactancia materna exclusiva.

Tanta la prematuridad como el bajo peso al nacimiento son los índices más relacionados con la mortalidad infantil, para disminuirla una de las técnicas a utilizar es éste método, el cual tiene difusión mundial y esta avalado por la OMS.

El método canguro no sólo involucra a la madre y al recién nacido, sino también a los padres o al otro progenitor, en el caso de parejas del mismo sexo.

OBJETIVO GENERAL

- Aumentar los conocimientos sobre los beneficios del método canguro, planteando una mejora de educación en los padres con hijos recién nacidos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los beneficios de la utilización del MC, sobre los recién nacidos (RN) y a los padres.
- Proponer al personal sanitario que informen a través de trípticos los beneficios de éste método.
- Proporcionar Educación Sanitaria a padres.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda bibliográfica utilizando las palabras clave método madre canguro, lactancia materna, pretérminos e incubadoras, en buscadores tales como Pubmed, Cuiden, Dialnet, Scielo, base de datos de OMS, AEP y Ministerio Sanidad de España.

RESULTADOS

➤ CARACTERÍSTICAS MMC:

- Contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé.
- Lactancia materna exclusiva.
- De inicio en hospitalización y continuidad en domicilio.
- Los pretérminos reciben el alta con un plazo breve.

➤ BENEFICIOS DEL MMC PARA EL RN:

- Reduce riesgo de infección nosocomial y sepsis.
- Mantiene más estables las constantes vitales.
- Proporciona ciclos regulares de sueño, siendo más profundo y estable.
- Disminución de periodos de agitación y llanto.
- Favorece el desarrollo neurológico y psicomotor.
- Mejora la lactancia materna.
- Reduce la estancia hospitalaria.
- Disminución de morbilidad y mortalidad perinatal.

➤ BENEFICIOS DEL MMC PARA LOS PADRES:

- Mejora el vínculo y el apego madre e hijo.
- Aumento de confianza en los padres en el cuidado de sus hijos.
- Disminución de la ansiedad de los padres por el estado de salud de su hijo.
- Al alta los padres se sienten más seguros en el cuidado de su bebé.

➤ PAPEL DE ENFERMERÍA

- Enfermería es la responsable de la adecuada realización de la técnica en este método.
- Deberá estar a disposición de los padres, para ayudarles e informarles tanto de forma oral como escrita, en todo lo que fuese necesario, lo cual motivará y alentará mucho a los progenitores.

➤ TÉCNICA DEL MMC:

- ✓ **MÉTODO INTERMITENTE**, el más utilizado. Durante un tiempo determina el bebé se pone en contacto con sus padres, tiempo mínimo 90-120min.
- ✓ **MÉTODO CONTINUO**, es el utilizado como alternativa de la incubadora, durante 24 horas al día.

CONCLUSIONES

En los primeros días de vida lo único que necesita un RN es leche, calor y amor. El MMC consigue el amor, la seguridad y el calor de una madre a un hijo, sin enchufes, sin aparatos informatizados, solamente los dos volviendo a lo natural, a lo humano.

Destacar la importancia de papel de enfermería para llevar a cabo con éxito éste método en las unidades neonatales.

Así el MMC aporta beneficios tanto para el RN como para los padres.

Resumen: El método madre canguro (MMC) es una técnica de cuidado para todo recién nacido, en especial para los pretérminos, que se basa en el contacto prolongado piel con piel favoreciendo una lactancia materna exclusiva. La prematuridad como el bajo peso al nacimiento son los índices más relacionados con la mortalidad infantil, para disminuirla, una de las técnicas a utilizar es el MMC el cual tiene difusión mundial y está avalado por la OMS.

El MMC involucra a la madre y al recién nacido y también a los padres o al otro progenitor, en el caso de parejas del mismo sexo.

Palabras Clave: Método madre-canguro; lactancia materna; pretérmino e incubadoras.

Objetivos

- Como objetivo general:

- Aumentar los conocimientos sobre los beneficios del método canguro planteando una mejora de educación en los padres con hijos recién nacidos.

- Como objetivos específicos;

- Describir los beneficios de la utilización del método canguro sobre los recién nacidos y a los padres.
- Proponer al personal sanitario que informen sobre los beneficios del método canguro de una forma clara y global a través de trípticos.
- Proporcionar Educación Sanitaria a los padres.

Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica utilizando las palabras clave, en buscadores tales como Pubmed, Cuiden, Dialnet, Scielo, base de datos de la OMS, AEP y Ministerio de Sanidad de España.

Resultados

Características del MMC:

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé.
- Lactancia materna exclusiva.
- De inicio en hospitalización y continuidad en domicilio.
- Los pretérminos reciben el alta en un breve tiempo.

Beneficios del MMC para el RN:

- Reduce riesgo de infección nosocomial y sepsis.
- Mantiene más estable las constantes vitales.
- Proporciona ciclos más estables de sueño, siendo más profundos y estables.
- Disminución de periodos de agitación y llanto.

- Favorece el desarrollo neurológico y psicomotor.
- Mejora la lactancia materna.
- Reduce la estancia hospitalaria.
- Disminución de morbilidad y mortalidad infantil.

Beneficios del MMC para los padres:

- Mejora el vínculo y el apego madre e hijo.
- Aumento de confianza en los padres en el cuidado de sus hijos.
- Disminución de la ansiedad de los padres por el estado de salud de su hijo.
- Al alta los padres se sienten más seguros en el cuidado de su bebé.

Papel de enfermería:

- El personal de enfermería es el responsable de la adecuada realización de la técnica en este método.
- Deberá estar a disposición de los padres, para ayudarles e informales de forma verbal como escrita, en todo lo que fuese necesario, lo cual motivará y alentará mucho más a los progenitores.

Técnica del MMC:

- MÉTODO INTERMITENTE: El más utilizado. Durante un tiempo determinado el bebé se pone en contacto con sus padres, tiempo mínimo 90-120min.
- MÉTODO CONTINUO: El utilizado como alternativa de la incubadora, durante 24 horas al día.

Conclusiones

En los primeros días de vida lo único que necesitan los recién nacidos es leche, calor y amor. El MMC consigue el amor, la seguridad y el calor de una madre a un hijo, sin enchufes, sin aparatos informatizados, solamente los dos volviendo a lo natural, a lo humano.

Destacar la importancia de enfermería para llevar a cabo con éxito este método en las unidades neonatales. Así el MMC aporta beneficios tanto para el RN como para los padres.

Bibliografía:

1. Charpack N, Figueroa N (Fundación Canguro). *Método madre canguro, guía de manejo*. 19 May 2015.
2. Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. *Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería*. Abril 2010.
3. Luaces Iraola A. *Implementación del método madre canguro como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso*. *Mediciego [Revista en Internet]* 18 (1). 2012
4. Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. *El método de la madre canguro*. *Acta Pediatr Esp*. 2007; 65(6): 286-291.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Cuidados desde el nacimiento, recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. 2010.

Capítulo 29

Burnout en trabajadores sanitarios de un Centro de Discapacitados Psíquicos

Autores:

Martín- Doimeadios Trujillo, Luis

Moreno Trenado, Vanessa

Barrios Moreno, Sofía

Martínez Gómez, José Luis

Trujillo Ruiz, Cristina

Calero Pareja, Asunción

BURNOUT EN TRABAJADORES SANITARIOS DE UN CENTRO DE DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

INTRODUCCIÓN

El **Burnout** (*estar quemado*) quedó definido por **Christina Maslach** (1976) como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Hoy en día es la denominación técnica para definir el desgaste profesional. Afecta mayoritariamente a aquellos trabajos que demandan una alta atención emocional y que conllevan un contacto directo con el sufrimiento ajeno. Uno de los principales grupos de riesgo de este síndrome lo forman los profesionales de la salud. Genera agotamiento progresivo, desmotivación para el trabajo, repentinos cambios del estado de ánimo acompañados de tristeza, melancolía, pesimismo y angustia. Según diversos estudios, esta forma de estrés crónico afecta a unos 43 millones de trabajadores de la Unión Europea con un coste directo de 20.000 millones de euros por absentismo laboral y disminución de la producción.

OBJETIVOS

1. Identificar el nivel de prevalencia de síndrome de Burnout en trabajadores sanitarios de una residencia de discapacitados psíquicos.
2. Valorar las áreas afectadas por el Burnout en estos trabajadores.



MUESTRA Y MÉTODOS

Para responder a los objetivos se ha llevado a cabo la realización de un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta heteroadministrada y cumplimentada de forma totalmente anónima y voluntaria; respetando la confidencialidad de los datos conforme a las normas oficiales vigente de acuerdo a la Asociación Mundial Médica y la Declaración de Helsinki, sin poner en conflicto ningún aspecto ético de los participantes. El test utilizado ha sido el cuestionario **Maslach Burnout Inventory (MBI)** que está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones y mide tres dimensiones del síndrome de Burnout:

1. Cansancio emocional
2. Despersonalización
3. Realización personal



Método de muestreo

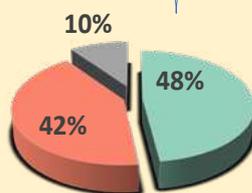
- EXCLUSIÓN:** trabajadores dados de baja laboral en ese momento. Trabajadores que se negaron a la realización de la encuesta.
- INCLUSIÓN:** trabajadores del centro activos en ese momento. Trabajadores dispuestos a la cumplimentación de la encuesta

El análisis de datos se ha realizado mediante estadística descriptiva expresando los resultados en: frecuencia absoluta (*n*), porcentaje (%) y media.

RESULTADOS



RIESGO DE BURNOUT



- Riesgo Bajo (48-168 puntos): 24 TRABAJADORES
- Riesgo Medio (169-312 puntos): 21 TRABAJADORES
- Riesgo Alto (>313 puntos): 5 TRABAJADORES

Basándonos en el hecho de que el síndrome de Burnout está compuesto por tres dimensiones (*cansancio emocional, despersonalización y satisfacción personal*) y el MBI mide cada una de ellas, podemos extraer los siguientes resultados con los datos obtenidos:

- El plano más afectado en los trabajadores es el cansancio emocional por las demandas de trabajo con un 72% de la muestra, seguido de la despersonalización, caracterizada por actitudes de frialdad y distanciamiento con el 16% de los encuestados afectados.
- El 90% refiere una gran satisfacción personal manifestado por autoeficacia y realización personal.
- Sumando la puntuación de los tres cuestionarios anteriores obtenemos que un 48% de la muestra tiene riesgo bajo, un 42% tiene un riesgo medio y solo un 10% de la muestra tiene un riesgo alto de padecer Burnout.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos obtenidos en nuestro estudio, dichos trabajadores podemos concluir que **se encuentran en un riesgo medio-bajo de padecer síndrome de Burnout. Los planos más afectados en dicha muestra son: el cansancio emocional seguido de la despersonalización**, los cuales determinan ese riesgo medio-bajo.

En cuanto a la realización personal obtenemos un dato positivo, pues a pesar de la carga de trabajo de estos profesionales, manifiestan una gran satisfacción personal.

Resumen: El Burnout se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y cansancio emocional. Afecta mayoritariamente a profesionales que trabajan en contacto directo con personas, siendo los sanitarios uno de los sectores más afectados.

Nuestro estudio consiste en la realización del cuestionario Maslach Burnout Inventory por auxiliares de enfermería de un centro de discapacitados psíquicos.

Los resultados muestran, que a pesar de la carga de trabajo y el cansancio emocional (72% de la muestra elegida), el riesgo de Burnout entre estos profesionales es bajo o medio (95% tienen riesgo bajo-medio) debido a los buenos resultados de realización personal (90% con gran realización personal).

Palabras Clave: Agotamiento Profesional; Despersonalización; Estrés Psicológico.

Introducción

El Burnout (estar quemado) quedó definido por Christina Maslach (1976) como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Hoy en día es la denominación técnica para definir el desgaste profesional. Afecta mayoritariamente a aquellos trabajos que demandan una alta atención emocional y que conllevan un contacto directo con el sufrimiento ajeno. Uno de los principales grupos de riesgo de este síndrome lo forman los profesionales de la salud. Genera agotamiento progresivo, desmotivación para el trabajo, repentinos cambios del estado de ánimo acompañados de tristeza, melancolía, pesimismo y angustia.

Según diversos estudios, esta forma de estrés crónico afecta a unos 43 millones de trabajadores de la Unión Europea con un coste directo de 20.000 millones de euros por absentismo laboral y disminución de la producción.

Objetivos

1. Identificar el nivel de prevalencia de síndrome de Burnout en trabajadores sanitarios de una residencia de discapacitados psíquicos.
2. Valorar las áreas afectadas por el Burnout en estos trabajadores.

Material y métodos

Para responder a los objetivos se ha llevado a cabo la realización de un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta heteroadministrada y cumplimentada de forma totalmente anónima y voluntaria; respetando la confidencialidad de los datos conforme a las normas oficiales vigentes de acuerdo a la Asociación Mundial Médica y la Declaración de Helsinki, no pone en conflicto ningún aspecto ético de los participantes. El test utilizado ha sido el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones y mide tres aspectos del síndrome de Burnout:

1. Cansancio emocional
2. Despersonalización
3. Realización personal

La población de estudio son 50 profesionales sanitario (auxiliares de enfermería) de un centro para discapacitados psíquicos graves.

Criterios de exclusión: trabajadores dados de baja laboral en ese momento. Trabajadores que se negaron a la realización de la encuesta.

Criterios de inclusión: trabajadores del centro activos en ese momento. Trabajadores dispuestos a la cumplimentación de la encuesta.

El análisis de datos se ha realizado mediante estadística descriptiva expresando los resultados en: frecuencia absoluta (n), porcentaje (%) y media.

Resultados

Basándose que el síndrome de Burnout está compuesto por tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y satisfacción personal) y el MBI mide cada una de ellas podemos extraer las siguientes conclusiones con los datos obtenidos:

- El plano mas afectado en los trabajadores es el cansancio emocional por las demandas del trabajo con el 72% demuestra cansancio emocional, seguido de la despersonalización, caracterizada por actitudes de frialdad y distanciamiento con el 16% de los encuestados afectados.
- En el aspecto de realización personal el 90% refiere una gran satisfacción personal, manifestado por autoeficacia y realización personal.
- Sumando la puntuación de los tres cuestionarios anteriores obtenemos que un 48% de la muestra tiene riesgo bajo, un 42% tiene un riesgo medio y solo un 10% de la muestra tiene un riesgo alto de padecer Burnout.

Conclusiones

Tras el análisis de los datos obtenidos en nuestro estudio, dichos trabajadores podemos concluir que se encuentran en un riesgo medio-bajo de padecer síndrome de Burnout. Los planos mas afectados en dicha muestra son: el cansancio emocional, seguido de la despersonalización. Los cuales determinan ese riesgo medio-bajo.

En cuanto a la realización personal obtenemos un dato positivo, pues a pesar de la carga de trabajo de estos profesionales obtenemos una gran satisfacción personal.

Bibliografía:

1. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJ. *Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel*. J Psychiatr Health Nurs. 2012;20(4):305-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22404294>

2. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. *El Burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados*. Información Psicológica. 2008; 91: 64-79. Disponible en: https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/1679/burnout_percibido.pdf?sequence=1

3. Portero de la Cruz.S, Vaquero Abellan. M. *Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Forthcoming 2015. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0284-2586.pdf

Capítulo 30

Caídas en mayores de 65 años. Situación actual y prevención desde la consulta de enfermería de atención primaria

Autora

López Juárez, M^a Pilar

CAÍDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS. SITUACIÓN ACTUAL Y PREVENCIÓN DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

Las caídas y sus secuelas son un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, son la 2ª causa mundial de muerte por lesiones accidentales no intencionales, siendo los mayores de 65 años el grupo de edad más afectado. Tienen graves consecuencias en personas de edad avanzada (heridas, fracturas, ingresos hospitalarios e incluso muerte). Aumentan la mortalidad en los mayores de 65 años, disminuyen su calidad de vida e implican un elevado coste sanitario y social.

Desde la consulta de enfermería de Atención Primaria se deben identificar posibles factores de riesgo e implementar programas de prevención, dirigiendo las recomendaciones a pacientes, familiares y cuidadores.

OBJETIVOS

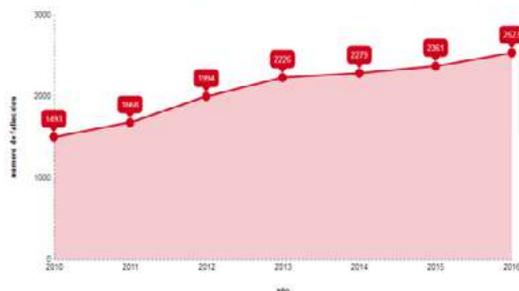
1. Evidenciar el aumento del número de muertes por caídas en mayores de 65 años a nivel nacional desde 2010 a 2016.
2. Identificar el grupo de edad mayor de 65 años donde se producen más muertes por caídas.
3. Analizar la situación en Castilla La Mancha.

MATERIAL Y MÉTODO

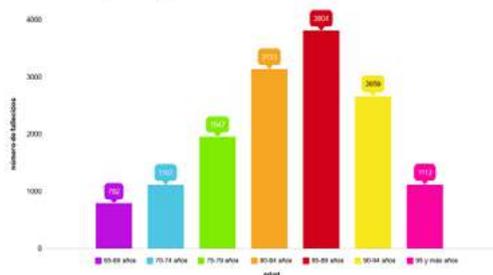
Se realiza una búsqueda sistematizada de artículos científicos en Pubmed. Se limita la búsqueda a trabajos con una antigüedad máxima de 5 años y en castellano. Palabras clave: "falls", "older age" y "primary care". Se revisa la publicación "WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age" de la OMS y la guía Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores de la RNAO. Se recopilan y analizan datos del Instituto Nacional de Estadística sobre defunciones por caídas, desde los años 2010 a 2016, a nivel nacional y regional.

RESULTADOS

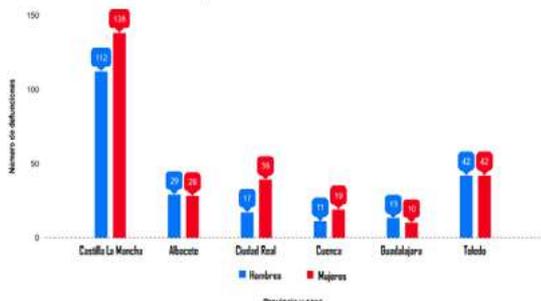
Defunciones por caídas accidentales en mayores de 65 años entre 2010 y 2016 en España



Defunciones por caídas accidentales en mayores de 65 años por grupos de edad entre 2010 y 2016 en España



Defunciones por caídas en Castilla La Mancha en 2014



CONCLUSIONES

1. En España, desde 2010 a 2016, aumentó un 69% el número de defunciones por caídas accidentales en mayores de 65 años. Casi la mitad de los fallecidos (48%) tenían edades comprendidas entre los 80 y los 89 años.
2. Toledo es la provincia castellano manchega donde mueren más mayores de 65 años tras sufrir una caída accidental, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos. En Ciudad Real, fallecen más del doble de mujeres que de hombres.
3. Las buenas prácticas basadas en la evidencia demuestran que es posible reducir las lesiones por caídas accidentales en las personas de edad avanzada con métodos relativamente costo eficientes. La disminución de las lesiones puede mejorar la calidad de vida y reducir el gasto socio-sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2005). Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. (Revisado). Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018), "Estadística de Defunciones según la Causa de la Muerte, Edad, 092 Caídas accidentales, total" [base de datos en línea], <http://www.ine.es> [consultado: 01 de febrero de 2018].
- 3 WHO. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization.

Resumen: Las caídas son un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, son la 2ª causa mundial de muerte por lesiones accidentales no intencionales, siendo los mayores de 65 años los más afectados. Tienen graves consecuencias en personas de edad avanzada (heridas, fracturas, ingresos e incluso muerte). Aumentan la mortalidad en mayores de 65 años, disminuyen su calidad de vida e implican un elevado coste sanitario y social.

Desde la consulta de enfermería de Atención Primaria se deben identificar posibles factores de riesgo e implementar programas de prevención, dirigiendo las recomendaciones a pacientes, familiares y cuidadores.

Palabras Clave: Accidental falls; Accidental Falls/statistics & numerical data; Aging.

Introducción

Las caídas y sus secuelas son un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, son la 2ª causa mundial de muerte por lesiones accidentales no intencionales, siendo los mayores de 65 años el grupo de edad más afectado. Tienen graves consecuencias en personas de edad avanzada (heridas, fracturas, ingresos hospitalarios e incluso muerte), Aumentan la mortalidad en los mayores de 65 años, disminuyen su calidad de vida e implican un elevado coste sanitario y social.

Desde la consulta de enfermería de Atención Primaria se deben identificar posibles factores de riesgo e implementar programas de prevención, dirigiendo las recomendaciones a pacientes, familiares y cuidadores.

Objetivos

1. Evidenciar el aumento del número de muertes por caídas en mayores de 65 años a nivel nacional desde 2010 a 2016.
2. Identificar el grupo de edad mayor de 65 años donde se producen más muertes por caídas.
3. Analizar la situación en Castilla La Mancha.

Material y Método

Se realiza una búsqueda sistematizada de artículos científicos en Pubmed. Se limita la búsqueda a trabajos con una antigüedad máxima de 5 años y en castellano. Palabras clave: “falls”, “older age” y “primary care”.

Se revisa la publicación “WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age” de la OMS y la guía Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores de la RNAO.

Se recopilan y analizan datos del Instituto Nacional de Estadística sobre defunciones por caídas, desde los años 2010 a 2016, a nivel nacional y regional.

Resultados

En España, el número de defunciones por caídas accidentales en mayores de 65 años se ha elevado considerablemente en los últimos años, pasando de 1493 defunciones en el año 2010 a 2523 defunciones en el año 2016.

En ese mismo período (2010-2016) y comprendiendo todo el territorio nacional, el subgrupo de edad dónde más defunciones por caídas accidentales en mayores de 65 años se producen es el comprendido entre los 85 y los 89 años, seguido por los comprendidos entre los 80 y 84 años y los 90 y 94 años.

Si pasamos a analizar la situación en Castilla La Mancha, sólo en el año 2014 (últimos resultados hallados, actualizados y publicados), observamos que es en la provincia de Toledo donde se produjeron más defunciones por caídas (42 hombres y 42 mujeres). En el polo opuesto se encuentra la provincia de Guadalajara, donde sólo se registraron 13 defunciones por caídas en hombres y 10 en mujeres.

Analizando estos datos, también llama la atención lo observado en la provincia de Ciudad Real, donde el número de defunciones por caídas en mujeres fue más del doble que el de hombres (39 defunciones en el sexo femenino frente a 17 del sexo masculino).

Conclusiones

1. En España, desde 2010 a 2016, aumentó un 69% el número de defunciones por caídas accidentales en mayores de 65 años. Casi la mitad de los fallecidos (48%) tenían edades comprendidas entre los 80 y los 89 años.
2. Toledo es la provincia castellano manchega donde mueren más mayores de 65 años tras sufrir una caída accidental, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos. En Ciudad Real, fallecen más del doble de mujeres que de hombres.
3. Las buenas prácticas basadas en la evidencia demuestran que es posible reducir las lesiones por caídas accidentales en las personas de edad avanzada con métodos relativamente costo eficientes. La disminución de las lesiones puede mejorar la calidad de vida y reducir el gasto socio-sanitario.

Bibliografía:

1. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2005). *Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores*. (Revisado). Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018), "*Estadística de Defunciones según la Causa de la Muerte, Edad, 092 Caídas accidentales, total*" [base de datos en línea], <http://www.ine.es> [consultado: 01 de febrero de 2018].
3. WHO. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: World Health Organization.

Capítulo 31

Calidad de vida en el niño con leucemia tratado con quimioterapia

Autores

Valero Carnicel, Sara

Talavera García, Irene

Ortega Santiago, Esperanza

García Díaz del Campo, Celia

Moya López, Lorena

CALIDAD DE VIDA EN EL NIÑO CON LEUCEMIA TRATADO CON QUIMIOTERAPIA

Sara Valero Carnicel, Irene Talavera García, Lorena Moya López, Celia García Díaz del Campo, Esperanza Ortega Santiago

INTRODUCCIÓN:

El cáncer es una enfermedad infrecuente en el periodo de la niñez. Representa entre 3% y un 4% del cáncer mundial y La tasa de supervivencia a 5 años de 0 a 14 años alcanza casi el 80%, según la *Sociedad Española de Hemato-Oncología Pediátrica*.

Representa la causa más habitual de muerte infantil por enfermedad.

El tipo de cáncer más frecuente en los niños es la Leucemia (25%), seguido de los tumores del Sistema Nervioso Central (19,6%) y los linfomas (13,6%), según el *Registro Nacional de Tumores Infantiles* de la *Sociedad Española de Oncología y hematología pediátrica*.

Los tratamientos más usados para tratarlo son: quimioterapia, cirugía y radioterapia.

Está caracterizado por ser muy invasivo y tener un crecimiento muy rápido, a pesar de ello, tiene una alta sensibilidad a la quimioterapia.

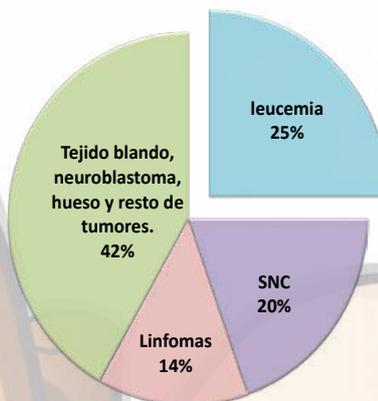
Las reacciones psicológicas más comunes en estos pacientes son la ansiedad y la depresión debido a los cambios en la apariencia física.

OBJETIVOS:

- Conocer las necesidades físicas y psicológicas del niño que está recibiendo quimioterapia
- Conocer los cuidados físicos y psicológicos que proporcionar al niño leucémico tratado con quimioterapia.
- Facilitar apoyo emocional a familia del niño leucémico tratado con quimioterapia.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de esta revisión bibliográfica se utilizaron como criterios de inclusión que los artículos estuviesen publicados en un margen de años entre 2010 y 2018 y que estuviesen relacionados con el tema de estudio. Se utilizaron las bases de datos "PubMed", "Medline" y "ProQuest". Las palabras de inclusión que se utilizaron para la realización de la búsqueda fueron: "Niños", "cáncer", "problemas psicosociales", "quimioterapia", "leucemia", "cuidados enfermeros", "enfermería", entre otros Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 23 artículos, 4 guías y 3 libros.



AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Adaptación a la enfermedad y tratamiento	• Retraso del desarrollo
Diagnóstico de cáncer	• Estrés
Incremento de la dureza de los tratamientos	• Aumento del sufrimiento
Largas estancias en hospitales	• Aislamiento y privación del juego.
Cambios físicos	• Ansiedad
Sentimientos de fragilidad o de ser indestructibles	• Conductas de extrema precaución o de elevado riesgo

AFECTACIÓN PSICO-SOCIAL DE LA QUIMIOTERAPIA

Caída del pelo, oscurecimiento de las uñas	• Alteraciones de la imagen corporal
Nauseas y vómitos	• Anorexia
Afectación de la autoimagen	• Tendencia a considerarse diferentes
Anemia	• Cansancio y limitaciones en el juego.
Debilitamiento del sistema inmunológico	• Aumento de enfermedades
Decisiones tomadas por los padres	• Disminución de la autonomía

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Extremar la higiene bucal
- Alimentación en menores cantidades y adecuadas a los gustos del niño.
- Aumentar el número de veces. Hipercalórica e hiperproteica.
- Disminuir la estimulación del vómito y registro de los mismos.
- Reposición hídrica. Oral o Intravenosa.
- Ejercicio suave, breve y habitual.
- Cuidar la autoestima
- Sensibilizar y educar a la familia y al colegio.
- Juego terapéutico
- Registro y valoración del dolor.
- Procurar administración por vía oral de medicamentos.

ATENCIÓN A LA FAMILIA:

- Tener en cuenta su situación y su estado sociocultural.
- Valorar la capacidad de la familia para afrontar la enfermedad y los cuidados.
- Animar a modelar la estancia de tal forma que permitan la comodidad de su hijo y el acercamiento de ellos hacia él.
- aconsejar la realización de actividades alternativas ya sea en pareja o con otros hijos.
- Animar a que los otros hijos sepan de la enfermedad y sean partícipes del cuidado del hijo enfermo.

CONCLUSIONES:

La calidad de vida del paciente oncológico pediátrico se ve afectada por los cambios físicos y psicosociales que vivirá a causa de la enfermedad. El niño manifestará sensaciones y sentimientos nuevos al igual que vivirá situaciones que percibirá como extrañas y dolorosas. Los cuidados los aplicaremos desde dos perspectivas: la física y la psicosocial. Procuraremos dar apoyo psicológico ya que a causa de la enfermedad y las situaciones que viven al padecerla el niño manifestará problemas tales como la ansiedad y la depresión, los cuales dificultarán la adherencia al tratamiento y harán menos llevadera la estancia del paciente en el hospital.

Resumen: *El cáncer implica un cambio en la vida de quien la padece. Estos cambios no se percibirán de forma positiva y, por lo tanto, la calidad de vida se verá afectada negativamente. Para poder mejorarla el enfermero será un elemento indispensable a través de los cuidados y la educación sanitaria.*

Debido al papel que juega la enfermería en el cuidado de estos pacientes y la confianza que depositan en él el niño y su familia, el profesional debe aprender a reconocer sentimientos y necesidades del paciente, así como a elegir adecuadamente los cuidados, lo que mejorará su calidad de vida.

Palabras Clave: *Niño; leucemia; quimioterapia.*

El cáncer es una enfermedad infrecuente en el periodo de la niñez pues representa entre 3% y un 4% del cáncer mundial y tiene un alto pronóstico de supervivencia. Si bien, éste altera ciertos aspectos importantes de la vida del niño. Sigue siendo la causa más habitual de muerte infantil por enfermedad.

Los tumores que, con más frecuencia, se suelen dar entre los 0 y los 14 años son: Leucemias un 30%, tumores del Sistema Nervioso Central un 20% y linfomas un 14%.

La calidad de vida del paciente oncológico pediátrico se ve afectada por los cambios físicos y psicosociales que vivirá a causa de la enfermedad. El niño manifestará sensaciones y sentimientos nuevos al igual que vivirá situaciones que percibirá como extrañas y dolorosas. Los distintos ámbitos en los que se verá afectada son:

- Adaptación al a enfermedad y al tratamiento, lo que supone un retraso en el desarrollo.
- Diagnóstico de cáncer con el consiguiente aumento del estrés.
- Incremento de la dureza de los tratamientos y por lo tanto del sufrimiento
- Largas estancias hospitalarias por lo que se ven aislados y privados del juego.
- Cambios físico, lo que suele crear ansiedad.
- Sentimientos de fragilidad o de ser indestructibles, lo que llevará a conductas de extrema precaución o elevado riesgo.

Además la quimioterapia afectará al niño de forma psico-social en distintos ámbitos:

- Alteraciones de la imagen corporal: caída del pelo u oscurecimiento de la uñas.
- Nauseas y vómitos: anorexia.
- Alteración de la autoimagen.
- Anemia con la consiguiente sensación de debilidad y, por lo tanto, limitaciones en el juego.
- Debilitamiento del sistema inmunológico y aumento de enfermedades.
- Aumento de las decisiones tomadas por los padres, por lo que su autonomía se ve disminuida.

El profesional de enfermería será el encargado de acompañar a estos pacientes y darles los cuidados necesarios, por lo que debe tener un conocimiento especial sobre la información y los cuidados. Los cuidados deben estar basados en:

- Extremar la higiene bucal
- Alimentación en menores cantidades y adecuadas a los gustos del niño.
- Aumentar el número de veces. Hipercalórica e hiperproteica.
- Disminuir la estimulación del vómito y registro de los mismos.
- Reposición hídrica. Oral o Intravenosa.
- Ejercicio suave, breve y habitual.
- Cuidar la autoestima
- Sensibilizar y educar a la familia y al colegio.
- Juego terapéutico
- Registro y valoración del dolor.
- Procurar administración por vía oral de medicamentos.

Los cuidados los aplicaremos desde dos perspectivas: la física y la psicosocial. Deben hacerse con cautela y de forma que el paciente se sienta seguro y confíe en nosotros pues nos relacionará con los procedimientos dolorosos a los que está siendo sometido. Convencer al paciente de que los cuidados serán positivos para su curación hará que ellos mismos intenten facilitarnos la tarea, participen activamente en su propio cuidado y sientan que son partícipes de la curación de su propia enfermedad.

Una parte muy importante de los cuidados es la atención a la familia del niño, ya que, su situación afectará directamente al estado del niño. Por lo que debemos brindarle cuidados como:

- Tener en cuenta su situación y su estado sociocultural.
- Valorar la capacidad de la familia para afrontar la enfermedad y los cuidados.
- Animar a modelar la estancia de tal forma que permitan la comodidad de su hijo y el acercamiento de ellos hacia él.
- Aconsejar la realización de actividades alternativas ya sea en pareja o con otros hijos.
- Animar a que los otros hijos sepan de la enfermedad y sean partícipes del cuidado del hijo enfermo.

En cuanto a la información debe ser consciente de que el paciente es un niño por lo que no entenderá como un adulto el proceso de enfermedad o los procedimientos a los que será sometido, habrá que seleccionar meticulosamente que información darle a él, que partes explicar más detalladamente, cual dar a los padres y cuál es la forma más indicada de hacerlo. En este ámbito juega un papel muy importante la educación sanitaria al niño y a los padres ya que al conocer la enfermedad disminuirán sus niveles de depresión y ansiedad.

Procuraremos dar apoyo psicológico ya que a causa de la enfermedad y las situaciones que viven al padecerla el niño manifestará problemas tales como la ansiedad y la depresión, los cuales dificultarán la adherencia al tratamiento y harán menos llevadera la estancia del paciente en el hospital.

Bibliografía

1. Mejías L, LLantá MC, de los Santos J, Lence JJ, Cabanas R, Martínez Y. *Calidad de vida percibida y reportada en oncopediatría*. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Ene- Abr 2013. Vol 3 (2).
2. American Cancer Society: *Nutrición para niños con cáncer*. 2014.
3. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Guía de Atención temprana: Cáncer en niños y adolescentes*. 1ª Edición 2015
4. Velázquez- Silva S, Zuluaga-Sarmiento L. *Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera 29 en su detección*. Duazary. 2015 Dic.
5. Yélamos C, García G, Fernandez B, Pascual C. Asociación Española Contra el Cancer: *El cáncer en los niños*. Guía Reducida. 2015.

Capítulo 32:

Calidad de vida en la enfermedad de Ménière

Autores:

Corredor Rivera, María Teresa

Arroyo Ayllón, David

Granados Navas, María de la Paz

REVISIÓN SISTEMÁTICA:

CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE

Autores:

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Ménière (EM) es una patología crónica e incurable del oído interno que cursa con episodios recurrentes de pérdida auditiva, vértigo, tinnitus y presión ótica. La severidad de sus síntomas y su cronicidad hace que en estadios avanzados llegue a ser incapacitante con un gran deterioro en la calidad de vida del paciente.

Los pacientes son diagnosticados en base a sus síntomas, y a los resultados de las pruebas diagnósticas (audiometría tonal, videonistagmografía y pruebas de estimulación calóricas). Son escasos y difusos los datos epidemiológicos de la enfermedad. Según algunas fuentes consultadas, es más frecuente en mujeres.

Los síntomas de la EM a menudo imprevisibles, pueden afectar negativamente a la calidad de vida

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es, a través de una recopilación de estudios científicos, evaluar la calidad de vida de las personas con EM en relación con la gravedad de los síntomas, e identificar los factores más fuertemente asociados con el deterioro de la calidad de vida en relación con la salud

METODOLOGIA

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de estudios que relacionaban padecer Enfermedad de Ménière y como afectan sus síntomas a la calidad de vida.

Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, Web Of Science, Medline, ESSCO host, Proquest y Google Académico. Los motores de búsqueda dieron un total de 2553 resultados.

Términos MESH utilizados: "Menier's disease", "endolyfhatic hydrops", "inner disorders", "quality of life".

Términos DESH utilizados: "Síndrome de Ménière", "Enfermedad de Ménière", "trastornos vestibulares", "hidropesía", "calidad de vida".

RESULTADOS

Un total de 14 estudios han sido los seleccionados para ésta revisión tras cumplir los criterios de inclusión (11 observacionales, 2 estudios piloto y uno de casos y controles). Todos los estudios coinciden en que la severidad de los síntomas, la falta de control de éstos y la cronicidad de la enfermedad, se asocian negativamente con la calidad de vida y el deterioro general de la salud. El promedio de los pacientes consideran las crisis de vértigo como las peor toleradas. Los factores emocionales como la ansiedad, depresión, aislamiento, estrés psicosocial, reflejan valores muy significativos. El afrontamiento negativo, se asocia negativamente con la calidad de vida. Todos los autores coinciden en que el rasgo de la personalidad es un fuerte predictor de la ansiedad, la fatiga y los problemas emocionales. El apoyo social se asocia positivamente con la calidad de vida. La EM afecta a tres dimensiones del individuo: la emocional, la funcional y la física.

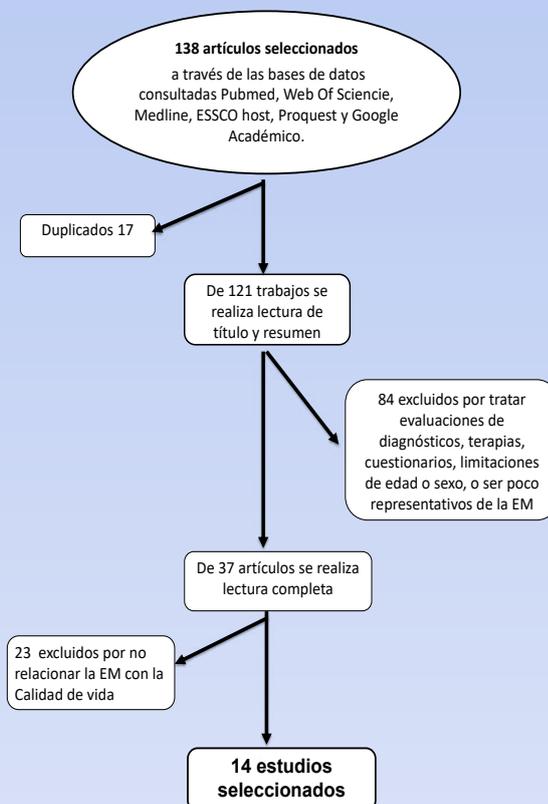
AUTOR/AÑO / PAIS	TIPO DE ESTUDIO/ POBLACIÓN	VARIABLE/S A ESTUDIO	ESCALA DE MEDICIÓN	RESULTADOS
Pyykkö, I. et al. 2015; EEUU	Observacional transversal descriptivo 200 sujetos	Discapacidad por vértigo periférico	Cuestionario de Discapacidad por Vértigo (DHI)	Respecto a la Calidad de Vida las personas con EM tienen menor independencia en los cuidados personales y otras actividades de la vida diaria.
Cruz-Zorrilla, GE et al. 2014	Observacional transversal analítico 75 sujetos	Vértigo	Cuestionarios: CEV/ HADS/VSS / DHI	Respecto a la CV, el principal factor es la percepción que el paciente tiene acerca de sus síntomas y la falta de control sobre éstos.
Romero, I. et al. 2010; España	Observacional transversal descriptivo 88 sujetos	Acúfeno, calidad de vida	Cuestionarios: EAV/THI, CAV	La incapacidad, presentaba relaciones estadísticamente significativas. Aunque la ansiedad no mostró relaciones significativas, estaba próxima a tenerla (p<0,06). Se observó un empeoramiento en la calidad de vida en relación a la afectación auditiva y/o estado de la enfermedad.
Levo, H. et al. 2014; Finlandia	Observacional transversal analítico 726 sujetos	Plenitud auditiva	EQ-SD/VAS/SOC/ Cuestionario de vértigo	CV: Efecto significativo sobre la CVRS. La presión auditiva afecta negativamente a los sujetos que la padecen. La relajación es el único método que muestra una significación estadística para poder aliviarla
Megan Porter et al., 2015; EEUU	Observacional transversal analítico 95 sujetos	Gravedad de los síntomas, apoyo social, calidad de vida y estilo de afrontamiento	Cuestionarios SF-12/DHI/ HHE-S/ITHQ/QoL**	La severidad de los síntomas y los estilos de afrontamiento negativo se asociaron negativamente con la calidad de vida de los pacientes. El apoyo social se asocia positivamente.
Levo, H. et al. 2010; Finlandia	Estudio Piloto 183 sujetos	Deterioro de la función, discapacidad, salud, calidad de vida	Cuestionarios EQ-SD ICF/PR/PCE/AL/IF/IT	Los pacientes mostraron: deficiencias el 70%, limitaciones en la actividad 39%, restricciones en la participación 47%, efectos sobre los factores contextuales ambientales 16%, y el 28% efectos sobre los factores contextuales personales. El deterioro general de la calidad de vida en el 62,8% de los sujetos.
Levo, H. et al. 2012; Finlandia	Observacional 726 sujetos	Limitaciones de la actividad, restricciones de la participación, actitudes, síntomas y calidad de vida	EQ-SD/ I-ET /EVA/ /TTO	Factores psicosociales influyen directamente en la gravedad de los acúfenos y en el resultado de disfunciones fisiológicas. Existe correlación entre el rasgo de la personalidad y el impacto de la EM.
Zapata, C. et al. 2011; España	Estudio Piloto 48 sujetos	Función sexual, Calidad de vida	Cuestionarios SF-36, DHI-S, FSFI, IIEF	Alta prevalencia de disfunción eréctil, que dobla la media nacional en los varones. Las mujeres presentaban alterados los dominios de satisfacción sexual y dolor.
Levo, H. et al. 2013; Finlandia	Observacional 726 sujetos	Fatiga, calidad de vida	EQ-SD VAS/TTO/1SD/SOC	Respecto a la fatiga, un 25,9%se sintieron sanos. La mayoría (46,5%) sintieron ligera o moderada. El 22,4% agotado, el 5,6% muy agotado y el 1,1% totalmente agotado. Correlación significativa entre fatiga y ansiedad, lo que indica asociación entre ambas.
Pyykkö, I. et al. 2015; EEUU	Observacional 183 sujetos	Medidas de impacto de la EM, calidad de vida	EQSD/VAS/ICF	Los resultados indican que los pacientes no fueron capaces de identificar los factores cruciales que describen la enfermedad, o que la enfermedad tiene más dimensiones que las definidas por ICF.
Stephens, D. et al. 2010; Reino Unido	Observacional 529 sujetos	Experiencias positivas, calidad de vida	EQ-SDVAS/TTO	La mayoría de los síntomas, especialmente inestabilidad, tinnitus, hiperacusia resultaron significativamente correlacionados con la ansiedad y la vitalidad. La Vitalidad se redujo especialmente en pacientes con ansiedad y con inestabilidad grave, crisis de caída, tinnitus, hiperacusia, y presión en el oído.
Nakayama, M. et al. 2010; Japón	Casos y controles 70 sujetos	Calidad del sueño	Polisomnografía-noche completa	La mala calidad de sueño puede provocar una carga adicional y llevar a los pacientes con EM a una espiral negativa de los síntomas.
Stephens, D. et al. 2012; Reino Unido	Observacional 183 sujetos	Tinnitus, Calidad de Vida	EQ-SD /cuestionarios ITI y oto-neuroológico	El tinnitus representó un componente específico significativo de la calidad de vida en la EM. Sin embargo, la medida 'estado de ánimo' en la escala de calidad de vida se asoció significativamente con el tinnitus severo
Gamboa, D. & Páez, A. 2013; Bogotá	Observacional descriptivo 14 sujetos	Vértigo, trastornos del equilibrio	Cuestionario de autoevaluación de discapacidad por vértigo(DHI)	Se registró un nivel medio alto de discapacidad generada por el vértigo, con mayor afección en la subescala física, en el grado IV. El vértigo asociado a enfermedad de Ménière clásico (VAEM), se asocia con el grado de discapacidad I, II, IV y V, y con el vértigo de origen objetivo.

CONCLUSIONES

Al tratarse de una enfermedad crónica que afecta a diferentes esferas del individuo, debería ser tratada desde un punto de vista multidisciplinar (médico rehabilitador y psicoterapéutico) que abordara todos los aspectos de la misma. El contexto personal, social y emocional juega un papel muy importante para promover actitudes positivas que repercutan favorablemente en su calidad de vida.

- Criterios de exclusión**
- Trabajos publicados antes de 2010;
 - Los que tuvieran limitación de edad o sexo;
 - Artículos que evalúen terapias o cuestionarios;
 - Publicaciones de valoraciones post-terapias
 - Estudios de casos individuales
 - Trabajos que se limitaban exclusivamente a analizar aspectos de la EM o la calidad de vida sin relación entre ambas.
 - Estudios con sintomatologías comunes a la EM pero con poca representación de pacientes con EM.

- Criterios de inclusión**
- Publicados en inglés y en español desde 2010 hasta la actualidad.
 - Las 50 primeras publicaciones de cada base de datos, ordenadas de mayor a menor relevancia.
 - Trabajos publicados que evaluaran signos y síntomas de la enfermedad, así como factores asociados a éstos que pudieran interferir o afectar en la calidad de vida de los pacientes



Resumen: La Enfermedad de Ménière (EM) es una patología crónica del oído interno que cursa con episodios recurrentes de pérdida auditiva, vértigo, tinnitus y presión ótica. La severidad de los de la síntomas y su cronicidad, hace que en estadios avanzados llegue a ser incapacitante.

El objetivo es ofrecer una revisión actualizada en la que se evalúe la calidad de vida de estos pacientes e identificar los factores asociados con el deterioro en su calidad de vida.

Hubo evidencias de las discapacidades físicas, funcionales y emocionales que repercutían en su vida diaria. Debería ser tratada desde un punto de vista multidisciplinar.

Palabras Clave: Enfermedad de Ménière; trastornos vestibulares; calidad de vida.

Introducción

La Enfermedad de Ménière (EM) es un trastorno progresivo y crónico del oído interno, asociado con episodios recurrentes de vértigo agudo, pérdida auditiva neurosensorial, tinnitus y presión auditiva. Es una enfermedad crónica e incurable. Se define en 1995 por la Comisión de la audición y el equilibrio de la Academia Americana de Otorrinolaringología-Cirugía de Cabeza y Cuello como "el síndrome idiopático de edema endolinfático.

La EM es una patología incapacitante que afecta a la calidad de vida del paciente.

Los pacientes son diagnosticados en base a sus síntomas, y a los resultados de las pruebas diagnósticas (audiometría tonal, videonistagmografía y pruebas de estimulación calóricas. No hay evidencias para el tratamiento médico más adecuado. Los síntomas pueden desaparecer un día y no volver nunca. O pueden llegar a ser tan graves, que sean incapacitantes. Pueden ir asociados ira, ansiedad, miedo, preocupación, dificultad de concentración, distracción, somnolencia, dolor de cabeza, pérdida de confianza en sí mismo y de autosuficiencia, náuseas, mareo, dolor o rigidez en el cuello, palpitaciones, sudor frío, distorsión del sonido y la sensibilidad, inestabilidad, entre otras.

La aceptación del paciente y la comprensión de la enfermedad son muy importantes para su afrontamiento.

Son escasos y difusos los datos epidemiológicos de la enfermedad. Según fuentes consultadas, es más frecuente en mujeres. El inicio suele tener lugar a principios de la edad adulta (49-67 años). Por lo general es una enfermedad unilateral, con una incidencia variable de casos bilaterales (10-30%).

La OMS define calidad de vida (CV) como la "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"(1994). El Grupo WHOQOL establece una serie de puntos de consenso, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: diversos aspectos de la vida del individuo (físico, emocional, social e interpersonal).
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: edad, etapa vital.

Objetivo

A través de una recopilación de estudios científicos, evaluar la CV de las personas afectadas con EM en relación con la gravedad de los síntomas y los factores más fuertemente asociados con el deterioro de la CVRS.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de estudios que relacionaban padecer EM y como afectan sus síntomas a la calidad de vida. Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, web of Science, Medline, ESSCO, host Proquest y Google Académico. Los motores de búsqueda dieron un total de 2553 resultados.

Los términos MESH utilizados fueron “Menier’s disease”, “endolyfhatics hydrops”, “inner disorders”, “quality of life”.

Criterios de inclusión:

1. Trabajos publicados en inglés y en español desde 2010 hasta 2015
2. Las 50 primeras publicaciones de cada base de datos, de mayor a menor relevancia.
3. Trabajos publicados que evaluaran signos y síntomas de la enfermedad, así como factores asociados a éstos que pudieran afectar en la CV de los pacientes.

Criterios de exclusión:

1. Trabajos publicados antes de 2010
2. Todos los que tuvieran limitación de edad o sexo
3. Artículos que evalúen terapias o cuestionarios
4. Publicaciones de valoraciones post-terapias
5. Estudios de casos individuales
6. Trabajos que se limitaban exclusivamente a analizar aspectos de la EM o la CV sin relación entre ambos.
7. Estudios con sintomatologías comunes a la EM pero con poca representación de estos enfermos.

Catorce estudios han sido los seleccionados para esta revisión tras cumplir los criterios de inclusión (11 observacionales, 2 estudios piloto y 1 casos y controles). Todos coinciden en que la severidad de los síntomas, la falta de control de éstos y la cronicidad de la enfermedad, se asocian negativamente con la calidad de vida y el deterioro general de la salud. El promedio de los pacientes consideran las crisis de vértigo como las peor toleradas. El principal factor que repercute en la CV se relaciona con la percepción del paciente en la falta de control de sus síntomas.

Los factores emocionales como ansiedad, depresión, aislamiento, estrés psicosocial, reflejan valores muy significativos. El afrontamiento negativo se asocia negativamente con la CV. Todos los autores coinciden en que el rasgo de la personalidad es un fuerte predictor de la ansiedad, la fatiga y los problemas emocionales. El apoyo social se asocia positivamente con la CV. La EM afecta a tres dimensiones del individuo: emocional, funcional y física.

Limitaciones:

1. La objetividad o subjetividad con que los participantes respondieran a los cuestionarios. Algunos sujetos tuvieron dificultades para identificar algunos de los factores principales que describen la enfermedad. Puede ser porque la enfermedad tiene más dimensiones que las definidas en la ICF (Clasificación Internacional de funcionamiento, discapacidad y salud), o por la heterogeneidad de las respuestas en cuestionarios con preguntas abiertas.
2. Idioma: solo se incluyen estudios publicados en inglés y español.

Conclusiones:

Al tratarse de una enfermedad crónica que afecta a diferentes dimensiones del individuo, debe evaluarse de forma minuciosa. No solo priorizar el tipo de tratamiento médico más adecuado, sino abordarse desde una perspectiva multidisciplinar (médica, rehabilitadora y psicoterapéutica) que le brinde al enfermo y a su familia una visión integral del manejo de la enfermedad.

Una modificación de la actitud dentro de un contexto personal y social basado en experiencias positivas, ha mejorado la percepción del impacto de la EM en muchos de éstos pacientes.

Bibliografía:

1. Aina J. Gulya, Harold F. Schuknecht; *Classification of endolymphatic hydrops*; in American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery ;1982; 3 (5):319-322.
2. Martín González C, González FM, Trinidad A, Ibáñez A, Pinilla M, Martínez Ruiz-Coello A, et al. *Medical management of Ménière's disease: A 10-year case series and review of literature*; Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology; 2010; 267(9):1371-6.
3. Anderson JP, Harris J. *Impact of Ménière's disease on quality of life*. Otolology & Neurotology. 2001; 22(6) 888-894.
4. Orji F. *The Influence of Psychological Factors in Meniere's Disease*. Annals of Medical and Health Sciences Research. 2014; 4(1):3-7.
5. Levo H, Kentala E, Rasku J, Pyykkö I. *Aural fullness in Ménière's disease*. Audiology & Neurotology. 2014;19(6):395-9.

Capítulo 33

Calidad de vida percibida por el paciente en hemodiálisis

Autores:

Moya García, Milagros

Del Hoyo Serrano, María Jesús

Pérez Trenado, M. del Prado

Fernández Melero, Alicia

Domínguez Tapiador, Beatriz

INTRODUCCIÓN:

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como: *“la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones esenciales para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”*. En pacientes con IRC el tratamiento de hemodiálisis se dirige a mejorar la calidad de su supervivencia. Es un hecho comúnmente observado que dos pacientes con idéntico criterios clínicos presentan respuestas totalmente diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere. Así pues, el tratamiento debe enfocarse a la forma en que se vive, en vez de a la cantidad de años vividos. Siendo lo realmente importante el cómo se siente la persona.

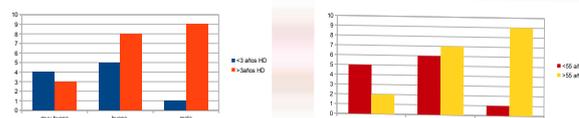
OBJETIVOS:

- Evaluar el estado emocional del paciente y no las medidas más objetivas como son T.A., valores analíticos, etc.
- Valorar la calidad de los cuidados.
- Ser una ayuda en el seguimiento individual del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO:

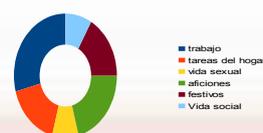
Se trata de un estudio descriptivo, con una muestra de 30 pacientes que llevaban en programa de hemodiálisis un mínimo de 6 meses. Antes de iniciar el estudio se les informó verbalmente y por escrito, la naturaleza y objetivos del estudio. Nadie se negó a participar. Se utilizaron 2 encuestas. Una validada para población general (**Perfil de salud de Nottingham**): escala de medida de estado general de salud que consta de 2 partes. La parte I mide el estado de salud subjetiva, solicitando respuestas sí/no a 38 expresiones dentro de 6 dimensiones: movilidad, energía, sueño, reacciones emocionales y aislamiento social. Parte II, pregunta sobre siete áreas de la vida diaria: trabajo, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, intereses, aficiones y vacaciones. Y otra más específica, para personas con enfermedad renal crónica tratados con HD (**KDQOL 36: kidney Disease and Quality of Life**).

Trata 26 ítems puntuados de 1 a 7 y divididos en 5 secciones: síntomas físicos, fatiga, depresión, relación y frustración. Se les hizo entrega de las encuestas y se les pidió que las realizaran el día de no diálisis (para evitar sesgos relacionados con el propio tratamiento). Aquellos que por impedimento físico no pudieran realizar las encuestas fueron pasadas por el personal durante la sesión de HD. Se realizó el recuento y valoración de las encuestas resumiéndolo en muy buena, buena y mala calidad de vida percibida y a continuación se relacionó con la edad y el tiempo que llevaban en el programa de HD (más de 3 años y menos de 3 años). Se han representado los datos en dos diagramas de barras para mostrarlos de forma sencilla.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- ✓ En la recogida de datos hemos observado que la CVRS está influida por múltiples factores que hay que tener en cuenta. Los aspectos de la vida que más afectan para percibir buena calidad de vida son: el trabajo, las aficiones, los días festivos, las tareas del hogar, y en último lugar la vida social y sexual. Lo hemos representado en el siguiente gráfico de sectores.



- ✓ En general los pacientes jóvenes, refieren la importancia del transplante para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, los mayores piensan que es un riesgo innecesario y prefieren seguir con su tratamiento de HD.
- ✓ Es necesario remarcar la diferencia de percepción que tiene el propio paciente de sí mismo, con la de algunos profesionales. El paciente se ve como un conjunto de características propias, mientras que algunos especialistas sólo observan datos clínicos sin ver a la propia persona.
- ✓ La edad y el tiempo que los pacientes llevan en HD también influyen de forma proporcional. Sólo se observó un paciente joven y con menos de 3 años en HD que percibiera como mala su calidad de vida.

Resumen: La CVRS se ha definido como “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar”.

Se utilizaron 2 encuestas. Una validada para población general (Perfil de salud de Nottingham) y otra validada para IRC (KDQOL 36: kidney Disease and Quality of Life). Se observó que los factores mas influyentes son el trabajo y las aficiones.

Palabras Clave: Calidad de vida percibida; paciente; hemodiálisis.

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como: “La evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones esenciales para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”. En pacientes con IRC el tratamiento de hemodiálisis se dirige a mejorar la calidad de su supervivencia. Es un hecho comúnmente observado que dos pacientes con idéntico criterios clínicos presentan respuestas totalmente diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere. Así pues, el tratamiento debe enfocarse a la forma en que se vive, en vez de a la cantidad de años vividos. Siendo lo realmente importante el cómo se siente la persona.

Objetivos

1. Evaluar el estado emocional del paciente y no las medidas mas objetivas como son T.A. ,valores analíticos, etc.
2. Valorar la calidad de los cuidados.
3. Ser una ayuda en el seguimiento individual del paciente.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo, con una muestra de 30 pacientes que llevaban en programa de hemodiálisis un mínimo de 6 meses. Antes de iniciar el estudio se les informó verbalmente y por escrito, la naturaleza y objetivos del estudio. Nadie se negó a participar.

Se utilizaron 2 encuestas. Una validada para población general (Perfil de salud de Nottingham): escala de medida de estado general de salud que consta de 2 partes. La parte I mide el estado de salud subjetiva, solicitando respuestas si/no a 38 expresiones dentro de 6 dimensiones: movilidad, energía, sueño, reacciones emocionales y aislamiento social. Parte II, pregunta sobre siete áreas de la vida diaria: trabajo, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, intereses, aficiones y vacaciones. Y otra mas específica, para personas con enfermedad renal crónica tratados con HD (KDQOL 36: kidney Disease and Quality of Life).

Trata 26 ítems puntuados de 1 a 7 y divididos en 5 secciones: síntomas físicos, fatiga, depresión, relación y frustración. Se les hizo entrega de las encuestas y se les pidió que las realizaran el día de no diálisis (para evitar sesgos relacionados con el propio tratamiento). Aquellos que por impedimento físico no pudieran realizar las encuestas fueron pasadas por el personal durante la sesión de HD. Se realizó el recuento y valoración de las encuestas resumiéndolo en muy buena, buena y mala calidad de vida percibida y a continuación se relacionó con la edad y el tiempo que llevaban en el programa de HD (más de 3 años y menos de 3 años).

Resultados y conclusiones

En la recogida de datos hemos observado que la CVRS está influida por múltiples factores que hay que tener en cuenta. Los aspectos de la vida que más afectan para percibir buena calidad de vida son: el trabajo, las aficiones, los días festivos, las tareas del hogar, y en último lugar la vida social y sexual. En general los pacientes jóvenes, refieren la importancia del trasplante para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, los mayores piensan que es un riesgo innecesario y prefieren seguir con su tratamiento de HD.

Es necesario remarcar la diferencia de percepción que tiene el propio paciente de sí mismo, con la de algunos profesionales. El paciente se ve como un conjunto de características propias, mientras que algunos especialistas sólo observan datos clínicos sin ver a la propia persona.

La edad y el tiempo que los pacientes llevan HD también influyen de forma proporcional. Sólo se observó un paciente joven y con menos de 3 años en HD que percibiera como mala su calidad de vida.

Bibliografía:

1. Hernández Meca, M. Encarnación; Ochando García, Antonio; Mora Canales, Javier; Lorenzo Martínez, Susana; López Revuelta, Katia. *Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería*. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. vol.8 n.2 abr./jun. 2005
2. Facultad de Medicina, Universidad Católica Santísima Concepción (UCSC), Concepción, Chile; Instituto de Nefrología Concepción. *Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)"*. Rev. Med. Chile v. 137 n. 2 Santiago feb 2009.
3. Françoise Contreras, Juan Carlos Espinosa; *Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*. Catálogo de Revistas Universidad Veracruzana: vol 18, n. 2 (2008).

Capítulo 34

Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con menopausia

Autores:

Riaza García, Antonia

García Sánchez, Ángel Santiago

García Calvo, Julia

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES CON MENOPAUSIA

AUTORES:

INTRODUCCION

En las últimas décadas han surgido cambios en la pirámide poblacional aumentando el número de mujeres en fase climaterica, esto unido al concepto de calidad de vida, le ha dado mayor relevancia al estudio de las modificaciones que ocurren en esta etapa de la vida. En el climaterio y menopausia se producen una gran variedad de manifestaciones clínicas que incluyen síntomas vasomotores, psíquicos, atrofia urogenital, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer, manifestaciones que tendrían su efecto en la calidad de vida de la mujer. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituye un indicador caracterizado por tomar en cuenta la perspectiva del individuo, dando cuenta de una subjetividad no evaluada por el resto de los indicadores utilizados en salud, siendo esta única cualidad la que le asigna un lugar que junto con la información clínica puede ser muy útil en la toma de decisiones médicas.

OBJETIVO

Identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas relacionados con la menopausia en un grupo de mujeres de ámbito urbano.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo transversal realizado en mujeres con diagnóstico de menopausia de un cupo de atención primaria en un centro urbano. La selección de la muestra se realizó por muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. Se incluyeron a las mujeres que cumplían los criterios establecidos para el diagnóstico de menopausia. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario que incluía variables sociodemográficas (edad, situación laboral, nivel de instrucción), variables antropométricas (peso, talla e IMC), antecedentes personales (diabetes, hipertensión arterial, edad de la primera regla, última menstruación y tratamiento hormonal). Para evaluar la calidad de vida en base a la intensidad de la sintomatología climaterica, se utilizó la escala de puntuación menopáusica (Menopause Rating Scale) aplicada y validada en castellano y que está compuesta por 11 síntomas y agrupada en tres dominios: somato-vegetativo, psicológico y urogenital. Los datos recolectados fueron analizados con el programa estadístico SPSS (versión 23) calculando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y media, mediana, desviación típica y rango intercuartílico (RI) para variables cuantitativas. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes.

RESULTADOS

Fueron estudiadas 43 mujeres con mediana de edad de 59 años RI (57-63). El 44,2% (19) trabajaba fuera de casa. El estado civil de los participantes se puede ver en la figura 1. El 51,2% (22) tenía estudios primarios. Un 14% (6) contaba con diagnóstico de Diabetes y un 39,5% (17) con el de Hipertensión Arterial. La mediana de edad de la menarquia se situó en 13 años RI (12-13). Respecto a la media de edad de comienzo de la menopausia, esta se situó en $49,6 \pm 4,3$ años. Los datos relacionados con la última menstruación de los entrevistados pueden verse en la figura 2. Un 46,5% (20) se encontraba en la categoría sobrepeso según los criterios de la OMS. Tan solo 3 participantes se encontraba en tratamiento hormonal con estrógenos. La puntuación total y por dimensiones obtenida con el instrumento MRS pueden verse en las figuras 3, 4, 5 y 6.



Figura 1



Figura 2

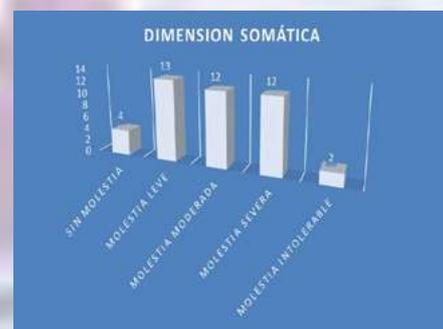


Figura 3

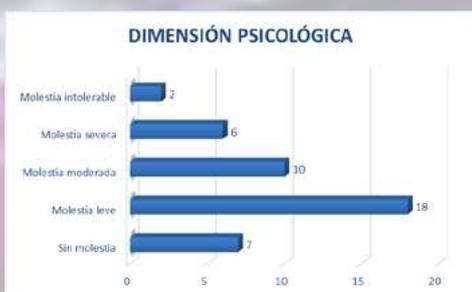


Figura 4

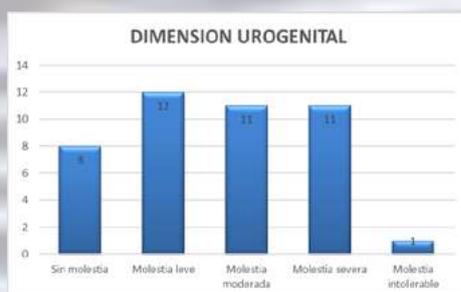


Figura 5



Figura 6

CONCLUSIONES

Al considerar la puntuación total de la escala MRS, el grupo se clasifica en la categoría de intensidad moderada. En relación a los dominios medidos en nuestro estudio, se detecta un mayor deterioro en la dimensión somática que incluye bochornos, dificultades del sueño y molestias musculares y articulares.

Resumen: *En el climaterio y menopausia se producen una gran variedad de manifestaciones clínicas que tendrían su efecto en la calidad de vida de la mujer.*

Mediante el siguiente estudio, se pretende identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas relacionados con la menopausia en un grupo de mujeres de ámbito urbano.

Para ello, se realizó un estudio transversal descriptivo observacional en mujeres con diagnóstico de menopausia en un centro de atención primaria.

El grupo estudiado presentan molestias moderadas relacionadas con la menopausia, con mayor deterioro de la dimensión somática con molestias musculares, articulares, bochornos y dificultades del sueño.

Palabras Clave: *Climaterio; Menopausia; Calidad de vida.*

Introducción

En las últimas décadas han surgido cambios en la pirámide poblacional aumentando el número de mujeres en fase climatérica, esto unido al concepto de calidad de vida, le ha dado mayor relevancia al estudio de las modificaciones que ocurren en esta etapa de la vida. En el climaterio y menopausia se producen una gran variedad de manifestaciones clínicas que incluyen síntomas vasomotores, psíquicos, atrofia urogenital, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer, manifestaciones que tendrían su efecto en la calidad de vida de la mujer. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituye un indicador caracterizado por tomar en cuenta la perspectiva del individuo, dando cuenta de una subjetividad no evaluada por la mayoría del resto de los indicadores utilizados en salud, siendo esta única cualidad la que le asigna un lugar que junto con la información clínica puede ser muy útil en la toma de decisiones médicas.

Objetivo

Identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas relacionados con la menopausia en un grupo de mujeres de ámbito urbano.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo transversal realizado en mujeres con diagnóstico de menopausia de un cupo de atención primaria en un centro urbano.

La selección de la muestra se realizó por muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. Se incluyeron a las mujeres que cumplían los criterios establecidos para el diagnóstico de menopausia.

Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario que incluía variables sociodemográficas (edad, situación laboral, nivel de instrucción), variables antropométricas (peso, talla e IMC), antecedentes personales (diabetes, hipertensión arterial, edad de la primera regla, última menstruación y tratamiento hormonal).

Para evaluar la calidad de vida en base a la intensidad de la sintomatología climatérica, se utilizó la escala de puntuación menopáusica (Menopause Rating Scale) aplicada y validada en castellano y

que está compuesta por 11 síntomas y agrupada en tres dominios: somato-vegetativo, psicológico y urogenital.

Los datos recolectados fueron analizados con el programa estadístico SPSS (versión 23) calculando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y media, mediana, desviación típica y rango intercuartílico (RI) para variables cuantitativas. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes.

Resultados

Fueron estudiadas 43 mujeres con mediana de edad de 59 años RI (57-63). El 44,2% (19) trabajaba fuera de casa. El estado civil de las participantes principalmente es casada (31), seguido de viuda y divorciada. El 51,2% (22) tenía estudios primarios. Un 14% (6) contaba con diagnóstico de Diabetes y un 39,5% (17) con el de Hipertensión Arterial. La mediana de edad de la menarquia se situó en 13 años RI (12-13). Respecto a la media de edad de comienzo de la menopausia, está se situó en 49,6+4,3 años.

Los datos relacionados con la última menstruación de los entrevistados se sitúan principalmente entre los 5-10 años (11) y 10-15 años (10). Un 46,5% (20) se encontraba en la categoría sobrepeso según los criterios de la OMS. Tan solo 3 participantes se encontraba en tratamiento hormonal con estrógenos. La puntuación total y por dimensiones obtenida con el instrumento MRS fueron:

- Dimensión Psicológica: Molestia leve (18), moderada (10), sin molestia (7), molestia severa (6) y molestia intolerable (2).

- Dimensión Urogenital: Molestia leve (12), moderada y severa (11), sin molestia (8) y molestia intolerable (1).

- Puntuación total MRS: Molestia moderada (17), leve (13), molestia severa (9), sin molestia (2) y molestia intolerable (2).

Conclusiones

Al considerar la puntuación total de la escala MRS, el grupo se clasifica en la categoría de intensidad moderada. En relación a los dominios medidos es nuestro estudio, se detecta un mayor deterioro en la dimensión somática que incluye bochornos, dificultades del sueño y molestias musculares y articulares.

Bibliografía:

1. López F, De Lorenzi DR, d'Andretta AC. *Calidad de vida en mujeres en fase de transición menopausica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS)*. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(6).

2. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. *Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS)*. Maturitas 2007;57:306-14.

3. De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Jr I. *Fatores indicadores da sintomatologia climacterica*. Rev Bras Ginecol Obstet 2005;27:12-9.

Capítulo 35

Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC

Autores:

Bermejo Cantarero, Alberto

Fernández Campos, Gloria

Torres Martín, Francisco Antonio

Muñoz de Morales Romero, Laura

Serrano Salcedo, Francisca

Calidad de Vida Relacionada con la Salud y adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC

INTRODUCCIÓN

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** (EPOC) se caracteriza por la presencia de una limitación del flujo de aire que se asocia con una respuesta inflamatoria anormal a gases o partículas tóxicas. La EPOC es considerada un importante problema de salud pública, en cuarta posición en cuanto a causas de muerte. La **adherencia al tratamiento** se define como la toma de la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento. La **Calidad de Vida Relacionada con la Salud** (CVRS) es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que estos tienen en su estado de salud. Se caracteriza por ser subjetiva, multidimensional y variable con el tiempo.

La EPOC afecta negativamente a la CVRS, provocando limitaciones en la vida diaria de los pacientes afectados.

Estudios previos han reportado que una buena adherencia al tratamiento mejora la CVRS, pero un aumento de la CVRS podría desencadenar la no adherencia. Hasta donde sabemos, ningún estudio ha explorado esta relación en nuestro entorno.

OBJETIVOS

- Analizar el nivel de CVRS de los enfermos diagnosticados de EPOC
- Analizar cómo afecta la adherencia al tratamiento a la CVRS de los pacientes diagnosticados de EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población fue seleccionada mediante un muestreo consecutivo que incluyó a pacientes hospitalizados en un hospital comarcal y pacientes que acudían a la consulta de Enfermería de Atención Primaria de una zona urbana. Todos los participantes debían tener diagnóstico previo de EPOC reflejado en su historia clínica. Para la medición de la CVRS se utilizó la versión validada y adaptada al español del **Cuestionario Respiratorio de Saint George** (CRSG), que consta de tres subescalas (síntomas, actividad e impacto) en el que **puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida**, con un rango de 0 a 100. Para la medición de la adherencia al tratamiento se utilizó el **Test de Morisky-Green**, de cuatro preguntas. Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan **NO** a las cuatro preguntas y **no cumplidores a quienes contestan SI a una o más preguntas**. La recogida de datos se realizó entre marzo de 2016 y diciembre de 2017. Los cuestionarios fueron auto administrados en los casos en los que los pacientes no presentaban ningún problema de comprensión lectora o déficit visual. Los participantes firmaron un documento de consentimiento informado. Se siguieron las normas deontológicas establecidas en la Declaración de Helsinki y los requerimientos de la ley de protección de datos española. **Análisis estadístico:** Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 15.0. Los resultados se expresan como distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. La comparación entre variables se realizó mediante estadística inferencial (ji al cuadrado o test exacto de Fisher; t de Student y U de Mann-Whitney). El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 75 participantes, el 88% (66) fueron hombres frente a un 12% (9) que fueron mujeres. La edad media fue de 74,43 (9,220) años. La media de la puntuación total del CRSG fue 60,87 (18,569) puntos, sin que se observaran diferencias significativas entre hombre y mujeres. Las puntuaciones para las diferentes subescalas del CRSG pueden verse en la Figura 1. El 32,8% (22) de los pacientes se avergüenza de toser en público y un 35,8% (24) considera que su enfermedad resulta una molestia para su entorno más cercano. La mayoría de los pacientes (79,5%) se asusta cuando no puede respirar, siente que no puede controlar su enfermedad (72,7), que ésta no va a mejorar (72,9%) y que es una persona inválida (62,1%) que no puede realizar actividades de la vida diaria con normalidad (81,7%). De los participantes que cumplimentaron el cuestionario de adherencia al tratamiento (n=34), un 61,8% (21) se consideraron cumplidores frente a un 38,2% (13) que no cumplían con el tratamiento prescrito. Las respuestas a las diferentes preguntas se muestran en la Figura 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia al tratamiento y la puntuación del CRSG ($p=0,075$), sin embargo, un 39,1% (27) de los participantes consideró que la medicación sirve de poco para tratar su enfermedad y un 22,1% (15) respondió que su tratamiento altera mucho su vida

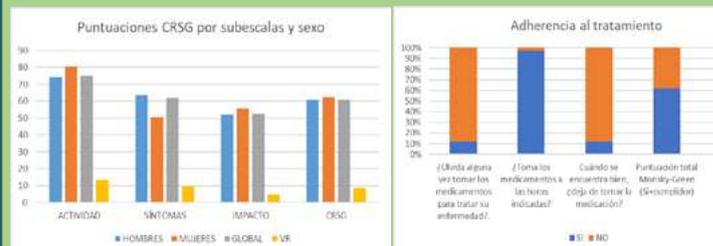


Figura 1: Puntuaciones del Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG) por subescalas y sexo.

VR: Valor de referencia en la población española

Puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida

Figura 2: Respuestas relativas al cuestionario Morisky-Green de adherencia al tratamiento

No cumplidores quienes contestan SI a una o más preguntas

DISCUSIÓN

El presente estudio indica que los pacientes diagnosticados de EPOC en nuestro entorno presentan una muy mala calidad de vida en comparación con la esperable según las puntuaciones normales en la población española con EPOC. Estos resultados son comparables con estudios previos que ya mostraban el impacto negativo de la EPOC estable sobre la CVRS en la población española.

Se observa que el mayor impacto de la EPOC recae sobre la subescala de actividad, limitando gravemente las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales.

Nuestros resultados muestran que la buena adherencia al tratamiento no está relacionada con una mejoría en la calidad de vida. Estos resultados son compatibles con los obtenidos en una revisión sistemática previa en la que se concluyó que, en la EPOC, la falta de adherencia a la medicación no tiene un claro impacto negativo sobre la CVRS. Aun así, estos resultados deben ser interpretados con cautela debido a la baja tasa de respuesta al cuestionario de adherencia al tratamiento en nuestro estudio. Dentro de las limitaciones debemos resaltar que no se diferenció entre pacientes hospitalizados y pacientes no hospitalizados. Así mismo, debido al tamaño muestral, los resultados pueden no ser extrapolables a la totalidad de la población con EPOC.

CONCLUSIONES

- Los pacientes con EPOC presentan una muy mala calidad de vida que afecta negativamente a las actividades de la vida diaria, crea discapacidad y tiene repercusiones negativas en su entorno.
- Una buena adherencia al tratamiento prescrito no supone una percepción de mejor calidad de vida por parte de los pacientes.

Resumen: La EPOC afecta negativamente a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Analizamos el nivel de CVRS de pacientes EPOC y cómo afecta la adherencia al tratamiento, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes hospitalizados y pacientes de Atención Primaria diagnosticados de EPOC. Para la medición de la CVRS se utilizó el Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG) y para la adherencia al tratamiento el Test de Morisky-Green.

La muestra presentó una muy mala calidad de vida que afecta negativamente a las actividades de la vida diaria, crea discapacidad y tiene repercusiones negativas en su entorno.

Palabras Clave: EPOC; Calidad de vida; Adherencia al tratamiento.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de una limitación del flujo de aire que se asocia con una respuesta inflamatoria anormal a gases o partículas tóxicas. La EPOC es considerada un importante problema de salud pública, en cuarta posición en cuanto a causas de muerte. La adherencia al tratamiento se define como la toma de la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que estos tienen en su estado de salud.

Estudios previos han reportado que una buena adherencia al tratamiento mejora la CVRS, pero un aumento de la CVRS podría desencadenar la no adherencia. Hasta donde sabemos, ningún estudio ha explorado esta relación en nuestro entorno.

Objetivos

Analizar el nivel de CVRS de los enfermos diagnosticados de EPOC y cómo afecta la adherencia al tratamiento a la CVRS de los pacientes diagnosticados de EPOC.

Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

La población fue seleccionada mediante un muestreo consecutivo que incluyó a pacientes hospitalizados en un hospital comarcal y pacientes que acudían a la consulta de Enfermería de Atención Primaria de una zona urbana. Todos los participantes debían tener diagnóstico previo de EPOC reflejado en su historia clínica. Para la medición de la CVRS se utilizó la versión validada y adaptada al español del Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG), que consta de tres subescalas en el que puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida, con un rango de 0 a 100.

Para la medición de la adherencia al tratamiento se utilizó el Test de Morisky-Green, de cuatro preguntas. La recogida de datos se realizó entre marzo de 2016 y diciembre de 2017. Los cuestionarios fueron auto administrados en los casos en los que los pacientes no presentaban ningún problema de comprensión lectora o déficit visual.

Los participantes firmaron un documento de consentimiento informado. Se siguieron las normas deontológicas establecidas en la Declaración de Helsinki y los requerimientos de la ley de protección de datos española.

Respecto al análisis estadístico, los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 15.0. Los resultados se expresan como distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. La comparación entre variables se realizó mediante estadística inferencial (χ^2 al cuadrado o test exacto de Fisher; t de Student y U de Mann-Whitney). El nivel de significación se estableció en una p.

Bibliografía:

1. Macario CC. *EPOC*. Barcelona: Respira-Fundación Española del Pulmón-SEPAR; 2016.
2. Matas AE, Crespo JF, Rodríguez CF, del PPMA. *Características clínicas de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de asma: Calidad de vida, control de la enfermedad y evolución de la función pulmonar*. 2016.
3. Arregui MAA, Ezquerro KL, López FC. *Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC*. *Anales de Medicina Interna*. 2007; 24 (10).

Capítulo 36

Calidad de vida y discapacidad a los 30 días postparto: incidencia y factores relacionados

Autores:

Carretero Cortés, Irene

Ortiz Esquinas, Inmaculada

Núñez-Barranco García, Gema

López Pizarro, María del Pilar

CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD A LOS 30 DÍAS POSTPARTO: INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

AUTORES

INTRODUCCIÓN

La mayoría de esfuerzos y recursos asistenciales (pruebas y controles de seguimiento) se concentran a lo largo del embarazo. Tras el parto la puérpera abandona el hospital y se enfrenta a una situación nueva y compleja, que implica cambios físicos, psicológicos, familiares y sociales. Actualmente se desconoce como queda afectada la calidad de vida y la presencia de discapacidad tras el parto, así como los factores que pueden influir sobre éstas.

OBJETIVO

Determinar la calidad de vida y discapacidad de las mujeres tras el parto y los factores asociados.

MÉTODO

Estudio de Cohortes prospectivas sobre 222 puérperas que reciben asistencia en el parto durante los meses de octubre de 2017 a enero de 2018 en la Gerencia de Atención Integrada de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx seleccionadas de forma consecutiva.

Criterios de exclusión: mujeres con recién nacido con muerte fetal anteparto y durante el primer mes tras el nacimiento.

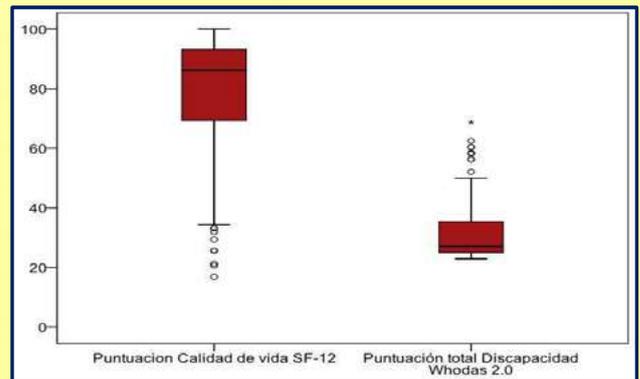
Las variables resultado principal fueron la Calidad de vida a través del cuestionario SF-12 (Puntuaciones <50 se considera mala calidad) y discapacidad mediante el cuestionario desarrollado por la OMS "Whodas 2.0" (puntuaciones >50 se considera discapacidad), valoradas por medio de entrevista telefónica a los 30 días del nacimiento. Las variables independientes utilizadas fueron sociodemográficos, relacionadas con la gestación, el parto y el relacionadas con estado del recién nacido y se obtuvieron a través de las historias clínicas y entrevista personal a las 24 tras el parto.

Análisis estadístico: SPSS 24.0. Análisis univariante y multivariante (regresión logística binaria) para control de la confusión con el procedimiento hacia atrás.

Tabla 1. Características de las mujeres a estudio y sus recién nacidos

Variables	% (n)	Variables	Media (SD)
Paridad		Edad (años)	32,4 (5,40)
Nulíparas	45,5% (101)	Edad gestacional (semanas)	39,2 (1,50)
Múltiparas	54,5% (121)	Peso Recién nacido	3158 (591,4)
Nacionalidad		Calidad de vida SF-12	78,9 (19,74)
Española	85,1% (189)	Función física	83,8 (26,89)
Extranjera	14,9% (33)	Rol físico	74,4 (40,62)
Tipo de gestación		Dolor corporal	84,1 (21,78)
Único	95,9% (213)	Salud general	70,0 (21,14)
Gemelar	4,1% (9)	Vitalidad	69,4 (23,47)
Tipo de parto		Función social	90,8 (17,94)
Eutócico	64,4% (143)	Rol emocional	82,4 (35,43)
Instrumental	8,9% (22)	Salud mental	76,2 (20,25)
Cesárea	25,7% (57)	Discapacidad Whodas 2.0	31,3 (9,10)
Episiotomía (p. vaginales)			
Si	22,9% (36)		
No	77,1% (121)		

Gráfico 1. Valoración global de la calidad de vida y discapacidad a los 30 días postparto.



- La incidencia de mala calidad de vida se situó en el 11,3% y la discapacidad en el 5,0% de las puérperas a estudio.
- Las dimensiones más afectadas (< 50 puntos) son la Vitalidad con el 21,6%, el Rol físico con un 20,3% y el estado emocional con un 13,5%.

Tabla 2. Factores asociados a mala calidad de vida y discapacidad. Análisis univariante y multivariante.

Variables independientes	Mala calidad de vida SF-12 (< 50 puntos)		Discapacidad Whodas 2.0 (> 50 puntos)	
	Valor p Univariante	OR IC 95% Multivariante	Valor p Univariante	OR IC 95% Multivariante
	Edad (> 35 años / <= 35 años)	0,039	2,63 (1,01-7,16)	<0,001
Paridad (primíparas/múltiparas)	0,488	NS	0,536	NS
Diabetes (Si/No)	0,329	NS	0,151	NS
Estados Hipertensivos del embarazo (Si/No)	0,380	NS	0,062	NS
Tipo de parto (Cesárea/vaginal)	0,082	NS	0,901	NS
Episiotomía (Si/No)	0,033	3,34 (1,12-9,30)	0,004	12,21 (2,48-60,10)
Desgarro grave o Tipo III-IV (Si/No)	0,051	NS	0,161	NS
Prematuridad (Si/No)	0,005	NS	No incluida	
Ingreso UCI neonatal (Si/No)	0,195	NS	No incluida	

- En el análisis univariante se evaluaron un total de 22 variables independientes, pero se decidió solo realizar un análisis multivariante con 9 variables por criterios clínicos y en algunos casos estadísticos.
- Tener más de 35 años y la práctica de episiotomía son los únicos factores relacionados con mala calidad de vida y discapacidad a los 30 días.
- Destaca la falta de relación con otros factores, especialmente con el tipo de parto.

CONCLUSIONES

La mala calidad de vida se situó en el 11% de las mujeres a los 30 días postparto y un 5% manifiesta presentar discapacidad.

Los únicos factores asociados a mala calidad y discapacidad son la edad materna y la práctica de episiotomía.

Los cuestionarios SF-12 y Whodas 2.0 son sencillos de administrar y podrían ser útiles para identificar a mujeres que pueden presentar potenciales problemas de salud y adaptación a su nueva situación tras el parto.

Resumen: **INTRODUCCIÓN:** El puerperio es un periodo postparto que conlleva cambios a nivel físico, psicológico, social y familiar. **OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida y discapacidad de las mujeres tras el parto y los factores asociados. **METODOLOGÍA:** Estudio de cohortes prospectivo sobre 222 puérperas entre octubre 2017 y enero 2018. **CONCLUSIONES:** El 11% de las mujeres presenta mala calidad de vida y un 5% manifiesta discapacidad. Los únicos factores asociados son la edad materna >35 años y la episiotomía.

Los cuestionarios SF-12 y Whodas 2.0 podrían ser útiles para identificar potenciales problemas de salud y adaptación.

Palabras Clave: Quality of Life; Postpartum Period; Episiotomy.

Introducción

La mayoría de los esfuerzos y recursos asistenciales que se emplean en el ámbito hospitalario, se concentran a lo largo de la gestación. Sin embargo, tras el parto, la puérpera se enfrenta a una situación nueva y compleja durante la cual se encuentra sola en muchas ocasiones. Algunas de ellas deciden consultar con su matrona, quien realiza una valoración bio-psico-social y una importante intervención de apoyo que les va a ayudar a adaptarse a los cambios físicos, psicológicos, sociales y familiares. No obstante, otras muchas de ellas, no presentan esta continuidad de cuidados puerperales.

Objetivo

Determinar la calidad de vida y discapacidad de las mujeres tras el parto y los factores asociados.

Metodología

Se trata de un estudio de cohortes prospectivo sobre 222 puérperas que reciben asistencia durante el parto entre los meses de octubre 2017 y enero 2018.

Como criterios de exclusión, aquellas mujeres con recién nacido con muerte fetal anteparto o durante el primer mes de vida.

Las variables resultado principales fueron dos: calidad de vida, valorada a través del cuestionario SF-12 en su versión reducida, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional. Y la otra variable resultado principal, discapacidad, valorada mediante el cuestionario desarrollado por la OMS Whodas 2.0. Este cuestionario ha sido aplicado en numerosas ocasiones para valorar el grado de discapacidad tras una enfermedad, sin embargo, es la primera vez que es aplicado a puérperas. Ambos cuestionarios fueron valorados a través de entrevista telefónica a los 30 días postparto.

Las variables independientes utilizadas fueron sociodemográficas, relacionadas con la gestación, el parto y el estado del recién nacido, entre otras. Estos datos se obtuvieron a través de las historias clínicas y entrevista personal a las 24 horas tras el parto.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS en su versión 24.0.

Resultados

Respecto a las características de las mujeres a estudio y sus recién nacidos, hemos obtenido que el 54,5% de las gestantes son multíparas y el 45,5% nulíparas. El 85,1% son de nacionalidad española y el 14,9% de nacionalidad extranjera. En el 95,9% de los casos se trata de gestación única frente al

4,1% de gestaciones gemelares. En el 64,4% las gestaciones finalizaron mediante parto eutócico, el 8,9% parto instrumental y el 25,7% parto por cesárea. En un 22,9% de los partos vaginales se realizó episiotomía y en un 77,1% no se realizó.

La edad media de las gestantes se sitúa en torno a 32 años. Con una edad gestacional media de 39,2 y un peso medio del recién nacido de 3158 gramos.

Tras dicotomizar las puntuaciones de los cuestionarios, se obtuvo una puntuación media de 79 en el cuestionario SF-12 (puntuaciones por debajo de 50 se considera mala calidad de vida). Y una puntuación media de 31 en el cuestionario Whodas 2.0 (puntuaciones mayores de 50 se considera discapacidad).

Por otro lado, hemos analizado las variables independientes para el cuestionario SF-12 sobre calidad de vida. En primer lugar, hemos llevado a cabo un análisis univariante encontrando que la edad, la práctica de episiotomía y la prematuridad se relacionaron con mala calidad de vida. Sin embargo al llevar a cabo un análisis multivariante, el cual es imprescindible para evitar el sesgo de confusión en los estudios observacionales, solamente la edad y la práctica de episiotomía siguen teniendo significación estadística, concretamente tener una edad superior a 35 años aumenta el riesgo de mala calidad de vida en 2,63 veces con respecto a las menores de 35 años. Y presentar una episiotomía aumenta el riesgo de mala calidad de vida en 3,34 veces con respecto a no tenerla.

También hemos analizado las mismas variables independientes pero para el cuestionario sobre discapacidad Whodas 2.0. Tras el análisis univariante encontramos de nuevo que la edad y la práctica de episiotomía se relacionaron con discapacidad.

Igualmente ocurre en el análisis multivariante, ambas variables ofrecieron un resultado estadísticamente significativo. Concretamente la edad mayor de 35 años aumenta el riesgo de discapacidad en 16.84 veces con respecto a las menores de 35 años. Y presentar una episiotomía presenta un riesgo aumentado de discapacidad de 12.21 veces con respecto a no tenerla.

Conclusiones

La mala calidad de vida se sitúa en el 11% de las mujeres a los 30 días postparto y un 5% manifiesta discapacidad.

Por otro lado, los únicos factores asociados a mala calidad de vida y discapacidad son la edad materna por encima de 35 años y la práctica de episiotomía.

Y por último, los cuestionarios SF-12 y Whodas 2.0 son sencillos de administrar y podrían ser útiles para identificar a mujeres con potenciales problemas de salud y adaptación a su nueva situación tras el parto.

Bibliografía:

1. Ware J, Kosinski M, Keller S. *A 12-Item Short-Form Health Survey*. Medical Care. 1996; 34(3):220-233.

2. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0*. Servicio Nacional de Rehabilitación. <http://www.who.int/iris/handle/10665/170500>.

3. Gandek B, Ware J, Aaronson N, Apolone G, Bjorner J, Brazier J et al. *Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries*. Journal of Clinical Epidemiology. 1998;51(11):1171-1178.

Capítulo 37

Calidad del sueño en el paciente hospitalizado y factores relacionados

Autor:

Sánchez-Mateos Ramos, Sergio

CALIDAD DEL SUEÑO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO Y FACTORES RELACIONADOS

Autores

Introducción

El proceso de hospitalización puede afectar negativamente la calidad del sueño de los pacientes debido a los numerosos factores intrínsecos y extrínsecos que participan. En este sentido es de gran importancia para los profesionales enfermeros, responsables de los cuidados de los pacientes hospitalizados, conocer la prevalencia de estas alteraciones así como sus principales factores responsables.

Objetivo

Evaluar la calidad del sueño en pacientes hospitalizados y determinar la prevalencia de los factores asociados.

Método

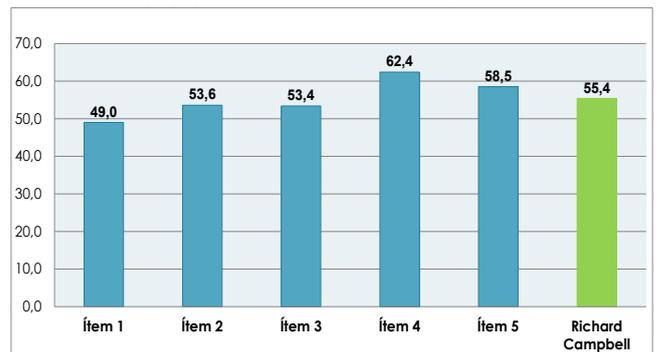
- Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de 100 pacientes hospitalizados en diversas unidades.
- Criterios de exclusión: edad menor de 18 años. Pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, reanimación, salud mental y urgencias. Pacientes obstétricas. Minusvalías cognitivas y sensoriales.
- Método de evaluación: Cuestionario del Sueño de Richard Campbell (RCSC) y test de realización propia para identificar qué factores son los perturbadores del sueño en los pacientes hospitalizados.
- Análisis estadístico: SPSS 24.0.

Resultados

Tabla 1. Características de la muestra de estudio

Variable	100 (n/%)	Media ± DE	Valor p	
Sexo				
Hombre	49 (49)	55,6 (22,40)	0,942	
Mujer	51 (51)	55,2 (22,18)		
Edad				
Hasta los 40 años	15 (15,2)	55,47 (15,70)	0,932	
41-60 años	29 (29,3)	57,44 (23,06)		
61-80 años	35 (35,4)	54,74 (26,69)		
>80 años	20 (20,2)	53,20 (20,75)		
Servicios de hospitalización				
Medicina Interna 4	24,5 (24,0)	54,41 (23,54)	0,660	
Traumatología	19 (19,4)	54,31 (21,62)		
Medicina Interna 2	19 (19,4)	51,89 (23,50)		
Cirugía	17 (17,3)	53,18 (20,25)		
Urología	2 (2,0)	82,00 (5,65)		
Medicina Interna 1	7 (7,1)	63,14 (25,16)		
Digestivo	10 (10,2)	55,40 (27,92)		
Número de horas				
<6	45 (45)	42,13 (18,75)		<0,001
6-8	39 (39)	62,46 (19,43)		
>8	16 (16)	75,37 (18,13)		

Gráfico 1. Puntuaciones del Cuestionario Richard Campbell (RCSC)



La puntuación total del cuestionario es de 55,4, siendo el ítem 1, perteneciente a la profundidad del sueño, el que menos puntuación presenta. El resto de puntuaciones corresponden a conciliación del sueño (ítem 2), interrupciones nocturnas (ítem 3), reconciliación posterior a interrupción (ítem 4) y calidad general del sueño (ítem 5).

Tabla 2. Factores asociados al deterioro de la calidad del sueño. Análisis multivariante

Factor a estudio	Media ± DE	Coefficiente de correlación	Valor p
Dolor	3,64 (3,50)	-2,39	0,016
Murmullo en los pasillos	3,30 (3,40)	-0,098	0,331
Preocupaciones/ansiedad	3,05 (3,46)	-2,27	0,006
Temperaturas altas	3,00 (3,64)	-0,066	0,515
Preocupaciones sociales	2,97 (3,60)	-0,070	0,489
Características de la cama	2,74 (3,48)	-0,059	0,559
Aparatos, sondas, vías...	2,28 (3,20)	-0,027	0,791
Sonidos de la habitación	2,17 (3,02)	-1,12	0,246
Compañero de habitación	2,15 (3,40)	-1,68	0,094
Falta de intimidad	1,98 (3,23)	-1,76	0,079
Camisón	1,88 (3,03)	-0,071	0,482
Exceso de familiares	1,82 (2,90)	-0,040	0,695
Luces en los pasillos	1,80 (3,00)	-0,060	0,550
Luces en la habitación	1,72 (2,86)	-1,25	0,216
Horario de los cuidados	1,72 (2,86)	-0,033	0,746
Horario de los tratamientos	1,60 (2,74)	-0,080	0,426
Toma de constantes	1,42 (2,67)	-0,053	0,600
Temperaturas bajas	1,41 (2,60)	-0,019	0,854

- En este análisis multivariante se busca establecer una correlación estadística entre diversas variables sociodemográficas y clínicas con la calidad del sueño, añadiéndose una tabla representativa con los principales factores alteradores del sueño en el proceso de hospitalización.
- Temperaturas altas, preocupaciones/ansiedad, murmullo en los pasillos y especialmente el dolor se presentan como los principales factores relacionados.
- La calidad del sueño se encuentra correlacionada estadísticamente de forma negativa con los factores ansiedad y dolor ($p < 0,05$)

Conclusiones

- ◆ La evaluación del Cuestionario de Richard Campbell indica que la calidad del sueño de los pacientes pertenece al sector intermedio de sus puntuaciones (regular), siendo presentes un abundante número de interrupciones nocturnas y baja profundidad del sueño.
- ◆ No se establece correlación estadística entre calidad del sueño y las siguientes variables: sexo, edad y unidad de hospitalización.
- ◆ Los principales influyentes del deterioro de la calidad del sueño en los pacientes fueron el murmullo en los pasillos, dolor y ansiedad y/o preocupación generada por el proceso de enfermedad, estableciéndose una correlación estadística de estos dos últimos factores con una menor calidad del sueño.

Resumen: A la luz de los resultados de los diversos estudios, es conocido que los pacientes se quejan con habitual frecuencia de numerosos factores de diversa índole que interfieren en su calidad del sueño durante su estancia hospitalaria. Así, dichas alteraciones no se fundamentan únicamente por la presencia de un factor, sino que el gran abanico de combinaciones de factores intrínsecos y extrínsecos es el responsable del deterioro de la calidad del sueño de los pacientes. La identificación de estos factores por parte del profesional sanitario es fundamental para ayudar a limitar las negativas consecuencias derivadas de una privación del sueño.

Palabras Clave: Calidad del sueño; Richard-Campbell; Factores de riesgo.

Introducción

El sueño es una de las actividades más fundamentales, pues es una necesidad física y psicológica para todos los seres humanos e, independientemente de nuestro hábito de sueño, es fundamental para una salud adecuada que nos permita realizar todas las actividades necesarias durante el período de vigilia. No obstante, en la actualidad los trastornos del sueño suponen uno de los principales problemas sanitarios del mundo actual, estableciéndose datos de prevalencia amplios, ya que se estima que alrededor del 12-25% de la población general padece algún tipo de trastorno de esta índole, siendo los más comunes: la somnolencia y el cansancio, el insomnio y los trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia.

Dichos trastornos, según datos de estudios, son más prevalentes en los pacientes hospitalizados, datos que se encuentran en contraposición al ideal sanitario, cuyo proceso de enfermedad les implica unas necesidades fisiológicas de sueño más amplias, necesidades que, en gran cantidad de ocasiones, pueden verse truncadas por diversos factores de diversa índole.

Objetivo

Evaluar la calidad del sueño en pacientes hospitalizados en el Hospital Mancha Centro e identificar los principales factores que pueden alterarlo.

Método

Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de 100 pacientes hospitalizados en diversas unidades del Hospital Mancha Centro de Alcázar de San Juan realizado a partir del cuestionario del sueño de Richard-Campbell (RCSC), junto con un cuestionario que recopiló información sociodemográfica, clínica y diversos factores alteradores del sueño.

Resultados

La calidad del sueño obtuvo una puntuación media de 55,4 puntos (DE=27,3) que, según el cuestionario utilizado, pertenece a una puntuación considerada como regular. En una escala de 0 a 10 los pacientes consideraron el dolor (puntuación promedio=3,64) y la ansiedad y/o preocupación generada por el proceso de enfermedad (puntuación promedio=3,65) como los principales factores que alteran la calidad del sueño (p).

Bibliografia:

1. Dogan O, Ertekin S, Dogan S. *Sleep quality in hospitalized patients*. J Clin Nurs. 2005;14:107-13.
2. Dobing S, Frolova N, McAlister F, Ringrose J. *Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population*. Plos One. 2016; 11 (6): e0156735.
3. Delaney LJ, Van Haren F, Lopez V. *Sleeping on a problema: the impact of sleep disturbance on intensive care patients- a clinical review*. Ann Intensive Care. 2015;5:3.
4. Capuccio FP, Cooper D, D'Elia, Strazzullo P, Miller MA. *Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies*. Eur Heart J. 2011;32 (12): 1484-92.
5. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B, Bujis RM, Kreier F, Pickering TG. *Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey*. Hypertension. 2006;47 (5): 833-9.

Capítulo 38

Calidad del sueño en profesionales de enfermería con turno rotatorio

Autores:

Granados Navas, María de la Paz

Arroyo Ayllón, David

Corredor Rivera, María Teresa

CALIDAD DEL SUEÑO EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA CON TURNO ROTATORIO



INTRODUCCION



El sistema de trabajo por turnos tiene repercusiones sobre la vida, la salud, el bienestar de los enfermeros/as y la calidad del sueño. Está asociado a trastornos de los sistemas orgánicos, pero sobre todo a trastornos del ciclo vigilia-sueño, de ahí que el principal problema de realizar turnos de trabajo rotatorio y/o nocturno es la alteración del ritmo circadiano; nuestro organismo está "programado" para trabajar por el día y descansar por la noche. La necesidad de prestar cuidados las 24 horas del día los 365 días del año, implica para enfermería la obligatoriedad de trabajar en un sistema de turnos rotatorios, que incluyen la realización de jornadas laborales nocturnas.

OBJETIVO

Conocer la relación entre el trabajo a turnos y/o nocturno y la calidad del sueño en el personal de enfermería.

METODOLOGÍA

Para conocer que se sabe sobre la relación entre el trabajo a turnos y/o nocturno y la calidad del sueño en el personal de enfermería, se llevo a cabo una búsqueda bibliográfica tanto en inglés como español, entre los meses de marzo a mayo de 2016. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Cochrane y los metabuscadores Tripdatbase y Epistemionikos. En la estrategia de búsqueda se combinaron diferentes palabras claves: (Night work OR shift work) AND (Quality sleep OR Sleeping Quality) AND nurse. Además, se realizó una búsqueda manual a través de las referencias citadas en los estudios seleccionados. La calidad de los estudios se evaluó mediante la declaración de Strobe para estudios observacionales.

Criterios de inclusión

- Abordaran la calidad del sueño en profesionales de enfermería con turnos rotatorios y/o nocturno.
- No presentasen patologías previas relacionadas con los trastornos del sueño.
- Publicados en inglés y español entre los años 2005 y 2016.
- Estudios observacionales, que utilizasen cuestionarios para valorar el parámetro a estudio.

Criterios de exclusión

- Trabajos publicados antes del 2005
- Que no abordaran la calidad del sueño en enfermería
- Los que incluían patologías previas relacionadas con la privación del sueño en enfermería.

RESULTADOS

Esta revisión identificó 17 estudios (observacionales de los cuales 16 eran transversales y uno longitudinal) sobre la relación entre la calidad del sueño y los turnos rotatorios y/o nocturnos en el personal de enfermería. La calidad del sueño fue evaluada mediante cuestionarios: Pittsburg Sleep Quality Index, Cuestionario Karolinska, Cuestionario de Ovieo, en tres estudios no especifica el tipo de cuestionario utilizado (son cuestionarios estandarizados y validados para analizar la duración y la calidad subjetiva del sueño). Globalmente, los resultados de esta revisión sugieren que los turnos rotatorios y/o nocturnos se asocian negativamente con la mala calidad del sueño en este tipo de profesionales. Los hallazgos de los estudios incluidos en esta revisión muestran los efectos negativos sobre la calidad del sueño en los profesionales sanitarios a través de diferentes trastornos como son el insomnio, hipersomnio, síntomas gastrointestinales, niveles elevados de tensión, estrés, acumulación de fatiga, interrupciones del sueño, ansiedad, somnolencia excesiva.

AUTOR/ AÑO	TIPO DE ESTUDIO/ POBLACION	MEDICION CALIDAD DEL SUEÑO	RESULTADOS
Min-Huey Chung, et. al. 2007	Transversal 137	PSQI	El predictor más fuerte en la calidad del sueño era multitudin-vespertinidad, no el cambio de horario. La edad avanzada y más años de experiencia disminuyeron el riesgo de empeorar la calidad del sueño. Se mostró también que las enfermeras en el turno de noche tuvieron mayor riesgo de una mala calidad de sueño comparada con los turnos de mañana.
Jaime Ernesto Vargas Mendoza, et al. 2007	Transversal 20	Cuestionario Ovieo del Sueño	Todos los sujetos manifestaron trastorno de insomnio con una frecuencia ligeramente mayor para el turno matutino. Las enfermeras del turno nocturno reportaron una prevalencia notoriamente mayor de hipersomnio.
Moon Fai Chan. 2008	Transversal 163	KSQ	Más del 70% de las enfermeras informaron de sueño insuficiente. La edad avanzada, síntomas gastrointestinales, niveles elevados de tensión y la mala calidad del sueño, contribuyeron a tener un sueño insuficiente.
Maria Cecilia Pires da Rocha, et al 2008	Transversal 203	PSQI	Los resultados indicaron que hubo una correlación significativa entre estrés y sueño y entre niveles elevados de estrés y mala calidad de sueño para los enfermeros del turno de la mañana.
Yuri P Zverev, et al. 2009	Longitudinal 22	SSQ	El turno de noche se asoció con una reducción de la calidad y duración del sueño. Los efectos del turno de noche persistieron durante los días del periodo de recuperación, lo que indica acumulación de fatiga.
Ricard Bonet-Porqueras, et al. 2009	Transversal 476	Cuestionario validado	Con relación a los trastornos de la salud, en el turno de noche, se observa una prevalencia superior de trastornos del apetito. También fueron significativamente superiores en el turno de noche la proporción de problemas de insomnio e interrupciones del sueño, tanto si dormían de día como de noche respecto al turno de día.
Zohreh Yazdia, et al. 2010	Transversal 160	PSQI	La prevalencia en cuanto a la pobre calidad de sueño era alta. Más de la mitad de las participantes tenían mal el sueño. Las enfermeras en turno de noche presentaban peor calidad de sueño en este estudio y no se encontró una asociación significativa entre el tipo de turno con la edad de las enfermeras y con su calidad del sueño.
Ming-Fen Shao, et al. 2010	Transversal 435	PSQI	La mayoría de las mujeres que trabajaban por turnos tenían mala calidad e insuficiencia del sueño. La mala calidad del sueño y la calidad de vida estaban relacionadas con disforia premenstrual, accidentes de trabajo, enfermedades y uso de medicamentos.
Ayten Demir Zencirci, Sumeyye Arslan, et al. 2011	Transversal 542	PSQI	La mayoría de las variables socio-demográficas no afectaron la calidad del sueño. Los participantes con mala calidad del sueño tenían niveles bastante altos de Burnout. La mayoría de las enfermeras que pertenecían a un tipo de trabajo que no es turno de mañana ni de tarde, tenían mala calidad del sueño.
Milva Marie Figueiredo De Martino, et al. 2011	Transversal 60	PSQI	Los resultados mostraron mala calidad del sueño en enfermeras que trabajan por turnos. Se demuestra que la calidad de sueño durante el día es peor cuando se compara con el sueño nocturno, el sueño durante el día tenía mala calidad debido a la gran cantidad de micro-despertares, así como los sonidos ambientales y factores, tales como la luz del día.
Habibollah Dehghan, et al. 2012	Transversal 82	PSQI	Los resultados de este estudio mostraron que la calidad del sueño entre turnos de trabajo de las enfermeras y el estado de ansiedad, como problema psicológico, se correlacionan negativamente.
Shu-Hui Lin Rn, et al. 2012	Transversal 266	Cuestionario validado	Los resultados mostraron que independientemente del turno de trabajo que realizaron las enfermeras, informaron de estrés en el trabajo, mala calidad del sueño y percepción subjetiva moderada de la salud. Se observaron las siguientes relaciones significativas: el trabajo estaba inversamente relacionada con la calidad del sueño, relacionada directamente con la percepción subjetiva del estado de salud.
M.C. Moreno Arroyo, et al. 2013	Transversal 52	Cuestionario validado	El 95,45% de los profesionales con turno de 7 h duermen una media de 6 a 8 h diarias, dándose diferencias estadísticamente significativas con un descenso de horas en el turno de 12 h. No se observan diferencias estadísticamente significativas en la facilidad de obtener un sueño reparador.
Valéria de Castilho Palthares, et al. 2014	Transversal 264	PSQI	El trabajo en el turno de noche se asoció con empeoramiento grave de al menos un componente de la calidad del sueño. La calidad del sueño se correlaciona estrechamente con la calidad de vida.
Ching-Yi Lee, et al. 2015	Transversal 398	PSQI	El 70,1% de las participantes manifestaron junto con el trabajo de noche los niveles más altos de perturbaciones emocionales, mayor vulnerabilidad al insomnio, que fueron predictores de la mala calidad del sueño. El cronotipo no fue predictor de mala calidad de sueño.
Akram Jafari Roodbandi, et al. 2015	Transversal 315	PSQI	El 83,2% sufría mala calidad de sueño y la mitad tenía de moderada a excesiva somnolencia. Los resultados mostraron que la estabilidad en el ritmo circadiano, el estrés laboral y la somnolencia son algunos de los factores que afectan a la calidad del sueño en los trabajadores con turnos de trabajo.
Rodríguez Murillo, J. A. et al. 2016	Transversal 108	PSQI	En relación a la calidad del sueño del personal del turno de noche se observó que un 64,8% presentó mala calidad del sueño, relacionada directamente con sentir dolores y que tenía una escasa relación con la antigüedad trabajada en el turno de noche.

PSQI: Cuestionario Pittsburgh Sleep Quality Index. KSQ: Cuestionario Karolinska. SSQ: Cuestionarios estandarizados y validados para la duración del sueño y la calidad subjetiva del sueño (SSQ)

CONCLUSIONES

Los estudios seleccionados en esta revisión sistemática son coincidentes respecto a que la turnicidad provoca deterioro en la calidad del sueño en el personal de enfermería. La reducción de horas de sueño unido a la alteración del ritmo circadiano produce cansancio y estrés crónico en el trabajador a turnos, teniendo repercusión en la salud y en la vida familiar y social del trabajador. Aunque el trabajo con turnos rotatorios es necesario, tiene impacto negativo en la salud y en la percepción de la calidad del sueño de estos trabajadores.

Resumen: El sistema de trabajo por turnos tiene repercusiones sobre la vida, la salud, el bienestar de los enfermeros/as y la calidad del sueño. Asociado a trastornos de los sistemas orgánicos, sobre todo a trastornos del ciclo vigilia-sueño, de ahí que el principal problema de realizar turnos de trabajo rotatorio y/o nocturno es la alteración del ritmo circadiano; nuestro organismo está “programado” para trabajar por el día y descansar por la noche. La necesidad de prestar cuidados las 24 horas del día los 365 días del año, implica un sistema de turnos rotatorios, que incluyen la realización de jornadas laborales nocturnas.

Palabras Clave: Calidad del sueño; Trabajo por turnos; Enfermera.

Introducción

El sueño es una necesidad humana básica. El trabajo a turnos y nocturno está asociado a trastornos de los sistemas orgánicos, sobre todo a trastornos del ciclo vigilia-sueño, de ahí que el principal problema de realizar turnos de trabajo rotatorio y/o nocturno es la alteración del ritmo circadiano. Durante el periodo de sueño, nuestro organismo lleva a cabo la restauración, protección y mantenimiento de la homeostasis.

Los trabajadores de la sanidad forman parte de un colectivo en el que su horario laboral está sujeto a un sistema de turnos de 7 horas diurnas y de 10 horas nocturnas. El trabajo a turnos es una realidad que experimenta el 22,2% de los trabajadores y un 8,9% lo hace con turno nocturno, bien en turno nocturno fijo o rotativo de mañana-tarde-noche, también llamado antiestrés o ecológico.

El trabajo a turnos requiere una adaptación constante del organismo a situaciones variables que pueden generar diferentes alteraciones como: trastornos del sueño, trastornos digestivos, cardiovasculares y de la alimentación, fracturas de cadera y de muñeca, cáncer, riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y preeclampsia, riesgos psicosociales, incidencia sobre la actividad profesional y alteraciones de la vida social y familiar.

Objetivos

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la relación entre el trabajo a turnos y/o nocturno y la calidad del sueño en el personal de enfermería.

Material y método

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de estudios que relacionaban la calidad del sueño en profesionales de enfermería relacionada con los turnos rotatorios y/o nocturnos. La búsqueda se llevó a cabo en diferentes bases de datos (Pubmed, Cochrane y los metabuscadores Tripdatabse y Epistemonikos) examinando con las palabras claves (Night work OR shift work) AND (Quality sleep OR Sleeping Quality) AND nurse.

Los criterios de inclusión:

- Que abordarán la calidad del sueño en profesionales de enfermería con turnos rotatorios y/o nocturno.

- Sin patologías previas relacionadas con los trastornos del sueño.
- Publicados en inglés y español entre los años 2005 y 2016.
- Estudios observacionales, que utilizasen cuestionarios para valorar el parámetro a estudio.

Los criterios de exclusión:

- Trabajos publicados antes del 2005
- Que no abordaran la calidad del sueño en enfermería
- Los que incluían patologías previas relacionadas con la privación del sueño en enfermería.

En la búsqueda inicial se encontraron 656 artículos. Tras su revisión, se seleccionaron 140 artículos, de los cuales se eliminaron 58 estudios por estar duplicados, 57 por no cumplir los criterios de inclusión, 8 excluidos por no figurar la relación entre calidad del sueño y turnos rotatorios en personal de enfermería; De 82 trabajos se realiza lectura del título y resumen y de 25 se realiza lectura del texto completo. Por último, 17 estudios cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados.

Resultados

Tras la revisión de los trabajos, se incluyeron 17 estudios (observacionales de los cuales 16 eran transversales y uno longitudinal) sobre la relación entre la calidad del sueño y los turnos rotatorios y/o nocturnos en el personal de enfermería. La calidad del sueño fue evaluada mediante cuestionarios: Pittsburg Sleep Quality Index, Cuestionario Karolinska, Cuestionario de Oviedo, en tres estudios no especifica el tipo de cuestionario utilizado (son cuestionarios estandarizados y validados para analizar la duración y la calidad subjetiva del sueño).

Aunque el cuestionario de Pittsburgh está aceptado y utilizado en muchos estudios, tiene limitaciones ya que solo valora el sueño nocturno, no tiene en cuenta el sueño diurno, por tanto, no se podría estar reflejando de forma real la calidad del sueño en los trabajadores del turno de noche, donde se alterna sueño diurno y nocturno.

Globalmente, los resultados de esta revisión sugieren que los turnos rotatorios y/o nocturnos se asocian negativamente con la mala calidad del sueño en este tipo de profesionales.

Los hallazgos de los estudios incluidos en esta revisión muestran los efectos negativos sobre la calidad del sueño en los profesionales sanitarios a través de diferentes trastornos como son el insomnio, hipersomnio, síntomas gastrointestinales, niveles elevados de tensión, estrés, acumulación de fatiga, interrupciones del sueño, ansiedad, somnolencia excesiva.

Conclusiones

Los estudios seleccionados en esta revisión sistemática son coincidentes respecto a que la turnicidad provoca deterioro en la calidad del sueño en el personal de enfermería.

La reducción de horas de sueño unido a la alteración del ritmo circadiano produce cansancio y estrés crónico en el trabajador a turnos, teniendo repercusión en la salud y en la vida familiar y social del trabajador.

Aunque el trabajo con turnos rotatorios es necesario, tiene impacto negativo en la salud y en la percepción de la calidad del sueño de estos trabajadores.

Los administradores de los hospitales necesitan asegurarse de realizar una programación en el turno de trabajo con el fin de mejorar el rendimiento clínico y el estado de salud del personal de enfermería, puesto que también mejoraría la calidad en la atención al paciente.

Bibliografía:

1. Consejo Internacional de Enfermeras. *Las enfermeras y el trabajo por turnos. Declaración de posición del CIE*. In 2007 [visitado 1Abril 2016]. Disponible en : http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C07_Trabajo_por_turnos-Sp.pdf.
2. María Cecilia Pires da Rocha¹ MMFDM. *Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts*. 2010;44:279-85.
3. Dehghan H, Azmoon H, Souri S, Akbari J. *The effects of state anxiety and thermal comfort on sleep quality and eye fatigue in shift work nurses*. J Educ Health Promot . 2014;3:72.
4. García JEV y GL. *Trastornos del sueño, insomnio e hipersomnio en enfermeras: el efecto del turno de trabajo*. 2012.
5. Bonet Porqueras R, Moliné Pallarés A, Olona Cabases M, Gil Mateu E, Bonet Notario P, Les Morell E, et al. *Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. Night shift a risk factor Heal Qual life Nurs Staff* . 2009;19:76-82.

Capítulo 39

Cambios en la mujer durante el climaterio

Autoras:

González Redondo, María

Navarro Díez, Macarena

CAMBIOS EN LA MUJER DURANTE EL CLIMATERIO

INTRODUCCIÓN:

El Climaterio es una etapa de la vida de la mujer que se caracteriza principalmente por la pérdida de la capacidad reproductiva. Es un momento de modificaciones paulatinas que confluyen con el cese de la función menstrual, no es una enfermedad. La menopausia ocurre en todas las mujeres, sin embargo cada una experimentará su climaterio en forma distinta. Es un momento de grandes cambios desde el punto de vista físico y emocional. Los cambios que acontecen en esta etapa pueden llevar a situaciones de riesgo que pueden ser aliviadas por una buena educación sanitaria y suplementos nutricionales adecuados.

OBJETIVOS:

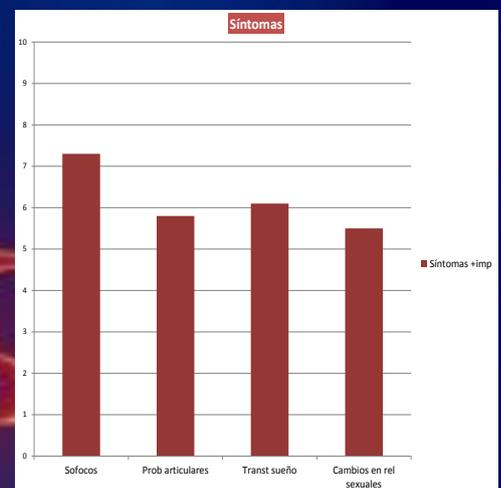
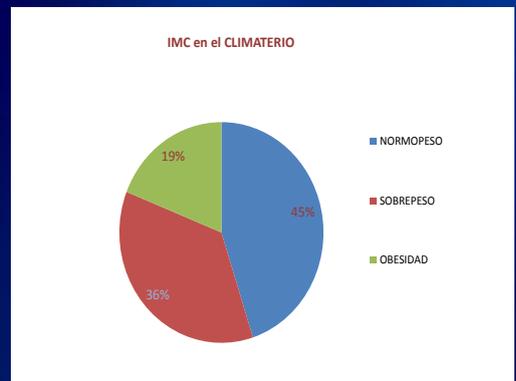
- Conocer los datos sociales, personales y gineco-obstétricos de las mujeres en etapa de climaterio de la zona de Ciudad Real.
- Conocer la opinión de estas mujeres sobre su calidad de vida y poderles educar sanitariamente sobre ello.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio Descriptivo Transversal durante los meses de noviembre y diciembre de 2017, se realizan 2 encuestas a cada mujer; una sobre datos generales y otra sobre la calidad de vida sentida (los problemas que han notado en el proceso del climaterio). Participan 200 mujeres que acuden habitualmente a los centros de salud que participamos en el estudio.

RESULTADOS:

- Edad media: 54,1+/- 6,6años
 - Situación laboral: trabajo fuera de casa 42,1%, ama de casa 56,5%
 - IMC: 26,2+/- 4,4kg/m²
 - Sobrepeso 36,9% / Obesidad 19,3%
 - Ejercicio físico: 2,7 veces por semana de media.
- Síntomas que afectan a su calidad de vida:**
- Sofocos y sudoración: 73,5%
 - Irritabilidad, labilidad emocional: 50,1%
 - Problemas de osteoporosis: 58,9%
 - Trastornos del sueño: 60,8%
 - Cambios en las relaciones sexuales: 55,6%
 - Dificultad de concentración y memoria: 34,2%
 - Sequedad de piel y mucosas: 43,1%



CONCLUSIONES:

- El porcentaje de obesidad de las mujeres estudiadas (19,3%) está muy por encima de la media nacional (12,3%)
- La cantidad de ejercicio físico realizado está por debajo de las recomendaciones saludables.
- En cuanto a los síntomas comunes que afectan la calidad de vida de este grupo de mujeres pueden ser tratados con educación nutricional y farmacológica que les ayude a mejorar su calidad de vida.

La labor de enfermería en esta situación sería hacer educación para la salud tanto de manera grupal como individual para mejorar la calidad de vida y la salud para la mujer en esta etapa de su vida.

Resumen: El climaterio es una etapa de modificaciones paulatinas que confluyen con el cese de la función menstrual, no es una enfermedad. Hay grandes cambios desde el punto de vista físico y emocional.

Realizamos un estudio a mujeres que se encuentra en esta etapa de su vida con el fin de conocer la calidad de vida de estas mujeres y poderles educar y garantizar una buena atención durante su climaterio.

La labor de enfermería en esta situación sería hacer educación para la salud para mejorar la calidad de vida y la salud para la mujer en esta etapa de su vida.

Palabras Clave: Climaterio; Calidad de Vida; Educación.

Introducción

El climaterio es una etapa de la vida de la mujer que se caracteriza principalmente por la pérdida de la capacidad reproductiva. Es un momento de modificaciones paulatinas que confluyen con el cese de la función menstrual, no es una enfermedad. La menopausia ocurre en todas las mujeres, sin embargo cada una experimentará su climaterio en forma distinta. Es un momento de grandes cambios desde el punto de vista físico y emocional. Los cambios que acontecen en esta etapa pueden llevar a situaciones de riesgo que pueden ser aliviadas por una buena educación sanitaria y suplementos nutricionales adecuados.

Objetivos

- Conocer los datos sociales, personales y gineco-obstétricos de las mujeres en etapa de climaterio de la zona de Ciudad Real.
- Conocer la opinión de estas mujeres sobre su calidad de vida y poderles educar sanitariamente sobre ello.

Material y métodos

Realizamos un estudio Descriptivo Transversal durante los meses de noviembre y diciembre de 2017, se realizan 2 encuestas a cada mujer; una sobre datos generales y otra sobre la calidad de vida sentida (los problemas que han notado en el proceso del climaterio). Participan 200 mujeres que acuden habitualmente a los centros de salud que participamos en el estudio.

Resultados

- Edad media: 54,1+/- 6,6 años
- Situación laboral: trabajo fuera de casa 42,1 %, ama de casa 56,5 %.
- IMC: 26,2+/- 4,4kg/m² .
- Sobrepeso 36,9 % / Obesidad 19,3 %.
- Ejercicio físico: 2,7 veces por semana de media.

Síntomas que afectan a su calidad de vida:

- Sofocos y sudoración: 73,5 %.
- Irritabilidad, labilidad emocional: 50,1 %.
- Problemas de osteoporosis: 58,9 %.
- Trastornos del sueño: 60,8 %.
- Cambios en las relaciones sexuales: 55,6 % .
- Dificultad de concentración y memoria: 34,2 %.
- Sequedad de piel y mucosas: 43,1 %.

Conclusiones

El porcentaje de obesidad de las mujeres estudiadas (19,3 %) está muy por encima de la media nacional (12,3 %).

La cantidad de ejercicio físico realizado está por debajo de las recomendaciones saludables.

En cuanto a los síntomas comunes que afectan la calidad de vida de este grupo de mujeres pueden ser tratados con educación nutricional y farmacológica que les ayude a mejorar su calidad de vida.

La labor de enfermería en esta situación sería hacer educación para la salud tanto de manera grupal como individual para mejorar la calidad de vida y la salud para la mujer en esta etapa de su vida.

Bibliografía:

1. Romero I, Monterrosa A, Paternina A. *El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida*. Salud Uninorte. 2014; 30 (2): 180-191.
2. Lara R.M. *Atención de enfermería en la menopausia. Propuesta de intervenciones enfermeras para mejorar el afrontamiento de esta etapa del ciclo vital*. Paraninfo digital. 2013; 7 (19)
3. González Y, Hernández I, Hidalgo S.I, Pedroso J.C, Feal N, Báez E. *Intervención educativa para elevar los conocimientos sobre climaterio y menopausia*. Scielo. 2012; 16 (1).

Capítulo 40

Caso clínico de paciente con rhabdomiólisis

Autoras:

Da Silva de Vicente, Gema Natalia

Tejado Moral, María

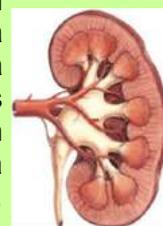
CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON RABDOMIOLISIS

INTRODUCCIÓN La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo esquelético, liberándose mioglobina, electrolitos y enzimas musculares al torrente circulatorio. Las causas más frecuentes son el esfuerzo importante durante el ejercicio físico, los traumatismos y el consumo de alcohol. La clínica es variable, aunque los síntomas clásicos son dolor muscular, debilidad y orina oscura. El diagnóstico se realiza tras detectar una elevación en suero de la enzima creatinincinasa (CPK) mayor o igual a cinco veces el límite superior de la normalidad. En el tratamiento es importante sobre todo la hidratación precoz y agresiva del paciente con suero intravenoso, lo cual evita que el cuadro se complique con una insuficiencia renal aguda. El pronóstico es excelente siempre que el tratamiento sea precoz.



OBSERVACION CLINICA Varón de 22 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por dolor agudo y severo en abdomen, miembros inferiores y superiores. El paciente llega al hospital directamente desde la viña donde se encuentra desde hace 3 días vendimiando. Niega consumo habitual de tóxicos. Ante la sospecha inicial se solicita analítica sanguínea urgente dando los siguientes resultados: leucocitos: 7.500/ μ l (fórmula normal), hemoglobina 17 g/l, creatinina 1.6 mg/dl, GOT 126 U/l, GPT 119 U/l, GGT 51 U/l, FA 107 U/l, LDH 460 U/l, CPK 16453 U/l (25-200), Na 142 mM/l y K 4,57mM/l.

El paciente fue ingresado para hidratación con 2500ml de suero fisiológico por vía intravenosa cada 24 horas, reposo absoluto, analgesia para el dolor y observación de posibles complicaciones. con monitorización multiparamétrica (tensión arterial, frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, temperatura, ingesta, diuresis y saturación de oxígeno.



Tras tres días de hidratación oral y endovenosa abundante, se realiza control analítico viéndose una clara mejoría al disminuir la CPK a la mitad (7.252U/l) y creatinina de 0.9 mg/dl. A los 15 días la CPK se normalizó.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA	NOC	NIC
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con factores que influyen en la necesidad de líquidos (estados hipermetabólicos)	602 Hidratación 1608 Control del síntoma 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo	4120 Manejo de líquidos 4130 Monitorización de líquidos
0146 Ansiedad relacionado con amenaza de cambio en estado de salud	1300 Aceptación estado de salud 1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida 1402 Control de ansiedad	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5820 Disminución de la ansiedad
00032 Patrón Respiratorio ineficaz relacionado con Disminución de la energía o fatiga.	403 Estado respiratorio: ventilación 802 Estado de los signos vitales 1402 Control de la ansiedad	3320 Oxigenoterapia 3350 Monitorización respiratoria 5820 Disminución de la ansiedad
00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con Deterioro neuromuscular o musculoesquelético.	206 Movimiento articular activo 209 Función muscular 2102 Nivel de dolor	224 Terapia de ejercicios: movilidad articular 4310 Terapia de actividad 5612 Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito

DISCUSION La rabdomiolisis debe buscarse intencionalmente en pacientes con antecedente de esfuerzo físico intenso, asociado con dolor muscular, para evitar el retraso en diagnóstico y, con ello, las complicaciones. La severidad del cuadro varía según sea la elevación asintomática de CPK en sangre. La prevalencia es algo mayor en hombres que en mujeres.

CONCLUSIONES La enfermería ocupa un papel muy importante en el caso ya que durante el ingreso del paciente, se realizó un plan de cuidados enfermero, orientado a mejorar el autocuidado para recuperar y mantener su estado óptimo de salud.

Resumen: La rabdomiólisis se caracteriza por la lesión del músculo esquelético, la alteración de la integridad de la membrana celular y la liberación a la sangre de productos intracelulares. Existe una gran heterogeneidad en la forma de presentación clínica, los pacientes suelen referir dolores musculares, calambres, debilidad y malestar general. Las complicaciones pueden ser severas: arritmias cardíacas y fracaso renal agudo. Se han descrito numerosas causas: enfermedades hereditarias del metabolismo, traumatismos, ejercicio, fármacos, inmovilización, trastornos metabólicos, etc. Presentamos el caso de un varón de 22 años, jornalero en época de vendimia, con dolor agudo en abdomen, miembros superiores e inferiores.

Palabras Clave: Ejercicio; Mioglobina; Músculos.

Introducción

La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo esquelético, liberándose mioglobina, electrolitos y enzimas musculares al torrente circulatorio. Las causas más frecuentes son el esfuerzo importante durante el ejercicio físico, los traumatismos y el consumo de alcohol. La clínica es variable, aunque los síntomas clásicos son dolor muscular, debilidad y orina oscura. El diagnóstico se realiza tras detectar una elevación en suero de la enzima creatincinasa (CPK) mayor o igual a cinco veces el límite superior de la normalidad. En el tratamiento es importante sobre todo la hidratación precoz y agresiva del paciente con suero intravenoso, lo cual evita que el cuadro se complique con una insuficiencia renal aguda. El pronóstico es excelente siempre que el tratamiento sea precoz.

Observación clínica

Varón de 22 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por dolor agudo y severo en abdomen, miembros inferiores y superiores. El paciente llega al hospital directamente desde la viña donde se encuentra desde hace 3 días vendimiando. Niega consumo habitual de tóxicos. Ante la sospecha inicial se solicita analítica sanguínea urgente dando los siguientes resultados: leucocitos: 7.500/ μ l (fórmula normal), hemoglobina 17 g/l, creatinina 1.6 mg/dl, GOT 126 U/l, GPT 119 U/l, GGT 51 U/l, FA 107 U/l, LDH 460 U/l, CPK 16453 U/l (25-200), Na 142 mM/l y K 4,57mM/l.

El paciente fue ingresado para hidratación con 2500 ml de suero fisiológico por vía intravenosa cada 24 horas, reposo absoluto, analgesia para el dolor y observación de posibles complicaciones. con monitorización multiparamétrica (tensión arterial, frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, temperatura, ingesta, diuresis y saturación de oxígeno. Tras tres días de hidratación oral y endovenosa abundante, se realiza control analítico viéndose una clara mejoría al disminuir la CPK a la mitad (7.252U/l) y creatinina de 0.9 mg/dl. A los 15 días la CPK se normalizó.

Discusión

La rabdomiolisis debe buscarse intencionalmente en pacientes con antecedente de esfuerzo físico intenso, asociado con dolor muscular, para evitar el retraso en diagnóstico y, con ello, las complicaciones. La severidad del cuadro varía según sea la elevación asintomática de CPK en sangre. La prevalencia es algo mayor en hombres que en mujeres.

Conclusiones

La enfermería ocupa un papel muy importante en el caso ya que durante el ingreso del paciente, se realizó un plan de cuidados enfermero, orientado a mejorar el autocuidado para recuperar y mantener su estado óptimo de salud.

Bibliografía:

1. O'Connor; Connor FG, Deuster PA. *Rhabdomyolysis*. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 113.
2. Parekh R. *Rhabdomyolysis*. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 119.
3. Uduman J, Singasani R. *Rhabdomyolysis*. In: Ferri FF, ed. Ferri's Clinical Advisor 2018. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:1122-1124.
4. Anderson JL. *ST segment elevation acute myocardial infarction and complications of myocardial infarction*. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 73.
5. Nagaraju K, Gladue HS, Lundberg IE. *Inflammatory diseases of muscle and other myopathies*. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR, eds. Kelly and Firestein's Textbook of Rheumatology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 85.

Capítulo 41

Caso clínico síndrome de bridas amnióticas en recién nacido

Autora:

Ponce Cañizares, Elisabet

CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE BRIDAS AMNIÓTICAS EN RECIEN NACIDO

Introducción

Este síndrome también llamado secuencia de la ruptura del amnios es un conjunto de malformaciones congénitas por bridas amnióticas las cuales pueden causar compresión y amputación de extremidades, también puede aparecer en la cara o abdomen y alrededor del cordón umbilical siendo en algunos casos incompatible con la vida.

En el síndrome de las Bridas Amnióticas, la causa es rara, no hereditario, con manifestaciones múltiples de tipo discapacitante y desfigurante. La idea que más prevalece es la ruptura prematura del saco amniótico produciendo la formación de bandas fibróticas amniocoriónicas. Estas bandas flotan en el líquido amniótico enredándose en el feto. La causa de la ruptura resulta desconocida, sin embargo destacan: trauma abdominal, infección, amniocentesis, exposición materna a drogas y reducción del volumen del líquido amniótico entre otras.

Observación clínica

- Recién nacida tras parto eutócico gemelar.
- Prematura, 36 semanas de gestación.
- Padres sanos y jóvenes.
- Ingresa en la unidad de uci neonatal ya que porta una brida en miembro inferior derecho y como consecuencia de la brida presenta el pie zambo.
- Ingresa para observación y cuidados de la herida producida por la brida.



Discusión y conclusión

En este caso clínico no se pudo detectar durante el embarazo ya que al ser un embarazo gemelar, el miembro quedaba oculto con el hermano. La recién nacida es trasladada de hospital ya que requiere cirugía plástica reconstructiva como primera opción, se valorará el empleo de prótesis y la amputación sería como último recurso.

Es importante la detección precoz durante el embarazo mediante ultrasonido rutinario de las 12 semanas, el médico detecta los efectos primarios de la banda en la extremidad afectada. Después se realiza resonancia magnética para confirmar el diagnóstico y medir el daño. También se realiza un estudio Doppler para verificar el flujo sanguíneo y medir la severidad de la restricción. Se puede considerar la cirugía fetal siempre y cuando los riesgos maternos y fetales sean mínimo.

Plan de cuidados enfermero

Monitorización a su llegada a UCIN y valoración enfermera.

Canalización de vía periférica

Liberación de membrana de constricción.

Comprobación de daño tisular y muscular. Tejido óseo intacto.

Realización de cura con suero, linitul y vendaje de protección para evitar infección.

Administración de sueroterapia y antibioterapia.

Estado del MID de la recién nacida al ingreso



Resumen: Las bridas amnióticas son causadas por un daño a una parte de la placenta llamada amnios dando lugar al síndrome de bridas amnióticas. El daño al amnios puede producir bandas pseudofibrosas que atrapan partes del feto. Estas bandas reducen el riego sanguíneo y pueden producir malformaciones o amputaciones.

Es importante la detección precoz durante el embarazo mediante ultrasonido rutinario de las 12 semanas, el médico detecta los efectos primarios de la banda en la extremidad afectada.

El caso clínico que se nos presenta no fue detectado a tiempo ya que era un embarazo gemelar y estaba oculto tras el hermano.

Palabras Clave: Bandas amnióticas; Constricción; Recién nacido.

Introducción

Este síndrome también llamado secuencia de la ruptura del amnios es un conjunto de malformaciones congénitas por bridas amnióticas las cuales pueden causar compresión y amputación de extremidades, también puede aparecer en la cara o abdomen y alrededor del cordón umbilical siendo en algunos casos incompatible con la vida.

En el síndrome de las Bridas Amnióticas, la causa es rara, no hereditario, con manifestaciones múltiples de tipo discapacitante y desfigurante. La idea que más prevalece es la ruptura prematura del saco amniótico produciendo la formación de bandas fibróticas amniocoriónicas. Estas bandas flotan en el líquido amniótico enredándose en el feto. La causa de la ruptura resulta desconocida, sin embargo destacan: trauma abdominal, infección, amniocentesis, exposición materna a drogas y reducción del volumen del líquido amniótico entre otras.

Observación clínica

- Recién nacida tras parto eutócico gemelar.
- Prematura, 36 semanas de gestación.
- Padres sanos y jóvenes.
- Ingresa en la unidad de uci neonatal ya que porta una brida en miembro inferior derecho y como consecuencia de la brida presenta el pie zambo.
- Ingresa para observación y cuidados de la herida producida por la brida.

Plan de cuidados enfermero

1. Monitorización a su llegada a UCIN y valoración enfermera.
2. Canalización de vía periférica
3. Liberación de membrana de constricción.
4. Comprobación de daño tisular y muscular. Tejido óseo intacto.

- Realización de cura con suero, linitul y vendaje de protección para evitar infección.
- Administración de sueroterapia y antibioterapia.

Discusión y conclusión

En este caso clínico no se pudo detectar durante el embarazo ya que al ser un embarazo gemelar, el miembro quedaba oculto con el hermano.

La recién nacida es trasladada de hospital ya que requiere cirugía plástica reconstructiva como primera opción, se valorará el empleo de prótesis y la amputación sería como último recurso.

Es importante la detección precoz durante el embarazo mediante ultrasonido rutinario de las 12 semanas, el médico detecta los efectos primarios de la banda en la extremidad afectada. Después se realiza resonancia magnética para confirmar el diagnóstico y medir el daño. También se realiza un estudio Doppler para verificar el flujo sanguíneo y medir la severidad de la restricción. Se puede considerar la cirugía fetal siempre y cuando los riesgos maternos y fetales sean mínimo.

Bibliografía:

1. Kimberly G Lee, MD, MSc, IBCLC, Associate Professor of Pediatrics, Division of Neonatology, Medical University of South Carolina, Charleston, SC. *Review provided by VeriMed Healthcare Network*. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team.
2. Crum CP, Laury AR, Hirsch MS, Quick CM, Peters WA. *Amniotic bands*. In: Crum CP, Laury AR, Hirsch MS, Quick CM, Peters WA. eds. *Gynecologic and Obstetric Pathology*. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:776-777.
3. *NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2015-2017* Madrid: Elsevier; 2016.

Capítulo 42

Caso clínico: Cura de herida infectada en paciente geriátrico ocasionada por una caída

Autoras:

Fernández Rodríguez, María de las Nieves

Mazuecos Araque, María del Pilar

Jiménez Hernández, Marta

CASO CLÍNICO: CURA DE HERIDA INFECTADA EN PACIENTE GERIÁTRICO OCASIONADA POR UNA CAÍDA.

Introducción:

Mujer de 87 años, NAMC, HTA, no DM, no anticoagulada, acude a consulta de at. Primaria tras una caída desde una silla en su domicilio hacia 24h.

Presenta una herida avulsiva de 12cm de longitud en el miembro inferior derecho con bordes necróticos y signos de infección con imposibilidad de unir los bordes. Refiere un intenso dolor al caminar y miedo de ir a la consulta sola por si se caía de nuevo.

Se decide curas enfocadas a controlar la infección local como primer abordaje de la herida y según evolución empezar con el desbridamiento necesario del tejido necrótico para favorecer la cicatrización del tejido. Se comenta con su médico para que pauté el tratamiento necesario para la infección y el manejo del dolor.

Debido a la edad avanzada del paciente, sus antecedentes personales y la aplicación de la escala de J.H. Downton se decide por curas a domicilio a fin de evitar más caídas.

Escala de riesgo de caídas (J. H. Downton) ALTO RIESGO: MÁS DE 2 PUNTOS

Caídas	• Si	1 Punto
Medicamentos	• Hipotensores • Otros medicamentos	2 Puntos
Déficit sensoriales	• Ninguno	0 Puntos
Estado mental	• Orientado	0 Puntos
Deambulación	• Segura con ayuda	1 Punto

Plan de cuidados de enfermería

Deterioro de la integridad cutánea:

- Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de la herida.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel.
- Comparar y registrar los cambios producidos en la herida.
- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada

Dolor agudo:

Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Riesgo de caídas:

Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con las actividades

Riesgo de síndrome de desuso:

- Animar al paciente a realizar ejercicio de forma independiente.
- Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación.

Objetivos: tratar la infección local. Cicatrización de la herida. Prevenir aislamiento social.

Metodología

Se inició con curas húmedas enfocadas al control de la infección. Las curas se realizaban cada 24h con el fin de mantener una vigilancia sobre la evolución de la infección y la detección precoz de signos de alarma. Se limpió el lecho de la herida con suero fisiológico y se administró intrasite y ayaquel Ag+ y prontosan para la limpieza de la piel perilesional.

Una vez desaparecido el prurito, el edema y el exudado purulento, se comenzó el desbridamiento de los tejidos necróticos. Para ello se usó iruxol combinado con una cura húmeda. Cuando fue necesario también se combinó con un desbridamiento quirúrgico.

Tras el desbridamiento se continuó con curas húmedas c/48h, limpiando la herida con suero fisiológico y administrando intrasite para favorecer el crecimiento de tejido de granulación.

Se favoreció la deambulación, para que poco a poco volviera a tener la confianza de salir de su casa sin acompañante. Esta pauta de curas se repitió hasta la completa cicatrización.

Conclusión:

Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Son un problema de salud pública mundial. El riesgo de caídas aumenta con la edad. Además en el estudio Icare se vio que el 41% de aquellos que habían tenido una caída presentaban una restricción de movimiento tras sufrirla.

Con la edad además los sistemas de regeneración celular se enlentecen, el sistema inmunológico es deficitario y esto aunado con una disminución de la ingesta de proteínas dificulta la cicatrización de las heridas y aumenta el riesgo de infección.

Una rápida actuación y control de los síntomas puede evitar muchos problemas y facilitar el abordaje terapéutico en una herida en una persona con edad avanzada, disminuyendo el tiempo de cicatrización y por lo tanto los costes.



Resumen: Se presenta el caso de una paciente de 87 años en tratamiento con hipotensores que acude a consulta de atención primaria tras una caída en su domicilio al intentar bajar de una silla hacia 24 horas.

En la exploración presenta claros signos de infección local.

Teniendo en cuenta sus antecedentes personales, las características de la herida y la gran probabilidad de volver a sufrir una caída se realiza un plan de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA-NIC-NOC para asegurar la correcta cura de la herida y su completa cicatrización e intentando evitar las posibles complicaciones asociadas.

Palabras Clave: Caso clínico; Heridas; Infección.

Presentación del caso

Mujer de 87 años, no alergias medicamentosas conocidas, hipertensión arterial, no diabetes mellitus, no anti coagulada, acude a consulta de atención Primaria tras una caída desde una silla en su domicilio hacía 24 h.

Presenta una herida avulsiva de 12 cm de longitud en el miembro inferior derecho con bordes necróticos y signos claros de infección con imposibilidad de unir los bordes.

Refiere un intenso dolor al caminar y miedo de ir a la consulta sola por si se caía de nuevo. La paciente está bajo tratamiento con hipotensores y medicación para conciliar el sueño. Además precisa ayuda de un bastón para caminar. Evaluamos a la paciente mediante la escala de riesgos de caídas de Downton dando una puntuación mayor a dos debido a sus antecedentes personales y los factores de riesgo que la rodean.

Se deciden por curas domiciliarias e información para prevenir futuras caídas en su domicilio.

A su vez se realiza una plan de cuidados personalizados teniendo en cuenta sus antecedentes personales y la situación actual siguiendo la taxonomía NANDA.

Plan de cuidados de enfermería (1):

- Deterioro de la integridad cutánea:
 - Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de la herida.
 - Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel.
 - Comparar y registrar los cambios producidos en la herida.
 - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Dolor agudo:
 - Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Riesgo de caídas:
 - Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con las actividades.

- Riesgo de síndrome de desuso:

- Animar al paciente a realizar ejercicio de forma independiente.
- Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulacion.

Metodología

Se deciden curas enfocadas a controlar la infección local como primer abordaje de la herida y según evolución empezar con el desbridamiento necesario del tejido necrótico para favorecer la cicatrización del tejido. Se comenta con su médico para que pauté el tratamiento necesario para la infección y el manejo del dolor.

Se inició con curas húmedas enfocadas al control de la infección. Las curas se realizaban cada 24 h. con el fin de mantener una vigilancia sobre la evolución de la infección y la detención precoz de signos de alarma.

Se limpió el lecho de la herida con suero fisiológico y se administró Intrasite y Aquacel Ag+ y Pron-tosan para la limpieza de la piel perilesional.

Una vez desaparecido el prurito, el edema y el exudado purulento, se comenzó el desbridamiento de los tejidos necróticos.

Para ello se usó Irujol combinado con una cura húmeda. Cuando fue necesario también se combinó con un desbridamiento quirúrgico.

Tras el desbridamiento se continuó con curas húmedas c/48 h., limpiando la herida con suero fisiológico y administrando Intrasite para favorecer el crecimiento de tejido de granulación.

Se favoreció la deambulación, para que poco a poco volviera a tener la confianza de salir de su casa sin acompañante.

Esta pauta de curas se repitió hasta la completa cicatrización (2).

Conclusión

Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Son un problema de salud pública mundial. El riesgo de caídas aumenta con la edad. Además en el estudio Icare se vio que el 41% de aquellos que habían tenido una caída presentaban una restricción de movimiento tras sufrirla (3).

Con la edad además los sistemas de regeneración celular se enlentecen, el sistema inmunológico es deficitario y esto aunado con una disminución de la ingesta de proteínas dificulta la cicatrización de las heridas y aumenta el riesgo de infección.

Una rápida actuación y control de los síntomas puede evitar muchos problemas y facilitar el abordaje terapéutico en una herida en una persona con edad avanzada, disminuyendo el tiempo de cicatrización y por lo tanto los costes.

Bibliografía:

1, Nanda International. *Nanda: Diagnóstico enfermeros: Definiciones y clasificación 2015- 2017*. (10th ed.). España: SA Elsevier España; 2015.

2, Alonso Pérez, L. *Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas*. Enfermería Clínica. 2007;17(1): 49-50.

3. Silva Gama, Z.A, Gómez Conesa, A, Sobral Ferreira, M. *Epidemiología de caídas de ancianos en España una revisión sistemática*, 2007. Rev Esp Salud Pública. 2008;82(1): 43-56.

Capítulo 43

Caso clínico: Fractura de pie por aplastamiento

Autora:

Ponce Cañizares, Elisabet

CASO CLÍNICO: FRACTURA DE PIE POR APLASTAMIENTO

Introducción

Es una lesión producida cuando se ejerce un alto grado de fuerza o presión sobre el pie. Este tipo de lesión casi siempre sucede cuando parte del pie es aplastada entre dos objetos pesados. En este caso se produce por la caída de una pila de piedra antigua encima del pie.



Observación clínica

- Paciente adolescente de sexo femenino.
- Intervenido quirúrgicamente donde se realiza limpieza de herida, retirada de laminas ungueales de 1º y 2º dedos, inserción de lamina ungueal del 3º dedo. Colocación de AK y laminas de redón en el eponiquio.
- Ingresa en planta procedente de REA tras intervención quirúrgica.



A su llegada se realiza valoración según las necesidades básicas de Virginia Henderson, un plan de cuidados con los patrones de Marjory Jordon, ponemos en marcha el protocolo de heridas y se administra tratamiento. Porta férula suropédica posterior, vendaje compresivo suave y vía periférica.

Evolución tras un mes de ingreso



Plan de cuidados enfermeros (principales diagnósticos)

Diagnósticos NANDA	Intervenciones NIC	Resultados NOC
00004 Riesgo de infección	5510 Educación sanitaria 6610 Identificación de riesgos 6650 Vigilancia	1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos. 1902 Control del riesgos
00095 Deterioro del patrón de sueño	1850 Fomentar el sueño	0004 Sueño
00005 riesgo de desequilibrio de la Tª corporal	3900 Regulación de la temperatura	1902 Control del riesgo
00046 deterioro de la integridad cutánea	3440 cuidados del sitio de incisión 3660 cuidados de la herida 1100 manejo de la nutrición	1104 curación osea
00145 Riesgo de síndrome postraumático	5240 Asesoramiento 7110 Fomento de la implicación familiar	1212 Nivel de estrés 1211 Nivel de ansiedad 1210 Nivel de miedo
00088 Deterioro de la ambulación	0221 Terapia de ejercicios: deambulación	1926 Deambulación segura
00132 Dolor agudo	0840 Cambio de posición 1400 Manejo del dolor	1605 Control del dolor

Cura

- **Unitul/linitul +betapomada, protegemos talones con linovera y foam en talón y maléolos, MID en alto.**
- **Tras limpiezas quirúrgicas en quirófano y reposición de AK, seguimos misma cura.**
- **Comienza a presentar placa necrótica, descamación, hematoma y necrosis avanzada en 1º, 2º y 3º dedo.**
- **Curamos con linitul y betagel.**

Cura

- **Tras amputación, remodelación del muñón y desbridamiento en quirófano, se le deja succión continua con aparato TOPO PICO. Que es retirada mas tarde.**
- **Seguimos con curas de linitul, povidona yodada gel y vendaje (ponemos analgesia I.V para realizar cura)**

Discusión y conclusión

Tras aplicar el plan de cuidados, el protocolo de heridas a la paciente, administración de medicación, y dar educación sanitaria tanto a ella como a los familiares, fue dada de alta para seguimiento ambulatorio. Desde el primer momento se intento evitar la amputación para ver la evolución ya que se trataba de una chica joven. Pendiente de realizar cirugía estética. Se fue caminando con muletas que al tiempo dejo de usar ya que podía caminar sin ayuda. También recibió ayuda psicológica para afrontar el cambio físico. Fueron factores importantes todo lo anteriormente comentado, una correcta alimentación para la cicatrización y el buen control del dolor que se consiguió con analgésicos.

Resumen: La fractura por aplastamiento es una lesión que se presenta cuando se ejerce una fuerza o presión sobre una parte del cuerpo. Este tipo de lesión casi siempre sucede cuando parte del cuerpo es aplastada entre dos objetos pesados.

En este caso se produce por la caída de una pila de piedra antigua encima del pie de una joven adolescente la cual precisa de amputación de falanges. Veremos la evolución de la paciente tras aplicar el plan de cuidados, el protocolo de heridas a la paciente, administración de medicación, y dar educación sanitaria tanto a ella como a los familiares.

Palabras Clave: Aplastamiento; Amputación; Pie.

Introducción

Es una lesión producida cuando se ejerce un alto grado de fuerza o presión sobre el pie. Este tipo de lesión casi siempre sucede cuando parte del pie es aplastada entre dos objetos pesados. En este caso se produce por la caída de una pila de piedra antigua encima del pie.

Observación clínica

- Paciente adolescente de sexo femenino.
- Intervenido quirúrgicamente donde se realiza limpieza de herida, retirada de laminas ungueales de 1º y 2º dedos, re inserción de lamina ungueal del 3º dedo. Colocación de AK y laminas de redón en el eponiquio.
- Ingresa en planta procedente de REA tras intervención quirúrgica. A su llegada se realiza valoración según las necesidades básicas de Virginia Henderson, un plan de cuidados con los patrones de Marjory Jordon, ponemos en marcha el protocolo de heridas y se administra tratamiento. Porta férula suropédica posterior, vendaje compresivo suave y vía periférica.

Plan de cuidados enfermeros (principales diagnósticos)

Diagnósticos NANDA

- 00004 Riesgo de infección
- 00095 Deterioro del patrón de sueño
- 00005 riesgo de desequilibrio de la Tªcorporal
- 00145 Riesgo de síndrome postraumático
- 00088 Deterioro de la ambulación
- 00132 Dolor agudo

Intervenciones NIC

- 5510 Educación sanitaria
- 6610 Identificación de riesgos

6650 Vigilancia

1850 Fomentar el sueño

3900 Regulación de la temperatura

3440 cuidados del sitio de incisión

3660 cuidados de la herida

1100 manejo de la nutrición

5240 Asesoramiento

7110 Fomento de la implicación familiar

0221 Terapia de ejercicios: deambulación

0840 Cambio de posición

1400 Manejo del dolor

1605 Control del dolor

Resultados NOC

1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos.

1902 Control de riesgos

0004 Sueño

1902 Control del riesgo

1104 curación osea

1212 Nivel de estrés

1211 Nivel de ansiedad

1210 Nivel de miedo

1926 Deambulación segura

1605 Control del dolor

Evolución tras un mes de ingreso

1º tipo de cura

- Unitul/Linitul más betapomada, protegemos talones con linovera y foamen talón y máleolos, MID en alto.
- Tras limpiezas quirúrgicas en quirófano y reposición de AK, seguimos misma cura.
- Comienza a presentar placa necrótica, descamación, hematomay necrosis avanzada en 1º, 2º y 3º dedo.
- Curamos con Linitul y Betagel.

2º tipo de cura

- Tras amputación, remodelación del muñón y desbridamiento en quirófano, se le deja succión continua con aparato TOPO PICO. Que es retirada más tarde.
- Seguimos con curas de Linitul, Povidonayodada gel y vendaje (ponemos analgesia I.V para realizar cura).

Discusión y conclusión

Tras aplicar el plan de cuidados, el protocolo de heridas a la paciente, administración de medicación, y dar educación sanitaria tanto a ella como a los familiares, fue dada de alta para seguimiento ambulatorio. Desde el primer momento se intento evitar la amputación para ver la evolución ya que se trataba de una chica joven. Pendiente de realizar cirugía estética. Se fue caminando con muletas que al tiempo dejo de usar ya que podía caminar sin ayuda. También recibió ayuda psicológica para afrontar el cambio físico.

Fueron factores importantes todo lo anteriormente comentado, una correcta alimentación para la cicatrización y el buen control del dolor que se consiguió con analgésicos.

Bibliografía:

1. *Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2015-2017* Barcelona: Elsevier
2. Bulechek, *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier.
3. Moohead, *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier.

Capítulo 44

Caso clínico: Manejo del pie diabético en el ámbito de la atención primaria

Autores:

Plaza Plaza, Elena

Cuartero Lozano, David

Bellón García, María José

SATSE CIUDAD REAL

CASO CLÍNICO: MANEJO DEL PIE DIABÉTICO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular define el pie diabético como una lesión de naturaleza neuropática desencadenada por un traumatismo, con la presencia de micro y/o macroangiopatía y como base, una hiperglucemia.

El pie diabético es una urgencia quirúrgica. Esta complicación aparece en el 3-4% de los pacientes con diabetes mellitus. Suelen aparecer en glucemias mal controladas y con poco cuidado de los pies.

Es muy importante el diagnóstico y tratamiento precoz, en los que la enfermería tiene un papel fundamental.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 51 años, diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2, con glucemias mal controladas por baja adherencia al tratamiento prescrito, fumador, bebedor ocasional, empleado para el mantenimiento de las vías y calles, utilizando en dicho trabajo calzado no adecuado para su patología.

Acude a consulta de enfermería por la aparición de una lesión en el primer dedo del pie derecho de una semana de evolución. En la exploración se observan signos de infección, por lo que se deriva a su MAP que pauta tratamiento antibiótico vía oral.

Se realiza exploración vascular: presenta pulsos positivos a todos los niveles en ambos miembros inferiores, lo que nos indica que no existía obstrucción vascular arterial. ITB de 1.1.

Se deriva al servicio de Angiología y Cirugía Vascular por posibles complicaciones secundarias. Pautan curas diarias en su Centro de Salud, descartan osteomielitis y otras afectaciones tras el resultado de la biopsia.



PLAN DE CUIDADOS

Realizado a partir de la recogida de datos y de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon

PATRÓN ALTERADO	NANDA	NOC	NIC
Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud	Gestión ineficaz de la propia salud (00078) r/c déficit de conocimientos m/p fracaso para reducir factores de riesgo	Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (16090)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) Establecimiento de objetivos comunes (4410)
Patrón 2 Nutricional-Metabólico	Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c deterioro de la circulación y sensibilidad m/p destrucción de las capas de la piel	Curación de la herida: por segunda intención (1103)	Cuidados de las heridas (3660) Cuidados de los pies (1660) Enseñanza: cuidado de los pies (5603)
Patrón 4: Actividad/Ejercicio	Perfusión tisular periférica (00204) r/c Diabetes Mellitus m/p alteración de las características de la piel y retraso en la curación de heridas.	Perfusión Tisular: periférica (0407)	Cuidados de los pies (1660) Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial (4062)

DISCUSIÓN

En el caso que se ha presentado se decidió establecer un tratamiento curativo que dio como resultado la curación casi en su totalidad de la lesión presentada. En otros casos, donde el tratamiento no es precoz, se puede llegar incluso a la amputación de la extremidad afectada. Para evitarlo es necesario un autoexamen por parte del paciente, seguir correctamente las normas higiénico-dietéticas dadas por el equipo de Atención Primaria y la utilización de calzado adecuado en el ámbito laboral.



CONCLUSIONES

En el pie diabético es de gran importancia el diagnóstico precoz para la buena evolución del paciente. En este sentido, resulta imprescindible la labor del equipo de Atención Primaria que proporcionará Educación para la Salud y ayudará a establecer un tratamiento multidisciplinar con la colaboración de los distintos niveles asistenciales.

Resumen: *El pie diabético es una lesión de naturaleza neuropática desencadenada por un traumatismo, con la presencia de micro y/o macroangiopatía y como base, una hiperglucemia.*

Es muy importante el diagnóstico y tratamiento precoz, en los que la enfermería tiene un papel fundamental.

Este caso se centra en un varón de 51 años, diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2, con glucemias mal controladas.

Se aplicó un tratamiento curativo con el cierre casi total de la lesión. Esto demuestra que resulta imprescindible la labor del equipo de Atención Primaria que proporcionará Educación para la Salud y establecerá un tratamiento multidisciplinar.

Palabras Clave: *Pie diabético; Atención Primaria de Salud; Diabetes Mellitus.*

Introducción

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular define el pie diabético como una lesión de naturaleza neuropática desencadenada por un traumatismo, con la presencia de micro y/o macroangiopatía y como base, una hiperglucemia.

El pie diabético es una urgencia quirúrgica. Esta complicación aparece en el 3-4% de los pacientes con diabetes mellitus. Suelen aparecer en glucemias mal controladas y con poco cuidado de los pies.

Es muy importante el diagnóstico y tratamiento precoz, en los que la enfermería tiene un papel fundamental.

Observación clínica

El caso clínico se ha centrado en un varón de 51 años, diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2, con glucemias mal controladas por baja adherencia al tratamiento prescrito, fumador, bebedor ocasional, empleado para el mantenimiento de las vías y calles, utilizando en dicho trabajo calzado no adecuado para su patología.

El paciente acude a la consulta de enfermería por la aparición de una lesión en el primer dedo del pie derecho de una semana de evolución.

Dentro de la valoración del paciente se realiza la correspondiente exploración vascular en la que se observa que presenta pulsos positivos a todos los niveles en ambos miembros inferiores, lo que nos indica que no existía obstrucción vascular arterial con un índice tobillo-brazo (ITB) de 1,1. En la exploración también se observan signos de infección, por lo que se deriva a su médico de Atención Primaria que pauta tratamiento antibiótico vía oral.

Además, el facultativo, junto con su enfermera, decide derivar al paciente al servicio de Angiología y Cirugía Vascular por la posible aparición de complicaciones secundarias. Tras la visita del paciente en atención especializada, el especialista pauta curas diarias en su Centro de Salud, descartan osteomielitis y otras afectaciones tras el resultado de la biopsia que le realizaron.

Plan de cuidados

Como resultado de la valoración del paciente y de la recogida de datos se estableció un plan de cuidados de enfermería individualizado basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

PATRONES ALTERADOS

Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud

Diagnóstico NANDA: gestión ineficaz de la propia salud (00078) relacionado con déficit de conocimientos y manifestado por fracaso para reducir factores de riesgo

Objetivos NOC: conducta terapéutica: enfermedad o lesión (16090).

Intervenciones NIC: enseñanza: proceso de enfermedad (5602) y establecimiento de objetivos comunes (4410).

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Diagnóstico NANDA: deterioro de la integridad cutánea (00046) relacionado con deterioro de la circulación y sensibilidad, y manifestado por destrucción de las capas de la piel.

Objetivos NOC: curación de la herida: por segunda intención (1103).

Intervenciones NIC: cuidados de las heridas (3660), cuidados de los pies (1660) y enseñanza: cuidado de los pies (5603).

Patrón 4: Actividad/Ejercicio

Diagnóstico NANDA: perfusión tisular periférica ineficaz (00204) relacionado con Diabetes Mellitus y manifestado por alteración de las características de la piel y retraso en la curación de heridas.

Objetivos NOC: perfusión tisular: periférica (0407)

Intervenciones NIC: cuidados de los pies (1660) y cuidados circulatorios: insuficiencia arterial (4062).

Discusión

En el caso que se ha presentado se decidió establecer un tratamiento curativo que dio como resultado la curación casi en su totalidad de la lesión presentada. En otros casos, donde el tratamiento no es precoz, la infección puede estar tan avanzada que se puede llegar incluso a la amputación de la extremidad afectada por encima de la rodilla y corre riesgo la vida del paciente.

Se da poca importancia a los antecedentes laborales para valorar el riesgo de sufrir traumatismos (factor importante para la aparición de lesiones/ulceraciones en los pies, muchas veces asociada al uso de calzados inadecuados, caídas, micosis y cortes de uñas equivocados) y al estar de pie por tiempo prolongado. Para evitarlo es necesario un autoexamen por parte del paciente, seguir correctamente las normas higiénico-dietéticas dadas por el equipo de Atención Primaria y la utilización de calzado adecuado en el ámbito laboral.

Conclusiones

En el pie diabético es de gran importancia el diagnóstico precoz para la buena evolución del paciente por ello resulta fundamental la detección e identificación de los factores de riesgo asociados al pie diabético. Esta tarea debería ser una prioridad para el profesional de enfermería que trabaje con pacientes diabéticos. Esta detección es realizable en el ámbito de Atención Primaria mediante métodos exploratorios sencillos y con un coste aceptable. Estas actividades deben enmarcarse, además, en el contexto de un equipo multidisciplinar, destacando la labor del equipo de Atención Primaria que proporcionará conocimientos y recomendaciones, y ayudará a establecer un abordaje integral del problema de salud con la colaboración de los distintos niveles asistenciales.

Es necesario que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, adopten estrategias educativas efectivas en el día a día de su trabajo para lograr mejorar la eficacia en el alcance de los objetivos de la educación para la salud y para promover estilos de vida sanos.

Bibliografía:

1. Sainz F., Alonso N., Abdelkader A., Peraza J., Brita-Paja C.. *Pie diabético en joven trabajador*. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2015 Sep [citado 16 de junio de 2016]; 24(3): 130-133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552015000300007&lng=es.
2. González de la Torre Héctor, Perdomo Pérez Estrella, Quintana Lorenzo M^a. Luana, Mosquera Fernández Abián. *Estratificación de riesgo en pie diabético*. Gerokomos [Internet]. 2010 Dic [citado 10 de junio de 2016]; 21(4): 172-182. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400006&lng=es.
3. Pérez Rodríguez M^a del Carmen, Godoy Simone de, Mazzo Alessandra, Nogueira Paula Cristina, Trevizan M^a Auxiliadora, Mendes Isabel Amélia Costa. *Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa*. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Ene [citado 11 de junio de 2016]; 12(29): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100003&lng=es.

Capítulo 45

Caso clínico: Psicosis de Korsakoff - síndrome de Wernicke-Korsakoff

Autores:

Rullo Sánchez, Ana María

Botia Portero, Antonio

CASO CLÍNICO: Psicosis de Korsakoff – Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Autores:

Introducción.

La psicosis de Korsakoff es una de las causas más frecuentes de amnesia. Se caracteriza por confusión mental, deterioro de la memoria reciente y confabulación. Se debe al déficit de tiamina o vitamina B1. Esta patología puede presentarse precedida o no de encefalopatía de Wernicke (EW), por lo que es un síndrome generalmente infradiagnosticado. La psicosis de Korsakoff constituye una de las formas en que se presenta la enfermedad de Wernicke. Se estima que el 15 % de los pacientes alcohólicos llegan a esta enfermedad carencial, mientras que la encefalopatía de Wernicke alcanza al 2 % de la población general (no alcohólicos). La psicosis de Korsakoff afecta casi exclusivamente a personas que han abusado del alcohol. De los pacientes alcohólicos con encefalopatía de Wernicke, el 98 % desarrolla la psicosis y más del 10 % presenta solamente la psicosis sin la otra sintomatología carencial. Se diferencia de los trastornos cognitivos porque no se da una disminución generalizada del funcionamiento intelectual y porque la memoria reciente se afecta desproporcionadamente respecto a otras funciones cognitivas. El síndrome o psicosis de Korsakoff es una enfermedad neuropsiquiátrica cuyo rasgo característico es que provoca en el paciente una pérdida grave de la memoria episódica o de las experiencias vividas. Los enfermos de Korsakoff sufren amnesia anterógrada para recuerdos explícitos (no implícitos o procedimentales). En las primeras fases, las lagunas pueden ser rellenadas y pasar inadvertidas incluso para quienes la padecen. A medida que avanza la enfermedad, también se produce amnesia retrógrada, que en casos graves puede abarcar incluso extensos episodios de la vida del paciente. Los pacientes suelen confabular, es decir, imaginar circunstancias de su vida por las que nunca pasaron y que las viven como ciertas. Al microscopio se observa pérdida neuronal, gliosis y hemorragias en los cuerpos mamilares, tálamo e hipotálamo. Mediante la tomografía por emisión de positrones se aprecia además otras zonas con hipometabolismo. Cuando los síntomas de la psicosis de Korsakoff se acompañan de los propios de la encefalopatía de Wernicke, suele ser llamado síndrome de Wernicke-Korsakoff. Estas insuficiencias nutricionales afectan también al corazón, hígado y a las respuestas inmunitarias. La recuperación es lenta y a menudo incompleta. Se debe establecer lo antes posible el diagnóstico de alcoholismo para instaurar precozmente el tratamiento preventivo con tiamina.



Observación clínica.

Paciente RTV, de 49 años de edad, fumador de un paquete de cigarrillos al día durante más de 25 años, bebedor de riesgo (\pm 45 unidades de alcohol a la semana), con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) e hipercolesterolemia. Ingresó por temblores en el brazo izquierdo. Había estado ingresado hace 2 años antes por presentar una gastritis erosiva y una duodenitis. No ha tenido intervenciones quirúrgicas ni alergias conocidas, no está bajo ningún tratamiento farmacológico. Manifestó presentar episodios autolimitados de movimientos involuntarios en el brazo izquierdo, por lo que fue remitido a urgencias. El día anterior había presentado malestar general y vómitos. Acude sólo a urgencias, se desconoce si tiene familia o amigos, dificultad para mantener una conversación coherente

Examen físico

A su llegada a urgencias presentaba una desviación persistente de la mirada hacia la derecha con hemianopsia izquierda y un déficit motor hemicorporal izquierdo. Poco después presentó clonias recurrentes en toda la extremidad superior izquierda, a pesar de la administración de diazepam endovenoso, por lo que se instauró tratamiento con fenitoína intravenosa que fue efectivo. En las horas posteriores mostró una gran agitación e inquietud, con fiebre de 38,8 °C. Ingresó en planta de Medicina Interna a las 24 h de estar en urgencias afebril y con episodios de clonias resueltas en un primer momento.

Plan de cuidados de enfermería.

El plan de cuidados, según protocolo del Hospital donde se ingresa a la paciente, basa su trabajo de Enfermería según el **Modelo de Virginia Henderson**: "Ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a lograr una muerte digna, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible". La prioridad del enfermero es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto el enfermero es dueño de la atención. A continuación se exponen las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson:

Valoración por necesidades: Necesidades alteradas	Valoración	Actividades
1. Respiración	Necesidad de oxigenoterapia	Durante su ingreso precisa oxigenoterapia con gafas nasales a 3 lpm
2. Nutrición / hidratación	Mal estado general	Edema generalizado: se administra tratamiento médico. Presenta rechazo a la comida debido a trastorno de la conducta: medidas terapéuticas
3. Eliminación	Incontinencia urinaria y fecal	Utilización de pañal y medidas higiénicas adecuadas
4. Movilización / postura	Se mantiene en reposo en cama debido a crisis epilépticas y trastorno de la conducta	Precisa ayuda para cambios posturales, se le mantiene con sujeciones mecánicas debido a episodios de violencia y agitación
5. Descanso y sueño	Deprivación del sueño y descanso	Despertares continuos y abruptos, con ansiedad y violencia debido a su proceso, del cual no es consciente: presencia.
6. Vestirse	Ayuda en auto cuidado vestirse	Se ayuda al paciente a hacer sus funciones de acicalado, debido a pérdida de autocontrol y a su trastorno conductual
7. Temperatura	Fiebre	Picos febriles de $<38^{\circ}\text{C}$ que precisan medidas físicas y analgesia
8. Higiene / piel	Presenta úlcera arterial en mmii derecho. Necesidad de higiene	El paciente precisa que se le realice higiene completa y curas de úlcera, así como hidratación abundante corporal.
9. Seguridad	Riesgo de caídas	Inestabilidad ambulatoria, así como riesgo de caerse por crisis de ansiedad y agresividad, riesgo de fuga: precisa medidas de sujeción mecánica
10. Comunicarse	Dificultad en la comunicación, debido a cambios en la conducta, amnesia y situación confusional	Activado trabajador social, para búsqueda de algún familiar o amigo (si es que lo tuviera), que nos pueda indicar su situación actual
11. Creencias / valores	Se desconocen	Debido a barrera: trastorno conductual
12. Trabajo / realizarse	Incapacidad para desempeñar un trabajo y llevar a cabo tareas de realización personal en su estado actual	A la espera de valoración por trabajador social, para poner en marcha actividades tras su recuperación.
13. Ocio	Se desconoce	A la espera de valoración por trabajador social
14. Aprendizaje	Impresión de que desconoce su estado actual	Se le ayuda durante su proceso en la medida que se nos permite

14 componentes o necesidades básicas



❖ Ante la situación desconocida del paciente se activa **trabajador social**, para valoración y seguimiento del caso.

Discusión.

El síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) es una enfermedad neurológica que implica la pérdida de funciones específicas del cerebro, debido a la deficiencia de tiamina. La EW y la psicosis de Korsakoff (PK) son respectivamente, la fase aguda y la fase crónica de la misma enfermedad. La EW es un cuadro neurológico agudo caracterizado por una tríada de oftalmoplejía, ataxia y alteraciones confusionales. La PK es un síndrome amnésico que puede ir o no precedido de EW, por lo que se diagnostican menos casos de los que en realidad existen. El paciente presentó al ingreso sintomatología típica de PK. El desencadenante de la sintomatología que motivó el ingreso pudo haber sido un síndrome de abstinencia leve (náuseas y vómitos, malestar general, sudoración, falta de apetito, insomnio...), que probablemente evolucionó a un síndrome de abstinencia mayor, fase en la que se pueden producir crisis convulsivas. En la historia clínica del paciente no se hacía alusión al consumo de riesgo de bebidas alcohólicas que presentaba, y entre los motivos de consulta por los que el paciente había acudido al centro de salud (afecciones de carácter agudo y banal) no presentaba ningún dato que evidenciara alcoholismo. Sí constaba que era hipertenso, pero no acudía a los controles correspondientes.

Conclusiones.

Para concluir se expone:

- Importancia de una pronta valoración de riesgo social a nivel hospitalario para intervenir y mejorar la calidad de vida del paciente y poder llevarlo a desarrollar una vida plena.
- Es necesario definir y consolidar el desarrollo de las competencias enfermeras, para ofrecer una práctica avanzada de calidad que garantice la excelencia en las intervenciones que se ofrezcan a los pacientes y sus familias desde una perspectiva del cuidado humanista e integral.
- Es necesaria la visión y aportación específica en el seno de un equipo multidisciplinar, mediante comunicación y compromiso profesional, así como soporte administrativo e institucional.
- El plan de cuidados tiene que ir adaptado a las necesidades de cada paciente y su familia, cada paciente es diferente y tiene sus particularidades, que la enfermería debe identificar y cubrir.

Resumen: La psicosis de Korsakoff es una de las causas más frecuentes de amnesia. Se caracteriza por confusión mental, deterioro de la memoria reciente y confabulación. Se debe al déficit de tiamina o vitamina B1.

Esta patología puede presentarse precedida o no de encefalopatía de Wernicke (EW), es un síndrome generalmente infradiagnosticado. La psicosis de Korsakoff constituye una de las formas en que se presenta la enfermedad de Wernicke. Se estima que el 15 % de los pacientes alcohólicos llegan a esta enfermedad carencial, mientras que la encefalopatía de Wernicke alcanza al 2 % de la población general (no alcohólicos).

Palabras Clave: Wernicke; Psicosis de Korsakoff; alcoholismo.

Introducción

La psicosis de Korsakoff es una de las causas más frecuentes de amnesia. Se caracteriza por confusión mental, deterioro de la memoria reciente y confabulación. Se debe al déficit de tiamina o vitamina B1.

Se diferencia de los trastornos cognitivos porque no se da una disminución generalizada del funcionamiento intelectual y porque la memoria reciente se afecta desproporcionadamente respecto a otras funciones cognitivas. El síndrome o psicosis de Korsakoff es una enfermedad neuropsiquiátrica cuyo rasgo característico es que provoca en el paciente una pérdida grave de la memoria episódica o de las experiencias vividas.

Los enfermos de Korsakoff sufren amnesia anterógrada para recuerdos explícitos (no implícitos o procedimentales). En las primeras fases, las lagunas pueden ser rellenadas y pasar inadvertidas incluso para quienes la padecen. A medida que avanza la enfermedad, también se produce amnesia retrógrada, que en casos graves puede abarcar incluso extensos episodios de la vida del paciente. Los pacientes suelen confabular, es decir, imaginar circunstancias de su vida por las que nunca pasaron y que las viven como ciertas.

Se debe establecer lo antes posible el diagnóstico de alcoholismo para instaurar precozmente el tratamiento preventivo con tiamina.

Observación clínica

Paciente RTV, de 49 años de edad, fumador de un paquete de cigarrillos al día durante más de 25 años, bebedor de riesgo (\pm 45 unidades de alcohol a la semana), con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) e hipercolesterolemia. Ingresó por temblores en el brazo izquierdo. Había estado ingresado hace 2 años antes por presentar una gastritis erosiva y una duodenitis. No ha tenido intervenciones quirúrgicas ni alergias conocidas, no está bajo ningún tratamiento farmacológico. Manifestó presentar episodios autolimitados de movimientos involuntarios en el brazo izquierdo, por lo que fue remitido a urgencias. El día anterior había presentado malestar general y vómitos. Acude sólo a urgencias, se desconoce si tiene familia o amigos, dificultad para mantener una conversación coherente.

Examen físico: A su llegada a urgencias presentaba una desviación persistente de la mirada hacia la derecha con hemianopsia izquierda y un déficit motor hemicorporal izquierdo. Poco después

presentó clonías recurrentes en toda la extremidad superior izquierda, a pesar de la administración de diazepam endovenoso, por lo que se instauró tratamiento con fenitoína intravenosa que fue efectivo. En las horas posteriores mostró una gran agitación e inquietud, con fiebre de 38,8 °C. Ingresó en planta de Medicina Interna a las 24 h de estar en urgencias afebril y con episodios de clonías resueltas en un primer momento.

El plan de cuidados, según protocolo del Hospital donde se ingresa a la paciente, basa su trabajo de Enfermería según el Modelo de Virginia Henderson:

“Ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a lograr una muerte digna, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad del enfermero es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto el enfermero es dueño de la atención.

Discusión

El síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) es una enfermedad neurológica que implica la pérdida de funciones específicas del cerebro, debido a la deficiencia de tiamina.

La EW y la psicosis de Korsakoff (PK) son respectivamente, la fase aguda y la fase crónica de la misma enfermedad. La EW es un cuadro neurológico agudo caracterizado por una tríada de oftalmoplejía, ataxia y alteraciones confusionales. La PK es un síndrome amnésico que puede ir o no precedido de EW, por lo que se diagnostican menos casos de los que en realidad existen.

El paciente presentó al ingreso sintomatología típica de PK.

El desencadenante de la sintomatología que motivó el ingreso pudo haber sido un síndrome de abstinencia leve (náuseas y vómitos, malestar general, sudoración, falta de apetito, insomnio), que probablemente evolucionó a un síndrome de abstinencia mayor, fase en la que se pueden producir crisis convulsivas.

En la historia clínica del paciente no se hacía alusión al consumo de riesgo de bebidas alcohólicas que presentaba, y entre los motivos de consulta por los que el paciente había acudido al centro de salud (afecciones de carácter agudo y banal) no presentaba ningún dato que evidenciara alcoholismo. Sí constaba que era hipertenso, pero no acudía a los controles correspondientes.

Conclusiones

- Importancia de una pronta valoración de riesgo social a nivel hospitalario para intervenir y mejorar la calidad de vida del paciente y poder llevarlo a desarrollar una vida plena.
- Es necesario definir y consolidar el desarrollo de las competencias enfermeras, para ofrecer una práctica avanzada de calidad que garantice la excelencia en las intervenciones que se ofrezcan a los pacientes y sus familias desde una perspectiva del cuidado humanista e integral.
- Es necesaria la visión y aportación específica en el seno de un equipo multidisciplinar, mediante comunicación y compromiso profesional, así como soporte administrativo e institucional.
- El plan de cuidados tiene que ir adaptado a las necesidades de cada paciente y su familia, cada paciente es diferente y tiene sus particularidades, que la enfermería debe identificar y cubrir.

Bibliografía:

1. Batista, S. M., Llorens, B. M., & Ponce, L. B. R. *Síndrome de Wernicke-Korsakoff*. Archivos de Medicina Interna. Montevideo: 2000; 22: 159-63.
2. Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Karaiskos D, Kouzoupis A, Liappas I. *Complete recovery from undertreated Wernicke-Korsakoff syndrome following aggressive thiamine treatment*. In Vivo. 2010; 24: 231-3.
3. Isenberg-Grzeda E, Kutner HE, Nicolson SE. *Wernicke-Korsakoff-syndrome: under-recognized and under-treated*. Psychosomatics. 2012; 53: 507-16. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2012.04.008>.
4. Brion M, Pistel AL, Beaunieux H, Maurage P. *Revisiting the continuum hypothesis: toward an in-depth exploration of executive functions in Korsakoff syndrome*. Frontiers in human neuroscience. www.frontiersin.org.

Capítulo 46

Caso clínico: Tratamiento de gonartrosis con mesoterapia homeopática

Autores:

Sánchez Carrión, Pedro José

Sánchez Pérez, Pedro

Caso clínico: tratamiento de gonartrosis con mesoterapia homeopática

INTRODUCCIÓN

La gonartrosis es la causa más frecuente de artropatía de la rodilla y la segunda en orden de frecuencia de discapacidad crónica. Es un problema de salud que afecta al 30% de la población española y se hace más frecuente a partir de los 40-50 años.

La Mesoterapia consiste en inyectar de forma subcutánea uno o varios medicamentos para conseguir un equilibrio biológico en nuestro cuerpo y ayudarle en el proceso de autocuración.

Según la RAE, la Homeopatía es un “Sistema curativo que aplica a las enfermedades, en dosis mínimas, las mismas sustancias que, en mayores cantidades, producirían al hombre sano síntomas iguales o parecidos a los que se trata de combatir”.

Los medicamentos homeopáticos tienen su origen en el reino vegetal, mineral (sales minerales, metales) y animal (venenos, hormonas, tinta de sepia, etc.), y se administran en unas concentraciones y disoluciones específicas, bien utilizando sólo uno o combinando varios de ellos para aumentar su acción.



PLAN DE CUIDADOS Y TRATAMIENTO

Se realiza tratamiento mesoterápico, bajo supervisión médica, aplicando los siguientes preparados homeopáticos: Homeosor Árnica, Homeosor diátesis Luética, Homeosor Bryonia y Procaína.

Las punciones se realizan en varios puntos alrededor de la rótula, y en dos líneas paralelas a la articulación fémoro-tibial.

La frecuencia de las sesiones es 1 sesión semanal el primer mes, 1 sesión quincenal el segundo mes y 1 sesión cada tres meses de mantenimiento.

El resultado es una mejoría progresiva desde las primeras semanas, realizando vida social y laboral normal desde la 6ª semana de tratamiento y estando asintomático (sin dolor y con movilidad normal) en 8 semanas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 60 años, que acude a consulta y que describe dolor y dificultad para el movimiento en la rodilla izquierda, que le impiden realizar su trabajo de albañil.

El dolor mejora con reposo y una rodillera, y empeora al iniciar el movimiento y con los esfuerzos prolongados.

En tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y fisioterapia convencional (termoterapia profunda, electroterapia, masaje,...) con disminución parcial del dolor. En situación de I.L.T.

En su exploración física se observa roce fémoro-patelar, dolor en la interlínea articular interna y limitación de los últimos 20° de flexión de la rodilla.

En el estudio radiológico se evidencian signos de artrosis fémoro-tibial interna.

CONCLUSIONES

Los medicamentos homeopáticos no tienen toxicidad para nuestro organismo y no producen ningún tipo de efecto secundario como pudieran tener otro tipo de medicamentos químicos.

Como reacciones secundarias a su aplicación mediante Mesoterapia podemos mencionar reacciones tales como enrojecimiento de la zona, ligero abultamiento de la piel (debido al líquido inyectado, que desaparece en un corto periodo de tiempo) y hematoma tras el pinchazo. Así mismo puede haber infecciones si no se tiene el cuidado necesario en el proceso de desinfección y tras el tratamiento.

Lo primordial es que sea un profesional titulado quien la realice, bien médico, enfermero o fisioterapeuta y que posea los conocimientos necesarios para realizar dicha terapia.

El profesional deberá llevar a cabo unas medidas higiénicas como son: uso de guantes, utilización de material estéril (jeringa y agujas), desinfección de la zona a tratar, desecho correcto del material biosanitario utilizado y asepsia de la zona posterior al tratamiento.

DISCUSIÓN

Los procesos crónicos y degenerativos como la artrosis, van a estar presentes hasta en un 30% de la población mayor de 55 años con las consecuencias de limitación socio-laboral y gasto económico público que se deriva de ello.

La Homeopatía puede ser una buena opción en el tratamiento del paciente con artrosis para mejorar los síntomas e intentar retrasar el desarrollo de la enfermedad, siendo sus ventajas su seguridad, complementariedad con cualquier otro tipo de tratamiento y eficacia.

G. BOURIT, Y. JEANMAIRE y B. ESTEVE-LOPEZ, exponen en un estudio prospectivo que la Mesoterapia se puede considerar un tratamiento de primera elección en las artrosis fémoro-tibiales por actuar a nivel de la cápsula sinovial, del periostio y de la matriz extracelular, evitándose también los efectos secundarios derivados de la administración de la mayoría de AINE's utilizados, y además, se emplea mucha menos cantidad de medicación abaratando el costo total del tratamiento: “**poco, pocas veces y en lugar adecuado**”.

Resumen: Los procesos degenerativos y crónicos con dolor como principal síntoma, suponen un 30% de las consultas de Atención Primaria (mayores de 50 años), aumentando su limitación sociolaboral y el gasto económico público.

La gonartrosis es la causa más frecuente de artropatía de la rodilla y la segunda en orden de frecuencia de discapacidad crónica, pudiendo ser la Mesoterapia homeopática un tratamiento de primera elección por actuar a nivel de cápsula sinovial, periostio y matriz extracelular, evitando además los efectos secundarios de los AINE's y empleando mucha menos cantidad de medicación, abaratando el costo total del tratamiento.

Palabras Clave: Mesoterapia; Homeopatía; Gonartrosis.

Introducción

La gonartrosis es la causa más frecuente de artropatía de la rodilla y la segunda en orden de frecuencia de discapacidad crónica.

Es un problema de salud que afecta al 30% de la población española y se hace más frecuente a partir de los 40-50 años.

La Mesoterapia consiste en inyectar de forma subcutánea uno o varios medicamentos para conseguir un equilibrio biológico en nuestro cuerpo y ayudarle en el proceso de autocuración.

Según la RAE, la Homeopatía es un "Sistema curativo que aplica a las enfermedades, en dosis mínimas, las mismas sustancias que, en mayores cantidades, producirían al hombre sano síntomas iguales o parecidos a los que se trata de combatir".

Los medicamentos homeopáticos tienen su origen en el reino vegetal, mineral (sales minerales, metales) y animal (venenos, hormonas, tinta de sepia, etc.), y se administran en unas concentraciones y disoluciones específicas, bien utilizando sólo uno o combinando varios de ellos para aumentar su acción.

Observación clínica

Varón de 60 años, que acude a consulta y que describe dolor y dificultad para el movimiento en la rodilla izquierda, que le impiden realizar su trabajo de albañil.

El dolor mejora con reposo y una rodillera, y empeora al iniciar el movimiento y con los esfuerzos prolongados.

En tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y fisioterapia convencional (termoterapia profunda, electroterapia, masaje) con disminución parcial del dolor. En situación de I.L.T.

En su exploración física se observa roce fémoro-patelar, dolor en la interlínea articular interna y limitación de los últimos 20º de flexión de la rodilla.

En el estudio radiológico se evidencian signos de artrosis fémoro-tibial interna.

Plan de cuidados y tratamiento

Se realiza tratamiento mesoterápico, bajo supervisión médica, aplicando los siguientes preparados homeopáticos: Homeosor Árnica, Homeosor diátesis Luética, Homeosor Bryonia y Procaína.

Las punciones se realizan en varios puntos alrededor de la rótula, y en dos líneas paralelas a la articulación fémoro-tibial.

La frecuencia de las sesiones es 1 sesión semanal el primer mes, 1 sesión quincenal el segundo mes y 1 sesión cada tres meses de mantenimiento.

El resultado es una mejoría progresiva desde las primeras semanas, realizando vida social y laboral normal desde la 6ª semana de tratamiento y estando asintomático (sin dolor y con movilidad normal) en 8 semanas.

Conclusiones

Los medicamentos homeopáticos no tienen toxicidad para nuestro organismo y no producen ningún tipo de efecto secundario como pudieran tener otro tipo de medicamentos químicos.

Como reacciones secundarias a su aplicación mediante Mesoterapia podemos mencionar reacciones tales como enrojecimiento de la zona, ligero abultamiento de la piel (debido al líquido inyectado, que desaparece en un corto periodo de tiempo) y hematoma tras el pinchazo. Así mismo puede haber infecciones si no se tiene el cuidado necesario en el proceso de desinfección y tras el tratamiento.

Lo primordial es que sea un profesional titulado quien la realice, bien médico, enfermero o fisioterapeuta y que posea los conocimientos necesarios para realizar dicha terapia.

El profesional deberá llevar a cabo unas medidas higiénicas como son: uso de guantes, utilización de material estéril (jeringa y agujas), desinfección de la zona a tratar, desecho correcto del material biosanitario utilizado y asepsia de la zona posterior al tratamiento.

Discusión

Los procesos crónicos y degenerativos como la artrosis, van a estar presentes hasta en un 30% de la población mayor de 55 años con las consecuencias de limitación socio-laboral y gasto económico público que se deriva de ello.

La Homeopatía puede ser una buena opción en el tratamiento del paciente con artrosis para mejorar los síntomas e intentar retrasar el desarrollo de la enfermedad, siendo sus ventajas su seguridad, complementariedad con cualquier otro tipo de tratamiento y eficacia.

G. Bourit, Y. Jeanmaire y B. Esteve-López, exponen en un estudio prospectivo que la Mesoterapia se puede considerar un tratamiento de primera elección en las artrosis fémoro-tibiales por actuar a nivel de la cápsula sinovial, del periostio y de la matriz extracelular, evitándose también los efectos secundarios derivados de la administración de la mayoría de AINE's utilizados, y además, se emplea mucha menos cantidad de medicación abaratando el costo total del tratamiento: "poco, pocas veces y en lugar adecuado".

Bibliografía:

1. Valera F, Minaya F. *Fisioterapia Invasiva*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2016.
2. Ferrer M, Juste J, Iñigo V, Calatayud MJ, Rubio MD, Gómez-Ferrer R. *Mesoterapia como opción terapéutica en patología dolorosa del aparato locomotor*. Rehabilitación [Internet]. 2010; 44(4): 311-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/250772462_Mesoterapia_como_opcion_terapeutica_en_patologia_dolorosa_del_aparato_locomotor.
3. Rakel D. *Medicina Integrativa*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009.

Capítulo 47

Caso clínico: Ventilación no invasiva en paciente con Epoc reagudizado

Autoras:

Da Silva de Vicente, Gema Natalia

Tejado Moral, María

CASO PRÁCTICO: VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTE CON EPOC AGUDIZADO

INTRODUCCION

La utilización de equipos de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es cada vez más frecuente en unidades de hospitalización de servicios de urgencias. Debido a sus indicaciones en insuficiencias respiratorias graves o hipoxémicas, forman parte del tratamiento para muchos pacientes. Dentro del equipo multidisciplinar, el personal médico se encarga de la prescripción y programación de los parámetros del equipo y el personal enfermero, maneja dichos equipos y proporciona cuidados a los pacientes que requieren de ventilación mecánica no invasiva

OBSERVACIÓN CLINICA

Varón de 68 años, con antecedentes de EPOC y HTA, Es traído a urgencias por soporte básico, habiendo sido avisado por la mujer del paciente, quien lo nota más dormido de lo habitual, desorientado y con dolor de cabeza. Se le extrae analítica de sangre con gasometría arterial, se realiza EKG y RX de Tórax. EXPLORACIÓN FÍSICA Consciente, moderada desorientación espacial, cianosis facial y lingual. Hipertenso (TA: 190/105 mmHg). Respiratorio: Taquipnea moderada. (FR: 28 rpm) algún sibilante y ronus aislado, no uso de musculatura respiratoria accesoria. Cardiocirculatorio: Taquicardia rítmica (FC 105 lpm) EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

1) Gasometría arterial al ingreso: pH: 7.279, pCO₂ 75.1mmHg, pO₂ 63 mmHg, HCO₃ 34.1 mmol/L, O₂Sat 88%. 2) Análisis de sangre: Hemograma: 14.400 leucocitos, Hb16,9 g/dl, Htco: 50%, Plaquetas: 329.000, PCR: 3.2 mg/dl. Resto anodino. 5

3) RX tórax: Aumento de tamaño de hilios pulmonares de aspecto vascular, no imágenes de condensación pulmonar, no cardiomegalia.

A su ingreso, se inicia tratamiento con oxigenoterapia con Venturi 50% a 10 lpm, sueroterapia por vía periférica, antibioterapia puesta, sonda vesical. Se le ha administrado aerosoles con broncodilatadores y corticoides via endovenosa. La disnea mejora inicialmente y la saturación arterial por pulsioximetría pasa de 78% a 98 %.

Una hora después, presenta disminución de nivel de conciencia con dificultad para articular palabras, sin focalidad neurológica.

Ingresa en UCI por persistencia de obnubilación y signos de encefalopatía hipercápnica. Se realiza monitorización de ECG, presión arterial no invasiva y pulsioximetría. por Hipercapnia, para iniciar tratamiento con VMNI, como soporte de la insuficiencia respiratoria agudizada hipercápnica. Se inicia con IPAP progresiva hasta 18cmH₂O y EPAP 5 cmH₂O y FiO₂ hasta SpO₂ (25%), con mejoría del nivel de conciencia y la taquipnea. La evolución gasométrica también es favorable, con resolución progresiva de la acidosis respiratoria.

PLAN DE CUIDADOS		
NANDA	NIC	NOC
Deterioro del intercambio de gases (00030)	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro del intercambio de gases (00030) [0403] ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN [0411] RESPUESTA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: ADULTO [0600] EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO Y ÁCIDO-BASE [0408] PERFUSIÓN TISULAR: PULMONAR 	<ul style="list-style-type: none"> [1913] Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria [3350] Monitorización respiratoria [2380] Manejo de la medicación [3320] Oxigenoterapia [3390] Ayuda a la ventilación
Confusión aguda (00128)	<ul style="list-style-type: none"> [0901] ORIENTACIÓN COGNITIVA [1403] AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO [0912] ESTADO NEUROLÓGICO: CONSCIENCIA 	<ul style="list-style-type: none"> [2300] Administración de medicación [6486] Manejo ambiental: seguridad [6440] Manejo del delirio
•Trastorno del patrón de sueño (00198)	<ul style="list-style-type: none"> [0004] SUEÑO [2009] ESTADO DE COMODIDAD: ENTORNO [3007] SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: ENTORNO FÍSICO 	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno del patrón de sueño (00198) [1850] Mejorar el sueño 2300] Administración de medicación [840] Cambio de posición [6482] Manejo ambiental: confort [6040] Terapia de relajación

DISCUSION

La Insuficiencia Respiratoria que conlleva una elevación de CO₂ en sangre, se manifiesta como signos y síntomas de somnolencia, cefalea, confusión e incluso, coma. También se relaciona con Taquicardia e Hipertensión, diaforesis y vasodilatación periférica. Es un punto clave, saber que la oxigenoterapia inicial puede contribuir al deterioro de la hipercapnia y acidosis respiratoria, si se hace de forma no controlada. Por ello, la VNI contribuye a la estabilización de la insuficiencia respiratoria hipercápnica agudizada. CONCLUSIONES

Actualmente la VMNI es un estándar en los cuidados en la agudización de EPOC que cursa con acidosis respiratoria. Su papel beneficioso está fuera de toda duda. Una adecuada comprensión de los mecanismos fisiopatológicos así como los cuidados que requiere un paciente con VNI, ayudarán a conseguir una VMNI exitosa.

Resumen: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) forma parte del tratamiento en insuficiencias respiratorias graves. El paciente presentará en una gasometría arterial, una elevación de CO_2 en sangre, manifestándose como signos y síntomas de somnolencia, cefalea, confusión e incluso, coma. La VMNI contribuye a la estabilización de la insuficiencia respiratoria hipercápnica agudizada. A continuación, se presenta el caso clínico de un varón de 68 años, con antecedentes de EPOC, que acude refiriendo cefalea, desorientado y con tendencia al sueño. Preciso como tratamiento una VMNI siendo efectiva para resolver la insuficiencia respiratoria hipercápnica que presentaba.

Palabras Clave: Ventilación mecánica; Hipercapnia; Acidosis respiratoria.

Introducción

La utilización de equipos de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es cada vez más frecuente en unidades de hospitalización de servicios de urgencias. Debido a sus indicaciones en insuficiencias respiratorias graves o hipoxémicas, forman parte del tratamiento para muchos pacientes. Dentro del equipo multidisciplinar, el personal médico se encarga de la prescripción y programación de los parámetros del equipo y el personal enfermero, maneja dichos equipos y proporciona cuidados a los pacientes que requieren de ventilación mecánica no invasiva.

Observación clínica

Varón de 68 años, con antecedentes de EPOC y HTA, es traído a urgencias por soporte básico, habiendo sido avisado por la mujer del paciente, quien lo nota más dormido de lo habitual, desorientado y con dolor de cabeza. Se le extrae analítica de sangre con gasometría arterial, se realiza EKG y RX de Tórax.

Exploración física: Consciente, moderada desorientación espacial, cianosis facial y lingual. Hipertenso (TA: 190/105 mmHg). Respiratorio: Taquipnea moderada. (FR: 28 rpm) algún sibilante y roncus aislado, no uso de musculatura respiratoria accesoria. Cardiocirculatorio: Taquicardia rítmica (FC 105 lpm) exploraciones complementarias 1) Gasometría arterial al ingreso: pH: 7.279, pCO_2 75.1 mmHg, pO_2 63 mmHg, HCO_3 34.1 mmol/L, O_2Sat 88%. 2) Análisis de sangre: Hemograma: 14.400 leucocitos, Hb 16,9 g/dl, Htco: 50%, Plaquetas: 329.000, PCR: 3.2 mg/dl. Resto anodino. 2) RX tórax: Aumento de tamaño de hilos pulmonares de aspecto vascular, no imágenes de condensación pulmonar, no cardiomegalia.

A su ingreso, se inicia tratamiento con oxigenoterapia con Venturi 50% a 10 lpm, sueroterapia por vía periférica, antibioterapia puesta, sonda vesical. Se le ha administrado aerosoles con broncodilatadores y corticoides vía endovenosa. La disnea mejora inicialmente y la saturación arterial por pulsioximetría pasa de 78% a 98 %. Una hora después, presenta disminución de nivel de conciencia con dificultad para articular palabras, sin focalidad neurológica. Ingresa en UCI por persistencia de obnubilación y signos de encefalopatía hipercápnica. Se realiza monitorización de ECG, presión arterial no invasiva y pulsioximetría e inicia tratamiento con VMNI, como soporte de la insuficiencia respiratoria agudizada hipercápnica. Se inicia con IPAP progresiva hasta 18cm H_2O y EPAP 5 cmH_2O y FiO_2 hasta SpO_2 (25%), con mejoría del nivel de conciencia y la taquipnea. La evolución gasométrica también es favorable, con resolución progresiva de la acidosis respiratoria.

Discusión

La insuficiencia respiratoria que conlleva una elevación de CO_2 en sangre, se manifiesta como signos y síntomas de somnolencia, cefalea, confusión e incluso, coma. También se relaciona con Taquicardia e Hipertensión, diaforesis y vasodilatación periférica. Es un punto clave, saber que la oxigenoterapia inicial puede contribuir al deterioro de la hipercapnia y acidosis respiratoria, si se hace de forma no controlada. Por ello, la VMNI contribuye a la estabilización de la insuficiencia respiratoria hipercápnica agudizada.

Conclusiones

Actualmente la VMNI es un estándar en los cuidados en la agudización de EPOC que cursa con acidosis respiratoria. Su papel beneficioso está fuera de toda duda. Una adecuada comprensión de los mecanismos fisiopatológicos así como los cuidados que requiere un paciente con VNI, ayudarán a conseguir una VMNI exitosa.

Bibliografía:

1. Effros RM, Swenson ER. *Acid-base balance*. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 7.
2. Seifter JL. *Acid-base disorders*. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 118.
3. Freedman N. *Positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnea*. In: Kryger M, Roth T, Dement WC, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 115.
4. Kimoff RJ. *Obstructive sleep apnea*. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 88.

Capítulo 48

CIMT - Terapia restrictiva en pediatría

Autora:

Rosales Casero, Laura

CIMT - TERAPIA RESTRICTIVA EN PEDIATRÍA

INTRODUCCIÓN:

La *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT), es una terapia restrictiva del movimiento de la extremidad sana en pacientes con Hemiplejía con la intención de inducir el movimiento de la extremidad afectada. Se trata de una terapia emergente en el tratamiento de la extremidad superior en niños con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) Hemipléjica y Parálisis Braquial Obstétrica (PBO).

Los orígenes de dicha terapia se remontan a los años 80 de la mano del Dr. Edward Taub iniciando sus experimentos con monos y extrapolando dichos resultados en adultos que habrían sufrido un accidente cerebrovascular. En dichos estudios, se argumenta que el aumento del uso de la extremidad afectada induce la expansión del área cortical contralateral que controla el movimiento de la extremidad más afectada e incorpora las áreas ipsilaterales nuevas.

Sin embargo, a pesar de los buenos resultados obtenidos, se hace necesaria la revisión del protocolo creado para adultos, ya que se trataba de una actividad demasiado intensa para utilizar en la población pediátrica.

OBJETIVOS:

Dar a conocer la terapia de movimiento inducido por restricción como herramienta terapéutica en el abordaje de niños con extremidad superior afectada por PCI o PBO.

METODOLOGÍA:

Esta terapia está indicada para el tratamiento de niños a partir de entre 12 y 18 meses sin límite de edad. Alcanzada una edad adolescente donde el niño haya adquirido más habilidades cognitivas y necesidades más específicas se valorará realizar el protocolo utilizado en la edad adulta.

Para una correcta aplicación de la terapia restrictiva, deberemos realizar en un primer momento una valoración pre-intervención y una post-intervención una vez concluida. En ambas valoraciones elegiremos una herramienta de valoración que nos proporcione información útil, válida y fiable que sea fácil de completar. Podemos ayudarnos de escalas como MACS, GMFCS, AHA, ASHWORTH, QUEST, etc. Además se realizará una medición de la fuerza de prensión, espasticidad y tono muscular, amplitud de movimiento activo y pasivo y sensibilidad manual.

Una vez realizada la valoración previa, realizaremos la elección del tipo de restricción de la mano sana, teniendo en cuenta la intensidad de la práctica, situación familiar, nivel de supervisión de la misma, posibilidad de frustración, efectos adversos secundarios y la posibilidad de utilizar la mano restringida como apoyo o estabilizador durante el juego. Como norma general, se suele emplear un guante o férula de yeso que evita la flexión de los dedos y el movimiento del pulgar.



INTERVENCIÓN:

Se deberán establecer previamente unos objetivos y desarrollar un programa de ejercicios para casa. El entrenamiento está basado en el aprendizaje motor y encuadrado en una situación de juego, donde el niño debe estar motivado para jugar. Es por tanto, que las actividades deben ser apropiadas a la edad del niño, y también deben suponer un reto que el niño pueda superar exitosamente al desarrollar sus nuevas habilidades.

El protocolo de CIMT modificado para aplicar en pediatría, consta de una restricción del miembro sano durante dos horas diarias en un periodo de 2 meses. Durante la intervención, se ofrecerán actividades motrices que busquen conseguir los objetivos pautados en cada semana. Es por tanto que el fisioterapeuta encargado deberá revisar los objetivos a trabajar cada semana, ofreciendo 5 actividades diferentes para trabajar dicha habilidad manual.

Cada semana deberá centrarse en habilidades específicas como el agarre, liberar objeto, supinación de antebrazo, etc., en función del nivel previo del niño.

Cabe destacar, que la aplicación de Toxina Botulínica A antes del inicio de la CIMT es una combinación potencialmente efectiva en niños con PCI hemipléjica.

Actividad/ Ejercicio	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Manejar un lápiz en una tuerca							
Desenroscar un tornillo con un tornillo							
Colgar un cartelito							
Agarrar a guisa de un huevo							
Agarrar con los pulgares de la mano							

Ejemplo tablero de actividades semanales



Trabajo de la fuerza en el agarre



Trabajo de la precisión, coordinación óculo-manual, y agarre



Trabajo de supinación de antebrazo y agarre tridigital

CONCLUSIONES:

Tras realizar una adecuada intervención llevando a cabo la metodología indicada, comprobamos que se produce un incremento del uso espontáneo de la extremidad afectada sobre todo en el uso de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), mejorando la calidad, velocidad y destreza de la mano. Mejora el uso de la extremidad afectada como una mano asistente de las actividades bimanuales. Se aprecian mejoras significativas (dentro del marco de la CIF) en:

- Coordinación, destreza y manipulación
- Movimientos más eficaces.
- Función motriz fina, movimientos disociados, agarre, extensión protectora y carga de peso con la extremidad afectada.
- Velocidad y precisión en los movimientos.
- Nuevos patrones motores.
- Incremento de la extremidad afectada.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Eliasson: "Effects of constraint-induced movement therapy in Young children with hemiplegic cerebral palsy: an adapted model". Developmental medicine & child neurology 2005.
2. Eliasson: "Efficacy of baby-CIMT: study protocol for a randomised controlled trial on infants below age 12 months, with clinical signs of unilateral CP". BMC Pediatrics 2014
3. Taub: "Efficacy of Constraint-Induced Movement Therapy for Children with Cerebral Palsy with Asymmetric Motor Impairment". PEDIATRICS Vol. 113 No. 2 February 2004

Resumen: La Constraint Induced Movement Therapy (CIMT), es una terapia restrictiva del movimiento de la extremidad sana en pacientes con Hemiplejía con la intención de inducir el movimiento de la extremidad afectada. Actualmente se trata de una terapia emergente en el ámbito de la pediatría, principalmente en niños en edades entre 12 y 18 meses.

Mediante una adecuada valoración inicial se realizará una intervención centrada en la persona y dirigida a favorecer el desarrollo de los ítems detectados con probabilidad de mejoría y consecución de habilidades motrices finas del paciente.

Palabras Clave: Constraint; induced; movement.

Introducción

La Constraint Induced Movement Therapy (CIMT), es una terapia restrictiva del movimiento de la extremidad sana en pacientes con Hemiplejía con la intención de inducir el movimiento de la extremidad afectada. Se trata de una terapia emergente en el tratamiento de la extremidad superior en niños con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) Hemipléjica y Parálisis Braquial Obstétrica (PBO).

Los orígenes de dicha terapia se remontan a los años 80 de la mano del Dr. Edward Taub iniciando sus experimentos con monos y extrapolando dichos resultados en adultos que habrían sufrido un accidente cerebrovascular. En dichos estudios, se argumenta que el aumento del uso de la extremidad afectada induce la expansión del área cortical contralateral que controla el movimiento de la extremidad más afectada e incorpora las áreas ipsilaterales nuevas.

Sin embargo, a pesar de los buenos resultados obtenidos, se hace necesaria la revisión del protocolo creado para adultos, ya que se trataba de una actividad demasiado intensa para utilizar en la población pediátrica.

Objetivos

Dar a conocer la terapia de movimiento inducido por restricción como herramienta terapéutica en el abordaje de niños con extremidad superior afectada por PCI o PBO.

Metodología

Esta terapia está indicada para el tratamiento de niños a partir de entre 12 y 18 meses sin límite de edad. Alcanzada una edad adolescente donde el niño haya adquirido más habilidades cognitivas y necesidades más específicas se valorará realizar el protocolo utilizado en la edad adulta.

Para una correcta aplicación de la terapia restrictiva, deberemos realizar en un primer momento una valoración pre-intervención y una post-intervención una vez concluida. En ambas valoraciones elegiremos una herramienta de valoración que nos proporcione información útil, válida y fiable que sea fácil de completar. Podemos ayudarnos de escalas como MACS, GMFCS, AHA, ASHWORTH, QUEST, etc. Además se realizará una medición de la fuerza de prensión, espasticidad y tono muscular, amplitud de movimiento activo y pasivo y sensibilidad manual.

Una vez realizada la valoración previa, realizaremos la elección del tipo de restricción de la mano sana, teniendo en cuenta la intensidad de la práctica, situación familiar, nivel de supervisión de la

misma, posibilidad de frustración, efectos adversos secundarios y la posibilidad de utilizar la mano restringida como apoyo o estabilizador durante el juego. Como norma general, se suele emplear un guante o férula de yeso que evita la flexión de los dedos y el movimiento del pulgar.

Intervención

Se deberán establecer previamente unos objetivos y desarrollar un programa de ejercicios para casa. El entrenamiento está basado en el aprendizaje motor y encuadrado en una situación de juego, donde el niño debe estar motivado para jugar. Es por tanto, que las actividades deben ser apropiadas a la edad del niño, y también deben suponer un reto que el niño pueda superar exitosamente al desarrollar sus nuevas habilidades.

El protocolo de CIMT modificado para aplicar en pediatría, consta de una restricción del miembro sano durante dos horas diarias en un periodo de 2 meses. Durante la intervención, se ofrecerán actividades motrices que busquen conseguir los objetivos pautados en cada semana. Es por tanto que el fisioterapeuta encargado deberá revisar los objetivos a trabajar cada semana, ofreciendo 5 actividades diferentes para trabajar dicha habilidad manual.

Cada semana deberá centrarse en habilidades específicas como el agarre, liberar objeto, supinación de antebrazo, etc., en función del nivel previo del niño.

Cabe destacar, que la aplicación de Toxina Botulínica A antes del inicio de la CIMT es una combinación potencialmente efectiva en niños con PCI hemipléjica.

Conclusiones

Tras realizar una adecuada intervención llevando a cabo la metodología indicada, comprobamos que se produce un incremento del uso espontáneo de la extremidad afectada sobre todo en el uso de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), mejorando la calidad, velocidad y destreza de la mano. Mejora el uso de la extremidad afectada como una mano asistente de las actividades bimanuales. Se aprecian mejoras significativas (dentro del marco de la CIF) en:

- Coordinación, destreza y manipulación
- Movimientos más eficaces.
- Función motriz fina, movimientos disociados, agarre, extensión protectora y carga de peso con la extremidad afectada.
- Velocidad y precisión en los movimientos.
- Nuevos patrones motores.
- Incremento de la extremidad afectada.

Bibliografía:

1. Eliasson: *"Effects of constraint-induced movement therapy in Young children with hemilegic cerebral palsy: an adapted model"*. Development medicine & child neurology 2005.
2. Eliasson: *"Efficacy os baby-CIMT: study protocol for a randomised controlled trial on infants belos age 12 months, with clinical signs of unilateral CP"*. BMC Pediatrics 2014.
3. Taub: *"Efficacy of Constraint-Induced Movement Therapy for Children with Cerebral Palsy with Asymmetric Motor Impairment"*. Pediatrics. Vol. 113 No. 2 February 2004.

Capítulo 49

Cirugía con colgajo Mercedes

Autores:

Mora Hidalgo, María Reyes

Calatrava Muñoz, Rosa M^a

Aparicio Hernández, Cristina

Morote Cumplido, Elena

Cirugía con colgajo Mercedes

Introducción

Se denomina sutura o colgajo Mercedes, a un procedimiento quirúrgico que consiste en incisiones de descarga para defectos circulares muy visibles; permite la exéresis de las lesiones extirpando la menor cantidad de piel sana y requiere menos tejido para el cierre del defecto

El resultado es una cicatriz menos visible y más estética para el paciente que sufre un proceso canceroso a nivel cutáneo

El objetivo es describir una nueva variante del colgajo de Mercedes con incisiones de liberación para la reconstrucción de defectos medianos del cuero cabelludo debido a la limitada distensibilidad en el área.

Observación Clínica

Paciente varón de 73 años que presenta un carcinoma espinocelular en región temporal de cuero cabelludo, y que tras confirmación mediante biopsia anterior, se procede a su exéresis mediante la técnica de colgajo Mercedes, ya que debido a su localización y extensión

Esta técnica, es la mejor opción de abordaje por la poca laxitud del tejido circundante y buenos resultados de este procedimiento.

Plan de cuidados enfermero

1. Explicar el procedimiento de la intervención al paciente.
2. Preparar y disponer el campo estéril para el Dermatólogo, con el todo el material quirúrgico y suturas para la intervención.
3. Realizar el lavado de manos aséptico y la colocación de guantes estériles.
4. Limpiar la herida con suero fisiológico a chorro con una jeringa de 20 ml, para arrastrar residuos sin dañar el tejido, secando con gasas estériles a toques sin arrastrar, y posteriormente, aplicar antiséptico con base yodada. (Foto 2)
5. Diseñar el colgajo: dibujar las líneas de descarga a la distancia del radio del defecto. En este caso a 1,5 cm del borde
6. Extirpar el carcinoma
7. Diseñar 3 incisiones de descarga y despegamiento de esta zona:
8. Suturar con Vicryl 2/0 desde el centro de cada lado del triángulo. Una vez dado el punto subcutáneo central de la sutura Mercedes es mejor cerrar primero la Y de la sutura Mercedes superficialmente con seda, para que soporte bien la tensión a la hora de cerrar las incisiones de descarga. Como el defecto es grande y el punto central no consigue cerrar completamente el defecto, se realiza una pequeña ampliación del borde inferior para hacer un colgajo de avance y así evitar tensión en el cierre.
9. Cerrar este defecto triangular con Vicryl 3/0 partiendo del centro de cada uno de los lados del triángulo y con seda 5/0, un punto que pasa por los vértices y terminar de suturar las incisiones de descarga
10. Limpiar con suero fisiológico y aplicar antiséptico de base yodada en la herida quirúrgica
11. Ocluir con apósito



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6

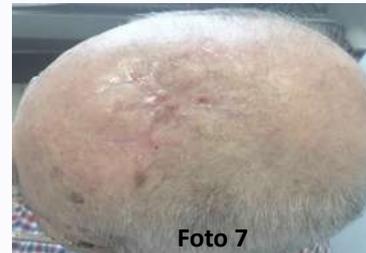


Foto 7

Discusión y conclusiones

El paciente siguió las pautas de curas indicadas por el cirujano; a los 15 días se completó la retirada de suturas y final del tratamiento tópico establecido por su EAP.

Los 3 pacientes que se trataron de esta manera, lograron el cierre completo de sus defectos del cuero cabelludo con esta nueva variante de colgajo en una sola operación rápida y simple. No hubo complicaciones y el resultado estético final fue excelente.

El colgajo de Mercedes con incisiones de liberación es una buena alternativa para el cierre de defectos del cuero cabelludo

BIBLIOGRAFÍA:

<http://www.hscor.com/es/cartera-servicios/dermatologia/enfermedades/cancer-cutaneo-queratosis-actinicas-carcinoma-espinocelular>; <http://www.dermis.net/dermisroot/es/19297/diagnose.htm>; <http://www.actasdermo.org/es/carcinoma-epidermoide-cutaneo-alto-riesgo/articulo/S0001731011005114>; <http://fundacionpielsana.es/wikiderma/carcinoma-espinocelular-o-carcinoma-epidermoide>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28328636>

Resumen: El colgajo Mercedes, es un procedimiento quirúrgico que consiste en incisiones de descarga para defectos circulares muy visibles, permitiendo la exéresis de lesiones o procesos cancerosos cutáneos, extirpando la menor cantidad de piel sana y menos tejido en una sola operación rápida y simple. El resultado es una cicatriz menos visible y más estética.

Describiremos el procedimiento en un varón de 73 años con un carcinoma espinocelular en región temporal de cuero cabelludo. Siguiendo las pautas indicadas por el cirujano, en 15 días se retiraron las suturas y finalizó del tratamiento. No hubo complicaciones y el resultado estético fue excelente.

Palabras Clave: Free Tissue Flaps; Ambulatory Surgical Procedures; Wound Closure Techniques.

Introducción

Se denomina sutura o colgajo Mercedes, a un procedimiento quirúrgico que consiste en incisiones de descarga para defectos circulares muy visibles; permite la exéresis de las lesiones extirpando la menor cantidad de piel sana y requiere menos tejido para el cierre del defecto.

El resultado es una cicatriz menos visible y más estética para el paciente que sufre un proceso canceroso a nivel cutáneo.

El objetivo es describir una nueva variante del colgajo de Mercedes con incisiones de liberación para la reconstrucción de defectos medianos del cuero cabelludo debido a la limitada distensibilidad en el área.

Observación clínica

Paciente varón de 73 años que presenta un carcinoma espinocelular en región temporal de cuero cabelludo, y que tras confirmación mediante biopsia anterior, se procede a su exéresis mediante la técnica de colgajo Mercedes, ya que debido a su localización y extensión.

Esta técnica, es la mejor opción de abordaje por la poca laxitud del tejido circundante y buenos resultados de este procedimiento.

Plan de cuidados enfermero

1. Explicar el procedimiento de la intervención al paciente.
2. Preparar y disponer el campo estéril para el Dermatólogo , con el todo el material quirúrgico y suturas para la intervención.
3. Realizar el lavado de manos aséptico y la colocación de guantes estériles.
4. Limpiar la herida con suero fisiológico a chorro con una jeringa de 20 ml, para arrastrar residuos sin dañar el tejido, secando con gasas estériles a toques sin arrastrar, y posteriormente, aplicar antiséptico con base iodada.
5. Diseñar el colgajo: dibujar las líneas de descarga a la distancia del radio del defecto. En este caso a 1,5 cm del borde

6. Extirpar el carcinoma
7. Diseñar 3 incisiones de descarga y despegamiento de esta zona: Suturar con Vicryl 2/0 desde el centro de cada lado del triángulo. Una vez dado el punto subcutáneo central de la sutura Mercedes es mejor cerrar primero la Y de la sutura Mercedes superficialmente con seda, para que soporte bien la tensión a la hora de cerrar las incisiones de descarga. Como el defecto es grande y el punto central no consigue cerrar completamente el defecto, se realiza una pequeña ampliación del borde inferior para hacer un colgajo de avance y así evitar tensión en el cierre.
8. Cerrar este defecto triangular con Vicryl 3/0 partiendo del centro de cada uno de los lados del triángulo y con seda 5/0, un punto que pasa por los vértices y terminar de suturar las incisiones de descarga.
9. Limpiar con suero fisiológico y aplicar antiséptico de base iodada en la herida quirúrgica
10. Ocluir con apósito.

Discusión y conclusiones

El paciente siguió las pautas de curas indicadas por el cirujano; a los 15 días se completó la retirada de suturas y final del tratamiento tópico establecido por su EAP.

Los 3 pacientes que se trataron de esta manera, lograron el cierre completo de sus defectos del cuero cabelludo con esta nueva variante de colgajo en una sola operación rápida y simple. No hubo complicaciones y el resultado estético final fue excelente.

El colgajo de Mercedes con incisiones de liberación es una buena alternativa para el cierre de defectos del cuero cabelludo.

Bibliografía:

1. Hospital Universitari Sagrat Cor. [Internet]. Disponible desde: 2017. <http://www.hscor.com/es/cartera-servicios/dermatologia/enfermedades/cancer-cutaneo-queratosis-actinicas-carcinoma-espinocelular>.
2. Dermatology InformationSystem. [Internet]. Disponible desde: 1999. <http://www.dermis.net/dermisroot/es/19297/diagnose.htm>.
3. Actas Dermo-Sifiliográficas. [Internet]. Disponible desde: 2012. <http://www.actasdermo.org/es/carcinoma-epidermoide-cutaneo-alto-riesgo/articulo/S0001731011005114>.
4. Fundación Piel Sana de la AEDV (Academia Española de Dermatología y Venerología). [Internet]. Disponible desde: Febrero 2016. <http://fundacionpielsana.es/wikiderma/carcinoma-espinocelular-o-carcinoma-epidermoide>.
5. PubMed. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos [Internet]. Disponible desde: Agosto 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28328636>.

Capítulo 50

Climaterio y calidad de vida

Autora:

Sánchez Díaz, M^a Cristina

CLIMATERIO Y CALIDAD DE VIDA

INTRODUCCIÓN

En el climaterio se producen cambios biológicos que pueden provocar irregularidades en el ciclo menstrual así como, síntomas vasomotores, psicológicos y genitourinarios, pudiendo afectar enormemente la calidad de vida de la mujer.

La intensidad de estos síntomas se relacionan con la presencia de condiciones biopsicosociales, que pueden modular la calidad de vida.

Entre estos factores, destacan la edad y el nivel sociocultural.

OBJETIVO

- Evaluar la calidad de vida de las mujeres entre 40-59 años.
- Determinar la influencia de factores biopsicosociales en la calidad de vida.

MÉTODO

- Estudio observacional, descriptivo y transversal, en un centro de salud.
- Población de estudio: mujeres asistentes a un grupo abierto de menopausia
- Exclusión: mujeres que se negaron a contestar la encuesta.
- Muestra obtenida: 32 mujeres.
- Variables sociodemográficas: edad, paridad y nivel de intensidad de los síntomas.

Instrumento de medida:

Escala Menopause Rating Scale (MRS), ver imagen 1, instrumento que evalúa el impacto de varios grupos de síntomas en la calidad de vida de la mujer climátrica. Consta de un cuestionario autoadministrado de 11 preguntas. Las respuestas puntúan de 0 a 4 según la intensidad de la molestia; siendo 0 si no siente molestia y 4 cuando siente demasiada molestia.

GRÁFICOS Y TABLAS

Imagen 1: escala MRS

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?
Marque solamente una casilla en cada línea

PUNTOS	No tiene molestia					Tiene molestia						
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												

Para uso del profesional: Síntomas Psicológico Urgente Total

Gráfico 2

SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES POR GRUPOS

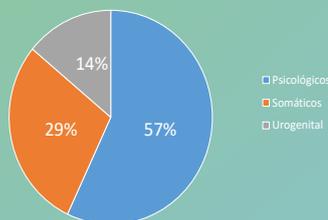


Gráfico 3

SINTOMATOLOGÍA

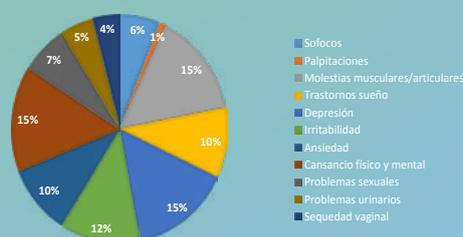


Gráfico 4

PARIDAD



Gráfico 5

NIVEL DE ESTUDIOS



RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 32 pacientes, siendo la media de edad de 54 años.

Los síntomas que aparecen más frecuentemente son los del grupo psicológico, seguidos del somático y urogenital (ver gráfico 2).

Dentro del grupo psicológico, la depresión fue el que obtuvo más puntuación seguido de la ansiedad.

A nivel somático destacan las molestias osteo-musculares y los trastornos del sueño.

Y a nivel urogenital, los problemas sexuales son los que obtuvieron mayor puntuación en la intensidad de los síntomas, como puede observarse en la gráfico 3.

Se observó que mujeres con mayor paridad o menor nivel de estudios presentaban mayor sintomatológica. (gráficos 4 y 5).

CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres considera que la menopausia tiene efectos negativos físicos y psíquicos en la salud. Sin embargo, la evaluación sistemática de estos efectos es muy superficial, por lo que la MRS es un buen instrumento de evaluación.

Mayor riesgo de deterioro de calidad de vida, puede asociarse a factores como la mayor paridad y la menor escolaridad.

El personal sanitario que atienden a mujeres climáticas deben evaluar sistemáticamente la variada sintomatología de la menopausia y su repercusión en la calidad de vida de forma individual.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo S, Porche A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Gineco J* 2006; 71: 402-9.
- Heinemann L. Comparison of "degree of severity" of the MRS and its domains. *Menopause rating scale. Center for Epidemiology and Health Research, Berlin.* 2008

Resumen: La escala Menopause Rating Scale (MRS) nos permite evaluar el impacto de varios grupos de síntomas, en la calidad de vida de las mujeres, durante el climaterio.

La mayoría de las mujeres considera que la menopausia tiene efectos negativos físicos y psíquicos en la salud. Sin embargo, la evaluación sistemática de estos efectos es muy superficial, por lo que la MRS es un buen instrumento de evaluación.

La intensidad de éstos síntomas se relaciona con la presencia de condiciones biopsicosociales, obteniéndose un mayor riesgo de deterioro de calidad de vida en mujeres multíparas o con menor grado de escolarización.

Palabras Clave: Climaterio; Menopausia; MRS.

Introducción

En el climaterio se producen cambios biológicos que pueden provocar irregularidades en el ciclo menstrual así como, síntomas vasomotores, psicológicos y genitourinarios, pudiendo afectar enormemente la calidad de vida de la mujer.

La intensidad de estos síntomas se relacionan con la presencia de condiciones biopsicosociales, que pueden modular la calidad de vida.

Entre estos factores, destacan la edad y el nivel sociocultural.

Objetivo

- Evaluar la calidad de vida de las mujeres entre 40-59 años.
- Determinar la influencia de factores biopsicosociales en la calidad de vida.

Metodología

- Estudio observacional, descriptivo y transversal, en un centro de salud.
- Población de estudio: Mujeres asistentes a un grupo abierto de menopausia.
- Exclusión: Mujeres que se negaron a contestar la encuesta.
- Muestra obtenida: 32 mujeres.
- Variables sociodemográficas: Edad, paridad y nivel de intensidad de los síntomas.
- Instrumento de medida: Escala Menopause Rating Scale (MRS), instrumento que evalúa el impacto de varios grupos de síntomas en la calidad de vida de la mujer climatérica. Consta de un cuestionario autoadministrado de 11 preguntas. Las respuestas puntúan de 0 a 4 según la intensidad de la molestia; siendo 0 si no siente molestia y 4 cuando siente demasiada molestia.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 32 pacientes, siendo la media de edad de 54 años.

Los síntomas que aparecen más frecuentemente son los del grupo psicológico, seguidos del somático y urogenital.

Dentro del grupo psicológico, la depresión fue el que obtuvo más puntuación seguido de la ansiedad.

A nivel somático destacan las molestias osteo-musculares y los trastornos del sueño.

Y a nivel urogenital, los problemas sexuales son los que obtuvieron mayor puntuación en la intensidad de los síntomas.

Se observó que mujeres con mayor paridad o menor nivel de estudios presentaban mayor sintomatológica.

Conclusiones

La mayoría de las mujeres considera que la menopausia tiene efectos negativos físicos y psíquicos en la salud. Sin embargo, la evaluación sistemática de estos efectos es muy superficial, por lo que la MRS es un buen instrumento de evaluación.

Mayor riesgo de deterioro de calidad de vida, puede asociarse a factores como la mayor paridad y la menor escolaridad.

El personal sanitario que atienden a mujeres climatéricas deben evaluar sistemáticamente la variada sintomatología de la menopausia y su repercusión en la calidad de vida de forma individual.

Bibliografía

1. Aedo S, Porche A, Irribarra C. *Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables*. Rev Chil Obstet Gineco J 2006; 71: 402-9.
2. Heinemann L. *Comparison of "degree of severity" of the MRS and its domains. Menopause rating scale*. Center for Epidemiology and Health Research, Berlin. 2008.
3. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. *Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale*. Maturitas 2007; 20; 57: 271-8.

Capítulo 51

Clorhexidina versus povidona yodada en la prevención de infecciones postquirúrgicas. Revisión bibliográfica

Autores:

González Serrano, Juan Antonio

García Valenciano, Agustín

De Aguilar González, María José

CLORHEXIDINA VERSUS POVIDONA YODADA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTQUIRÚRGICAS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INTRODUCCIÓN:

La piel es la principal fuente de gérmenes patógenos responsables de las infecciones del campo quirúrgico por lo que la desinfección del campo quirúrgico es una práctica imprescindible si se pretende disminuir la incidencia de infecciones postquirúrgicas ya que se trata de una de las principales complicaciones y una de las causas más importantes de morbi-mortalidad, provocando una mayor estancia hospitalaria de los pacientes y como consecuencia un aumento en el coste de su tratamiento. Por lo que se decide realizar una revisión bibliográfica sobre los dos antisépticos más utilizados para determinar cuál es el de mayor eficacia reduciendo las infecciones post-quirúrgicas.

OBJETIVO:

Determinar cual de estos dos antisépticos (Clorhexidina o Povidona Yodada) disminuye en mayor medida la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Medline y Google académico. Las palabras clave para la búsqueda han sido: Chlorhexidine, Povidone Iodine, surgical site infection y Versus. Se han seleccionado 6 artículos, y como criterio de inclusión se han admitido aquellos artículos con una antigüedad no superior a 5 años y que abordaran la comparación entre clorhexidina y povidona yodada en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.



RESULTADOS		Clorhexidina (Clx) Povidona Yodada (PY)
AUTOR	AÑO	RESULTADO
Yeung	2013	Estudio Clx vs PY para determinar cual es más efectivo eliminando la flora bacteriana mediante la realización de cultivos 100 pacientes A 50 pacientes se les aplica Clx y de estos el 8% tiene después cultivos positivos de bacterias A 50 pacientes se les aplica PY y de estos el 32 % tiene después cultivos positivos de bacterias De este estudio se obtiene que la clorhexidina es superior a la povidona yodada eliminando la flora bacteriana de la piel.
Kunkle CM	2015	Estudio Clx vs PY para establecer cual es mejor eliminando la flora bacteriana realizando cultivos a los 3 min y a las 18 h 60 participantes A 27 se les aplica Clx. A los tres minutos el 0% de los cultivos son positivos y a las 18h lo son el 11.1 % A 33 se les aplica PY. A los tres minutos el 9,1 % de los cultivos son positivos y a las 18h lo son el 48.5% En este estudio la Clorhexidina es superior a la Povidona Yodada eliminando la flora bacteriana.
Kieran EA	2018	Estudio Clx vs PY en la prevención de infecciones en la inserción de catéteres centrales. 304 pacientes A 148 se les aplica Clx. De estos, el 7% sufre una infección. A 156 se les aplica PY. De estos el 5% sufre una infección. El resultado de este estudio es que la Povidona Yodada previene más la infección, pero no hay diferencias significativas.
Springel EH	2017	Estudio Clx vs PY en la prevención de infecciones postquirúrgicas en Cesáreas 932 pacientes A 461 se les aplica Clx. De estos el 6,3 sufre una infección postquirúrgica A 471 se les aplica PY. De estos el 7% sufre una infección postquirúrgica. El resultado es que la Clx no reduce significativamente la infección postquirúrgica frente a la PY por lo que la PY debería seguir siendo considerada aceptable para la desinfección de la piel en cesáreas.
Uppal S	2017	Estudio Clx vs PY en la prevención de infecciones postquirúrgicas en histerectomías abdominales 4259 pacientes A 3005 se les aplica Clx. De estos el 2,9% sufre una infección postquirúrgica A 1254 se les aplica PY. De estos el 3,6% sufre una infección postquirúrgica El resultado es que la Clorhexidina se asocia con una menor tasa de infección pero no es más efectiva que la Povidona Yodada
Ghobrial GM	2018	Estudio Clx vs PY en la prevención de infecciones postquirúrgicas en cirugía espinal. 6959 pacientes A 3774 se les aplica Clx. De estos el 0,954 % desarrolla una infección postquirúrgica A 3185 se les aplica PY. De estos el 1,036 % desarrolla una infección postquirúrgica. El resultado es que la elección de Clx o de PY para la desinfección de la piel no tiene un gran impacto en la incidencia de infección postquirúrgica.

CONCLUSIÓN:

Hay evidencia de que la clorhexidina es mejor antiséptico que la povidona yodada en la eliminación de la flora bacteriana de la piel, y de que la clorhexidina es un antiséptico de gran calidad para la prevención de infecciones postquirúrgicas, pero no es más efectivo que la povidona yodada en la reducción de infecciones, siendo su eficacia similar. No obstante son necesarios más estudios en el uso de estos antisépticos en otro tipo de intervenciones quirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

- Yeung L, Grewal S, Bullock A, Lai H, Brandes SA. A Comparison of Chlorhexidine-Alcohol Versus Povidone-Iodine for Eliminating Skin Flora Before Genitourinary Prosthetic Surgery: A Randomized Controlled Trial. *J Urol [Internet]*. 2013 [Citado 1 Mar 2018]; 189(1): 136-140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164373>
- Kunkle C, Marchan J, Safadi S, Whitman S, Chmait R. Chlorhexidine gluconate versus povidone iodine at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]*. 2015 [Citado 1 Mar 2018]; 28(5): 573-577. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24849000>
- Kieran EA, O'Sullivan A, Niletin J, Twomey AR, Knowles SJ, O'Donnell CPY. 2% chlorhexidine – 70% isopropyl alcohol versus 10 % povidone – iodine for insertion site cleaning before central line insertion in preterm infants: a randomised trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal ED [Internet]*. 2018 [citado 1 Mar 2018]; 103(2): 101-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29074717>
- Springel EH, Wang XY, Sarfoh VM, Stetzer BP, Weight SA, Mercer BM. A randomized open-label controlled trial of chlorhexidine-alcohol vs povidone-iodine for cesarean antisepsis: The CAPICA trial. *Am J Obstet Gynecol [Internet]*. 2017 [citado 1 Mar 2018]; 217(4): 463. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28599898>
- Uppal S, Bazzi A, Reynolds RK, Harris J, Pearlman MD, Campbell DA, et al. Chlorhexidine-Alcohol compared with povidone-iodine for preoperative topical antisepsis for abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol [Internet]*. 2017 [citado 1 Mar 2018]; 130(2): 319-327. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697103>
- Ghobrial GM, Wang MY, Green BA, Levene HB, Manzano G, Vanni S, et al. Preoperative skin antisepsis with chlorhexidine gluconate versus povidone-iodine: a prospective analysis of 6959 consecutive spinal surgery patients. *J Neurosurg Spine [Internet]*. 2018 [citado 1 Mar 2018]; 28(2): 209-214. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29171793>

Resumen: Debido a que los microorganismos de la piel son los principales responsables de la infección de la herida quirúrgica, se decidió realizar una revisión bibliográfica en la que se buscaran artículos que comparasen la efectividad de la clorhexidina y de la povidona yodada para determinar cuál es mejor antiséptico en la desinfección de la piel y en la prevención de infecciones postquirúrgicas. Tras recabar información de diversos artículos, se llega a la conclusión de que la clorhexidina es mejor antiséptico que la povidona yodada, aunque la eficacia de ambos es similar.

Palabras Clave: Infección de la herida quirúrgica; Clorhexidina; Povidona Yodada.

Introducción

La piel es la principal fuente de gérmenes patógenos responsables de las infecciones del campo quirúrgico por lo que la desinfección del campo quirúrgico es una práctica imprescindible si se pretende disminuir la incidencia de infecciones postquirúrgicas ya que se trata de una de las principales complicaciones y una de las causas más importantes de morbi-mortalidad, provocando una mayor estancia hospitalaria de los pacientes y como consecuencia un aumento en el coste de su tratamiento. Por lo que se decide realizar una revisión bibliográfica sobre los dos antisépticos más utilizados para determinar cuál es el de mayor eficacia reduciendo las infecciones postquirúrgicas.

Objetivo

Determinar cuál de estos dos antisépticos (Clorhexidina o Povidona Yodada) disminuye en mayor medida la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Medline y Google académico. Las palabras clave para la búsqueda han sido: Chlorhexidine, Povidone Iodine, surgical site infection y Versus. Se han seleccionado 6 artículos, y como criterio de inclusión se han admitido aquellos artículos con una antigüedad no superior a 5 años y que abordaran la comparación entre clorhexidina y povidona yodada en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.

Resultado:

Yeung en 2013 publicó un estudio en el que comparaba la Clorhexidina con la Povidona Yodada para determinar cuál es más efectivo eliminando la flora bacteriana mediante la realización de cultivos en 100 pacientes. A 50 de los pacientes se les aplica clorhexidina y de éstos el 8% tiene después cultivos positivos de bacterias, y a los otros 50 pacientes se les aplica povidona yodada, y de éstos el 32% tiene después cultivos positivos de bacterias. De este estudio se obtiene que la clorhexidina es superior a la povidona yodada eliminando la flora bacteriana de la piel.

Kunkle CM en 2015 hace un estudio comparativo entre Clorhexidina y Povidona Yodada para establecer cual es mejor eliminando la flora bacteriana realizando cultivos a los 3 min y a las 18h. De los 60 participantes, a 27 se les aplica Clorhexidina, a los 3 min el 0% de los cultivos son positivos y a las 18h lo son el 11,1% y a 33 participantes se les aplica povidona yodada, a los 3 min el 9,1% de

los cultivos son positivos y a las 18h lo son el 45,5%. En este estudio la Clorhexidina es superior a la povidona yodada eliminando la flora bacteriana.

Kieran EA en 2018 publica un estudio sobre la prevención de infecciones en la inserción de catéteres centrales en 304 pacientes. A 148 se les aplica clorhexidina y de éstos el 7% sufre una infección, y a los restantes 156 se les aplica povidona yodada y de éstos el 5% padece una infección. El resultado de este estudio es que la povidona yodada previene más la infección, pero no hay diferencias significativas.

Springel EH en 2017 realiza un estudio comparativo entre clorhexidina y povidona yodada para determinar su efectividad en la prevención de infecciones postquirúrgicas en cesáreas en 932 pacientes. A 461 se les aplica clorhexidina para desinfectar la piel y de éstos el 6,4% sufrió una infección postquirúrgica y a las restantes 471 se les aplico povidona yodada y el 7% sufrió una infección postquirúrgica. El resultado es que la clorhexidina no reduce significativamente la infección postquirúrgica frente a la povidona yodada por lo que la povidona yodada debería seguir siendo considerada aceptable para la desinfección de la piel en cesáreas.

Uppal S en 2017 publica un estudio comparando la clorhexidina y la povidona yodada en la prevención de infecciones postquirúrgicas en histerectomías abdominales en 4259 pacientes. A 3005 se les aplica clorhexidina, de éstos el 2,9% sufre una infección postquirúrgica y a 1254 se les aplica povidona yodada y el 3,6% sufre una infección postquirúrgica. El resultado es que la clorhexidina se asocia con una menor tasa de infección, pero no es más efectiva que la povidona yodada.

Ghobrial GM en 2018 publica un estudio en el que compara la clorhexidina y la povidona yodada en la prevención de infecciones postquirúrgicas en cirugía espinal de 6959 pacientes. A 3774 se les aplica clorhexidina y el 0,954% desarrolla una infección postquirúrgica y a 3185 se les aplica povidona yodada y de estos el 1,036% sufre una infección postquirúrgica. El resultado es que la elección de clorhexidina o povidona yodada para la desinfección de la piel no tiene un gran impacto en la incidencia de infección postquirúrgica.

Conclusión

Hay evidencia de que la clorhexidina es mejor antiséptico que la povidona yodada en la eliminación de la flora bacteriana de la piel, y de que la clorhexidina es un antiséptico de gran calidad para la prevención de infecciones postquirúrgicas, pero no es más efectivo que la povidona yodada en la reducción de infecciones, siendo su eficacia similar. No obstante, son necesarios más estudios en el uso de estos antisépticos en otro tipo de intervenciones quirúrgicas.

Bibliografía:

1. Yeung L, Grewal S, Bullock A, Lai H, Brandes SA. *A Comparison of Chlorhexidine-Alcohol Versus Povidone-Iodine for Eliminating Skin Flora Before Genitourinary Prosthetic Surgery: A Randomized Controlled Trial*. J Urol [Internet].2013 [Citado 1 Mar 2018]; 189(1): 136-140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164373>.
2. Kunkle C, Marchan J, Safadi S, Whitman S, Chmait R. *Chlorhexidine gluconate versus povidone iodine at cesarean delivery: a randomized controlled trial*. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2015 [Citado 1 Mar 2018]; 28(5): 573-577. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24849000>.

3. Kieran EA, O'Sullivan A, Niletin J, Twomey AR, Knowles SJ, O'Donnel CPY. *2% chlorhexidine 70% isopropyl alcohol versus 10 % povidone iodine for insertion site cleaning before central line insertion in preterm infants: a randomised trial*. Arch Dis Child Fetal Neonatal ED [Internet]. 2018 [citado 1 Mar 2018]; 103(2): 101-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29074717>.
4. Springel EH, Wang XY, Sarfoh VM, Stetzer BP, Weight SA, Mercer BM. *A randomized open-label controlled trial of chlorhexidine-alcohol vs povidone-iodine for cesarean antisepsis: The CAPICA trial*. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [citado 1 Mar 2018]; 217(4): 463. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28599898>.
5. Uppal S, Bazzi A, Reynolds RK, Harris J, Pearlman MD, Campbell DA. et al. *Chorhexidine-Alcohol compared with povidone-iodine for preoperative topical antisepsis for abdominal hysterectomy*. Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [citado 1 Mar 2018]; 130 (2): 319-327. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697103>.

Capítulo 52

Código Ictus. Caso clínico

Autores:

Muñoz-Torrero Peña, Alicia

Rubio García, María Nuria

Padilla Morales, Mónica

CÓDIGO ICTUS

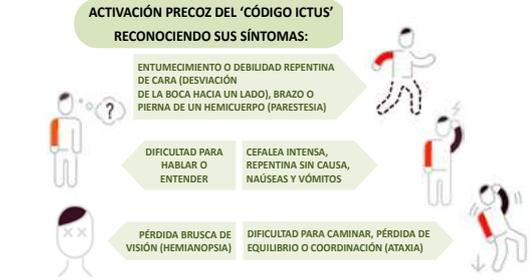
Caso clínico

Autores:

INTRODUCCIÓN

ICTUS, una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa en incapacidad y coste económico sanitario, repercutiendo a nivel familiar, profesional y laboral, siendo enorme en el ámbito social, con un gasto mayor para los servicios sociales.

El código ictus es un procedimiento de actuación basado en reconocer precozmente síntomas/signos de un ictus, priorizar cuidados y traslado inmediato al hospital para que el paciente se beneficie de terapia de reperusión y cuidados especiales en una unidad de ictus (UI), o en una unidad de cuidados intensivos (UCI), donde los médicos especialistas, el personal de enfermería entrenado y la rehabilitación precoz e intensiva es fundamental para tratar a pacientes con ictus isquémico agudo. Es un proceso asistencial continuo que se inicia con su sospecha y continúa con su activación, finalizando tras los cuidados en planta.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

ANTECEDENTES: HTA, no DM ni dislipemia ni fumadora, obesidad mórbida y SAOS (síndrome de apnea obstructiva del sueño) con CPAP (presión positiva continua en vías respiratorias) nocturna domiciliaria. AIT (accidente isquémico transitorio) hace 15 días con pérdida de fuerza y parestesias en el MSI de 30 minutos de duración, acompañada de confusión. Trabajadora activa.

ANAMNESIS: Mujer de 57 años que es traída a urgencias como código ictus con clínica de paresia izquierda y desviación de la comisura bucal que tras habiéndose despertado y desayunado bien, sufre una brusca pérdida de fuerza en brazo y pierna izquierda. Pasa a UCI: TA: 170/93 mmHg. Glasgow 10, pupilas isocóricas y normorreactivas. NIHSS 14 (gravedad moderada), NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale): escala más aceptada en la exploración clínica neurológica básica en la fase aguda del ictus isquémico, evalúa 11 ítems, con puntuación total mínima 0 (no hay ictus), máxima 42 (ictus severo). Imágenes en TAC Craneal sugerentes de ictus isquémico de ACMD (arteria cerebral media derecha) en su segmento M1 (región cortical anterior de ACM), por lo que se decide fibrinólisis. Recuperación neurológica de la paciente durante las horas posteriores con movilidad casi completa de hemicuerpo izquierdo, NIHSS 3 (gravedad leve).

Permanece ingresada en UCI unos días. Valoración neurológica a cargo de enfermería mediante escala de coma de Glasgow (valora nivel de conciencia), y monitorización continua de constantes vitales (TA, glucemia, Tª), primordial en las primeras 48 horas por el riesgo de sangrado.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN: Respiración espontánea sin soporte ventilatorio. A su ingreso aporte de O₂ con VENTIMAX fío, 50%, con secreciones fluidas y escasas. Por la noche CPAP debido al SAOS.

NECESIDAD DE HIDRATACIÓN/ALIMENTACIÓN: NE por SNG, presenta disfagia. Monitorización de cifras de glucemias evitando hiper e hipoglucemia.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: Estreñimiento, precisa ayuda de laxantes. Sondaje vesical para control de diuresis.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA: Encamada, semincorporada. Cambios posturales para prevenir UPP (úlceras por presión). Hemiparesia del cuerpo izquierdo, por lo que posteriormente se sienta al sillón con ayuda por falta de fuerza. Requerirá rehabilitación motora.

NECESIDAD DE DORMIR/DESCANSAR: No descansa bien, ruidos nocturnos que impiden conciliar el sueño. Por el día duerme a ratos.

NECESIDAD DE VESTIRSE/DESVESTIRSE: Requiere ser suplida en tareas de autocuidado por hemiparesia.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: Se mantiene hipotermia durante las primeras 48 horas para reducir el tamaño del infarto. Se evita la hipotermia con antipiréticos.

NECESIDAD DE HIGIENE: Se le realiza aseo diario y cuidado de la piel. Prevención de UPP utilizando escala Braden (valora riesgo de UPP).

NECESIDAD DE SEGURIDAD: Manifiesta ansiedad y angustia. Entiende y obedece órdenes. Necesita barandillas protectoras de caídas.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: Responde a órdenes sencillas, tiende a mirar y hablar hacia el lado derecho. Se encuentra consciente y orientada. Presenta desviación de la comisura labial hacia el lado izquierdo, disartria y bradipsiquia. Le es complicado comunicarse eficazmente.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES: No manifiesta sus creencias religiosas. Recibe apoyo continuo de marido e hijo.

NECESIDAD DE TRABAJAR/ REALIZARSE: Previa al ingreso trabajadora activa. La familia centra su interés en su rehabilitación lo antes posible para que al menos desempeñe las AVD (las actividades de la vida diaria).

NECESIDAD DE OCIO: vida sedentaria (obesidad mórbida). Interacciona con personal sanitario a cargo de sus cuidados, rehabilitador y familia.

NECESIDAD DE APRENDER: Algo desorientada al principio. Después, consciente y conocedora de su diagnóstico. Muestra gran preocupación por recuperarse. Su familia demanda información continua sobre cuidados presentes y futuros.

DIAGNÓSTICOS

DOMINIO	TAXONOMÍA NANDA / DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO r/c actividad física insuficiente m/p cambios en el patrón intestinal	0501 ELIMINACIÓN INTestinal 0501 24 ingestión de líquidos adecuada	0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN -Vigilar signos/síntomas y comprobar movimientos y sonidos intestinales
	00103 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN r/c pérdida de la actividad física	1010 ESTADO DE DEGLUCIÓN 1010 02 controla las secreciones orales 1010 05 distribución del bolo alimentario a la hipofaringe	1860 TERAPIA DE DEGLUCIÓN -Centrar al paciente en aprender y realizar tareas de ingesta y deglución -Ayudar al paciente a sentarse en posición recta y la cabeza flexionada
NUTRICIÓN	00095 DETERIORO DEL PATRÓN SUEÑO r/c ruidos, interrupción para procedimientos terapéuticos, medicación	0004 SUEÑO 0004 06 sueño ininterrumpido 0004 15 descansado físicamente 0004 16 descansado psicológicamente	1850 FOMENTAR EL SUEÑO -Registrar apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor y/o ansiedad 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT -Ajustar el ambiente (luz, ruido, Tª, colchón) para favorecer el sueño
	00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c deterioro neuromuscular, hemiparesia m/p limitación de la habilidad para las habilidades motoras	0208 NIVEL DE MOVILIDAD 0208 01 mantenimiento del equilibrio 0208 02 mantenimiento de la posición corporal	0840 CAMBIO DE POSICIÓN 0222 TERAPIA DE EJERCICIOS: EQUILIBRIO -Evaluar funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción)
ACTIVIDAD REPOSO	00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL r/c disminución de la circulación cerebral m/p dificultad para formar palabras (disartria) y bradipsiquia	0902 CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN 0902 02 utiliza el lenguaje hablado 0903 COMUNICACIÓN: EXPRESIVA.	4976 FOMENTO DE LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA -Utilizar palabras simples y frases cortas, animar a que las repita. 4920 ESCUCHA ACTIVA
PERCEPCIÓN COGNIÓN	00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c deterioro funcional m/p tristeza, frustración e impotencia.	1308 ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA 1205 AUTOESTIMA	5400 POTENCIAR LA AUTOESTIMA 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO -Proporcionar información del diagnóstico, tratamiento, pronóstico
AUTOPERCEPCIÓN	00049 CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL DISMINUIDA	0406 PERFUSIÓN TISULAR: CEREBRAL	2620 MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA -Vigilar nivel de conciencia (escala Glasgow), y signos vitales -Comprobar tamaño, forma, simetría y reacción de pupilas
	00146 ANSIEDAD r/c cambio en su estado de salud m/p expresión de preocupaciones	1300 ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD 1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	5820 DISMINUIR LA ANSIEDAD -Explicar los procedimientos, animar la manifestación de sentimientos
AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS	00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c cambio temporal de roles en la familia y desorganización familiar	2600 AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA 2600 06 implica a la familia en la toma de decisiones 2605 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ASISTENCIA	7141 APOYO A LA FAMILIA -Proporcionar información y enseñar a la familia planes de cuidados 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD -Comentar cambios en el estilo de vida para evitar complicaciones
SEGURIDAD PROTECCIÓN	00004 RIESGO DE INFECCIÓN r/c procedimientos invasivos	1800 CONTROL DEL RIESGO DE INFECCIÓN 1902 01 reconoce factores de riesgo 1908 DETECCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN	1876 CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO -Mantener permeable el sistema de catéter urinario y limpiar zona genital 4220 CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL INSERTADO PERIFÉRICAMENTE
	00031 LIMPIEZA INEFCAZ DE VÍAS AÉREAS r/c disfunción neuromuscular	0410 ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD VÍAS RESPIRATORIAS 0410 06 movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias	3140 MANEJO DE VÍAS AÉREAS -Eliminar secreciones con tos o succión y administrar aerosoles
SEGURIDAD PROTECCIÓN	00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL r/c factores mecánicos: SNG, factores químicos: oxigenoterapia	1100 HIGIENE BUCAL 1100 01 limpieza de la boca 1100 01 humedad de la mucosa oral y lengua	1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL -Establecer rutina de cuidados bucales -Observar restos alimenticios; glositis y estomatitis
	00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c factores mecánicos (SNG, sujeciones); inmovilidad; alteración de la sensibilidad	1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MUCOSAS 1101 04 hidratación 1101 13 piel íntacta	3540 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN -Valorar estado piel al ingreso y en el aseo diario usando escala Braden 3584 CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO
SEGURIDAD PROTECCIÓN	00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN r/c reducción del nivel de conciencia, alimentación por sonda, deterioro de la deglución	1010 ESTADO DE DEGLUCIÓN 1010 02 controla las secreciones orales 1918 CONTROL DE LA ASPIRACIÓN	3800 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN 1860 TERAPIA DE DEGLUCIÓN -Detectar signos/síntomas de aspiración y restos de comida en la boca
	00155 RIESGO DE CAÍDAS r/c déficit propioceptivo; alteración del estado mental (deterioro de la percepción)	1909 CONDUCTA DE SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE CAÍDAS 1909 01 uso correcto de dispositivos de ayuda 1909 20 compensación de las limitaciones físicas	6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS -Identificar déficit s cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas y evitarlas utilizando las barandillas de la cama

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN :

Numerosos trabajos han demostrado las ventajas de la atención global y multidisciplinaria del ictus en UI y en UCI, ya que es una actividad continuada que disminuye la mortalidad, morbilidad y dependencia funcional de estos pacientes. En la práctica de nuestra profesión, estos planes de cuidados del paciente con ictus mejoran la comunicación con ellos y con los propios profesionales, unen criterios, establecen líneas de actuación enfermera independientes y favorecen la continuidad de los cuidados, mejorando así su calidad y por tanto de la atención sanitaria en general. La prevención tanto primaria como secundaria en el ictus es tan importante, que se debería establecer una red de colaboración con protocolos de actuación consensuados y elaborar campañas informativas orientadas a la población general para aumentar su conocimiento sobre los factores de riesgo, identificación de signos y síntomas de alarma, y sobre el concepto del ictus como urgencia neurológica.

ESCALA GLASGOW

Ocular



Verbal



Motora



BIBLIOGRAFÍA

- Gállego, J., Herrera, M., Jericó, I., Muñoz, R., Aymerich, N., Martínez-Villa, E. El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia. Anales Sistema Sanitario de Navarra, Pamplona 2008. Vol. 31 (Supl. 1): 15-30
- Navarrete Navarro, P., Pino Sánchez, F., Rodríguez Romero, R., Murillo Cabezas, F., Jiménez Hernández, M. D. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. Medicina Intensiva, Vol. 32 nº 9. Diciembre 2008, p.431-443.

Resumen: El ictus es una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa de incapacidad y coste económico sanitario, repercutiendo a nivel familiar, profesional y laboral, siendo enorme en el ámbito social, con un gasto mayor para los servicios sociales. Una actividad continuada basada en protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, ha supuesto disminuir la moratlidad, morbilidad y dependencia funcional de los pacientes con ictus.

La aplicación de la taxonomía NANDA/NOC/NIC ha contribuido a la unificación de criterios, mejorando la calidad de los cuidados de enfermería orientados a conseguir niveles de independencia óptimos.

Palabras Clave: Código ictus; ictus; procesos de enfermería.

Introducción

El código ictus es un procedimiento de actuación basado en reconocer precozmente síntomas/signos de un ictus, priorizar cuidados y traslado inmediato al hospital para que el paciente se beneficie de terapia de reperfusión y cuidados especiales en una unidad de ictus (UI), o en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Observación clínica

Antecedentes: HTA, obesidad mórbida y SAOS (síndrome de apnea obstructiva del sueño) con CPAP (presión positiva continua en vías respiratorias) nocturna. AIT (accidente isquémico transitorio) resuelta .

Anámnesis: Mujer de 57 años traída a urgencias como código ictus con paresia izquierda y desviación de la comisura bucal que tras despertarse y desayunar, sufre pérdida de fuerza en brazo y pierna izquierda. Pasa a UCI; TA: 170/93 mmHg. Glasgow 10, pupilas isocóricas, normorreactivas. NIHSS 14 (gravedad moderada), NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale). En TAC Craneal: Ictus Isquémico de ACMD (arteria cerebral media derecha), se decide fibrinólisis. Recuperación neurológica con movilidad casi completa de hemicuerpo izquierdo, NIHSS 3 (gravedad leve).

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

Necesidad de oxigenación: Respiración espontánea con VENTIMAX®. CPAP en la noche.

Necesidad de hidratación/alimentación: NE por SNG (disfagia). Monitorización de glucemias evitando hiper e hipoglucemia.

Necesidad de eliminación: Estreñimiento, necesita laxantes. Sondaje vesical.

Necesidad de movimiento y postura: Semiincorporada. Hemiparesia del cuerpo izquierdo.

Necesidad de dormir/descansar: Ruidos nocturnos impiden conciliar el sueño.

Necesidad de vestirse/desvestirse: Requiere tareas de autocuidado por hemiparesia.

Necesidad de termorregulación: Primeramente hipotermia para reducir tamaño del infarto. Antipiréticos en hipertermia.

Necesidad de higiene: Aseo y cuidado de piel. Prevención de UPP.

Necesidad de seguridad: Manifiesta ansiedad, angustia. Barandillas.

Necesidad de comunicación: Responde a órdenes sencillas. Disartria y bradipsiquia.

Necesidad de creencias y valores: Apoyo de familia.

Necesidad de trabajar/ realizarse: Interés de la familia en rehabilitarse pronto para desempeñar AVD (actividades de la vida diaria).

Necesidad de ocio: Interacciona con personal sanitario y familia.

Necesidad de aprender: Muestra interés por recuperarse.

PLAN DE CUIDADOS:

- Eliminación e intercambio.

(00015) Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p cambios en el patrón intestinal.

NOC: (0501) Eliminación intestinal: ingestión de líquidos adecuada.

NIC: (0450) Manejo del estreñimiento/impactación.

- Nutrición.

(00103) Deterioro de la deglución r/c pérdida de la actividad física.

NOC: (1010) Estado de deglución: controla secreciones.

NIC: (860) Terapia de deglución.

- Aprender y realizar correcta ingesta y deglución.

- Ayudar a sentarse en posición recta.

- Actividad/reposo.

(00095) Deterioro del patrón sueño r/c ruidos, interrupción para procedimientos terapéuticos.

NOC: (0004) Sueño: ininterrumpido, descansada física-psicológicamente.

NIC: (1850) Fomentar el sueño.

- Registrar apnea del sueño, ansiedad.

(6482) Manejo ambiental: confort.

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular, hemiparesia m/p limitación de la habilidad motora.

NOC: (0208) Nivel de movilidad: mantiene equilibrio.

NIC: (0840) Cambio de posición.

(0222) Terapia de ejercicios: equilibrio.

- Evaluar funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción).

- Percepción/cognición.

(00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral m/p dificultad para formar palabras (disartria) y bradipsiquia.

NOC: (0902) Capacidad de comunicación: utiliza lenguaje hablado.

NIC: (4976) Fomento de la comunicación: déficit del habla.

(4920) Escucha activa.

- Autopercepción.

(00120) Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p frustración.

NOC: (1308) Adaptación a la discapacidad física.

(1205) Autoestima.

NIC: (5400) Potenciar la autoestima.

(5230) Aumentar el afrontamiento.

- Informar sobre diagnóstico, tratamiento.

- Afrontamiento/tolerancia al estrés.

(00049) Capacidad adaptativa intracraneal disminuída.

NOC: (0406) Perfusión tisular: cerebral.

NIC: (2620) Monitorización neurológica.

- Vigilar nivel de conciencia (escala Glasgow), pupilas.

(00146) Ansiedad r/c cambio en su estado de salud m/p expresar preocupaciones.

NOC: (1300) Aceptación: estado de salud.

(1402) Autocontrol de la ansiedad.

NIC: (5820) Disminuir ansiedad.

(00074) Afrontamiento familiar comprometido r/c cambio temporal de roles en la familia, desorganización familiar.

NOC: (2605) Participación de la familia.

NIC: (7141) Apoyo a la familia.

- Seguridad/protección.

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

NOC: (1902) Control del riesgo de infección.

(1908) Detección del riesgo de infección.

NIC: (1876) Cuidados del catéter urinario.

-Mantener permeable el sistema, limpiar zona genital.

(4220) Cuidados del catéter central insertado periféricamente.

(00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c disfunción neuromuscular.

NOC: (0410) estado respiratorio: permeabilidad vías respiratorias.

NIC: (3140) Manejo de vías aéreas.

(00045) Deterioro de la mucosa oral r/c factores mecánicos: SNG, factores químicos: oxigenoterapia.

NOC: (1100) Higiene bucal.

NIC: (1710) Mantenimiento de la salud bucal.

- Establecer cuidados bucales

- Observar: restos alimenticios, glositis, estomatitis

(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (SNG, sujeciones), inmovilidad, alteración de la sensibilidad.

NOC: (1101) Integridad tisular: hidratación piel y mucosas.

NIC: (3540) Prevención de las úlceras por presión.

- Valorar estado piel usando escala Braden

(3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico.

(00039) Riesgo de aspiración r/c reducción del nivel de conciencia, alimentación por sonda, deterioro de la deglución.

NOC: (1010) Estado de deglución: controla secreciones.

(1918) Control de la aspiración.

NIC: (3200) Precauciones para evitar la aspiración.

(1860) Terapia de deglución.

- Detectar signos/síntomas de aspiración.

(00155) Riesgo de caídas r/c déficit propioceptivo; alteración del estado mental.

NOC: (1909) Conducta de seguridad: prevención de caídas.

NIC:(6490) Prevención de caídas.

- Identificar déficits cognitivos/físicos del paciente.

Discusión

La atención global y multidisciplinaria del Ictus es una actividad continuada que disminuye la mortalidad, morbilidad y dependencia funcional de estos pacientes.

En la prevención tanto primaria como secundaria del ictus se debe establecer una red de colaboración con protocolos de actuación consensuados y elaborar campañas informativas orientadas a la población para aumentar su conocimiento sobre factores de riesgo, signos y síntomas de alarma, y concepto del ictus como urgencia neurológica.

Bibliografía:

1. Gállego, J., Herrera, M., Jericó, I., Muñoz, R., Aymerich, N., Martínez-Villa, E. *El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia*. Anales Sistema Sanitario de Navarra, Pamplona 2008 Vol. 31 (Supl. 1): 15-30.
2. Navarrete Navarro, P., Pino Sánchez, F., Rodríguez Romero, R., Murillo Cabezas, F., Jiménez Hernández, M. D. *Manejo inicial del ictus isquémico agudo*. Medicina Intensiva, Vol. 32 nº 9. Diciembre 2008, p.431-443.
3. Oyanguren Rodeño, B., Eimil Ortiz, M., González Salaices, M., Jaén Casares, V. *Atención hospitalaria del paciente con ictus*. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. 2015. ISBN: 978-84-608-3908-8.

Capítulo 53

Compatibilidad del bicarbonato en la medicación intravenosa

Autores:

Cerrillo Urbina, Alberto José

Díaz del Campo Aparicio, Laura

González Herguido, Yolanda

Moreno Escobar, María Eugenia

Moreno Escobar, Paloma

Palomo Gómez, Carmen María

Resumen

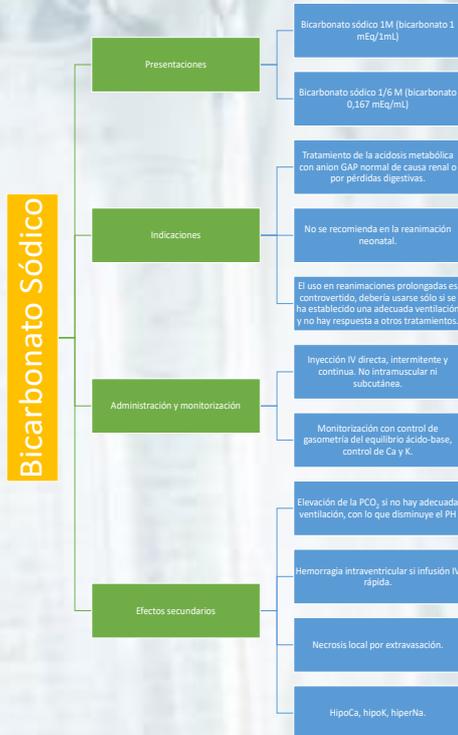
- La estabilidad y compatibilidad físico-química de los fármacos usados por la vía intravenosa (IV) es de gran importancia en la práctica diaria de la enfermería.
- La administración puede afectar de forma directa en la seguridad de los pacientes y en la eficacia de los fármacos administrados.
- Las alteraciones ácido-básicas se asocian a muchas infecciones del paciente crítico.
- El primer objetivo de nuestro estudio es determinar la compatibilidad física del bicarbonato sódico administrado con otros fármacos intravenosos de uso común.
- El segundo objetivo fue intentar elaborar una tabla de compatibilidad entre los fármacos usados por vía intravenosa de uso más frecuente a nivel hospitalario, desglosando los mismos como compatibles, incompatibles y administrados en "Y".

Introducción

- La administración intravenosa tiene mayor riesgo y gravedad de errores que otras vías de administración.
- La estabilidad y compatibilidad físico-químicas de los fármacos usados IV es de gran trascendencia en la práctica diaria, toda vez que puede afectar de forma directa a la seguridad de los pacientes y a la eficacia terapéutica de los fármacos debido a la incompatibilidad de las sustancias administradas por su inestabilidad.
- Las unidades de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad donde muchas veces se administra gran diversidad de medicación, y que debido a los trastornos metabólicos requieren una pronta normalización.
- La administración de bicarbonato sódico está indicada en aquellos pacientes que precisen tratamiento con una solución electrolítica alcalinizante. Se ha descrito su incompatibilidad por su pH alcalino, que produce precipitación de carbonatos insolubles y origina gases de dióxido de carbono al mezclarse con soluciones ácidas.
- El resultado de una disolución, dilución, combinación o tiempos de espera y/o administración incorrectos pueden acabar produciendo un "error de medicación", una disminución eficacia/efectividad terapéutica, o un efecto adverso no deseado.
- Los profesionales de enfermería, como responsables de la administración farmacológica, debemos ser conscientes de la importancia de la preparación y administración de las terapias intravenosas, y por tanto, es fundamental conocer bien el fármaco administrado, en este estudio, el objetivo es determinar la compatibilidad física del bicarbonato administrado con otros fármacos intravenosos de uso común.

Material y métodos

- Se busco en las principales bases de datos bibliográficas e información disponible en internet hasta enero del 2018.
- También se tuvieron en cuenta las listas de referencias de artículos científicos publicados.
- Los términos de búsqueda utilizados fueron bicarbonato, compatibilidad, incompatibilidad, medicación, fármaco, intravenosa.



Resultados

Tabla 1. Compatibilidad del bicarbonato sódico con medicamentos intravenosos.

Medicamentos compatibles		Medicamentos en "Y"	Medicamentos incompatibles	
Amikacina	Indometacina	Aciclovir	Adrenalina	Meticilina
Cefazolina	Insulina regular	Atropina	Amiodarona	Metoclopramida
Cefepima	Levofloxacino	Aztreonam	Ampicilina	Midazolam
Ceftazidima	Lidocaina	Cefoxitina	Caspofungina	Nicardipina
Ceftriaxona	Linezolid	Ciclofosfamida	Cefotaxima	Noradrenalina
Clindamicina	Manitol	Cisatracurio	Ciprofloxacino	Nutrición Parenteral
Clorotiazida	Metilprednisolona	Cloruro Calcio	Cloruro de calcio	Ondansetron
Cloruro Potásico	Metronidazol	Dexclorfeniramina	Diltiazem	Oxacilina
Cloruro Sódico 0,9%	Nitroglicerina	Eritromicina	Dobutamina	Pantoprazol
Daptomicina	Nitroprusiato	Hidroocortisona	Dopamina	Pipericina - Tazobactam
Dexametaxona	Propofol	Mesna	Doxiciclina	Procaïnámida
Doripenem	Remifentanilo	Pantoprazol	Gluconato Calcio	Succinilcolina
Esmolol	Ringer Lactato	Penicilina G Sódica	Glucosa / Aminoácidos	Sulfato de Magnesio
Fentanilo	Suero Glucosado 5%	Pipericina - Tazobactam	Imipenem Cilastatina	Tiopental
Fluconazol	Suero Glucosado 10%	Sulfato de Magnesio	Isoproterenol	Vancomicina
Furosemida	Sulfato de Morfina	Tacrolimus	Labetalol	Vecuronio
Gentamicina	Tobramicina	Tiopental	Meropenem	
Heparina Sódica	Vasopresina	Vancomicina	Metadona	

Criterios de compatibilidad

- C – Compatible**
Existe compatibilidad química entre ambos fármacos. Los fármacos se pueden mezclar en una misma solución.
- CY – Compatible en Y**
Compatibilidad química entre ambos fármacos cuando se administra en "Y". Se pueden administrar juntos pero utilizando sistemas de infusión diferentes.
- I – Incompatible**
Incompatibilidad física y/o química entre ambos fármacos. No pueden mezclarse

Conclusiones

- La elaboración y puesta en práctica de un buen conocimiento de los fármacos y sus compatibilidades por parte de los profesionales de enfermería ayudarán a reducir y/o eliminar errores que durante la administración de fármacos por vía intravenosa pudieran surgir, y que en muchas ocasiones pueden ser fatales, mejorando la eficacia del fármaco y evitar posibles reacciones adversas en los pacientes.
- Mediante un conocimiento óptimo podremos llegar a conseguir un aumento de la calidad y mejora de todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Referencias

- Abellon J, Subiela JA, Diaz A. Compatibilidad entre fármacos de vía intravenosa. Revista enfermería docente. 2015; enero-junio (103); 19-24.
- Lisa C. Compatibility of Commonly used Intravenous Drugs. Independently Developed by McMahon publishing. Pharmacy practice news. September 2011.
- Department of Health, Government of South Australia. Intravenous medication compatibility chart.
- Ribas Nicolau B, Perez Juan E, Amoros Cerda E, Arevalo Robert MJ, Maqueda Palau M. Compatibilidad física del bicarbonato sódico con fármacos de uso frecuente en la unidad de cuidados intensivos. Enfermería intensiva, 2011; 22(2): 78-82.

Resumen: La estabilidad y compatibilidad físico-química de fármacos usados por la vía intravenosa es de gran importancia en la práctica diaria de la enfermería.

La administración puede afectar de forma directa en la seguridad de los pacientes y en la eficacia de los fármacos administrados.

Los objetivos de nuestro estudio fue determinar la compatibilidad física del bicarbonato sódico administrado con otros fármacos intravenosos de uso común, y fue intentar elaborar una tabla de compatibilidad entre los fármacos usados por vía intravenosa de uso más frecuente a nivel hospitalario, desglosando los mismos como compatibles, incompatibles y administrados en "Y".

Palabras Clave: fármacos; bicarbonato; compatibilidad.

Introducción

La administración intravenosa tiene mayor riesgo y gravedad de errores que otras vías de administración.

La estabilidad y compatibilidad físico-químicas de los fármacos usados IV es de gran trascendencia en la práctica diaria, toda vez que puede afectar de forma directa a la seguridad de los pacientes y a la eficacia terapéutica de los fármacos debido a la incompatibilidad de las sustancias administradas por su inestabilidad.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad donde muchas veces se administra gran diversidad de medicación, y que debido a los trastornos metabólicos requieren una pronta normalización.

La administración de bicarbonato sódico está indicada en aquellos pacientes que precisen tratamiento con una solución electrolítica alcalinizante. Se ha descrito su incompatibilidad por su pH alcalino, que produce precipitación de carbonatos insolubles y origina gases de dióxido de carbono al mezclarse con soluciones ácidas.

El resultado de una disolución, dilución, combinación o tiempos de espera y/o administración incorrectos pueden acabar produciendo un "error de medicación", una disminución eficacia/efectividad terapéutica, o un efecto adverso no deseado.

Los profesionales de enfermería, como responsables de la administración farmacológica, debemos ser conscientes de la importancia de la preparación y administración de las terapias intravenosas, y por tanto, es fundamental conocer bien el fármaco administrado, en este estudio, el objetivo es determinar la compatibilidad física del bicarbonato administrado con otros fármacos intravenosos de uso común.

Material y métodos

Se busco en las principales bases de datos bibliográficas e información disponible en internet hasta enero del 2018.

También se tuvieron en cuenta las listas de referencias de artículos científicos publicados.

Los términos de búsqueda utilizados fueron bicarbonato, compatibilidad, incompatibilidad, medicación, fármaco, intravenosa.

Resultados

Criterios de compatibilidad: C - Compatible, existe compatibilidad química entre ambos fármacos. Los fármacos se pueden mezclar en una misma solución. CY - Compatible en Y, compatibilidad química entre ambos fármacos cuando se administra en "Y". Se pueden administrar juntos pero utilizando sistemas de infusión diferentes. I - Incompatible, incompatibilidad física y/o química entre ambos fármacos. No pueden mezclarse.

Medicamentos compatibles: Amikacina, cefazolina, cefepima, ceftazidima, ceftriaxona, clindamicina, clorotiazida, cloruro potásico, cloruro sódico 0,9%, daptomicina, dexametaxona, doripenem, esmolol, fentanilo, fluconazol, furosemida, gentamicina, heparina sódica, indometacina, insulina regular, levofloxacino, lidocaina, linezolid, manitol, metilprenidolona, metronidazol, nitroglicerina, nitroprusiato, propofol, remifentanilo, ringer lactato, suero glucosado 5-10%, sulfato de morfina, tobramicina y vasopresina.

Medicamentos compatibles en "Y": Aciclovir, atropina, aztreonam, cefoxitina, ciclofosfamida, cisatracurio, cloruro cálcico, dexclorfeniramina, eritromicina, hidrocortisona, mesna, pantoprazol, penicilina G sódica, pipericina-tazobactam, sulfato de magnesio, tacrolimus, tiopental y vancomicina.

Medicamentos incompatibles: Adrenalina, amiodarona, ampicilina, caspofungina, cefotaxima, ciprofloxacino, cloruro de calcio, diltiazem, dobutamina, dopamina, doxiciclina, gluconato cálcico, glucosa/aminoácidos, imipenem cilastatina, isoproterenol, labetalol, meropenem, metadona, metilcilina, metoclopramida, midazolam, nicardipina, noradrenalina, nutrición parenteral, ondansetron, oxacilina, pantoprazol, pipericina-tazobactam, procainamida, succinilcolina, sulfato de magnesio, tiopental, vancomicina y vecuronio.

Conclusiones

La elaboración y puesta en práctica de un buen conocimiento de los fármacos y sus compatibilidades por parte de los profesionales de enfermería ayudarán a reducir y/o eliminar errores que durante la administración de fármacos por vía intravenosa pudieran surgir, y que en muchas ocasiones pueden ser fatales, mejorando la eficacia del fármaco y evitar posibles reacciones adversas en los pacientes.

Mediante un conocimiento óptimo podremos llegar a conseguir un aumento de la calidad y mejora de todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Bibliografía:

1. Abellón J, Subiela J.A, Diaz A. *Compatibilidad entre fármacos de vía intravenosa*. Revista enfermería docente. 2015; enero-junio (103); 19-24.
2. Lisa C. *Compatibility of Commonly used Intravenous Drugs*. Independently Developed by McMahon publishing. Pharmacy practice news. September 2011.
3. Department of Health, Government of South Australia. *Intravenous medication compatibility chart*.
4. Ribas Nicolau B, Perez Juan E, Amoros Cerda E, Arevalo Rubert MJ, Maqueda Palau M. *Compatibilidad física del bicarbonato sódico con fármacos de uso frecuente en la unidad de cuidados intensivos*. Enfermería intensiva, 2011;; 22(2): 78-82.

Capítulo 54

Complicaciones durante el ingreso hospitalario en pacientes que han sufrido un Ictus

Autores:

Martos Sánchez, Almudena

Gómez Luque, Adela

Ruíz Céspedes, María José

López Espuela, Fidel



COMPLICACIONES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS



El ictus constituye la **primera causa de discapacidad en nuestro país** y provoca un **elevado impacto** en las áreas física, psíquica y social. Los pacientes con un ictus agudo son **especialmente vulnerables a desarrollar complicaciones** durante su hospitalización. Algunas de las potenciales complicaciones que acompañan al ictus **pueden prevenirse o detectarse, y tratarse precozmente.**



Conocer la incidencia de las complicaciones hospitalarias en pacientes mayores de 65 años que han sufrido un ictus. **Establecer la relación de éstas** con otra comorbilidad o variables clínicas.



Tipo de Estudio: Estudio transversal, descriptivo. **Muestra y tamaño:** pacientes mayores de 65 años que sufrieron un ictus y fueron ingresados, durante los meses de Enero a Agosto de 2016. **Proceso:** El muestreo fue consecutivo de los pacientes que ingresaban y aceptaban participar.

Recogida de datos y variables: Se recogieron características **sociodemográficas, factores de riesgo vascular, comorbilidad** (Índice de Charlson), **Índice de Masa Corporal**, **características del ictus** (gravedad- mediante la Escala NIHS), **complicaciones hospitalarias, estado funcional** con el Índice de Barthel (Actividades Básicas de la vida Diaria). Los datos se recogieron en un **Cuaderno de recogida**, para posteriormente analizarlos.

Se realizó un **análisis descriptivo** de todas las variables del estudio. Se utilizó la **prueba de Chi cuadrado, para comparar variables cualitativas**; para las variables **continuas se utilizó la t de Student**. La asociación entre dos variables **cuantitativas** se realizó con las pruebas de **coeficiente de correlación de Pearson**. **Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS** para Windows v.20, con una significación estadística α del 0,05.

Participaron 182 pacientes, con una **media de edad de 77,66** ($\pm 6,95$), el 48,9% mujeres. La mayoría presentaban un **ictus isquémico (86%)**. La puntuación **media en la Escala NIHS al alta hospitalaria fue 4,65** ($\pm 5,92$). En cuanto a los **factores de riesgo cardiovascular**, se distribuyeron de la siguiente forma: 65,9% HTA, 24,2% Diabetes; 44,5% dislipemia, 16,5% arritmias, 15,9% fumador; consumo de alcohol 33,5%. El 7,7% de los participantes fallecieron.

UN 34,3% de los pacientes, presento al menos una complicación; el numero de complicaciones media fue de 0,66 ($\pm 1,12$), siendo el rango de 0 a 5. **La complicación mas frecuente fue fiebre (20,9%) y agitación (15,9%). Destacamos que el 5,5% sufrió un Infarto agudo de Miocardio durante su ingreso.**

El presentar complicación durante el ingreso hospitalario se relacionó con la gravedad del ictus ($p=0,004$) así los pacientes que tenían complicaciones presentaban una puntuación mayor en la Escala NIH al ingreso ($5,83 \pm 6,02$ vs $10,47$ ($\pm 7,29$)); **también se relacionó con la situación funcional previa** $p < 0,001$ ($94,6 \pm 16,77$ vs $85,51 \pm 24,52$ puntos en el Índice de Barthel).

Las complicaciones se asociaron a la edad ($p < 0,001$); de tal forma que a mayor edad mayor riesgo de padecer complicaciones durante el ingreso ($80,20 \pm 6,25$ vs $76,27 \pm 7,01$). Ocurrió lo mismo con la morbilidad (índice de Charlson), **los que presentaban más comorbilidad tenían más riesgo de padecer complicaciones**, $p=0,002$.

Las complicaciones no se asociaron al índice de masa corporal ($p=0,946$); ni al ser fumador ($p=0,247$), ni a ser diabético ($p=0,051$); ni a presentar HTA ($p=0,851$).

Por último, el numero de complicaciones padecidas durante el ingreso **si se relacionó con la estancia** $r=0,366$; $p < 0,001$.

1. Bragado-Trigo I, Portilla-Cuenca JC, Falcon-García A, Fermin-Marrero JA, Romero-Sevilla RM, Redondo-Penas MI, Gamez-Leyva G, Serrano-Cabrera A, Gomez M, Calle-Escobar ML, Jimenez-Caballero PE, Casado-Naranjo I. The impact of neurological and medical complications on the mortality and functional situation of acute stroke patients. Rev Neurol. 2014 16;59(10):433-42.

2. Romero Sevilla, R.; Portilla Cuenca, JC; López Espuela, F.; Redondo Peñas, I.; Bragado Trigo, I.; Yerga Lorenzana, B.; et al. Un sistema organizado de atención al ictus evita diferencias en la evolución de los pacientes en relación con el momento de su ingreso en una unidad de ictus. Neurología 2016;31:149-56

3. Cayuela, A.; Cayuela, L.; Escudero-Martínez, I.; Rodríguez-Domínguez, S.; González, A.; Moniche, F.; Jiménez, MD.; Montaner, J. Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011. Neurología 2016;31:370-8.



Resumen: El ictus constituye la primera causa de discapacidad en nuestro país y provoca un elevado impacto en las áreas física, psíquica y social. Algunas de las potenciales complicaciones que acompañan al ictus pueden prevenirse o detectarse, y tratarse precozmente. Se quería conocer la incidencia de las complicaciones hospitalarias en pacientes mayores de 65 años que han sufrido un ictus. Participaron 182 pacientes, con una media de edad de 77,66 ($\pm 6,95$), el 48,9% mujeres. La mayoría presentaban un ictus isquémico (86%). La puntuación media en la Escala NIHSS al alta hospitalaria fue 4,65 ($\pm 5,92$). Un 34,3%, presento al menos una complicación.

Palabras Clave: Ictus; stroke; ingreso hospitalario.

Introducción

El ictus constituye la primera causa de discapacidad en nuestro país y provoca un elevado impacto en las áreas física, psíquica y social. Los pacientes con un ictus agudo son especialmente vulnerables a desarrollar complicaciones durante su hospitalización. Algunas de las potenciales complicaciones que acompañan al ictus pueden prevenirse o detectarse, y tratarse precozmente.

Objetivos

Se tuvo como objetivos, conocer la incidencia de las complicaciones hospitalarias en pacientes mayores de 65 años que han sufrido un ictus y establecer la relación de éstas con otra comorbilidad o variables clínicas.

Material y método

Fue un estudio transversal, descriptivo. Con pacientes mayores de 65 años que sufrieron un ictus y fueron ingresados, durante los meses de enero a agosto de 2016. Proceso: El muestreo fue consecutivo de los pacientes que ingresaban y aceptaban participar.

Se recogieron características sociodemográficas, factores de riesgo vascular, comorbilidad (Índice de Charlson), Índice de Masa Corporal, características del ictus (gravedad- mediante la Escala NIHSS), complicaciones hospitalarias, estado funcional con el Índice de Barthel (Actividades Básicas de la vida Diaria). Los datos se recogieron en un cuaderno de recogida, para posteriormente analizarlos.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado, para comparar variables cualitativas; para las variables continuas se utilizó la T de Student. La asociación entre dos variables cuantitativas se realizó con las pruebas de coeficiente de correlación de Pearson. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS para Windows v.20, con una significación estadística α del 0,05.

Resultados

Participaron 182 pacientes, con una media de edad de 77,66 ($\pm 6,95$), el 48,9 % mujeres. La mayoría presentaban un ictus isquémico (86 %). La puntuación media en la Escala NIHSS al alta hospitalaria fue 4,65 ($\pm 5,92$). En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, se distribuyeron de la siguiente forma: 65,9 % HTA, 24,2 % diabetes; 44,5 % dislipemia, 16,5 % arritmias, 15,9 % fumador; consumo de alcohol 33,5 %. El 7,7 % de los participantes fallecieron.

Un 34,3 % de los pacientes, presentó al menos una complicación; el número de complicaciones media fue de 0,66 ($\pm 1,12$), siendo el rango de 0 a 5. La complicación más frecuente fue fiebre (20,9 %) y agitación (15,9 %). Destacamos que el 5,5 % sufrió un infarto agudo de miocardio durante su ingreso.

Conclusiones

El presentar complicación durante el ingreso hospitalario se relacionó con la gravedad del ictus ($p=0,004$) así los pacientes que tenían complicaciones presentaban una puntuación mayor en la Escala NIH al ingreso ($5,83 \pm 6,02$ vs $10,47 (\pm 7,29)$); también se relacionó con la situación funcional previa p.

Bibliografía:

1. Bragado-Trigo I, Portilla-Cuenca JC, Falcón-García A, Fermín-Marrero JA, Romero-Sevilla RM, Redondo-Penas MI, Gámez-Leyva G, Serrano-Cabrera A, Gómez M, Calle-Escobar ML, Jiménez-Caballero PE, Casado-Naranjo I. *The impact of neurological and medical complications on the mortality and functional situation of acute stroke patients*. Rev Neurol. 2014 16;59(10):433-42.
2. Romero Sevilla, R.; Portilla Cuenca, JC; López Espuela, F.; Redondo Peñas, I.; Bragado Trigo, I.; Yerga Lorenzana, B.; et al. *Un sistema organizado de atención al Ictus evita diferencias en la evolución de los pacientes en relación con el momento de su ingreso en una unidad de Ictus*. Neurología 2016;31:149-56
3. Cayuela, A.; Cayuela, L.; Escudero-Martínez, I.; Rodríguez-Domínguez, S.; González, A.; Moniche, F.; Jiménez, MD.; Montaner, J. *Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011*. Neurología 2016;31:370-8.

Capítulo 55

Composición de la microbiota intestinal y alergias en niños

Autores:

Arroyo Ayllón, David

Granados Navas, Mari Paz

Corredor Rivera, María Teresa

REVISIÓN SISTEMÁTICA: COMPOSICIÓN DE LA MICROBIOTA INTESTINAL Y ALERGIAS EN NIÑOS

Autores:

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas sanitarios que se está generando en los últimos diez años y que sigue aumentando su prevalencia son las alergias alimentarias, las enfermedades alérgicas y las enfermedades atópicas.

Johansson et al. definieron alergia como “una reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos específicos mediados por anticuerpos o por células”

Esta patología se manifiesta con una serie de signos y síntomas como pueden ser eczema atópico, asma, rinoconjuntivitis y/o trastornos gastrointestinales.

En 2006 la OMS publicó que “la prevalencia estimada de las alergias alimentarias es del 1% al 3% en adultos y del 4% al 6% en niños hasta los 10 años”.

Así mismo, se ha comprobado que la microbiota intestinal contribuye a la obtención de tolerancia a gran cantidad de antígenos externos, cuya colonización comienza en el momento del parto y en el recién nacido.

Se ha visto que la microbiota se puede modificar, por lo que cabría pensar que el estudio de la misma se podría utilizar como marcador para la realización de un diagnóstico precoz, y así poder prevenir y tratar futuras alergias antes de que aparezcan manifestaciones clínicas.

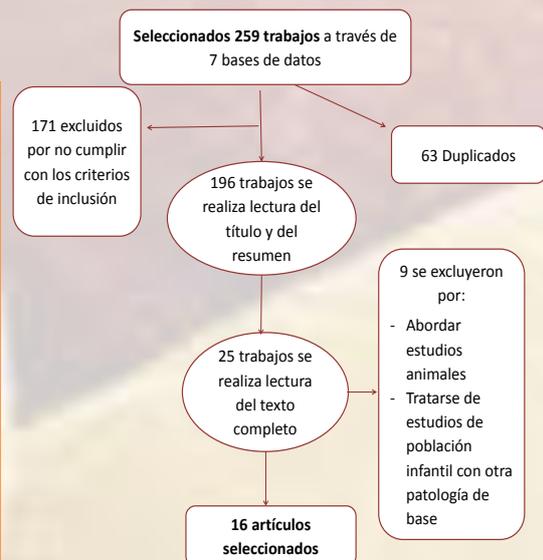
OBJETIVOS

- Describir el estado actual de conocimiento sobre la relación entre la composición de la microbiota en niños con y sin algún tipo de alergia o atopia.

Título	Autores, País, año	Tipo de estudio. Población	Medición	Conclusiones
Intestinal microbiota and immunoglobulin E responses in 5-year-old Estonian children	Sepp, E. et al. Suecia; 2005	Casos y controles 38 escolares	Análisis fecal	El desarrollo de la enfermedad alérgica parece estar asociado con la composición del ecosistema microbiano. Niveles altos de Clostridios se asocian con manifestaciones clínicas de alergia y formación de IgE
Distinct pattern of commensal gut microbiota in toddlers with eczema	Mah, KW. Et al. Suecia; 2006	Casos y controles 49 niños	FISH	Los resultados confirman que el microecosistema intestinal difiere de niños con eczema y sin eczema.
Molecular fingerprinting of the intestinal microbiota of infants in whom atopic eczema was or was not developing	Penders, J. et al. Países Bajos; 2006	Casos y controles 78 Recién nacidos	Método PCR	La presencia de E. Coli indica que las diferencias en la microbiota intestinal hacen preceder el desarrollo de atopia
Gut microbiota composition and development of atopic manifestations in infancy: the KOALA Birth Cohort Study	Penders, J. et al. Países Bajos; 2006	Cohorte 957 recién nacidos	Método PCR	El estudio demuestra que la composición de la microbiota intestinal precede al desarrollo de atopia
Gut microbiota and development of atopic eczema in 3 European birth cohorts	Adlerberth, I. et al. Suecia; 2007	Cohorte 324 recién nacidos	Cultivo fecal Cultivo rectal Método PCR	El estudio no apoya la hipótesis de que la sensibilización a alimentos o eczema atópico se asocie con la falta de bacterias intestinales cultivables
Molecularly assessed shifts of Bifidobacterium spp. and less diverse microbial communities are characteristic of 5 year old allergic children	Stsepetova, J. et al. Suecia; 2007	Casos y controles 40 niños	Método PCR PCR-DGGE	Microbiota menos diversa en niños alérgicos, y diferentes especies de Bifidobacterium
Reduced diversity in the early fecal microbiota of infants with atopic eczema	Wang, M. et al. Suecia; 2008	Casos y controles 35 recién nacidos	T-RFLP TGGE ó DGGE	Diversidad reducida de la microbiota intestinal temprana de lactantes con eczema atópico
Bifidobacterium pseudocatenulatum is associated with atopic eczema: a nested case-control study investigating the fecal microbiota of infants.	Gore, C. et al. Reino Unido; 2008	Casos y controles 61 lactantes	F-EPX DGGE FISH	La presencia de Bifidobacterium pseudocatenulatum se asoció con eczema y el tipo de lactancia.
Altered Early Infant Gut Microbiota in Children Developing Allergy up to 5 Years of Age	Sjögren, YM. Et al. Suecia; 2009	Cohorte 47 recién nacidos	Método PCR 16rRNA	Una flora intestinal más diversa en los primeros años de vida podría prevenir el desarrollo de alergias y puede estar relacionada con la asociación entre el tamaño de la familia y la exposición a la endotoxina.
Changes in faecal microbiota of infants with cow_s milk protein allergy – a Spanish prospective case–control 6-month follow-up	Thompson, OC. et al. España; 2010	Casos y controles 92 recién nacidos	Cultivo fecal TRFLP PCR 16S rDN	Hay factores a desarrollar alergia a la proteína de la leche de vaca como por ejemplo el peso al nacer, alimentación de la madre en el embarazo, antecedentes familiares de alergia, tipo de lactancia. Existen diferencias importantes en la composición de la microbiota fecal entre el grupo alérgico y el control
Reduced diversity of the intestinal microbiota during infancy is associated with increased risk of allergic disease at school age	Bisgaard, H. et al. Dinamarca; 2011	Cohorte 411 recién nacidos de alto riesgo	Cultivo bacteriano PCR 16S rRNA DGGE	Una menor diversidad de la flora intestinal en lactantes se asocia con un mayor riesgo de sensibilización alérgica, rinitis alérgica y eosinofilos en sangre periférica, pero no asma o dermatitis atópica en los primeros 6 años de vida.
Low diversity of the gut microbiota in infants with atopic Eczema	Abrahamsson, TR. et al. Suecia; 2011	Casos y controles 40 recién nacidos : 20 casos y 20 controles	PCR 16S rRN	Baja diversidad microbiana durante el primer mes de vida se asocia con la posterior aparición de eczema atópico.
Reduced gut microbial diversity in early life is associated with later development of eczema but not atopy in high-risk infants.	Ismail, IH. et al. Australia; 2012	Cohorte 98 Recién nacidos	T-RFLP	Una mayor diversidad en la microbiota intestinal en las primeras semanas de vida se asocian con una reducción del riesgo de padecer eczema o enfermedades alérgicas.
Influence of early environmental factors on lymphocyte subsets and gut microbiota in infants at risk of celiac disease; the PROFICEL study	Pozo-Rubio T. et al. España ; 2013	Cohorte 55 lactantes	Método PCR	Padecer alergia y dermatitis presenta menor incidencia de Bifidobacteria Angulatum a los 4 meses.
Altered Fecal Microbiota Composition Associated with Food Allergy in Infants	Ling, Z. et al. China ; 2014	Casos y controles 79 recién nacidos:	PCR- 16rRNA	El estudio muestra disbiosis intestinal con los bebés alérgicos, por lo que la microbiota juega un papel patogénico para desarrollar alergias
Infant gut microbiota and food sensitization: associations in the first year of life	Azad, JMB. et al. EEUU; 2015	Cohorte 166 recién nacidos	Cultivo fecal PCR- 16rRNA	Lactantes sensibilizados presentaron mayor número de Enterobacteriaceae y menor número de Bacteroidaceae.

METODOLOGIA

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de estudios que relacionaban padecer algún tipo de alergia y la composición de la microbiota en niños hasta los 6 años, que tuvo lugar en diferentes bases de datos (Pubmed, Scopus, Lilacs, EMBASE, Biblioteca Cochrane Plus) y en el metabuscador Tripdatabase con las siguientes palabras claves: (“allergic disease” OR (“hypersensitivity”) AND (“gut microbiota”) AND (“infants” OR “children”).



RESULTADOS

Tras la revisión de los trabajos, se incluyeron 16 estudios cuyos resultados sugieren que padecer algún tipo de alergia se asocia con cambios de la microbiota intestinal en niños. Tabla 1.

Cabe destacar que solo el 16,6% de los estudios seleccionados no encontraron asociación entre estas dos variables y que ninguno encontró una asociación inversa.

Los distintos métodos de análisis fecales no influyeron significativamente en los resultados

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta revisión sugieren que existe asociación entre la composición de la microbiota intestinal y el desarrollo de algún tipo de enfermedad alérgica desde la infancia.

A pesar de estos resultados, y debido a la falta de ensayos clínicos, no podemos afirmar que exista suficiente evidencia al respecto. Los mecanismos de acción de la microbiota intestinal deben estudiarse más minuciosamente.

Resumen: Hay evidencia de que las interacciones en la microbiota intestinal desempeñan un importante papel en el desarrollo del sistema inmune desde la infancia. Por ello, este hecho relaciona la composición de la microbiota y la incidencia de desarrollar enfermedades alérgicas.

El objetivo de esta revisión es describir la relación entre la composición de la microbiota en niños hasta los 6 años con y sin algún tipo de alergia.

Los resultados obtenidos sugieren que existe asociación entre la composición de la microbiota intestinal y el desarrollo de algún tipo de enfermedades alérgicas desde la infancia, pero faltan de ensayos clínicos aleatorizados.

Palabras Clave: enfermedad alérgica; niños; microbiota intestinal.

Introducción

Uno de los grandes problemas sanitarios que se está generando en los últimos diez años y que sigue aumentando su prevalencia son las alergias alimentarias, las enfermedades alérgicas y las enfermedades atópicas.

Johansson et al. definieron alergia como “una reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos específicos mediados por anticuerpos o por células”.

Esta patología se manifiesta con una serie de signos y síntomas como pueden ser eczema atópico, asma, rinoconjuntivitis y/o trastornos gastrointestinales .

En 2006 la OMS publicó que “la prevalencia estimada de las alergias alimentarias es del 1% al 3% en adultos y del 4% al 6% en niños hasta los 10 años”.

Así mismo, se ha comprobado que la microbiota intestinal contribuye a la obtención de tolerancia a gran cantidad de antígenos externos , cuya colonización comienza en el momento del parto y en el recién nacido .

Se ha visto que la microbiota se puede modificar, por lo que cabría pensar que el estudio de la misma se podría utilizar como marcador para la realización de un diagnóstico precoz, y así poder prevenir y tratar futuras alergias antes de que aparezcan manifestaciones clínicas.

Objetivos

Describir el estado actual de conocimiento sobre la relación entre la composición de la microbiota en niños con y sin algún tipo de alergia o atopía.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de estudios que relacionaban padecer algún tipo de alergia y la composición de la microbiota en niños hasta los 6 años, que tuvo lugar en diferentes bases de datos (Pubmed, Sciencedirect, Scopus, Lilacs, EMBASE, Biblioteca Cochrane Plus) y en el metabuscador Tripdatabase con las siguientes palabras claves: “allergic disease” OR (“hypersensitivity”) AND (“gut microbiota”) AND (“infants” OR “children”).

Los criterios de inclusión fueron:

- Estudios observacionales longitudinales (casos/control y estudios de cohorte) publicados en inglés y español entre los años 2005-2015.
- Trabajos cuyo objetivo fuera analizar la microbiota a través de análisis fecal relacionándolo con padecer algún tipo de alergia en recién nacidos y niños hasta los 6 años.

Los criterios de exclusión fueron:

- Trabajos publicados antes del año 2005.
- Estudios que no se encontraban dentro del rango de edad establecido.
- Aquéllos que no estudiaban la microbiota con análisis fecal.
- Estudios de la microbiota en niños con alguna patología añadida (diabetes, SIDA, obesidad entre otros)
- Los trabajos donde el parto no llegó a término.

En la búsqueda inicial se identificaron 410 estudios, de los cuales 149 fueron eliminados por tratarse de revisiones sistemáticas y bibliográficas. Tras su revisión, se seleccionaron 259 artículos, de los cuales se eliminaron 63 por estar duplicados. Se realiza lectura de título y resumen de 196, pero se eliminaron 171 por no cumplir con los criterios de inclusión. Posteriormente, se realiza la lectura del texto completo y se excluyen otros 9 artículos por abordar análisis infantiles en animales (principalmente ratas) y porque incluían estudios en niños con otras patologías de base (SIDA, Diabetes, obesidad, entre otros). Por último, 16 estudios observacionales cumplen con los criterios de inclusión y fueron seleccionados para esta revisión sistemática

Resultados

Tras la revisión de los trabajos, se incluyeron 16 estudios cuyos resultados sugieren que padecer algún tipo de alergia se asocia con cambios de la microbiota intestinal en niños. Cabe destacar que solo el 16,6% de los estudios seleccionados no encontraron asociación entre estas dos variables y que ninguno encontró una asociación inversa. Los distintos métodos de análisis fecales no influyeron significativamente en los resultados.

En 12 de estos trabajos se comprobó la alteración de los recuentos de Bifidobacterias y Clostridium, de los cuales 11 presentaban menor porcentaje de Bifidobacterias y mayor de Clostridium en niños con alergia.

En 5 estudios casos-control se analiza la microbiota en recién nacidos, revelando una menor proporción de Bifidobacterium como consecuencia de una sensibilización tópica y mayor recuento de Clostridium. Resultados similares aparecen en estudio de dos grandes cohortes.

La sintomatología y la tipología de la alergia también varía según la edad del individuo. Nuestros estudios demuestran que los recién nacidos presentan más probabilidad de desarrollar eczema atópico, sobre todo aquellos niños que poseen una menor carga bacteriana, frente a niños de mayor edad, 45.

Stsepetova et al demostraron que los niños alérgicos tenían más Bifidobacterias adolescentis, asociando dichos resultados a que los participantes eran de mayor edad.

Limitaciones: El presente estudio presenta varias limitaciones que deben ser reconocidas; en primer lugar, el hecho de incluir solo estudios publicados en inglés y español en las bases de datos, la heterogeneidad en el rango de edad, la duración y los distintos análisis para estudiar la microbiota. Además debido a que dichas pruebas se realizan a través de las heces, por ser muestra realista y no invasiva, solo representa la composición de la microbiota intestinal en la luz, no en las superficies mucosas.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta revisión sugieren que existe asociación entre la composición de la microbiota intestinal y el desarrollo de algún tipo de enfermedad alérgica desde la infancia. A pesar de estos resultados, y debido a la falta de ensayos clínicos, no podemos afirmar que exista suficiente evidencia al respecto. Los mecanismos de acción de la microbiota intestinal deben estudiarse más minuciosamente.

Bibliografía:

1. Keil T. *The challenge of assessing food allergy and its prevalence*. Clin Exp Allergy. 2008;38:1252–3.
2. OMS. *Nota informativa INFOSAN No 3/2006 – Alergias alimentarias*. Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN). 2006. Disponible en: www.who.int/foodsafety/fs_management/No_03_allergy_June06_sp.pdf.
3. Osborne NJ, Koplin JJ, Martin PE, Gurrin LC, Lowe AJ M, MC et al. *Prevalence of challenge-proven IgE-mediated food allergy using population-based sampling and predetermined challenge criteria in infants*. J Allergy Clin Immunol. 2011;127:668–76.
4. Chagoyan O, Lozano J, Hernández A. *La microbiota intestinal en el niño y la influencia de la dieta sobre su composición*. Nutr y Salud. 2004;11:37-48.
5. La Rosa Hernandez D. *La microbiota intestinal en el desarrollo del sistema inmune del recién nacido*. Intestinal microbiota in the development of the neonate's immune system. Rev Cubana Pediatr. 2014;86(4):502-13.

Capítulo 56

Conocimiento de los cuidadores informales acerca de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD)

Autores:

Gil García-Uceda, Laura

Jiménez Horcajada, Sonia

García Román, Darío

Bermejo Cruz, Sara

CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADORES INFORMALES ACERCA DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (LCRD)

INTRODUCCIÓN

Factores como la movilidad reducida, alteraciones fisiológicas debidas al propio envejecimiento, malnutrición e incontinencia presentan la mayoría de las personas dependientes, incrementando la posibilidad de desarrollar LCRD. Así, los cuidadores informales juegan un papel importante en la prevención de estas lesiones al ser las personas que cuidan a diario a los pacientes dependientes. El conocimiento de los cuidadores sobre prevención de LCRD podría intervenir en la disminución de este tipo de lesiones, ya que hasta un 95% son evitables. Por tanto, el desarrollo de este estudio se justifica a partir de una pregunta: *¿es adecuado el conocimiento de los cuidadores informales acerca de LCRD?*

OBJETIVOS

- I. Valorar el nivel de conocimiento de los cuidadores informales sobre LCRD.
- II. Describir la prevalencia de LCRD en los pacientes que se encuentran a cargo de los cuidadores informales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional realizado entre el 31 de enero y el 26 de febrero de 2017, en una Unidad Hospitalaria de Geriátrica de un hospital de tercer nivel. La población diana fueron los cuidadores de los pacientes ingresados.

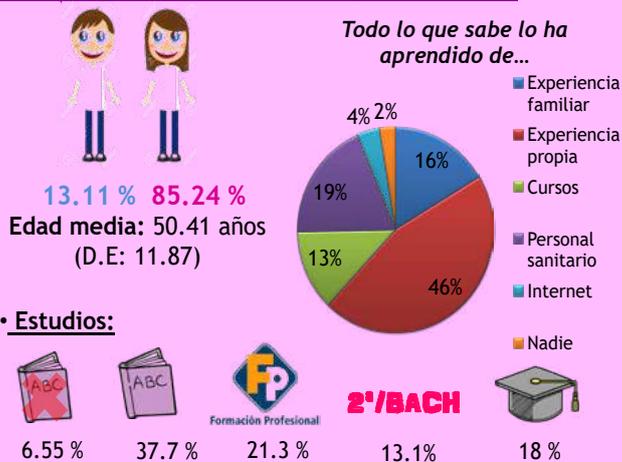
Recogida de datos: A través del cuestionario "COCU-LCRD 23". Para la obtención del índice de conocimientos se realizó un sumatorio de la calificación obtenida en cada ítem sobre prevención de LCRD.

Análisis de datos: Mediante el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2007.

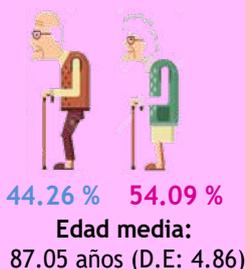
Muestra total: 61 cuidadores.

RESULTADOS

- Respecto a los cuidadores informales



- Respecto al propio paciente

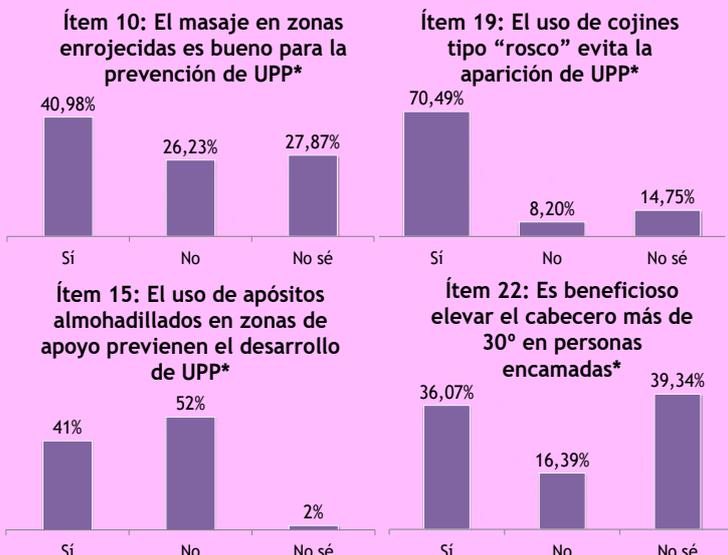


Presencia de UPP	Si				No
	Sacro	Talones	Infra-glútea	Otro	
Muestra N	6	5	3	3	45
Prevalencia %	35.29%	29.41%	17.65%	17.65%	73.77%
Total	17 (26.23%)				

Media de los "Índices de conocimiento": 15.30/23.

Además, se ha realizado un estudio estadístico de correlación mediante Chi-cuadrado de Pearson para valorar la *relación entre el nivel de estudios de los cuidadores y el "Índice de conocimientos"*. Los resultados muestran que existe relación estadísticamente significativa entre estos elementos, ya que $p < 0.05$.

- Respecto a los conocimientos sobre prevención de LCRD



CONCLUSIONES

Con la realización de dicha investigación, se ha evidenciado una cierta **deficiencia de conocimientos sobre prevención de LCRD**. Además, un **déficit de educación para la salud**, ya que la gran mayoría de estos cuidadores habían adquirido los conocimientos sobre prevención de otros ámbitos excluyendo los profesionales sanitarios.

Una forma de subsanar dichas deficiencias sería mediante la realización de **programas formativos**. Así, el conocimiento sobre LCRD en cuidadores podría aumentar, disminuyendo su incidencia y aminorando a su vez las complicaciones asociadas a estas lesiones, aumentando la calidad de vida de las personas dependientes.

Resumen: *Diversas lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) están relacionadas con la capacitación de los cuidadores. Así, se plantea evaluar el nivel de conocimientos de los cuidadores sobre LCRD.*

Se ha desarrollado un estudio descriptivo observacional en una Unidad de Geriátrica, dirigido a los cuidadores de los pacientes, empleando el cuestionario COCU-LCRD 23 para la recogida de datos.

El perfil del cuidador es de una mujer alrededor de 50 años y con estudios primarios. Respecto al "Índice de conocimientos" se realizó la media, obteniendo 15.3/23. Además, se ha evidenciado relación estadística con el nivel académico de los cuidadores.

Palabras Clave: *Conocimiento; Cuidadores; Úlcera por Presión.*

Introducción

El término LCRD es un modelo teórico que engloba las úlceras por presión (UPP) y lesiones cutáneas asociadas a humedad, entre otras⁽¹⁾. Así, debido a sus factores de riesgo las personas dependientes son más susceptibles a desarrollar LCRD^(2,3). Estas personas dependientes se encuentran al cargo de los cuidadores informales, cuyo conocimiento sobre LCRD está relacionado con la disminución de lesiones⁽¹⁾. Precisamente, el desarrollo de este estudio se justifica a partir de una pregunta: ¿Es adecuado el conocimiento de los cuidadores informales acerca de LCRD?

Objetivos

- Valorar el nivel de conocimiento de los cuidadores informales sobre LCRD.
- Describir la prevalencia de LCRD en los pacientes que se encuentran a cargo de los cuidadores informales.

Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional entre el 31 de enero y el 26 de febrero de 2017, en una Unidad Hospitalaria de Geriátrica de un hospital de tercer nivel. La población diana fueron los cuidadores informales de los pacientes ingresados, contando con una muestra total de 61.

Los datos fueron recogidos mediante el cuestionario COCU-LCRD 23. Posteriormente, para la obtención del "Índice de conocimientos" se efectuó un sumatorio de la calificación obtenida en cada ítem, dotando cada respuesta correcta con un punto, las respuestas no y no sé, así como las no respondidas no contabilizaban.

El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2007.

Resultados

El perfil del cuidador era mayoritariamente femenino, con un 85.24 %, frente al 13.11 % de los encuestados eran varones, cuya edad media fue 50.41 años (desviación estándar: 11.87).

El nivel académico de los cuidadores también lo incluía el cuestionario, cuyos resultados obtenidos fueron: el 6.55 % referían no tener estudios, el 37.7 % tenían estudios primarios, el 21.3 % habían obtenido una formación profesional, el 13.1 % poseía estudios secundarios y/o bachillerato, y el 18 % estudios universitarios.

Finalizando el apartado referente al cuidador, el último ítem corresponde a “Todo lo que sabe lo ha aprendido de...”, tratándose de una respuesta abierta. Basándose en las respuestas obtenidas, se han agrupado seis categorías: el 16 % de los cuidadores refería obtener sus conocimientos mediante experiencia familiar, el 46 % a través de experiencia propia, el 13 % mediante cursos, el 19 % gracias al personal sanitario, el 4 % a través de internet, y el 2 % mencionaba que no lo había aprendido de nadie.

El siguiente apartado del cuestionario COCU-LCRD 23 es referente al perfil del paciente. Un 44.26 % se correspondían al género varón, mientras que el 54.09 % eran mujeres, con una edad media de 87.05 años (desviación estándar: 4.86).

El cuestionario también plantea la presencia de úlceras, obteniendo los siguientes resultados: el 73.77 % no mostraba ninguna UPP, mientras que el 26.23 % si las presentaban. Dentro de este porcentaje, un 35.29 % de los pacientes las ubicaban en el sacro, el 29.41 % las presentaban en los talones, el 17.65 % las mostraban en la zona infra-glútea y el 17.65 % tenían UPP en otras zonas.

Para llevar a cabo la valoración de los conocimientos de los cuidadores, el cuestionario contaba con 23 ítems sobre prevención, de los cuales se han seleccionado 4, sintetizando aquellos con mayor grado de desconocimiento entre la población estudiada:

- Ítem 10: El masaje en zonas enrojecidas es bueno para la prevención de UPP. La mayoría de los cuidadores, con un 40.98 % afirma que esto es adecuado, en contraposición el 26.23 % responde “No”, y el 27.87 % “No sé”.
- Ítem 15: El uso de apósitos almohadillados en zonas de apoyo previenen el desarrollo de UPP. Analizando los resultados obtenidos, es destacable una insuficiente información sobre apósitos y prevención de UPP, debido a que un 52 % de los encuestados creen que no ayudan a la prevención. Asimismo, un 41 % respondió “Sí”, y un 2 % corresponde a la respuesta “No sé”.
- Ítem 19: El uso de cojines tipo “rosco” evita la aparición de UPP. Es evidente el gran desconocimiento entre los encuestados ya que el 70.49 % responde “Sí”, mientras solamente el 8.20 % responde adecuadamente a este ítem con “No”, y el 14.75 % “No sé”.
- Ítem 22: Es beneficioso elevar el cabecero más de 30º en personas encamadas. En los resultados obtenidos se constata el desconocimiento de información sobre esta medida, ya que el 36.07 % y el 39.34 % responden, “Sí” y “No sé” respectivamente. Y solamente el 16.39 % responde “No”.

Para finalizar, se ha realizado la media de los “Índices de conocimientos”, dando como resultado 15.3 sobre una puntuación total de 23.

Además, se ha efectuado un estudio estadístico de correlación mediante Chi-Cuadrado de Pearson para valorar una posible relación entre el nivel académico de los cuidadores y el “Índice de conocimientos”. Los resultados obtenidos muestran que existe relación estadísticamente significativa entre estos dos elementos, ya que $p < 0.05$.

Conclusiones

Con la realización de dicha investigación, se ha evidenciado un déficit de conocimientos sobre prevención de LCRD y de educación para la salud. Debido a que la gran mayoría de los cuidadores habían adquirido los conocimientos de otros ámbitos excluyendo los profesionales sanitarios.

Una forma de subsanar dichos déficits sería mediante la realización de programas formativos. Así, el conocimiento sobre LCRD en cuidadores podría aumentar, disminuyendo su incidencia y aumentando la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Arboledas Bellón J, Pancorbo-hidalgo PL. *Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación*. Gerokomos. 2016;27(2):73-9.

2. Carbonell-Fornés P, Murillo-Llorente M. *Las úlceras por presión en gerontología: Prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2015;26(2):63-7.

3. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujatte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto J. *Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión*. Enfermería Dermatológica [Internet]. 2013;7(18-19):14-25. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4529907&info=resumen&idioma=ENG>.

Capítulo 57

Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el manejo de medicamentos considerados peligrosos

Autores:

Martín Tercero, María del Prado

Campos Flores, María Gloria

Jiménez Córdoba, María Juana

Moreno-Chocano López-Astillero, María Teresa

León Guerrero, Israel José

López de Mota García Muñoz, María Ascensión

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DE MEDICAMENTOS CONSIDERADOS PELIGROSOS

AUTORES

Introducción

La preocupación por el manejo seguro de medicamentos con riesgo para el personal sanitario ha estado presente desde que, en 1979, Falk publicase la detección de mutagenicidad en la orina de enfermeras que preparaban citostáticos. El término medicamento peligroso fue introducido por la ASHP (The American Society of Hospital Pharmacists) y adoptado por la OSHA (The Occupational Safety and Health Administration) para aquellos medicamentos que presentan en humanos al menos una o más de una de las siguientes características de peligrosidad: carcinogenicidad, teratogenicidad u otra toxicidad para el desarrollo, toxicidad reproductiva, toxicidad en órganos a dosis bajas, genotoxicidad, o para aquellos con estructura o perfil de toxicidad similares a otros medicamentos peligrosos. En el año 2004, NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) publicó una lista de medicamentos peligrosos (MP), que se actualizó en 2010, 2012, 2014 y 2016. A partir de la publicación de 2014, NIOSH agrupó los medicamentos peligrosos en tres grupos (figura 1). Dentro de los objetivos específicos de la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud" en su última actualización (2015-2020) destaca la implantación de prácticas seguras con los medicamentos de alto riesgo y la promoción de la autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los centros asistenciales.

Objetivo

Evaluar el conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre los medicamentos considerados peligrosos así como de las medidas preventivas a implementar en su preparación y administración.

Material y Metodos

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante los meses de septiembre-diciembre de 2017. La población de estudio la formaban enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas que desarrollaban su labor asistencial en el centro durante el periodo de estudio. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes.

Como instrumento de medida se elaboró un cuestionario compuesto de tres bloques, el primero con variables sociodemográficas (edad, sexo, años de experiencia laboral, tipo de unidad, tipo de contrato), el segundo con preguntas relacionadas con el conocimiento de la existencia de protocolo específico, haber tenido problemas para tener hijos, haber tenido abortos y diagnóstico de patología oncológica y un tercer bloque que constaba de 9 preguntas que evaluaban el conocimiento de las recomendaciones internacionales del manejo de MP. Por cada una de las afirmaciones del tercer bloque de preguntas, el participante debería seleccionar una respuesta considerando las opciones verdadero o falso. La puntuación total de la prueba de conocimiento correspondió a la suma de todas las respuestas correctas. Para que el conocimiento fuese considerado adecuado, se esperaba que los participantes acertaran el 90% o más de los ítems.

El instrumento de recogida fue distribuido a los sujetos que aceptaron participar libremente tras el consentimiento informado. Los datos fueron recogidos en un planilla de Excel para ser analizados con el programa SPSS en su versión 23.0.

Para las variables cualitativas se utilizaron distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar. Para la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi². Para la relación entre 2 muestras independientes se utilizó la prueba de U de Mann Whitney previa comprobación de normalidad de la variable cuantitativa. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Participaron en la investigación 119 profesionales de enfermería de los cuales el 87% (104) fueron mujeres frente al 12,6% (15) que fueron hombres. La media de edad de los participantes se situó en $43 \pm 8,4$ años, no hubo diferencias entre hombres y mujeres respecto a la edad, $p = 0,08$. El tiempo de experiencia laboral de los participantes se puede ver en el gráfico 2. El 72,3% (86) pertenecía a unidades médicas. El tipo de contrato de los participantes se puede ver en el gráfico 3. El 34,5% (41) poseía formación postgrado (especialistas, título de Master y título de Doctor). Destacar que el 14,3% (17) ha tenido o tiene problemas para tener hijos y un 18,5% (22) refiere haber tenido algún aborto. Uno de los participantes había sido diagnosticado de patología oncológica durante su ejercicio profesional. El 69,7% (83) no ha recibido formación sobre bioseguridad frente a la manipulación de MP. El 37,8% (45) no sabe si maneja habitualmente MP y el 52,9% (63) desconoce la lista actualizada de los mismos. La media de respuestas correctas del test de conocimiento fue de $5,7 \pm 2,07$, no hubo diferencias por sexos $p = 0,08$ ni por unidad de procedencia $p = 0,1$. El 80,7% (96) de la muestra obtuvo una puntuación inferior al 90% de respuestas correctas requeridas para considerar el conocimiento adecuado, gráfico 4 y 5.

Conclusion

Los resultados obtenidos pueden identificar deficiencias en el conocimiento de los profesionales de enfermería en el ámbito del manejo de los medicamentos considerados peligrosos. Siguiendo la legislación vigente se deben adoptar medidas que eviten o minimicen la exposición a Medicamentos Peligrosos y garanticen condiciones óptimas de trabajo y seguridad; las organizaciones sanitarias deben asegurar las medidas de prevención primaria colectiva, técnicas y organizativas, que deben anteponerse a las de protección individual.

CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS	
GRUPO 1:	MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS
GRUPO 2:	MEDICAMENTOS NO ANTINEOPLÁSICOS QUE CUMPLEN AL MENOS UN CRITERIO DE LA TABLA 1
GRUPO 3:	MEDICAMENTOS QUE PRESENTAN RIESGO PARA EL PROCESO REPRODUCTIVO Y QUE PUEDEN AFECTAR A HOMBRES Y MUJERES QUE ESTÁN INTENTANDO CONCEBRIR DE FORMA ACTIVA Y MUJERES EMBARAZADAS O EN PERIODO DE LACTANCIA, PERO QUE NO COMPORTAN RIESGO PARA EL RESTO DEL PERSONAL.

Gráfico 1



Gráfico 2



Gráfico 3



Gráfico 4



Gráfico 5

Resumen: La preocupación por el manejo seguro de medicamentos con riesgo para el personal sanitario ha estado presente desde que, en 1979, Falk publicase la detección de mutagenicidad en la orina de enfermeras que preparaban citostáticos.

Se evalúa el conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre los medicamentos considerados peligrosos así como de las medidas preventivas a implementar en su preparación y administración.

Los resultados obtenidos pueden identificar deficiencias en el conocimiento de los profesionales de enfermería en el ámbito del manejo de los medicamentos considerados peligrosos.

Palabras Clave: Medicamentos biopeligrosos; Riesgos laborales; NIOSH, actualización guías.

Introducción

La preocupación por el manejo seguro de medicamentos con riesgo para el personal sanitario ha estado presente desde que, en 1979, Falk publicase la detección de mutagenicidad en la orina de enfermeras que preparaban citostáticos. El término medicamento peligroso fue introducido por la ASHP (The American Society of Hospital Pharmacists) y adoptado por la OSHA (The Occupational Safety and Health Administration) para aquellos medicamentos que presentan en humanos al menos una o más de una de las siguientes características de peligrosidad: carcinogenicidad, teratogenicidad u otra toxicidad para el desarrollo, toxicidad reproductiva, toxicidad en órganos a dosis bajas, genotoxicidad, o para aquellos con estructura o perfil de toxicidad similares a otros medicamentos peligrosos. En el año 2004, NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) publicó una lista de medicamentos peligrosos (MP), que se actualizó en 2010, 2012, 2014 y 2016. A partir de la publicación de 2014, NIOSH agrupó los medicamentos peligrosos en tres grupos (figura 1). Dentro de los objetivos específicos de la “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud” en su última actualización (2015-2020) destaca la implantación de prácticas seguras con los medicamentos de alto riesgo y la promoción de la autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los centros asistenciales.

Objetivo

Evaluar el conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre los medicamentos considerados peligrosos así como de las medidas preventivas a implementar en su preparación y administración.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante los meses de septiembre-diciembre de 2017. La población de estudio la formaban enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas que desarrollaban su labor asistencial en el centro durante el periodo de estudio. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes.

Como instrumento de medida se elaboró un cuestionario compuesto de tres bloques, el primero con variables sociodemográficas (edad, sexo, años de experiencia laboral, tipo de unidad, tipo de contrato), el segundo con preguntas relacionadas con el conocimiento de la existencia de protocolo específico, haber tenido problemas para tener hijos, haber tenido abortos y diagnóstico de patología oncológica y un tercer bloque que constaba de 9 preguntas que evaluaban el conocimiento de las recomendaciones internacionales del manejo de MP. Por cada una de las afirmaciones del tercer

bloque de preguntas, el participante debería seleccionar una respuesta considerando las opciones verdadero o falso. La puntuación total de la prueba de conocimiento correspondió a la suma de todas las respuestas correctas. Para que el conocimiento fuese considerado adecuado, se esperaba que los participantes acertaran el 90% o más de los ítems.

El instrumento de recogida fue distribuido a los sujetos que aceptaron participar libremente tras el consentimiento informado. Los datos fueron recogidos en un planilla de Excel para ser analizados con el programa SPSS en su versión 23.0.

Para las variables cualitativas se utilizaron distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar. Para la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi². Para la relación entre 2 muestras independientes se utilizó la prueba de U de Mann Whitney previa comprobación de normalidad de la variable cuantitativa. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Participaron en la investigación 119 profesionales de enfermería de los cuales el 87 % (104) fueron mujeres frente al 12,6 % (15) que fueron hombres. La media de edad de los participantes se situó en 43+8,4 años, no hubo diferencias entre hombres y mujeres, $p = 0,08$. El tiempo de experiencia laboral de los participantes se puede ver en el gráfico 2. El 72,3 % (86) pertenecía a unidades médicas. El tipo de contrato de los participantes se puede ver en el gráfico 3. El 34,5 % (41) poseía formación postgrado (especialistas, título de Master y título de Doctor). Destacar que el 14,3 % (17) ha tenido o tiene problemas para tener hijos y un 18,5 % (22) refiere haber tenido algún aborto. Uno de los participantes había sido diagnosticado de patología oncológica durante su ejercicio profesional. El 69,7 % (83) no ha recibido formación sobre bioseguridad frente a la manipulación de MP. El 37,8 % (45) no sabe si maneja habitualmente MP y el 52,9 % (63) desconoce la lista actualizada de los mismos. La media de respuestas correctas del test de conocimiento fue de 5,7+2,07, no hubo diferencias por sexos $p = 0,08$ ni por unidad de procedencia $p = 0,1$. El 80,7 % (96) de la muestra obtuvo una puntuación inferior al 90 % de respuestas correctas requeridas para considerar el conocimiento adecuado, gráfico 4 y 5.

Conclusiones

Los resultados obtenidos pueden identificar deficiencias en el conocimiento de los profesionales de enfermería en el ámbito del manejo de los medicamentos considerados peligrosos. Siguiendo la legislación vigente se deben adoptar medidas que eviten o minimicen la exposición a Medicamentos Peligrosos y garanticen condiciones óptimas de trabajo y seguridad; las organizaciones sanitarias deben asegurar las medidas de prevención primaria colectiva, técnicas y organizativas, que deben anteponerse a las de protección individual.

Bibliografía

1. Valero S, López E, Nieves Vila N, Poveda JL. *Medicamentos biopeligrosos: nuevos retos, nuevas oportunidades*. Farm Hosp. 2016;40(2):124-130
2. McDiarmid MA, Oliver MS, Roth TS, et al. *Chromosome 5 and 7 abnormalities in oncology personnel handling anticancer drugs*. J Occup Environ Med. 2010; 52: 1028–34.
3. *Guía de Buenas Prácticas para Trabajadores Profesionalmente Expuestos a Agentes Citostáticos*. Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el ámbito Sanitario (AMMTAS). Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2014. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=-download&id=26/03/2014-199edf956b>.

Capítulo 58

Conocimiento sobre las voluntades anticipadas

Autores:

Mateos-Aparicio Sevilla, Esther

Guerrero Agenjo, Carmen María

Díaz Suarez, Marta



CONOCIMIENTO SOBRE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

INTRODUCCIÓN: las voluntades anticipadas son un instrumento del ejercicio de la autonomía del paciente, fruto, por un lado, de derecho de los pacientes a que se les reconozca su voluntad y por otro, como instrumento de control frente al desarrollo de la medicina y su influencia en el proceso de la muerte, y la preocupación ante los supuestos de encarnizamiento terapéutico. La enfermería debería tener un papel importante en su gestión, de hecho, algunos autores la señalan como la profesión ideal para entablar las discusiones sobre este tema con el paciente, así como su papel en la implantación de éstas.

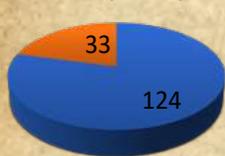
OBJETIVO GENERAL: Evaluar los conocimientos, la experiencia y las actitudes de los profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE) de nuestra provincia respecto a las voluntades anticipadas.

OBJETIVO ESPECIFICO: Conocer si existen diferencias según la edad respecto al conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas y evaluar los conocimientos que los profesionales de enfermería poseen sobre la legislación que rige el respeto de la autonomía del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal de los profesionales en activo en Ciudad Real. La población total estuvo formada por los profesionales de enfermería de los centros de Atención Primaria, Hospitalaria, bienestar social y emergencias. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario auto-cumplimentado de 12 ítems validado por Simón-Lorda.

RESULTADOS:

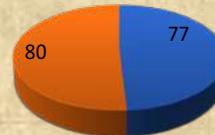
Sexo de los participantes



■ MUJER ■ HOMBRE

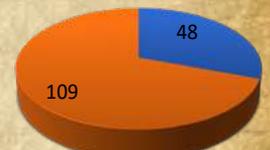


¿Has leído la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente?



■ SI ■ NO

¿Has leído la normativa que regula las instrucciones previas?



■ SI ■ NO

¿Has leído la Ley autonómica de instrucciones previas?



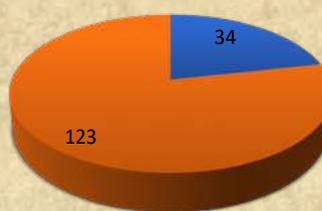
■ SI ■ NO

¿Has leído alguna vez un documento de instrucciones previas?



■ SI ■ NO

¿Conoces los elementos definidos en la instrucción previa?



■ SI ■ NO

ITEMS 6-15	HOMBRE		MUJER		VALOR P
	Media	DE	Media	DE	
Conocimientos sobre VA	5,3	2,6	5,5	2,5	0,3
Muy malos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelentes					
Conviene planificar y escribir los deseos sanitarios	8,1	1,5	8,2	1,5	0,4
Nada conveniente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy conveniente					
Instrumento útil para profesionales	8	1,4	8,2	1,4	0,1
Nada útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy útil					
Instrumento útil para familiares	7,9	1,6	8,2	1,5	0,1
Nada útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy útil					
El representante facilita la toma de decisiones a profesionales	6,7	2,09	7,8	1,8	0,005
Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho					
Recomendaría a sus pacientes hacer la VA	8,2	1,5	8,4	1,5	0,3
Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 siempre					
Le gustaría que sus familiares hicieran una VA	8,5	1,1	8,5	1,4	0,5
No me gustaría nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me gustaría mucho					
Cumplimentaría su VA	8,3	1,5	8,5	1,4	0,3
Nada probable 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy probable					
Respetaría la VA de un paciente	9,03	1,2	9,1	1,1	0,9
Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 siempre					
Haría una VA el próximo año	7	2,8	7,1	2,8	0,5
Nada probable 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy probable					

CONCLUSIONES: El documento de voluntades anticipadas se fundamenta en el derecho del paciente a su autonomía y las indicaciones en él contenidas son vinculantes para el profesional, por lo que es deber de éstos conocer la legislación vigente y asegurar que se respete. Existe un importante grado de desconocimiento, tanto de los profesionales sanitarios como de la población en general. Esta situación requiere llevar a cabo medidas a nivel educativo y sanitario que proporcionen a los profesionales los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias con el fin de mejorar la escasa implantación actual de esta figura y evitar que las voluntades anticipadas se conviertan en una simple firma de un documento legal.



DECLARACIÓN: MONTEILLO F. Eficacia y la autonomía de voluntad e instrucciones previas: un análisis desde el derecho constitucional. Estudios. Enero-Junio 2010; Volumen 20, nº 2-SEGONNE J-F. Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España. DS. Julio-Diciembre 2006; Vol. 14, nº 2. 3-ARIMANY-BRANCO, S., ARAGONÉS-RODRÍGUEZ L., GÓMEZ-BURÁN F., GARCERÁN B., MARTÍN-FERRANDO C., TORRALBA-ROSSELLÓ F. El testamento vital o documento de voluntades anticipadas: Consideraciones médico-legales y análisis de la situación de implantación en España. RevidMed Legál. 2007; 43 (1), 35-40. 4-SARRIO LOP, SÁNCHEZ P., JÓDIZ, S. De las Voluntades Anticipadas e Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones. Nure Investigación. Mayo 2009; 3(1): 27-32. 5-RODRÍGUEZ DE HARO, E. S. DE ROSALES J. Revisión legislativa de las instrucciones previas o testamento vital en el contexto normativo español. Acta Española. 2010; nº 21 (2): 163-172. 6-RODRÍGUEZ M.C., VILLARREAL F.J., JORDANOS J.M., SÁNCHEZ H., MARTÍN F. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas: diferencias entre distintos niveles y provincias de una misma comunidad. Salud 2010; 4(3): 139-146. 7-VILLARREAL F.J., RAYONVALPUESTA E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. Med Intensiva. 2010; 40 (3): 154-162. 8-MATEOS P.A., ALERCHA A., BENTO M.O. Instrucciones previas: actitud de los profesionales de emergencias. Emergencias. 2007; 19: 247-250. 9-SÁNCHEZ F.M. Las instrucciones previas voluntades anticipadas: un reto jurídico, ético y práctico. ENF. Revista de Enfermería. Abr 2012; 6 (1): 10-16. 10-SÁNCHEZ P., PARRA E., PASCUAL B.S., SÁNCHEZ T. La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: el rol de los profesionales sanitarios en general y de Enfermería en particular. Nure Investigación. Enero-Febrero 2006; 1(2): 20.

Resumen: Las voluntades anticipadas son un instrumento del ejercicio la autonomía del paciente, fruto del derecho de los pacientes a que se les reconozca su voluntad e instrumento de control frente al desarrollo de la medicina y su influencia en el proceso de la muerte, y la preocupación ante los supuestos de encarnizamiento terapéutico. La enfermería debería tener un papel, importante, en la gestión de las voluntades anticipadas. De hecho, algunos autores la señalan como la profesión ideal para entablar las discusiones sobre este tema con el paciente, así como su papel en la implantación de este documento.

Palabras Clave: Voluntades anticipadas; instrucciones previas; autonomía de paciente.

Objetivos

Objetivo principal: Evaluar los conocimientos, la experiencia y las actitudes de los profesionales de enfermería de Atención Primaria y Especializada de nuestra provincia respecto a las voluntades anticipadas.

Objetivo secundario: Conocer si existen diferencias según la edad respecto al conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas y evaluar los conocimientos que los profesionales de enfermería poseen sobre la legislación que rige el respeto de la autonomía del paciente.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal de los profesionales en activo en Ciudad Real. La población total estuvo formada por los profesionales de enfermería de los centros de Atención primaria, hospitalaria, bienestar social y emergencias. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario auto-cumplimentado de 15 ítems validado por Simón-Lorda P et al.

Resultados

- En total se dispuso de datos de 157 profesionales con una edad media de 38 años y un rango de entre 21-63 años.
- De las personas encuestadas el 79% (124) fueron mujeres.
- Según el nivel asistencial se obtuvieron 112 encuestas de atención especializada, 33 de primaria, 8 de bienestar social y 4 de emergencias.
- De estos profesionales el 49% (77) había leído la Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del paciente. Tan solo un 36,9% (58) de los participantes había leído la normativa que regula instrucciones previas. Sólo el 24,4% (32) había leído la Ley Autonómica de instrucciones previas. Y 58 encuestados habían leído alguna vez un documento de instrucciones previas. Un 78,3% (123) de los participantes no conocía los elementos definidos en la instrucción previa.
- Los profesionales auto-puntuaron su nivel de conocimientos acerca de las voluntades anticipadas con una media de 5,5 (DE=2,6). Por lo que se refiere a las actitudes hacia este documento, la puntuación media de los que creían conveniente planificar y escribir los deseos

sanitarios fue de 8,02 (DE= 1,5) y la medida de puntuación como un instrumento útil tanto para los profesionales como para los familiares fue de 8,2 (DE=1,4) y de 8,2 (DE=1,5) respectivamente. La media de la puntuación de los que manifestaron que recomendarían a sus pacientes la cumplimentación de un documento de instrucciones previas fue de 8,4 (DE=1,5), y que le gustaría que sus familiares la tuvieran hecha fue de 8,5. Los profesionales revelaron una media de 8,3 (DE=1,4) ante la posibilidad de cumplimentar su documento de instrucciones previas, sin embargo, con la pregunta si registrarían este documento durante el próximo año, la media bajó a 7,1 (DE= 2,8). Un porcentaje elevado de la muestra respetaría las voluntades anticipadas de los pacientes con una puntuación media de 9,08 (DE= 1,1).

- Se realizó la comparativa de todos los items según el sexo y no se obtuvieron diferencias significativas.
- Al obtener pocos casos en la categoría bienestar social (8) y emergencias (4) de la variable nivel asistencial, se decidió retirar ambas del análisis inferencial, realizándose únicamente con las categorías atención primaria y atención hospitalaria donde no se encontraron diferencias significativas.
- La media de experiencia profesional en años de los participantes fue de 16,08 años, no hubo diferencias según el sexo. Al relacionar el tiempo de experiencia profesional con los conocimientos sobre voluntades anticipadas, no se encontró relación.

Conclusiones

El documento de voluntades anticipadas se fundamenta en el derecho del paciente a su autonomía y las indicaciones en él contenidas son vinculantes para el profesional, por lo que es deber de éstos conocer la legislación vigente y asegurar que se respete. Existe un importante grado de desconocimiento, tanto de los profesionales sanitarios como de la población en general. Esta situación requiere llevar a cabo medidas a nivel educativo y sanitario que proporcionen a los profesionales los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias con el fin de mejorar la escasa implantación actual de esta figura y evitar que las instrucciones previas se conviertan en una simple firma de un documento legal.

Para ello, es fundamental una comunicación efectiva y una relación cercana entre el profesional y el paciente. La enfermería, especialmente en el ámbito de la atención primaria, desde su campo de conocimientos y su estrecha relación con el paciente y su entorno, debe asumir un papel fundamental dentro de un equipo multidisciplinar que participe y asesore en el proceso de planificación anticipada de decisiones, evitando la burocratización del proceso. Sin embargo, según los resultados del presente estudio, los profesionales de enfermería de Ciudad Real muestran un nivel bajo de conocimientos, aunque presentan un buen nivel de aceptación respecto a la conveniencia, utilidad y respeto hacia el contenido del documento de voluntades anticipadas, al igual que a registrar su propio documento, no habiendo encontrado diferencias entre sexos, ámbito de trabajo y tiempo de experiencia.

Se hace necesario un estudio más amplio con el objetivo de establecer medidas para mejorar los conocimientos de los enfermeros y dotarlos de las herramientas necesarias para desarrollar y asumir la planificación anticipada de las decisiones como una función propia de la categoría y mejorar la implantación del este documento en nuestra comunidad.

Bibliografía

1. Montalvo F. *Límites a la autonomía de voluntad e instrucciones previas: un análisis desde el derecho constitucional*. Estudios. Enero-Junio 2010. Volumen 20, nº1.
2. Seoane J.A. *Derecho y planificación anticipada de la atención: Panorama jurídico de las instrucciones previas en España*. DS. Julio-Diciembre 2006. Vol. 14, nº2.
3. Arimany-Manso, J., Aragonés-Rodríguez L., Gómez-Durán E., Galcerán E., Martín-Fumandó C., Torralba-Rosselló F. *El testamento vital o documento de voluntades anticipadas. Consideraciones médico-legales y análisis de la situación de implantación en España*. Rev Esp Med Legal. 2017; 43 (1): 35-40.
4. Barrio I.M., Simón P., Júdez J. *De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones*. Nure Investigación, nº 5. Mayo 2004.
5. Atienza E., Armaza E.J., De Miguel I. *Aspectos bioéticos-jurídicos de las instrucciones previas o testamento vital en el contexto normativo español*. Acta Bioética, 2015, nº 21 (2): 163-172.

Capítulo 59

Conocimientos adolescentes en las enfermedades de transmisión sexual

Autores:

Rabadán Arévalo, Marta

Barrios Rubio, Laura

Cortecero Sanz, María Cristina

Céspedes Valero, María Ester

Núñez Mata, Anais

Honrado López Menchero, Aurora

CONOCIMIENTOS ADOLESCENTES EN LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Introducción:

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual incluido el sexo vaginal, anal y oral. Las causas son las bacterias, parásitos, hongos y virus.

Una persona puede tener ETS sin manifestar síntomas. Existen más de 20, siendo las más importantes: Clamidia, herpes genital, gonorrea, VIH, VPH, sífilis y tricomoniasis.



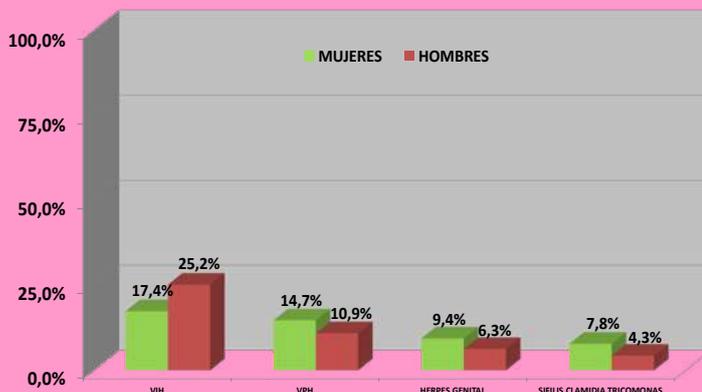
Objetivos:

1. Evaluar los conocimientos de los adolescentes sobre las ETS.
2. Descubrir que método anticonceptivo es el más utilizado.

Resultados:

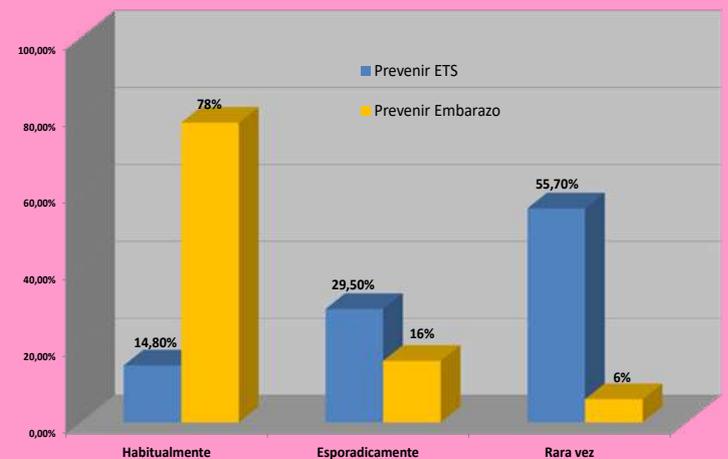
Se obtuvo una muestra de 60 adolescentes, de los cuales 30 eran hombres (50% de la muestra) y 30 mujeres (50% de la muestra)

→ En el siguiente diagrama se explica el conocimiento diferenciado por sexo sobre las ETS. Siendo un dato relevante que el 25,2% (7 varones) tenían conocimientos del VIH, frente al 17,4% (5 mujeres).



Material y métodos:

- Realizamos un tipo de estudio descriptivo observacional transversal en un IES de una población urbana.
- La población del estudio fueron adolescentes de entre 15 y 20 años, se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo.
- Como instrumento de recogida de datos, se utilizó un cuestionario formado por 20 preguntas que abordaban conocimientos sobre temas de educación sexual y conocimientos sobre métodos de anticoncepción.
- Se realiza un estudio estadístico descriptivo de variables cualitativas utilizando frecuencias y porcentajes medios.



→ Este gráfico refleja el motivo por el cual utilizan métodos de anticoncepción, destacando que un 78%, correspondiendo a 47 personas de la muestra, habitualmente lo hacen para prevenir un embarazo no deseado.

Otros datos del estudio revelan que menos de la mitad de los encuestados desconoce una enfermedad tan presente en la población como es el VIH; además importantes infecciones de transmisión sexual como el VPH y la sífilis entre otras fueron poco reconocidas por los adolescentes del grupo estudiado, cuyas consecuencias pueden tener repercusiones graves sobre la salud general.

El método anticonceptivo más conocido es el preservativo con una prevalencia de uso del 60% (36 personas de nuestra muestra) y los menos conocidos los llamados anticonceptivos hormonales utilizados por un 40% (24 personas de nuestra muestra).

Conclusiones:

El estudio realizado revela el desconocimiento de la población adolescente sobre las ETS, siendo mayor en hombres que en mujeres.

Además prevalece el uso de anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados frente a la prevención de ETS.

Resumen: Las ETS son infecciones para las cuales la vía de transmisión tiene gran importancia siendo la transmisión fundamental la de las relaciones sexuales.

La incidencia de estas enfermedades se da mayoritariamente en los jóvenes de entre 15-24 años, debido en gran parte a la falta de conocimiento sobre las mismas por tanto, decidimos realizar un estudio descriptivo observacional trasversal a un grupo de adolescentes para evaluar los conocimientos que tienen acerca de las ETS así como de los métodos anticonceptivos obteniendo como conclusión una notable falta de información de la

Palabras Clave: Adolescente; ETS; Anticonceptivos.

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual incluido el sexo vaginal, anal y oral. Las causas son las bacterias, parásitos, hongos y virus.

Una persona puede tener ETS sin manifestar síntomas. Existen más de 20, siendo las más importantes: Clamidia, herpes genital, gonorrea, VIH, VPH, sífilis y tricomoniasis.

Objetivos

- Evaluar los conocimientos de los adolescentes sobre las ETS.
- Descubrir que método anticonceptivo es el más utilizado.

Material y métodos

- Realizamos un tipo de estudio descriptivo observacional trasversal en un IES de una población urbana.
- La población del estudio fueron adolescentes de entre 15 y 20 años, se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo.
- Como instrumento de recogida de datos, se utilizó un cuestionario formado por 20 preguntas que abordaban conocimientos sobre temas de educación sexual y conocimientos sobre métodos de anticoncepción.
- Se realizó un estudio estadístico descriptivo de variables cualitativas utilizando frecuencias y porcentajes medios.

Resultados

- Se obtuvo una muestra de 60 adolescentes, de los cuales 30 eran hombres (50 % de la muestra) y 30 mujeres (50 % de la muestra)
- Resulta un dato relevante que el 25 % (7 varones) tenían conocimientos del VIH, frente al 17,4 % (5 mujeres).
- En cuanto al bajo conocimiento destacamos un bajo índice del mismo tanto en hombres como en mujeres; siendo un 12.3 % mujeres y un 11.6 % hombres.

- Con respecto al uso de los métodos de anticoncepción, destaca que un 78 %, correspondiendo a 47 personas de la muestra, habitualmente lo hacen para prevenir un embarazo no deseado.
- El método anticonceptivo más conocido es el preservativo con una prevalencia de uso del 60 % (36 personas de nuestra muestra) y los menos conocidos los llamados anticonceptivos hormonales utilizados por un 40 % (24 personas de nuestra muestra).

Conclusiones

El estudio realizado revela el desconocimiento de la población adolescente sobre las ETS, siendo mayor en hombres que en mujeres.

Además prevalece el uso de anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados frente a la prevención de ETS.

Bibliografía

1. Gascón Jiménez J.A, Navarro Gochicoab B, Gascón Jiménez F.J, Pérula de Torresc L.A, Jurado Porceld A. y Montes Redondo G. *Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual*. Atención Primaria 2003;32(4):216-22.
2. Sánchez-Jiménez B. et al. *Conocimientos y aprendizaje de enfermeras(os) sobre infecciones de transmisión sexual*. Perinatología y reproducción humana 2005; 19 (4):177-186.
3. Callejas Pérez S. et al. *Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo*. Rev Española Salud Pública 2005; 79 (1): 581-589.

Capítulo 60

Conocimientos de las madres sobre cuidados del recién nacido al alta hospitalaria

Autores:

Mazuecos Araque, María del Pilar

Jiménez Hernández, Marta

Fernández Rodríguez, María de las Nieves

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO AL ALTA HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la atención a la mujer, durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, los cuidados adquieren una especial relevancia. Diferentes estudios determinan que en el ingreso hospitalario existe una falta de información sobre diferentes aspectos como autocuidado, cuidado familiar durante el puerperio, lactancia materna, y planificación familiar.

OBJETIVO

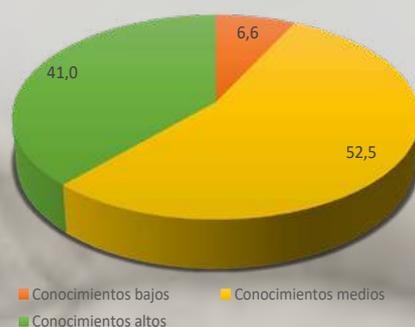
Determinar el grado de conocimientos de las madres sobre los cuidados del recién nacido en el alta hospitalaria y factores de riesgo que se asocian a dicho conocimiento.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

- Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre 183 púerperas en Hospital General Universitario de Ciudad Real.
- **Fuentes de información:** Historias clínicas, y cuestionarios.
- **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva, frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, y medias para cuantitativas. Análisis bivariante con Ji Cuadrado de Pearson. Análisis estadístico SPSS 24.0.
- **Criterios de exclusión:** mujeres con feto muerto ante parto, con minusvalías congénitas y/o sensoriales que dificulten la realización del cuestionario, y, que no entiendan el castellano.

RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimientos



Se crea una variable ordinal con tres categorías en base al número de respuestas correctas. Se considera conocimientos bajos responder de 0 a 3 respuestas correctas, conocimientos medios entre 4 a 7 respuestas correctas, y conocimientos altos entre 8 a 10 respuestas correctas.

Tabla 2 y 3. Factores relacionados con el nivel de conocimientos

Factores sociodemográficos	Valor p	Factores sociodemográficos	Valor p
Nacionalidad	0,015	Asistencia a educación maternal	<0,001
Trabajar fuera de casa	<0,001	Embarazo controlado	0,274
Estudios	<0,001	Embarazo de riesgo	0,320
Paridad	0,192	Inicio de lactancia	0,085
Embarazo controlado	0,274	Tipo de lactancia	0,009
Nº de hijos	0,004	Piel con piel tras nacimiento	0,048
Piel con piel tras el nacimiento	0,048	Bajo peso al nacimiento	0,021
Embarazo de riesgo	0,320		

El nivel de conocimientos que se asoció como significativamente estadístico fueron aquellos con una ($p \leq 0,005$), señalados en las tablas superiores.

CONCLUSIÓN

- El nivel de conocimientos sobre los cuidados del RN se puede considerar como medio.
- Existen diversos factores asociados, entre los que destacan: experiencia y formación de éstas.
- Es de vital importancia una buena promoción de la salud y que éstas posean los conocimientos necesarios tanto para su autocuidado como el correcto cuidado de sus bebés.

Resumen: El objetivo principal de este trabajo es determinar el grado de conocimientos sobre los cuidados del recién nacido (RN) de las puérperas ingresadas en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) al alta hospitalaria, y los factores de riesgo que se asocian a este conocimiento.

Es un estudio observacional, descriptivo y trasversal.

Los factores relacionados con el nivel de conocimientos fueron: nacionalidad, trabajar fuera de casa, nivel de estudios, asistencia a educación maternal, tipo de lactancia, y peso del RN al nacimiento.

El nivel de conocimientos se puede considerar medio. Existiendo diferentes factores asociados, como la experiencia y formación.

Palabras Clave: Recién nacido sano; Atención posnatal; Educación maternal.

Introducción

En el ámbito de la atención a la mujer, durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, los cuidados adquieren una especial relevancia. Diferentes estudios determinan que en el ingreso hospitalario existe una falta de información sobre diferentes aspectos como son el auto cuidado, cuidado familiar durante el puerperio, lactancia materna, y planificación familiar.

Objetivo

Determinar el grado de conocimientos sobre los cuidados del RN de las puérperas ingresadas en el HGUCR al alta hospitalaria, así como los factores de riesgo que se asocian a este conocimiento.

Material y metodología

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y trasversal, realizado sobre 183 puérperas al alta hospitalaria.

Las fuentes de información fueron las historias clínicas y un cuestionario de elaboración propia donde se presentaban variables socio demográficas, clínicas y diez ítems relacionados con los conocimientos de las madres en los cuidados del RN. La participación en dichas encuestas fue totalmente voluntaria, y con datos anónimos.

Para la estadística descriptiva, se utilizan frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, y medias para cuantitativas. Para el análisis bivariante se utiliza el Ji cuadrado de Pearson. Y para el análisis estadístico el programa SPSS 24.0.

Los criterios de exclusión, fueron mujeres con feto muerto ante parto, con minusvalías congénitas y/o sensoriales que dificultase la realización del cuestionario, y aquellas que no entendiesen el castellano.

Resultados

La edad media de las mujeres a estudio fue de 32.21 años (DE=5.21).

Referente a los conocimientos sobre los cuidados de los RN respecto al cuestionario de los diez

ítems, aquellos que presentaron un mayor número de respuestas correctas fueron: el color de las heces de un RN son verde negruzcas considerada verdadera (V) con un 95,6% de aciertos, los RN deben dormir boca abajo considerada falsa (F), con un 90,7% de aciertos, y la primera revisión del niño es al mes del nacimiento considerada F, con un 82,0 % de aciertos.

Por el contrario, los ítems que presentaron un menor número de respuestas correctas, y por tanto un mayor desconocimiento fueron: en los RN se considera fiebre a partir de los 37º centígrados considerada F, con un 55,2%, el color blanco de las heces de un RN se considera normal considerada F, con un 68,9%, y las uñas se pueden cortar al nacimiento para evitar que se arañen, considerada F, con un 70,5 %.

A continuación, creamos una variable ordinal con tres categorías en base al número de respuestas correctas. Consideramos conocimientos bajos responder de 0 a 3 respuestas correctas, conocimientos medios entre 4 a 7 respuestas correctas, y conocimientos altos entre 8 a 10 respuestas correctas. Por lo que encontramos que 12 mujeres (6,6 %) tienen un nivel bajo, 96 mujeres (52,5%) tienen un nivel de conocimientos medios, y 75 mujeres (41,0%) un nivel alto.

Por otro lado, nos encontramos que con un 90,2 % (165) fueron madres de nacionalidad española, con una minoría de un 9,8% (18) de nacionalidad extranjera. Un 63,4 % (116) trabajan fuera de casa mientras que un 36,6 % (67) no lo hacen. Referente a los estudios un 44,8 % (82) poseen estudios universitarios, frente a un 26,2 % (48) sin estudios o estudios primarios. El 45,5 % (55) de las madres que asistieron a educación maternal tuvieron un conocimiento medio de los cuidados del RN.

Referente a las fuentes, determinamos cuales eran las principales en el ámbito sanitario (centro de salud, paritorio, y maternidad), y se les pregunto a las púerperas mediante el cuestionario, el grado de asesoramiento que recibieron respecto a los cuidados de RN. Por lo que nos encontramos que el lugar donde las mujeres fueron más asesoradas al respecto, fue en el centro de salud, 125 mujeres (68,3%). En segundo lugar, en la planta de maternidad, 61 mujeres (32,30%). Y tan solo 16 mujeres afirmaron haber recibido información sobre cuidados del RN (8,7%) en el paritorio.

El nivel de conocimientos se asoció estadísticamente con un valor de ($p \leq 0.005$) con los siguientes factores: nacionalidad, trabajar fuera de casa, nivel de estudios, asistencia a educación maternal, tipo de lactancia, y peso de RN al nacimiento.

Discusión

Podemos destacar que en el puerperio las mujeres pasan por un periodo transitorio de grandes cambios a niveles físicos, psíquicos y fisiológicos. Y son los profesionales sanitarios, los que deben asegurar que la púerpera tenga un estado de salud óptimo, y que ello favorezca para un mejor cuidado de su RN. Por tanto, son estos, los que le brindarían información necesaria respecto a lactancia materna, auto cuidados, y cuidados que debe proporcionar a su bebe.

Este estudio, nos sirve para determinar qué aspectos son los más deficitarios a nivel de conocimientos de las madres en los cuidados, y que factores han podido influir en ello. Por lo que el personal de enfermería podrá orientar un plan de acción eficaz para solventar todos aquellos déficits o carencias que puedan estar surgiendo.

Conclusión

Podemos concluir con que el nivel de conocimientos sobre los cuidados del RN de forma general se puede considerar como medio. También existen diversos factores asociados, entre los que destacan: la experiencia y formación previa de estas.

Es de vital importancia, una buena promoción de la salud, y que estas madres posean los conocimientos necesarios tanto para su auto cuidado como el correcto cuidado de sus bebés.

Bibliografía

1. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. *Cuidados generales del recién nacido sano* [Internet]; 2008 [citado 2017] enero. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf.
2. Martín Castillo M, Alonso Benedí AM, De Pedro Picazo B, Ramón Arbués E. *Cuidados del recién nacido en la sala de partos*. Revista de Enfermería. 2011 diciembre; 5(3).
3. Álvarez Holgado P, Gilart Cantizano P, Palomo Gómez R, Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L. *Efectos de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna*. Revista matronas. 2016 enero; 1(76).
4. Craig H, Dietsch E. *Too scary to think about: first time mothers' perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education*. Women Birth. Pubmed- NCBI. 2010 diciembre; 23(4).
5. Ponce Capitán MÁ. *Conocimientos de las puérperas sobre auto cuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria*. Matronas profesión. 2005; 6(3): p. 14-19.

Capítulo 61

Conocimientos en primeros auxilios del personal no enfermero en residencias para personas mayores

Autores:

Martín Millán, María Belén

Ocaña García Abadillo, M^a Carmen

- ❖ Los primeros auxilios (PA) se definen como la atención inmediata brindada a una persona herida o enferma súbitamente, consistentes en dar asistencia hasta que un nivel médico más avanzado esté disponible.
- ❖ La capacitación en PA es de suma importancia para instituciones y familias, ya que en cualquier emergencia, una persona correctamente formada se convierte en la diferencia entre la vida y la muerte.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

- ✓ Evaluar el nivel de formación que tiene el personal que trabaja en una Residencia sobre PA.

SECUNDARIOS

- ✓ Examinar qué área profesional tiene los mayores conocimientos sobre PA.
- ✓ Analizar si los conocimientos adquiridos se relacionan con el tiempo trabajado.

METODOLOGÍA

- **Estudio observacional descriptivo transversal.**
- **Población:** Personal perteneciente a la Residencia. La única exclusión fue que estuvieran de baja o días vacacionales.
- **Muestra:** 43 personas.
- **Recogida de datos:** Mediante una encuesta anónima auto-administrada. Consta de 13 preguntas: 3 demográficas y 10 conocimientos PA.
- **Análisis de datos:** Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y % para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Clasificación del personal



RESULTADOS

Un 87% del personal NO sabe utilizar un DEA.	Con un 62% del total, las auxiliares de enfermería tienen una mejor capacitación para la atención en caso de emergencia.
De la muestra de 43 personas	
Un 86% del personal no conoce la prioridad ante una PCR.	Un 76% del personal que lleva más > 5 años trabajando en la residencia obtuvieron valores más altos en su cuestionario.

CONCLUSIONES

- ❑ El departamento, establecido como otros (limpiadoras, cocineras y recepcionistas) son los menos preparados para la atención inmediata.
- ❑ Es recomendable que las Residencias e Instituciones Públicas que tengan usuarios con altas necesidades, cuenten con programas específicos de formación en PA para todo su personal, incluido el no sanitario.



BIBLIOGRAFÍA

- Cruz Roja. Manual de Primeros Auxilios. Madrid: Cinco Tintas; 2016.
- Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y Soporte Vital Avanzado (SVA) del Hospital General de Tomelloso.

	✓	✗
¿Qué harías en caso de que un residente comenzara a convulsionar?	89%	11%
Si en el comedor de su centro detecta un residente que se encuentra consciente con una obstrucción total por alimento y no emite ningún sonido...	79%	21%
Si nos encontramos con un residente que no responde, está inconsciente pero respira y tiene pulso...	96%	4%
¿Cuáles serán nuestras prioridades de actuación reaccionar ante un caso de parada cardiorrespiratoria?	14%	86%
El ritmo adecuado de las compresiones de pecho por minuto son...	41%	59%
¿Cuál es la relación correcta entre ventilaciones y compresiones?	48%	52%
Si un reanimador no quiere dar ventilaciones boca a boca, ¿Qué debe hacer?	76%	24%
¿Qué hay que hacer cuando existen hay dos reanimadores presentes para realizar una RCP?	65%	35%
Antes de presionar el botón del DEA ¿ En qué debe fijarse?	13%	87%
Si presenciamos que alguien se está quemando debemos...	93%	7%

Resumen: Los primeros auxilios (PA) se definen como la atención inmediata brindada a una persona herida o enferma súbitamente, consistentes en dar asistencia hasta que un nivel médico más avanzado esté disponible o presente en dicho momento.

La capacitación en PA es de suma importancia para instituciones y familias, ya que, en cualquier emergencia, una persona que está correctamente formada se convierte en la diferencia entre la vida y la muerte.

Palabras Clave: Primeros auxilios; personal interno; educación sanitaria.

Introducción

Un centro de mayores es una institución donde a diario se producen atropellamientos, caídas, quemaduras, convulsiones, etc. Por lo tanto, generar comunidades y personal no sanitario que sepan actuar en los primeros momentos de producirse un accidente, puede suponer que la vida de una persona pueda mantenerse con una simple indicación de cómo realizar adecuadamente el auxilio, o que una lesión pueda manejarse evitando daños mayores hasta la llegada de la ayuda sanitaria. Y es que, los primeros auxilios, no deben ser considerados meramente un tratamiento médico, sino que son las técnicas y medidas terapéuticas, aplicadas de forma urgente con los medios de los que se disponga en ese momento, hasta la llegada de un equipo especializado de atención sanitaria. Los accidentes se producen de manera fortuita, en su producción interviene el azar, por lo que no se pueden predecir. Es importante porque el primer eslabón de la cadena asistencial será la persona, generalmente no sanitaria, que proporcione unos cuidados básicos para favorecer la supervivencia o evitar las secuelas de la víctima.

Objetivos

Nuestro objetivo principal consistió en evaluar el nivel de formación que tiene el personal que trabaja en una Residencia sobre PA. Y como objetivos secundarios nos planteamos examinar qué área profesional tiene los mayores conocimientos sobre PA y analizar si los conocimientos adquiridos se relacionan con el tiempo trabajado.

Material y métodos

Para ello, realizamos un estudio observacional descriptivo transversal, en el que incluimos como población a todo el personal de la Residencia, cuya única exclusión fue que en ese periodo de tiempo estuvieran de vacaciones o de baja. Consiguiendo una muestra representativa de 43 personas pertenecientes a todos los departamentos con los que cuenta el centro. La recogida de dichos datos se realizó mediante una encuesta anónima auto-administrada, la cual, consta de 13 preguntas: 3 demográficas y 10 conocimientos sobre PA. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Resultados

Fueron los siguientes:

- Un 87% del personal NO sabe utilizar un DEA.

- Con un 62% del total, las auxiliares de enfermería tienen una mejor capacitación para la atención en caso de emergencia.
- Un 86% del personal no conoce la 'prioridad ante una PCR.
- Un 76% del personal que lleva más > 5 años trabajando en la residencia obtuvieron valores más altos en su cuestionario.

Conclusiones

En las conclusiones que se abordan sobre el estudio realizado se puede afirmar que el personal sanitario posee más conocimiento en PA que el departamento establecido como otros (limpiadoras, cocineras y recepcionistas) siendo los menos preparados para la atención inmediata. Por lo tanto, sería muy recomendable que las Residencias e Instituciones Públicas que tengan usuarios con altas necesidades, cuenten con programas específicos de formación en PA cada cierto periodo de tiempo, para todo su personal, incluido el no sanitario.

Bibliografía

1. Moya Mir MS. *Epidemiología de las urgencias del anciano*. Monografías Emergencias 2008; 2: 6-8.
2. Cruz Roja. *Manual de Primeros Auxilios*. Madrid: Cinco Tintas; 2016.
3. *Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y Soporte Vital Avanzado (SVA) del Hospital General de Tomelloso*.

Capítulo 62

Conocimientos sobre la técnica de RCP entre los alumnos de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real

Autores:

Jiménez Hernández, Marta

Mazuecos Araque, María del Pilar

Fernández Rodríguez, María de las Nieves

CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE RCP ENTRE LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

La resucitación cardiopulmonar (RCP) ➡ conjunto de maniobras que se engloban dentro de la cadena de supervivencia que revierte un paro respiratorio.

Una parada cardiorrespiratoria (PCR) ➡ situación que conlleva un riesgo vital y la enfermería es la primera línea de actuación.

OBJETIVO

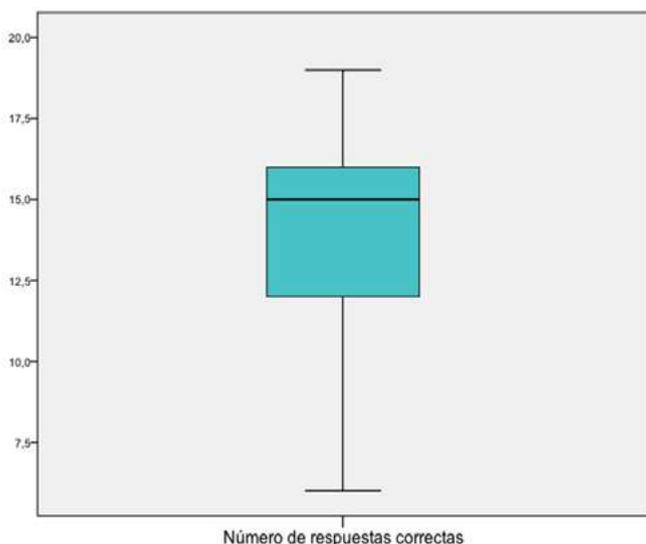
Grado de conocimientos de los alumnos de enfermería en la técnica de RCP y los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODO

- **Tipo de estudio:** Descriptivo transversal en la Facultad de Enfermería de la UCLM de Ciudad Real.
- **Población de Estudio:** Estudiantes de 2º hasta 4º curso de Enfermería.
- **Criterios de exclusión:** No haber realizado practicas ni formación durante el curso académico.
- **Recogida de información:** Cuestionario de 20 preguntas basadas en las Recomendaciones ERC de 2015.

RESULTADOS

Gráfico 1: Número de respuestas correctas global



En la Gráfica 1 podemos observar como la mayoría de los alumnos tienen 14 respuestas o más correctas

Tabla 2: Nivel de conocimientos por ítems

Cuestiones sobre RCP	Frecuencia	Respuestas correctas
3º SVB Adulto	67	37,4%
4º Compresión/ventilación	176	98,3%
7º Vía de administración recomendada	57	31,8%
9º Posicionamiento manos	175	97,8%
12º Apertura vía aérea sin lesión	167	93,3%
14º SVB pediátrico	63	35,2%
16º Método respiraciones lactantes	40	22,3%

Gráfico 2: Edad y nivel de conocimientos

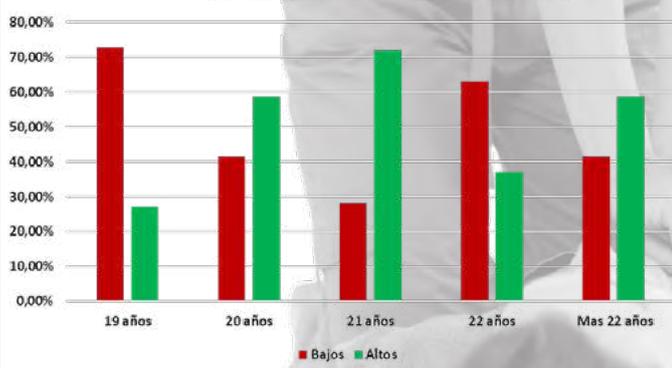
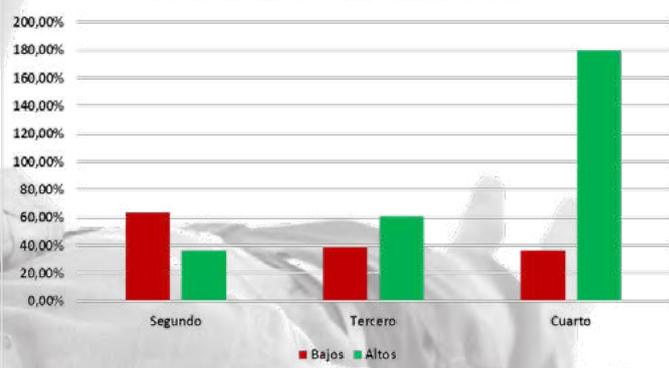


Gráfico 3: Curso y nivel de conocimientos



En las Gráficas 2 y 3 podemos observar la relación existente entre el nivel de conocimientos con la edad y el curso. Comprobamos que a mayor curso y edad mayor es su nivel a excepción de los alumnos con 22 años.

CONCLUSIÓN

- El 52% presenta un nivel de conocimientos alto en RCP.
- Los déficits de conocimiento se presentan en el Soporte Vital Básico (SVB) en adultos, en las vías de administración recomendadas y en las recomendaciones de RCP en el paciente pediátrico y neonato.
- A mayor edad y curso académico mayor nivel de conocimientos sobre RCP.

Resumen: *Introducción: La parada cardiorrespiratoria (PCR) conlleva un riesgo vital para cualquier persona. Por ello el personal de enfermería y el alumnado deben tener los conocimientos necesarios en RCP.*

Objetivo: Determinar el grado de conocimientos del alumnado de enfermería de la Facultad de Ciudad Real en la técnica de RCP y los factores asociados.

Método: Estudio descriptivo transversal de 179 alumnos mediante un cuestionario que consta de 20 preguntas sobre la RCP básica.

Resultados: El 52% del alumnado obtuvo un nivel alto de conocimientos. Se observó la relación estadística entre el nivel de conocimientos con la edad y el curso académico.

Palabras Clave: *Alumnos; Enfermería; RCP.*

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es “la pérdida brusca del pulso y el conocimiento causada por un fallo inesperado de la capacidad del corazón para bombear eficazmente sangre al cerebro y a todo el organismo” por lo que supone un riesgo vital para cualquier persona.

Una rápida activación de la cadena de supervivencia es clave para la mejora del pronóstico del paciente. Por cada minuto en el que se demore la desfibrilación, la probabilidad de supervivencia se reduce en un 10%.

Por lo general es el personal de enfermería el que descubre una PCR y por ello tiene que tener los conocimientos, la agilidad, el razonamiento clínico, las habilidades y el control emocional necesarios.

Algunos estudios contemplan el bajo nivel de los conocimientos del personal de enfermería siendo necesario un reciclaje sobre los conocimientos de RCP.

En las recomendaciones para la resucitación de 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ECR) se recomienda que el “reciclaje difiera según las características de los participantes” y que sea frecuente, poco concentrado y breve.

Vural et al ha evaluado las competencias de los estudiantes de enfermería afirmando que, aunque los conocimientos que tienen son buenos, la puntuación obtenida sobre las habilidades es muy pobre.

Es importante concluir que tanto los profesionales enfermeros, como los estudiantes de enfermería, deben estar formados y capacitados para realizar un correcto soporte vital básico.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es determinar el grado de conocimientos de los alumnos en la técnica de RCP y los factores asociados.

Método

Se realiza un estudio descriptivo transversal sobre los conocimientos de los alumnos de Enfermería de la Facultad de Ciudad Real sobre la RCP.

- Contexto temporal del estudio. Este estudio se lleva a cabo durante el curso lectivo de 2016-2017.
- Selección de los alumnos: Los alumnos seleccionados para esta investigación son estudiantes de los cursos 2º, 3º y 4º.

Los criterios de inclusión fueron que los alumnos hubieran recibido formación en la universidad sobre RCP y que hubieran realizado o estuvieran realizando sus prácticas en los centros sanitarios.

A los alumnos de 2º curso y 3º curso se les pasó el cuestionario para el que disponían de 15 minutos para completarlo. A los de 4º se les envió el cuestionario online vía e-mail y se les pidió contestarlo con la mayor fidelidad posible (<https://goo.gl/forms/KFFOZFyzsepPcjrZ2>).

Para este cuestionario se utilizaron las recomendaciones ERC de 2015 y consta de 20 preguntas tipo test sobre la RCP adulta y pediátrica con 4 opciones siendo una de ellas correcta para medir los conocimientos de los alumnos. En el mismo cuestionario se incluyeron preguntas sociodemográficas sobre su edad, sexo, curso de enfermería, etc.

Se consideró establecer que con 14 respuestas correctas los alumnos tenían un nivel alto de conocimientos sobre una RCP.

Resultados

En el presente trabajo han participado un total de 179 alumnos de una media de edad de 21,2 años (DE=2,5) siendo el 83,8% mujeres. Con respecto al curso, la máxima participación es la de 2º curso con un porcentaje de 39,7%.

Se construyó una variable de conocimientos globales encontrando un promedio de respuestas de 14,05 (DE=2,46), con un valor mínimo de 6 y máximo de 19 respuestas correcta. Esto nos muestra que un 52% de los alumnos tuvieron más de 14 respuestas correctas teniendo un nivel alto de conocimientos.

En cuanto a los conocimientos por ítems, encontramos que, en las preguntas sobre la SVB en adultos, los tipos de accesos periféricos, el SVB pediátrico y la técnica de respiraciones a los lactantes el porcentaje de respuestas correcta es de 37,4%, 31,8%, 35,2% y 22,3% respectivamente descubriendo un déficit formativo en estos campos.

Entre los factores asociados al mayor nivel de conocimientos se encontraban la edad y el curso académico. Con respecto a la edad, encontramos que un 58,6% de los mayores de 22 años tiene un nivel de conocimientos. En cuanto al curso hemos comprobado que un 63,4% de los alumnos de cuarto curso tiene un nivel de conocimientos altos.

Conclusiones

Por todo lo visto anteriormente podemos presentar las siguientes conclusiones:

- La mitad de alumnos de enfermería presenta un nivel de conocimientos alto en RCP.
- Los principales déficits de conocimiento se presentan en las temáticas del Soporte Vital Básico en adultos, en las vías de administración recomendadas y en las recomendaciones de RCP en el paciente pediátrico y neonato.
- Se observa que a mayor edad y curso académico se asocia un mayor nivel de conocimientos sobre RCP.

La finalidad de estudio fue intentar averiguar el nivel de conocimientos teóricos que tienen los alumnos de enfermería de la Facultad de Ciudad Real. Conocer el nivel que tienen estos estudiantes es muy importante dado que son futuros enfermeros.

Por todo ello se recomienda reciclar los conocimientos de los alumnos en RCP y realizarlo en el ámbito práctico con los mismos estudiantes dado que sólo se ha realizado el estudio en el ámbito teórico. Además, se podrían llevar a cabo otras investigaciones en otras carreras de ciencias de la salud y de otras categorías no relacionadas con la sanidad.

Bibliografía

1. Fundaciónespañoladelcorazón.com [Internet]. *España: Fundación Española del Corazón* [actualizado 20 Feb 2013; citado 20 Ene 2017] Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/fichas-paciente/parada-cardiaca.html>.
2. Muñoz Camargo JC, Rodríguez-Barbero Velázquez M, Muñoz Martínez M, Arévalo Ramírez A, Ruiz López JF, Rubio Serrano P, et al. *Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar del profesional enfermero en unidades sin monitorización de pacientes*. *Metas Enferm*. 2011;14:10-5.
3. Soto-Araujo L, Costa-Parcero M, González-González MD, Sánchez-Santos L, Iglesias-Vázquez JA, Rodríguez-Nuñez A. *Factores pronóstico de supervivencia en la parada cardiaca extra hospitalaria atendida con desfibriladores externos semiautomáticos en Galicia*. *Emergencias*. 2015;27:307-312.
4. Monsieurs KG, Nolan PJ, Bossaert LL, Greif R, Maconochie KI, Nikolaou IN, et al. *Recomendaciones para la resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)*. European Resuscitation Council. 2015; Sección 1: Resumen Ejecutivo. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>.
5. Vural M, Kosar MF, Kerimoglu O, Kizkapan F, Kahyaoglu S, Tugrul S, et al. *Cardiopulmonary resuscitation knowledge among nursing students: a questionnaire study*. *Anatol J Cardiol*. 2016; 16: 000-000.

Capítulo 63

Consulta de psiquiatría de cirugía bariátrica en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR)

Autores:

Naranjo Fernández, Jacinta

Fernández Aparicio Gómez Rico, María Jesús

García Muñoz González del Campo, María Reyes

Fernández de Marcos Velázquez, María de los Reyes

Gómez Rico Velázquez, María Pilar

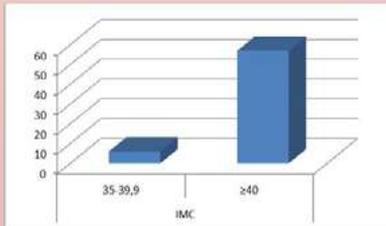
Bravo Moraleda, Montserrat

CONSULTA DE PSIQUIATRÍA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR)

El 25% de la población española es obesa o tiene problemas de sobrepeso, pero no todos los casos se reducen a unos malos hábitos alimenticios, sino que según los últimos estudios, hay una estrecha relación entre la obesidad y los trastornos psiquiátricos. Es por esto que en el HGUCR existe una consulta psiquiátrica previa a la realización de la Cirugía Bariátrica.

OBJETIVOS

- Conocer las características sociodemográficas de la población atendida en la consulta de psiquiatría para cirugía bariátrica del HGUCR
- Elaborar programas de prevención y detección precoz de la obesidad en base a esas características sociodemográficas
- Realizar comparaciones con otros hospitales y establecer métodos de consenso



METODOLOGÍA

- ❖ Criterios de inclusión: todas las personas atendidas en primera consulta de cirugía bariátrica del HGUCR que den su consentimiento
- ❖ Criterios de exclusión: aquellos pacientes que se nieguen a participar en el estudio
- ❖ Diseño: estudio descriptivo-prospectivo sobre las características sociodemográficas de la población atendida en consulta de cirugía bariátrica de psiquiatría
- ❖ Periodo de recogida de datos desde enero 2017 a diciembre 2017
- ❖ Tamaño muestral: 63 pacientes
- ❖ Cuestionario rellenado por los profesionales de enfermería de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del HGUCR durante la entrevista con el paciente.

DISCUSIÓN

- Si bien la obesidad estaba relacionada socialmente a un problema femenino, la realidad es que según los datos de que disponemos es un problema que afecta por igual a ambos sexos.
- Podemos comprobar que los más decididos a cambiar su IMC están por debajo del rango de edad de los 65 años siendo los mayores de esta edad más reacios a la modificación de sus hábitos.
- Al tratarse de personas jóvenes mantienen una puntuación alta en la escala de Norton (bajo riesgo) encontrándose las limitaciones principales en el parámetro de la movilidad.
- La mayoría recibe tratamiento orgánico al ser la obesidad un factor de riesgo cardiovascular muy importante de los cuales más de un tercio reciben también tratamiento psiquiátrico
- En cuanto al rango de IMC los pacientes atendidos se encuentran entre obesidad mórbida y moderada, ya que valores inferiores son susceptibles de cambio sin cirugía.
- Respecto al hábito tabáquico, la mitad de la muestra es fumadora siendo un factor negativo para modificar este hábito la creencia de poder engordar aún más.

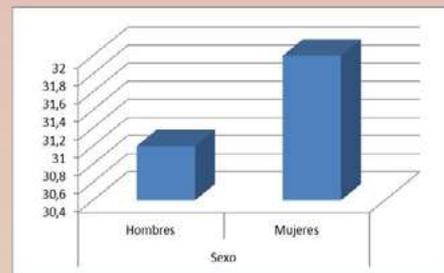
00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO RELACIONADO CON APORTE EXCESIVO EN RELACIÓN CON LAS NECESIDADES METABÓLICAS MANIFESTADO POR UN PESO SUPERIOR AL 20% AL IDEAL SEGÚN LA TALLA Y CONSTITUCIÓN CORPORAL Y A LA INFORMACIÓN U OBSERVACIÓN DE PATRONES ALIMENTARIOS DISFUNCIONALES.

NOC: 100405 RELACIÓN PESO/TALLA

161203 EQUILIBRIO ENTRE EJERCICIO E INGESTA CALÓRICA

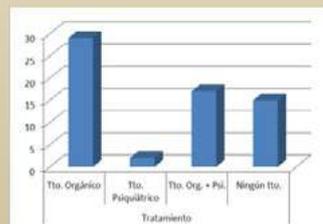
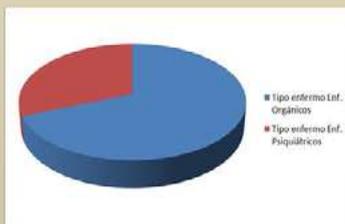
NIC: 128001 AYUDAR A AJUSTAR LAS DIETAS AL ESTILO DE VIDA Y NIVEL DE ACTIVIDAD

436001 ADMINISTRAR LOS REFUERZOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE APAREZCA LA CONDUCTA



CONCLUSIONES

- ❖ Creemos necesario la implantación de programas en las consultas de psiquiatría de enfermería para el diagnóstico precoz del riesgo de obesidad asociado a los trastornos psiquiátricos. No solo se podría diagnosticar antes de que el paciente pida ayuda porque le supone un problema en su día a día sino también evitar los grados más elevados de la obesidad y, por tanto, la morbilidad que ello conlleva, al ofrecer esa ayuda de forma precoz.
- ❖ Tratar ambos factores en su conjunto, obesidad y trastornos psiquiátricos, no solo contribuirá a un mejor pronóstico de ambas enfermedades sino que reducirá las recaídas de las mismas.
- ❖ El apoyo profesional integral en el tratamiento de la obesidad permite a la persona sentirse entendida y a colaborar más activamente en su propia mejoría.



Resumen: El 25% de la población española es obesa o tiene problemas de sobrepeso, pero no todos los casos se reducen a unos malos hábitos alimenticios, sino que según los últimos estudios, hay una estrecha relación entre la obesidad y los trastornos psiquiátricos. Es por esto que en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) existe una consulta psiquiátrica previa a la realización de la cirugía bariátrica. Por tanto, creemos que conocer las características sociodemográficas de la población que atendemos es esencial para la elaboración de programas de prevención y detección precoz de la obesidad asociada a los trastornos psiquiátricos.

Palabras Clave: Bariátrica; psiquiatría; consulta.

Introducción

El 25% de la población española es obesa o tiene problemas de sobrepeso, pero no todos los casos se reducen a unos malos hábitos alimenticios, sino que según los últimos estudios, hay una estrecha relación entre la obesidad y los trastornos psiquiátricos. Es por esto que en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) existe una consulta psiquiátrica previa a la realización de la cirugía bariátrica.

Objetivos

- Conocer las características sociodemográficas de la población atendida en la consulta de psiquiatría para cirugía bariátrica del HGUCR.
- Elaborar programas de prevención y detección precoz de la obesidad en base a esas características sociodemográfica.
- Realizar comparaciones con otros hospitales y establecer métodos de consenso.

Metodología

- Criterios de inclusión: Todas las personas atendidas en primera consulta de cirugía bariátrica del HGUCR que den su consentimiento.
- Criterios de exclusión: Aquellos pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Diseño: Estudio descriptivo-prospectivo sobre las características sociodemográficas de la población atendida en consulta de cirugía bariátrica de psiquiatría.
- Periodo de recogida de datos: Desde enero de 2017 a diciembre de 2017.
- Tamaño muestral: 63 pacientes.
- Cuestionario rellenado por los profesionales de enfermería de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del HGUCR durante la entrevista con el paciente.

Discusión:

- Si bien la obesidad estaba relacionada socialmente a un problema femenino, la realidad es que según los datos de que disponemos es un problema que afecta por igual a ambos sexos.
- Podemos comprobar que los más decididos a cambiar su IMC están por debajo del rango de edad de los 65 años siendo los mayores de esta edad más reacios a la modificación de sus hábitos.

- Al tratarse de personas jóvenes mantienen una puntuación alta en la escala de Norton (bajo riesgo) encontrándose las limitaciones principales en el parámetro de la movilidad.
- La mayoría recibe tratamiento orgánico al ser la obesidad un factor de riesgo cardiovascular muy importante de los cuales más de un tercio reciben también tratamiento psiquiátrico.
- En cuanto al rango de IMC los pacientes atendidos se encuentran entre obesidad mórbida y moderada, ya que valores inferiores son susceptibles de cambio sin cirugía.
- Respecto al hábito tabáquico, la mitad de la muestra es fumadora siendo un factor negativo para modificar este hábito la creencia de poder engordar aún más.

Conclusiones

- Creemos necesario la implantación de programas en las consultas de psiquiatría de enfermería para el diagnóstico precoz del riesgo de obesidad asociado a los trastornos psiquiátricos. No solo se podría diagnosticar antes de que el paciente pida ayuda porque le supone un problema en su día a día sino también evitar los grados más elevados de la obesidad y, por tanto, la morbilidad que ello conlleva, al ofrecer esa ayuda de forma precoz.
- Tratar ambos factores en su conjunto, obesidad y trastornos psiquiátricos, no solo contribuirá a un mejor pronóstico de ambas enfermedades sino que reducirá las recaídas de las mismas.
- El apoyo profesional integral en el tratamiento de la obesidad permite a la persona sentirse atendida y a colaborar más activamente en su propia mejoría.

Bibliografía

1. Arriagada Solar, M. I., & Pérez Solà, V. (2015). *Evaluación psicopatológica en obesidad y post cirugía bariátrica*.
2. Benítez, J. T., Giménez, M. M., & Ramirez, A. A. (2012). *Evaluación psiquiátrica de pacientes candidatos a cirugía bariátrica*. In *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* (Vol. 45, No. 2, pp. 91-98).
3. Esquivias-Zavala, H., Reséndiz-Barragán, A. M., García, F., & Elías-López, D. (2016). *La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica*. *Salud mental*, 39(3), 165-173.
4. Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). *Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica*. *Revista médica de Chile*, 139(5), 571-578.
5. Olguín, P., Carvajal, D., & Fuentes, M. (2015). *Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica*. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441-447.

Capítulo 64

Contención mecánica vs farmacológica

Autores:

Romero Lirio, María Victoria

Ruiz Sánchez de León, Fermín

Díaz-Parreño Casarrubios, María José

Sánchez-Camacho Lozano, Antonio

CONTENCIÓN MECÁNICA VS FARMACOLÓGICA

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es el trastorno de la conducta caracterizada por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora acompañada de alteraciones a nivel emocional.

La contención mecánica o farmacológica proporciona seguridad a la persona, a terceras personas o de los objetos próximos.

OBJETIVOS

Diferenciar las características entre la contención mecánica y la farmacológica.

Evidenciar la complementariedad y justificación de ambas en personas mayores que reciben atención sanitaria y cuidados en residencias.

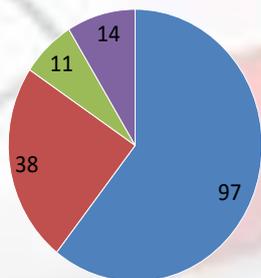
METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio prospectivo en un centro asistido con 160 residentes.

Información recogida de tratamientos médicos y PAIS de residentes excluyendo aquellos que son totalmente IAVD.

RESULTADOS

Tipología de contención



- Ambas contenciones permanentemente
- Alguna farmacológica y mecánica siempre
- Alguna farmacológica y/o mecánica
- Ninguna medida

Contención mecánica

Indicaciones:

- Prevenir conductas que puedan producir algún daño al residente, terceras personas u objetos cercanos.
- Riesgo de lesiones o suicidio.
- Instauración, mantenimiento o administración de medidas terapéuticas.
- Riesgo de caídas.
- Situaciones que amenazan la integridad física del residente debido a su negativa a beber, comer o dormir.

Consecuencias:

- Físicas: Úlceras por presión, incontinencia urinaria o fecal, daños por compresión de nervios.
- Emocionales: Agresividad, aislamiento social, apatía, ira, miedo, pánico y vergüenza.

Contención farmacológica

Indicaciones:

- En agitaciones severas en las que la contención verbal es ineficaz y la conducta hostil de la persona pone en peligro su integridad física o la de terceras personas.

Consecuencias:

- Delirium o alteraciones del pensamiento.
- Deterioro de la función cognitiva.
- Deterioro de la comunicación.
- Problemas de equilibrio con riesgo de caídas
- Mayor probabilidad de sujeciones físicas.
- Deshidratación.



CONCLUSIONES

El orden a seguir en cuanto a contenciones, debe ser el siguiente:

Contención verbal → farmacológica → mecánica.

Ante una contención el personal de enfermería deberá registrarlo en su historia.

La contención mecánica a de estar siempre prescrita por un médico que informará de la finalidad, riesgos y consecuencias al residente o tutor legal.

En residentes con alteraciones cognitivas y de conducta vemos hasta que se evidencien otros métodos que fármacos y contenciones son necesarios para mantener la integridad y seguridad del residente y de terceros.

BIBLIOGRAFÍA

- Historias clínicas de residentes.
- Seoane A, Alava T, Blanco M Díaz H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Príncipe de Asturias (Madrid)
- <http://www.aat-geriatria.com>

Resumen: Se trata de un tema que supone un reto en el desarrollo de nuestra profesión.

Hay que recordar las obligaciones éticas de los profesionales de enfermería que se concretan en: cumplir con el principio ético de beneficencia, ligado al principio de autonomía; es decir, " la obligación de respetar el derecho de las personas a gestionar su vida de la forma que estimen más adecuada", potenciando el empoderamiento de estas personas o el desarrollo y el de sus familias para gestionar su vida.

Cumplir con el principio de justicia, principio formal de respeto y dignidad a la persona.

Palabras Clave: Anciano dependiente; conducta agresiva; tratamiento farmacológico.

Introducción

Se aborda la definición de agitación psicomotriz, como un trastorno de la conducta caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora acompañada de alteraciones a nivel emocional.

Objetivo

El estudio se ha centrado en la necesidad que hay de utilizar medios de contención mecánica y/o farmacológica que presten seguridad a la persona, a terceros o en relación con los objetos próximos.

Material y métodos

Hay que diferenciar entre ambos tipos de contenciones, evidenciar la complementariedad y justificación de ambas en personas mayores que reciben atención sanitaria y cuidados en residencias.

Se han valorado las indicaciones y consecuencias de ambos tipos de contenciones.

Las contenciones mecánicas se indican para: prevenir conductas que puedan producir algún daño a la propia persona, terceros u objetos cercanos, riesgo de lesiones o suicidio, instauración de medidas terapéuticas, riesgo de caídas, situaciones que amenacen la integridad física del residente debido a su negativa a la ingesta o al descanso...

Derivados de su uso, se objetiva en algunos casos consecuencias físicas tales como; la aparición de úlceras por presión, incontinencia urinaria o fecal, lesiones por compresión de nervios, y en la mayoría se observan consecuencias emocionales tales como; la aparición de agresividad, aislamiento social, ira, apatía, miedo, pánico y vergüenza.

En el caso de la contención farmacológica su utilización se puede justificar en: agitaciones severas en los que la contención verbal es ineficaz y la conducta hostil de la persona pone en peligro su integridad física o la de terceros.

Derivados de su uso pueden aparecer: delirium o alteraciones del pensamiento, deterioro de la función cognitiva, deterioro de la comunicación, problemas de equilibrio con riesgo de caídas, mayor probabilidad de sujeciones físicas, deshidratación.....

Se ha realizado un estudio prospectivo en Centro Asistido con ciento sesenta residentes y cuya

información ha sido recogida de tratamientos médicos y planes de actuación individuales (PAIS), excluyendo aquellos que son totalmente independientes para las actividades de la vida diaria (IAVD).

Resultados

- Un 97% de los residentes precisan de ambas contenciones de manera permanente.
- Un 38% alguna farmacológica y mecánica siempre.
- Un 11% alguna farmacológica y/o mecánica.
- Un 14% no precisan de ninguna medida hasta la fecha del estudio.

Conclusiones

Volviendo a mencionar el principio de beneficencia y de autonomía para con los residentes y que por otro lado es el que debe primar en el desarrollo de nuestra actividad profesional, se concluyen una serie de reflexiones: cuando no se consiga una contención verbal, deberá hacerse uso de una correcta utilización farmacológica, psicofármacos prescritos por un facultativo, y si fuese necesario incluir la utilización de elementos de contención mecánica tales como muñequeras, manoplas, cinturones de sujeción para el sillón o la cama etc.

La utilización de cualquier tipo de contención debe registrarse en la historia del paciente.

Ambos tipos de contención deben ir prescritos por un facultativo que informará de la finalidad, riesgos y consecuencias al residente, familiar o tutor legal.

De igual manera residente, familiar o tutor legal deben consentir en su uso o aplicación.

En residentes con alteraciones cognitivas y de conducta entendemos que hasta que se evidencien otros métodos; psicofármacos y elementos físicos de contención, son necesarios para asegurar y mantener la integridad tanto de la propia persona afecta como de terceros.

A colación, hay que asegurar una adecuada praxis en nuestras intervenciones para con los residentes que ante un deterioro físico y cognitivo precisan de nuestra ayuda en la realización de actividades físicas.

Debemos procurar una empatía y trato digno de la persona y velar porque tanto nuestras actuaciones, como las complementarias o delegadas no incurran en el articulado del Código Penal como acciones punibles constitutivas de delito/falta que constituyen malos tratos físicos y /o psicológicos.

Bibliografía

1. Seoane Lago A, Alava Cascon T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. *Protocolo de contención de pacientes*. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005. Disponible en: https://www.fundacion-manantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf.

2. Ramos Cordero P, López Trigo J.A, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio J.M. *Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015; 50 (1):35-38.

3. Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Documento de Consenso sobre Contenciones Mecánicas y Farmacológicas*. 2014.

Capítulo 65

Control domiciliario del dolor postoperatorio: bombas elastoméricas

Autores:

Rodrigo Marín, Esther María

Arriaga Rodríguez, Ana María

Arévalo Buitrago, Pedro

Olivares Luque, Estefanía

Control domiciliario del dolor postoperatorio: Bombas Elastoméricas

INTRODUCCIÓN

Actualmente, a pesar de los avances científicos y tecnológicos en la medicina, ni el dolor agudo ni el crónico suelen recibir un tratamiento adecuado por muy diversas razones de cultura, actitud, educación, política y logística. El tratamiento del dolor se considera un derecho fundamental del paciente, así como un indicador de buena práctica clínica y calidad asistencial.

El dolor postoperatorio moderado-severo sigue siendo un problema en cirugía ambulatoria que podría resolverse a través del empleo de técnicas analgésicas invasivas domiciliarias (**infusores elastoméricos**), con los que se ha demostrado que:

OBJETIVOS

Proporcionar a enfermería conocimientos sobre los infusores elastoméricos, así como, su utilización y los beneficios de los mismos de manera ambulatoria

Identificar a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión

- ✓ Aumenta la eficacia analgésica
- ✓ Proporciona un mayor confort del paciente
- ✓ Disminuyen las complicaciones
- ✓ Aumenta la seguridad a la hora de emplear fármacos para el control del dolor

Valorar la viabilidad y seguridad en la administración de analgesia intravenosa continua domiciliaria, así como, su eficacia y el grado de satisfacción de los pacientes

Empleo de otra alternativa terapéutica en el control del dolor postoperatorio ambulatorio

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scielo. También se han revisado artículos científicos vigentes publicados en revistas científicas sobre sistemas de infusión elastoméricos en el control del dolor; además de, protocolos establecidos en servicios de anestesia y reanimación de diferentes hospitales de la Comunidad Valenciana.

INTERVENCIONES

1. Valoración

- Enfermería junto con el personal facultativo deberán reconocer la necesidad del uso de estos sistemas a través de la entrevista con el paciente.
- Valorar si el paciente es candidato al uso de este sistema de analgesia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con náuseas, vómitos, oclusión intestinal, hipoabsorción, fistulas digestivas, intolerancia a fármacos por vía oral
 - Problemas de disfagia
- Alteración del nivel de conciencia, estados confusionales.
- Caquexia y estados de debilidad extrema.
- Pacientes terminales (oncológicos, VIH, respiratorios...)
- Dolor mal controlado

2. Formación

- Es necesario que el paciente y/o sus cuidadores conozcan los aspectos básicos en relación con estos dispositivos, ellos podrán comunicar su buen funcionamiento.
- Se les adiestrará para la resolución de complicaciones sencillas:
 - Acodamientos del catéter
 - Desconexión del sistema

4. Documentación

- Consentimiento informado.
- Registro en la historia del paciente:
 - Vía canalizada (localización, calibre, estado de punción y permeabilidad)
 - Tipo de infusor y medicación
 - Fecha de inicio del tratamiento y duración prevista del mismo
 - Complicaciones, si se dieran

3. Modo de administración

- Canalización de una vía venosa:
 - Preferentemente los miembros superiores (mejor antebrazos)
 - Evitar regiones articulares
 - Elección de la vena de distal a proximal
 - Canalizar los trayectos más rectos de las venas.
 - Evitar las zonas con importante riesgo de extravasación
- Elección del modelo de bomba elastomérica (según duración y volumen a infundir)
- Etiquetar con el nombre del paciente, la fecha de preparación y contenido del infusor.



CONCLUSIÓN

- ✓ El desarrollo de **infusores elastoméricos** ha supuesto un importante avance en la administración ambulatoria de fármacos en pacientes postoperados, en el que la enfermería juega un papel esencial.
- ✓ Se ha demostrado a través de diversos estudios la viabilidad y seguridad de la utilización de los mismos de forma intravenosa, como método de analgesia postoperatoria en el control del dolor moderado-severo en las cirugías ambulatorias.
 - ✓ Mejora la calidad de vida de los pacientes.

Resumen: Los sistemas de infusión elastoméricos o infusores vienen usándose desde hace más de veinte años. El desarrollo de dichos sistemas, ha supuesto un importante avance en la administración hospitalaria y, sobre todo, ambulatoria, de fármacos en determinadas situaciones clínicas. El mantenimiento de valores plasmáticos de fármacos estables permite un mayor control de la enfermedad y de sus síntomas acompañantes, y supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes por lo que los infusores elastoméricos son una alternativa eficaz para la administración de tratamientos en pacientes con dolor postoperatorio moderado-severo, entre otros muchos usos.

Palabras Clave: Infusores elastoméricos; Dolor agudo postoperatorio; Control del dolor.

Introducción

Actualmente, a pesar de los avances científicos y tecnológicos en la medicina, ni el dolor agudo ni el crónico suelen recibir un tratamiento adecuado por muy diversas razones de cultura, actitud, educación, política y logística. Sin embargo, el tratamiento efectivo del dolor se considera un derecho fundamental del paciente, así como un indicador de buena práctica clínica y calidad asistencial.

El dolor postoperatorio moderado-severo sigue siendo un problema en cirugía ambulatoria, ya que provoca problemas de flujo de pacientes, retrasando el alta de los pacientes, siendo uno de los principales motivos de reingreso en los hospitales.

Se ha demostrado que el empleo de técnicas analgésicas invasivas domiciliarias (infusores elastoméricos), no sólo aumenta la eficacia analgésica sino que proporciona un mayor confort del paciente.

Objetivos

- Proporcionar a enfermería conocimientos sobre los infusores elastoméricos, así como, su utilización y los beneficios de los mismos de manera ambulatoria.
- Que enfermería sea capaz de identificar a los pacientes que cumplen criterios de inclusión.
- Tenerse en cuenta este tipo de infusores como una alternativa terapéutica en el control del dolor postoperatorio ambulatorio.
- Valorar la viabilidad y la seguridad de la utilización de bombas elastoméricas para la administración de analgesia intravenosa continua domiciliaria, a la vez que valorar la eficacia analgésica y el grado de satisfacción de los pacientes.

Metodología

Para documentar este trabajo se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scielo con las palabras claves: Infusores elastoméricos, Dolor agudo postoperatorio, y Control del dolor ambulatorio. También se han revisado artículos científicos vigentes publicados en revistas científicas sobre sistemas de infusión elastoméricos en el control del dolor; además de, protocolos establecidos en servicios de anestesia y reanimación de diferentes hospitales de la Comunidad Valenciana.

Intervenciones de enfermería

Valoración: Enfermería junto con el personal facultativo deberán reconocer la necesidad del uso de estos sistemas a través de la entrevista con el paciente, lo que facilitará la información necesaria para saber si es candidato al uso de este sistema de analgesia.

Pacientes candidatos al empleo de infusores elastoméricos:

- Pacientes con náuseas, vómitos, oclusión intestinal, hipoabsorción, fístulas digestivas, intolerancia a fármacos por vía oral.
- Disfagia.
- Alteración del nivel de conciencia, estados confusionales.
- Caquexia y estados de debilidad extrema.
- Pacientes terminales (oncológicos, VIH, respiratorios)
- Dolor mal controlado.

Formación: Antes del inicio del tratamiento, el profesional de enfermería informará al paciente y a sus cuidadores del procedimiento que se va a practicar, de las ventajas del infusor, de su funcionamiento y de las posibles complicaciones esperables. Es necesario que el paciente y/o sus cuidadores conozcan los aspectos básicos en relación con estos dispositivos, pues son ellos los que podrán comunicar su buen funcionamiento. Así mismo, en atención domiciliaria, y cuando exista suficiente apoyo familiar, se les adiestrará en las posibles acciones para la resolución de complicaciones sencillas, como acodamientos del catéter, o desconexión del sistema.

Modo de administración: Las bombas elastoméricas, o infusores, son dispositivos ligeros, que consisten en un recipiente de plástico transparente, en cuyo interior se encuentra un globo, o depósito elastomérico, en el que se introduce la medicación que se va a infundir, con lo que se produce el hinchado del globo. El globo distendido ejerce una presión constante y expulsa el contenido a través de un filtro de partículas y un reductor de flujo.

Será necesaria la canalización de una vía venosa. Los criterios para su colocación son:

- Se utilizarán preferentemente los miembros superiores para colocar el catéter periférico (mejor antebrazos).
- Se evitarán regiones articulares.
- La elección de la vena será de más distal a más proximal.
- Se procurarán canalizar los trayectos más rectos de las venas.
- Evitar las zonas con importante riesgo de extravasación (especialmente si se infunden sustancias con capacidad vesicante o necrosante).

Tras la prescripción médica de la medicación que se va a infundir se preparará la misma mediante una técnica aséptica y siguiendo las instrucciones del propio fármaco. La elección del modelo de bomba elastomérica estará en función del volumen que se desea infundir y la velocidad de infusión, y por tanto de su duración. Se purgará el sistema y se identificará el infusor mediante una etiqueta en la que figure el nombre del paciente, la fecha de preparación y el contenido de la dilución.

Documentación: Aunque no es práctica habitual, la obtención del consentimiento informado para la colocación de estos dispositivos se cumplimentará en los centros que así lo tengan establecido y siempre se realizará con el consentimiento verbal.

Por otra parte, enfermería siempre registrará en la historia del paciente: la vía canalizada (localización, calibre, estado de punción y permeabilidad), el tipo de infusor, la medicación cargada, la fecha de inicio del tratamiento y las posibles complicaciones, si se dieran.

Conclusión

El desarrollo de los sistemas de infusión elastoméricos o infusores, ha supuesto un importante avance en la administración ambulatoria de fármacos en pacientes postoperados, en el que la enfermería juega un papel esencial, pues es el máximo responsable de la administración correcta de los tratamientos que recibe el paciente.

Se ha demostrado a través de diversos estudios la viabilidad y seguridad de la utilización de los mismos de forma intravenosa como método de analgesia postoperatoria que permite el control del dolor moderado-severo en procedimientos aplicados a la cirugía ambulatoria y supone además una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Pascual López L, Portaceli Armiñana A, Ros Sáez A. *La utilización de la vía subcutánea para el control de síntomas en un centro de salud*. Aten Primaria 2001;28:185-7.
2. Giunta F, Paolichi A, Van Oven H. *Quality of the postoperative course and patients satisfaction produced by a system of postoperative pain control: postoperative clinical evidence that influences the quality of the postoperative course*. Minerva Anestesiologica 2001;67(9) Suppl 1:187-94
3. Guevara L, Covarrubias G, Hernandez O. *Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo*. Rev Mex Anestesiología 2004;27:200-4
4. Recasens J, Boada S, Puig R, Ferrer C, Jubera P, Rull M. *Management of postoperative pain in outpatient hemorrhoidectomy with home continuous endovenous infusion*. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 74-80.
5. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* versión impresa ISSN 1134-8046 Rev. Soc. Esp. Dolor vol.18 no.3 Madrid may./jun. 2011.

Capítulo 66

Cuidado de la úlcera venosa con vendaje compresivo de alta elasticidad

Autores:

Mora Mora, María Yolanda

Escobar Sorando, Ana

González Lara, Gema

CUIDADO DE ÚLCERA VENOSA CON VENDAJE COMPRESIVO DE ALTA ELASTICIDAD

INTRODUCCIÓN: Las úlceras venosas (UV) afectan de forma negativa en la calidad de vida a un elevado número de personas y representan un elevado coste sanitario y social.

El hecho fisiopatológico fundamental es la hipertensión venosa (HTV) producida por el reflujo y la obstrucción de las venas. La úlcera de etiología venosa es la más frecuente (70-80%) en la extremidad inferior con un porcentaje en torno al 80% del total de lesiones siendo la más habitual en su diagnóstico, tratamiento y prevención de recidivas. El resultado de la hipertensión venosa en las venas de las extremidades inferiores es el daño a la microcirculación de la piel. Esto conduce a lipodermato-escleriosis, y eventualmente ulceración en algunos pacientes.

Este tipo de úlceras afecta mucho a la calidad de vida del paciente y entorno y supone un elevado coste sociosanitario.

OBSERVACION CLÍNICA: Varón de 45 años, DM tipo II en tratamiento con metformina, obesidad tipo I, no cirugía ni otras patologías asociadas al problema. Trabajo en bipedestación continua. No hábitos tóxicos. Pulsos periféricos presentes. ITB normal. Presenta úlcera en maleólo interno de MII, presentó cultivos positivos en varias ocasiones aplicándose tratamiento antibiótico.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

A partir de la revisión bibliográfica de base de datos científicas y de protocolos de actuación de diversos hospitales, así como de nuestra experiencia profesional, se realiza el siguiente plan de cuidados .



MARZO 2017. CURA CON FOMENTOS DE PRONTOSAN. APÓSITO DE URGOCLEAN MÁS TEGADERM FOAM MEDIA COMPRESIVA FARMALASTIC.



OCTUBRE 2017. POSTERIOR A ESTE MOMENTO SE EMPIEZA A APLICAR VENDAJE COMPRESIVO URGO K2 PAUTADO POR CIRUGÍA VASCULAR. SE DESBRIDAN ESFACELOS MECÁNICAMENTE, FOMENTO EN PRONTOSAN+ URGOCLEAN+ APÓSITO SECUNDARIO SEGÚN EXUDADO



DICIEMBRE 2017. FOMENTO CON PRONTOSAN, LIMPIEZA CON TOALLAS UCS PARA RETIRAR BIOFILM, URGOCLEAN Y VENDAJE CON URGO K2.



FEBRERO 2018 CURACIÓN TOTAL DE LA LESIÓN. MANTENIMIENTO CON MEDIVEN PLUS CLASE II Y CON HIDRATACIÓN DIARIA DE LA PIEL CON HIDRADERM HYAL SESDERMA

DISCUSIÓN:

Se trata de una úlcera venosa que ha sufrido varias recidivas. El último proceso ha durado desde marzo de 2017 hasta enero de 2018. Anteriormente esta úlcera se estuvo curando con apósitos de plata de manera incorrecta, provocando lesión de piel perilesional. Se produce una correcta colaboración por parte del paciente y su familia, incluso adquiriendo materiales que no se utilizaban en su centro de salud.

CONCLUSIÓN:

A partir de aplicar el vendaje compresivo de alta elasticidad en octubre de 2017 la cicatrización se aceleró, produciéndose la resolución en Febrero de 2018, con lo cual se comprueba que si se hubiese aplicado un correcto vendaje desde el principio se hubiese acortado la curación, evitando infecciones, mejorando la calidad de vida del paciente, disminuyendo la baja laboral de éste y disminuyendo a su vez el coste sanitario.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA 3ª EDICIÓN AÑO 2017, AEEV

WWW.AEEV.NET

Carreño P. Terapéutica de compresión en el tratamiento de la úlcera de etiología venosa. Todoheridas. 2010;1(1):4-16.

Marinello J. Terapéutica de compresión en patología venosa y linfática. Barcelona: Glosa; 2005.

Resumen: En este trabajo nos hemos puesto como objetivo demostrar la importancia de la terapia compresiva de calidad en la curación de una úlcera venosa en un varón joven, con una ocupación laboral de alto riesgo para su patología, contemplando al paciente de una forma integral y actuando en todas las esferas, física y psicosocial. Conseguimos una correcta adherencia al tratamiento con un alto nivel de implicación en el proceso por parte del paciente y su entorno, así como una modificación de hábitos de vida para evitar futuras recidivas de la lesión.

Palabras Clave: Úlcera venosa; vendajes de compresión; plan de cuidados enfermero.

Introducción

Las úlceras venosas afectan de forma negativa en la calidad de vida a un elevado número de personas y representan un elevado coste sanitario y social.

El hecho fisiopatológico fundamental es la hipertensión venosa producida por el reflujo y la obstrucción de las venas. La úlcera de etiología venosa es la más frecuente en la extremidad inferior con un porcentaje en torno al 80% del total de lesiones, siendo la más habitual en su diagnóstico, tratamiento y prevención de recidivas. El resultado de la hipertensión venosa en las venas de las extremidades inferiores es el daño a la microcirculación de la piel. Esto conduce a lipodermatoesclerosis, y eventualmente ulceración en algunos pacientes.

El principal objetivo a llevar a cabo en la curación de las úlceras venosas es la aplicación de una compresión adecuada ($> 0 = 40$ mm Hg), teniendo en cuenta el ITB (si es > 0.8 nos encontramos ante una lesión de predominio venoso en la que podremos aplicar compresión), la tolerancia del paciente y su estado físico y psicosocial.

Observación clínica

Varón de 45 años, DM tipo II en tratamiento con metformina, obesidad tipo 1, no cirugía ni otras patologías asociadas. Trabajo en bipedestación continua. No hábitos tóxicos. Pulsos periféricos presentes. ITB normal.

Presenta úlcera en maleólo interno de MII de varios meses de evolución, presentó cultivos positivos en varias ocasiones aplicándose tratamiento antibiótico.

Utiliza medias de compresión fuerte que compra en farmacia.

Plan de cuidados enfermero

- Cura local de la herida con fomentos de Prontosán, Urgo clean y Urgo star según evolución de la herida y apósito secundario dependiendo del grado exudativo.
- El pilar fundamental de la cura de una úlcera de venosa es ejercer una correcta compresión que consiga disminuir la hipertensión venosa. Logramos así favorecer el retorno venoso, disminuir el edema y ayudar a la cicatrización de la úlcera. En este caso la compresión utilizada era una media Farmalastic de compresión fuerte dando una compresión teórica de 30-40 mmHg. Durante los primeros meses de tratamiento la herida iba empeorando progresiva-

mente, presentando cultivos positivos en varias ocasiones que precisaron tratamiento anti-biótico. La derivación a Cirugía vascular se hizo de manera temprana, pero debido a las elevadas listas de espera se produjo una demora de varios meses hasta la 1ª visita, tiempo durante el cual la úlcera presentaba un progresivo deterioro.

En las primeras semanas de aplicar el vendaje K2 ya se apreció la mejoría, entre cada cambio de vendaje se podía apreciar como la extensión de la herida iba disminuyendo igual que la cantidad de exudado. El paciente apreció una disminución del dolor, lo que contribuyó en gran medida a un descanso nocturno de mayor calidad y un aumento de su confianza en los cuidados enfermeros prestados.

- Se consigue que el paciente y su entorno colaboren activamente en el proceso con una actitud positiva y decidida.
- Se negocia con el paciente una dieta hipocalórica combinada con ejercicio siempre en la medida de sus posibilidades para conseguir una disminución del IMC y conseguir unos hábitos de vida que ayuden al control de su enfermedad y la disminución de posible recidivas de la úlcera.
- Se sugiere al paciente una vez resuelta la cura de la úlcera, un cambio de media compresiva más acorde a su patología aunque supone un mayor desembolso económico, produciéndose la adaptación al nuevo modelo de forma satisfactoria.

Se prescribe la media terapéutica en función de la Patología y se realiza en función de la “Clasificación clínica” según el Consenso internacional de expertos y su clasificación CEAP (Clínica, Etiológica, Anatómica y Fisiopatológica): “En el caso de este paciente nos encontramos la existencia de úlceras venosas recurrentes y lipodermatoesclerosis, que corresponde a una clasificación C5”. Aquí se recomienda una compresión clase 3 o fuerte con una presión de 34-46 mm Hg

Discusión

Se trata de una úlcera venosa que ha sufrido varias recidivas. El último proceso ha durado desde marzo de 2017 hasta enero de 2018. Anteriormente esta úlcera se estuvo curando con apósitos de plata de manera incorrecta, provocando lesión de piel perilesional. Esta piel lesionada supone un obstáculo para la curación de la úlcera ya que se lesiona con mucha facilidad contribuyendo a un aumento en la extensión total de la úlcera. Se produce una correcta colaboración por parte del paciente y su familia, incluso adquiriendo materiales que no se utilizaban en su centro de salud.

Conclusión

Entre las propiedades de la terapia compresiva encontramos: mejora la insuficiencia Valvular, aumenta la velocidad del Flujo de la sangre, mejora la función de la bomba muscular de la pantorrilla (también llamada segundo corazón), favorece la reabsorción del exudado en el espacio intersticial, activa la fibrinólisis, favorece el intercambio capilar, estimula los enzimas endoteliales y cura la sintomatología en la piel.

En este caso hemos podido observar como a partir de aplicar el vendaje compresivo adecuado en octubre de 2017 la cicatrización se aceleró, produciéndose la resolución en Febrero de 2018, con lo cual se evidencia que si se hubiese aplicado un correcto vendaje desde el principio se hubiese acortado la curación, evitando infecciones, mejorando la calidad de vida del paciente, disminuyendo la baja laboral de éste y disminuyendo a su vez el coste socio sanitario del proceso.

Bibliografía

1. *Guía de Práctica Clínica*. 3ª Edición año 2017, AEEV www.aeev.net.
2. Carreño P. *Terapéutica de compresión en el tratamiento de la úlcera de etiología venosa*. *Todo heridas*. 2010;1(1):4-16.
3. Marinello J. *Terapéutica de compresión en patología venosa y linfática*. Barcelona: Glosa; 2005.
4. Alba C. *Compresión terapéutica con vendas de baja elasticidad*. *Heridas y cicatrización*. 1016-6: 29-36.

Capítulo 67

Cuidados de enfermería dirigidos a cuidadores y pacientes con enfermedad de Perthes

Autores:

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Martín Arévalo, M^a del Prado

Moreno Ruiz, Alicia

Cubero Ruedas, Ana

CUIDADOS DE ENFERMERIA DIRIGIDOS A CUIDADORES Y PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PERTHES

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Perthes conocida también como Legg-Perthes Calvé, es una patología que afecta al desarrollo de la articulación de la cadera en niños entre 3 y 12 años. Consiste en una necrosis aséptica de la cabeza del fémur de los niños debido a una alteración idiopática de la circulación (la llegada de sangre al coto está bien asegurada pero no ocurre lo mismo con la cabeza femoral) por tanto la enfermedad se produce por un impedimento de la irrigación sanguínea de la cabeza del fémur lo que provoca necrosis del hueso haciéndolas más frágiles y provocando así el aplastamiento de la cabeza femoral. A partir de ese momento el hueso muerto es reabsorbido y se inicia la llegada de nuevos vasos sanguíneos a la cabeza femoral. El hueso vuelve a reconstruirse en un proceso que puede tardar entre 3 y 4 años. Y al final la cabeza femoral estará formada por hueso duro que podrá tener una forma igual a la original (esférica y correcta) o quedar deformada incongruente con el acetábulo.

La etiología no se conoce con exactitud, aunque puede estar producida por alteraciones de la coagulación, talla baja y retraso en la edad ósea, trombofilia, traumatismos repetidos, obesidad, alteraciones endocrinas y genéticas.

EPIDEMIOLOGIA

Se calcula que la enfermedad la sufren entre el 1 y el 2,5 de cada 10000 niños. Predomina entre 4 y 5 veces más en niños que en niñas, pero en estas el pronóstico es peor. La enfermedad se manifiesta entre los 3 y los 8 años. Los pacientes suelen ser delgados. Es bilateral en 10-15% de los casos. Y la bilateralidad nunca es sincrónica. activos y de menor tamaño que sus contemporáneos

SÍNTOMAS

Las primeras manifestaciones de la enfermedad son molestias o dolor a nivel de la cadera, ingle, muslo o rodilla. Generalmente es leve e intermitente, aumenta con la marcha y desaparece con reposo. El síntoma principal es la cojera, normalmente indolora aunque a veces puede aparecer dolor intermitente. Otros síntomas que pueden aparecer son:
-Rigidez y restricción de la movilidad de la articulación de la cadera, normalmente con los movimientos de rotación interna y abducción o separación de piernas.
-Contractura de músculos aductores, psoas ilíaco; también puede aparecer atrofia o debilidad muscular en cuádriceps y glúteo.

DIAGNÓSTICO

A través de la radiología convencional, ultrasonidos, gammagrafía, Resonancia magnética y/o arteriografía.

Lo exámenes de laboratorio no muestran alteraciones valorables y tan solo puede haber un aumento discreto de la velocidad de sedimentación y la vitamina C.

PRONÓSTICO

El pronóstico de esta enfermedad depende de la edad del niño y de la gravedad. En niños menores de 6 años que están con tratamiento tiene más posibilidades de terminar con una articulación de la cadera normal. En niños mayores de 6 años tiene mayores probabilidades de terminar con una articulación de la cadera deforma a aunque estén con tratamiento. Con el paso del tiempo puede aparecer artritis.

TRATAMIENTO

- Medicación (antiinflamatorios) y reposo, en ocasiones es necesario la restricción de la carga y el uso de muletas o caminador en fases tempranas.
- Tratamiento de fisioterapia, para reducir el dolor, mejorar la movilidad de la cadera, fortalecer la musculatura afecta y reeducar las actividades de la vida diaria, como caminar.
- Terapia acuática o hidroterapia, que le permite iniciar la carga progresiva en fases agudas, mejorar la movilidad de la cadera y fortalecer la musculatura.
- Poner yesos o inmovilizaciones en la pierna afecta para conseguir una correcta regeneración y alineación de la cadera.
- Tratamiento quirúrgico, a veces cuando el tratamiento conservador fracasa, el grado de afectación es severo o en niños mayores de 12 años.

OBJETIVOS

- Mejorar la atención sanitaria y poder prestar a nuestros pacientes cuidados de calidad tanto a los pacientes como a sus cuidadores que habitualmente son los padres.
- Unificar criterios de cuidados fomentando el desarrollo de los diagnósticos de Enfermería y la aplicación de estos por parte de los profesionales.
- Actuaciones eficaces garantizando la asistencia y seguridad de las víctimas de violencia de género.
- Colaborar con los demás profesionales implicados en su cuidado.

METODOLOGÍA

La estrategia de búsqueda bibliográfica empleada para la realización de este protocolo se hace uso casi exclusivo de los recursos de internet. La búsqueda se hace en español e inglés con los descriptores "Enfermedad/Disease", "Legg-Perthes", "cuidados/care" y "necrosis". Se revisan publicaciones desde 2010 hasta la actualidad. Las fuentes de información consultadas son las siguientes: EL SEVIER, MEDLINE PLUS, CUIDEN, SCIELO ESPAÑA y BASE DE DATOS COCHRANE.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DIRIGIDOS A NIÑOS CON ENFERMEDAD DE PERTHES

NANDA	NOC	NIC
Déficit de actividades recreativas (00097)	-Participación en juegos (160402) -Identificación de opciones recreativas (160407)	-Terapia de entretenimiento (5360)
Riesgo de caídas (00155)	-Reconoce el riesgo (190921) -Uso correcto de dispositivos de ayuda (190901)	-Prevención de caídas (6490)
Intolerancia a la actividad(00092)	-Realización de las AVD referidas (000513) -Fuerza (000512)	-Ayuda con los autocuidados: baño/higiene(1801) -Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802)
Riesgo de incumplimiento del tratamiento(00079)	-Evitan conductas que potencian la patología (160906) -Realiza cuidados personales compatibles con la habilidad (160907)	-Aumentan los sistemas de apoyo (5440) -Asesoramiento (5240)
Dolor agudo(00132)	-Control del dolor (1605) -Nivel del dolor (2102)	-Manejo del dolor (1400) -Administración de analgésicos (2210)
Aislamiento social (00053)	-Participación en actividades de ocio (1604) -Implicación social (1503)	-Aumentar los sistemas apoyo (5440) -Apoyo emocional (5270)
Deterioro de la deambulación (00088)	-Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909) -Cuidados personales: actividades de la vida diaria (300)	-Terapia de ejercicios: deambulación (221) -Ayuda al autocuidado (1800)
Baja autoestima situacional (00120)	-Autoestima (1205) -Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)	-Potenciación de la socialización (5100) -Aumentar el afrontamiento (5230)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DIRIGIDOS A CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PERTHES

NANDA	NOC	NIC
Afrontamiento familiar comprometido (00074)	-Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados (220205) -Descripción de la medicación prescrita (220223)	-Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) -Apoyo a la familia (7140)
Afrontamiento familiar incapacitante (00073)	-Control de la depresión (1409) -Salud emocional del cuidador familiar (2506)	-Terapia familiar (7150) -Apoyo a la familia (7140)
Riesgo de cansancio del Rol de cuidador (00062)	-Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202) -Factores estresantes del cuidador familiar (2208)	-Apoyo emocional (5270) -Grupo de apoyo (5430)

CONCLUSIONES

Es evidente que la enfermedad de Perthes constituye un problema de salud no solo para el niño que la padece sino que también afecta a sus padres en distintos ámbitos; por ello se requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la atención a estos niños y su familia, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de este colectivo. La formación y una adecuada gestión de los recursos existentes son dos de los elementos claves en este proceso. Además, sería importante contemplar la coordinación con los sectores educativos, así como la participación de las asociaciones

Resumen: La enfermedad de Perthes conocida también como Legg-Perthes Calvé, es una patología que afecta al desarrollo de la articulación de la cadera en niños entre los 3 y los 12 años, produciendo una alteración importante no solo a nivel de su movilidad sino que también afecta a su esfera emocional y social.

Con este trabajo hemos pretendido elaborar un plan de cuidados que nos permita dar cuidados de calidad no solo a los niños que padecen esta enfermedad sino también a su familia o cuidador principal así como realizar un abordaje del problema desde una perspectiva multidisciplinar.

Palabras Clave: Cuidados; Enfermedad; Necrosis.

Introducción

La enfermedad de Perthes conocida también como Legg-Perthes Calvé, es una patología que afecta al desarrollo de la articulación de la cadera en niños entre los 3 y los 12 años.

Consiste en una necrosis aséptica de la cabeza del fémur de los niños debido a una alteración idiopática de la circulación (la llegada de sangre al cotillo bien asegurada pero no ocurre lo mismo con la cabeza femoral); por tanto la enfermedad se produce por un impedimento de la irrigación sanguínea de la cabeza del fémur lo que provoca necrosis del hueso haciéndolas más frágiles y provocando así el aplastamiento de la cabeza femoral.

A partir de ese momento el hueso muerto es reabsorbido y se inicia la llegada de nuevos vasos sanguíneos a la cabeza femoral. El hueso vuelve a reconstruirse en un proceso que puede tardar entre 3 y 4 años. Y al final la cabeza femoral estará formada por hueso duro que podrá tener una forma igual a la original (esférica y correcta) o quedar deformada e incongruente con el acetábulo.

La etiología no se conoce con exactitud, aunque puede estar producida por alteraciones de la coagulación, talla baja y retraso en la edad ósea, trombofilia, traumatismos repetidos, obesidad, alteraciones endocrinas y genéticas.

Con respecto a la epidemiología se calcula que la enfermedad la sufren entre el 1 y el 2,5 de cada 10000 niños. Predomina entre 4 y 5 veces más en niños que en niñas, pero en estas el pronóstico es peor. La enfermedad se manifiesta entre los 3 y los 8 años. Los pacientes suelen ser delgados. Es bilateral en 10-15% de los casos. Y la bilateralidad nunca es sincrónica. Suelen ser activos y de menor tamaño que sus contemporáneos

En lo que se refiere a los síntomas las primeras manifestaciones de la enfermedad son molestias o dolor a nivel de la cadera, ingle, muslo o rodilla. Generalmente es leve e intermitente, aumenta con la marcha y desaparece con reposo. El síntoma principal es la cojera, normalmente indolora aunque a veces puede aparecer dolor intermitente. Otros síntomas que pueden aparecer son:

-Rigidez y restricción de la movilidad de la articulación de la cadera, normalmente con los movimientos de rotación interna y abducción o separación de piernas.

-Contractura de músculos aductores, psoas ilíaco; también puede aparecer atrofia o debilidad muscular en cuádriceps y glúteo.

El diagnóstico habitualmente se hace a través de la radiología convencional, ultrasonidos, gammagrafía, Resonancia magnética y/o arteriografía.

Lo exámenes de laboratorio no muestran alteraciones valorables y tan solo puede haber un aumento discreto de la velocidad de sedimentación y la vitamina C.

El pronóstico de esta enfermedad depende de la edad del niño y de la gravedad. En niños menores de 6 años y que están en tratamiento tienen más posibilidades de terminar con una articulación de la cadera normal. En cambio niños mayores de 6 años que tienen mayores probabilidades de terminar con una articulación deforme aunque estén con tratamiento. Con el paso del tiempo puede aparecer artritis.

Objetivos

- Mejorar la atención sanitaria y poder prestar a nuestros pacientes cuidados de calidad tanto a los pacientes como a sus cuidadores que habitualmente son los padres.
- Unificar criterios de cuidados fomentando el desarrollo de los diagnósticos de Enfermería y la aplicación de estos por parte de los profesionales.
- Actuaciones eficaces garantizando la asistencia y seguridad de los pacientes y cuidadores.
- Colaborar con los demás profesionales implicados en su cuidado.

Material y métodos

En relación a la metodología la estrategia de búsqueda bibliográfica empleada para la realización de este protocolo se hace uso casi exclusivo de los recursos de internet.

La búsqueda se hace en español e inglés con los descriptores “Enfermedad/Disease”, “Legg-Perthes”, “cuidados/care” y “necrosis”.

Se revisan publicaciones desde 2010 hasta la actualidad. Las fuentes de información consultadas son las siguientes: Elsevier, Medline Plus, Cuiden, Scielo España y Base de datos Cochrane.

Con todo ello y basándonos en la taxonomía NANDA - NOC-NIC se elaboró un plan de cuidados específicos para aplicar a niños que padezcan la enfermedad de Perthes en el que se seleccionaron los diagnósticos, los objetivos y las actividades que con más frecuencia se detectan:

- Déficit de actividades recreativas (00097).
- Riesgo de caídas (00155).
- Intolerancia a la actividad (00092).
- Riesgo de incumplimiento del tratamiento (00079).
- Dolor agudo (00132).
- Deterioro de la deambulaci3n (00088).
- Baja autoestima situacional.

Y por otro lado se elaboró otro plan de cuidados específico para los padres o cuidadores de los niños afectados por la enfermedad. En este se eligieron los siguientes diagn3sticos enfermeros:

- Afrontamiento familiar comprometido (00074).
- Afrontamiento familiar incapacitante (00073).
- Riesgo de cansancio del Rol de cuidador (00062).

Conclusiones

Es evidente que la enfermedad de Perthes constituye un problema de salud no solo para el niño que la padece sino que también afecta a sus padres en distintos ámbitos; por ello se requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar.

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la atención a estos niños y su familia, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de este colectivo.

La formación y una adecuada gestión de los recursos existentes son dos de los elementos claves en este proceso. Además, sería importante contemplar la coordinación

Bibliografía

1. Familias con Perthes (Sede Web). *España: Familias con Perthes.net*; 1999 (actualizada el 9 de febrero de 2015; acceso el 23 de mayo de 2017). Disponible en <http://www.familiasconperthes.net>.
2. Vargas-Carvajal IX Marínez-Ballesteros OF. *Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes*. Revisión actualizada. *Semergen*. 2012;38(3): 167-174.
3. *U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894*.
4. U.S Department of Health and Human Services National Institutes of Health.
5. Aguado-Maestro I et al. *Artrodiastasis de cadera en la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes*. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2016; 60(4):243-250.

Capítulo 68

Cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva

Autores:

Morales Clemente, Noemí

Espadas Barba, Juan

Sánchez Gaitán, Elena María

Peña de la Cruz, Ana María

Plazuelo Lozano, Josefina

Luque Ruiz, Rafael

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

INTRODUCCIÓN

- La terapia electroconvulsiva (TEC) es una opción terapéutica indicada en distintas enfermedades mentales graves refractarias al tratamiento convencional.
- Consiste en la inducción de una convulsión tónico-clónica generalizada de forma controlada, mediante la aplicación de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo y de breve duración.
- El estímulo se aplica a través de uno o dos electrodos en la superficie craneal y bajo sedación controlada.

OBJETIVOS

- Resaltar el papel de la enfermería en la terapia electroconvulsiva durante el desarrollo de la técnica y en la atención y aplicación de cuidados al paciente.
- Conocer las posibles complicaciones o efectos adversos posteriores a la TEC, para la prevención, detección y tratamiento de riesgos potenciales.

RECURSOS

➤ MATERIALES:

- Lugar: se realiza en un espacio dotado con monitorización continua, respirador y desfibrilador, generalmente en unidades quirúrgicas o de cuidados intensivos.
- Medicación: analgesia previa a la terapia → ketorolaco
inducción anestésica → tiopental / propofol
relajante muscular despolarizante → succinilcolina
analgesia posterior a la terapia → paracetamol y/o metamizol
(en caso de alergias o cefaleas y mialgias)
fármacos variados para posibles efectos secundarios:
metoclopramida, urapidilo, atropina, diazepam..
- Aparataje: equipo de TEC → equipo de pulsos breves, que permite la monitorización automática de la sesión de TEC y el registro en papel termosensible.



➤ HUMANOS:

- Equipo multidisciplinar sanitario entrenado: médico psiquiatra, médico intensivista/anestesiólogo y enfermera.

INDICACIONES

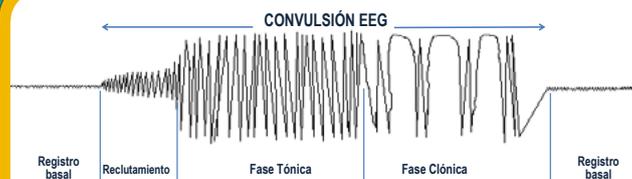
- Está indicada en pacientes con enfermedades mentales graves:
- Depresión psicótica y/o melancólica.
 - Manía con intensa agitación psicomotriz.
 - Catatonía.
 - Esquizofrenia resistente a tratamiento antipsicótico.
 - Brotes psicóticos con desorganización conductual.
 - Alto riesgo de suicidio.
 - Resistencia o contraindicación a fármacos.

CONTRAINDICACIONES

- Hipertensión intracraneal.
- ACV recientes.
- Aneurisma cerebral o de aorta.
- IAM reciente.
- Glaucoma, desprendimiento de retina.

EFFECTOS SECUNDARIOS

- Cuadros confusionales.
- Náuseas y/o vómitos.
- Cefaleas y mialgias.
- HTA y/o arritmias.
- Amnesia



Duración ideal: 25-30 s.
 Mínimo: 15 s.
 Máximo: 120 s.

PROCESO DE ENFERMERÍA

NANDA	NOC	NIC
0032 Patrón respiratorio ineficaz	0403 Estado respiratorio: ventilación 0802 Estado de los signos vitales	3350 Monitorización respiratoria 3320 Oxigenoterapia
0239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	0401 Estado circulatorio 0802 Estado de los signos vitales	6680 Monitorización de los signos vitales
0132 Dolor agudo	1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos 2380 Manejo de la medicación
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida	4920 Escucha activa 5270 Apoyo emocional 5820 Disminución de la ansiedad
0134 Náuseas	2100 Nivel de comodidad 2103 Gravedad del síntoma	2300 Administración de medicación 1450 Manejo de las náuseas 1570 Manejo del vómito
0128 Confusión aguda	0901 Orientación cognitiva 0912 Estado neurológico: conciencia	4820 Orientación de la realidad 6450 Manejo de ideas ilusorias
0035 Riesgo de lesión	1902 Control del riesgo 1909 Control de seguridad: prevención de caídas	6486 Manejo ambiental: seguridad 6490 Prevención de caídas

CONCLUSIÓN

- ✓ La TEC es una terapia eficaz, sobre todo en trastornos depresivos mayores, con cambios espectaculares en la vida diaria familiar y social de estos pacientes.
- ✓ La TEC realizada en un espacio adecuado, en las condiciones descritas, es una terapia segura y rápida, con bajo riesgo de complicaciones.
- ✓ La asistencia enfermera es fundamental tanto para el adecuado desarrollo de la técnica, como para asegurar el confort a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Fortes Álvarez, J.L., Landa Contreras E., Alvites Ahumada, M.P., Pulido la Torre, M.D., Benito Ruiz A. Terapia electroconvulsiva. ¿cuándo y cómo se aplica? fml. 2013; 17(31):6p
- NANDA International. Diagnósticos de Enfermería y Clasificación 2015-2017. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015
- Protocolo de terapia electroconvulsiva (TEC). Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud Mental. Diciembre de 2007.

Resumen: La terapia electroconvulsiva (TEC) es una opción terapéutica indicada en distintas patologías mentales graves que son refractarias al tratamiento convencional.

Es una técnica rápida y segura, con bajo riesgo de complicaciones, basada en la aplicación de una corriente alterna con onda de pulso breve de baja intensidad, cuya finalidad es producir una convulsión tónico-clónica generalizada.

Es importante resaltar el papel de la enfermería durante el desarrollo de la técnica y en el estrecho control posterior del paciente, siendo imprescindible el conocimiento de las posibles complicaciones o efectos adversos, para una correcta prevención, detección y tratamiento de riesgos potenciales.

Palabras Clave: Terapia electroconvulsiva; Psiquiatría; Atención de enfermería.

La terapia electroconvulsiva o comúnmente denominada TEC, es un procedimiento que está indicado en pacientes con enfermedades mentales graves que ya no presentan respuesta a los tratamientos farmacológicos convencionales.

Es una terapia eficaz, sobretodo en los trastornos depresivos mayores, teniendo como resultado unos cambios espectaculares en la vida diaria familiar y social de los pacientes.

El mecanismo de acción general de la TEC sigue siendo desconocido, aunque se piensa que está relacionado con sus efectos sobre varios neurotransmisores.

La TEC está indicada en pacientes con patologías mentales graves, tales como:

- Depresión psicótica y/o melancólica.
- Manía con una intensa agitación psicomotriz.
- Catatonía.
- Esquizofrenia resistente a tratamiento antipsicótico.
- Brotes psicóticos con desorganización conductual.
- Alto riesgo de suicidio.
- Resistencia o contraindicación a fármacos.

Las contraindicaciones de la terapia no son absolutas, pero existen algunas contraindicaciones que son relativas o de riesgo aumentado:

- Hipertensión intracraneal.
- Accidentes cerebrovasculares recientes.
- Aneurisma cerebral o de aorta.
- IAM reciente.
- Glaucoma y/o desprendimiento de retina.

Los efectos secundarios que presentan los pacientes suelen ser posteriores e inmediatos a la técnica y generalmente no son de mucha gravedad. Los más frecuentes son: cuadros confusionales, náuseas, vómitos, cefaleas, mialgias, hipertensión arterial, arritmias y amnesia.

Actualmente el riesgo de muerte por TEC es muy bajo. Según diferentes estudios es similar al de cualquier procedimiento quirúrgico menor que utilice anestesia general de corta duración.

La mortalidad debida a la TEC parece relacionarse en gran medida con los accidentes cardiovasculares durante o inmediatamente después de la terapia y, sobre todo, con las condiciones previas del paciente.

La terapia se debe realizar en un espacio adecuado, dotado con monitorización continua, respirador y desfibrilador, generalmente ubicado en unidades quirúrgicas o de cuidados intensivos.

La TEC se considera una técnica rápida y segura. Consiste en la inducción de una convulsión tónico-clónica generalizada de forma controlada, mediante la aplicación de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo y de breve duración.

El estímulo se aplica a través de uno o dos electrodos colocados sobre la superficie craneal en la zona fronto-temporal y bajo sedación/ relajación controlada.

La duración ideal de la convulsión se estima entre 25-30 segundos, siendo el tiempo mínimo deseable de 15 segundos y el máximo de 120 segundos.

El número de sesiones que se aplica a los pacientes es variable, y depende principalmente de la patología que presente, de la respuesta al tratamiento electroconvulsivo y de la valoración médico-psiquiátrica.

La medicación que se emplea para el procedimiento es:

- Analgesia previa a la terapia (ketorolaco)
- Inducción anestésica (tiopental o propofol al 1%)
- Relajante muscular despolarizante (succinilcolina como primera elección)
- Analgesia posterior a la terapia (paracetamol y/o metamizol en caso de alergias o de cefaleas y mialgias)
- Otros fármacos variados para posibles efectos secundarios: metoclopramida, urapidilo, atropina, diazepam...

El tratamiento se realiza con el equipo de terapia electroconvulsiva, que consiste en un equipo de pulsos breves, y que permite la monitorización automática de la sesión de TEC y su registro en un papel termosensible.

La técnica es realizada por un equipo multidisciplinar sanitario entrenado, y que está formado por un médico psiquiatra, un médico intensivista o anestesista, y una enfermera.

Proceso de enfermería

Diagnóstico: 0146 Ansiedad.

NOC (objetivos/ resultados)

1402 Control de la ansiedad.

1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.

NIC (intervenciones)

4920 Escucha activa.

5270 Apoyo emocional.

5820 Disminución de la ansiedad.

Diagnóstico: 0134 Náuseas.

NOC (objetivos/ resultados)

2100 Nivel de comodidad.

2103 Gravedad del síntoma.

NIC (intervenciones)

2300 Administración de medicación.

1450 Manejo de las náuseas.

1570 Manejo del vómito.

Diagnóstico: 0128 Confusión aguda.

NOC (objetivos/ resultados)

0901 Orientación cognitiva.

0912 Estado neurológico: conciencia.

NIC (intervenciones)

4820 Orientación de la realidad.

6450 Manejo de ideas ilusorias.

Diagnóstico: 0032 Patrón respiratorio ineficaz.

NOC (objetivos/ resultados)

0403 Estado respiratorio: ventilación.

0802 Estado de los signos vitales.

NIC (intervenciones)

3350 Monitorización respiratoria.

3320 Oxigenoterapia.

Diagnóstico: 0239 Riesgo de deterioro de la función vascular.

NOC (objetivos/ resultados)

0401 Estado circulatorio.

0802 Estado de los signos vitales.

NIC (intervenciones)

6680 Monitorización de los signos vitales.

Diagnóstico: 0132 Dolor agudo.

NOC (objetivos/ resultados)

1605 Control del dolor.

NIC (intervenciones)

1400 Manejo del dolor.

2210 Administración de analgésicos.

2380 Manejo de la medicación.

Diagnóstico: 0035 Riesgo de lesión.

NOC (objetivos/ resultados)

1902 Control del riesgo.

1909 Control de seguridad: prevención de caídas.

NIC (intervenciones)

6486 Manejo ambiental: seguridad.

6490 Prevención de caídas.

La TEC realizada en un espacio adecuado, en las condiciones descritas anteriormente, es un tratamiento biológico, eficaz, seguro y rápido, con un bajo riesgo de complicaciones y efectos adversos.

La asistencia enfermera en la terapia electroconvulsiva es fundamental, tanto para el adecuado desarrollo de la técnica como para la detección, prevención y tratamiento de efectos adversos.

La adecuada formación del personal de enfermería permite la aplicación de unos cuidados eficaces y eficientes para asegurar el confort de los pacientes sometidos a este procedimiento.

Bibliografía

1. Fortes Álvarez, JL, Landa Contreras E, Alvites Ahumada, MP, Pulido la Torre, MD, Benito Ruiz A. *Terapia electroconvulsiva. ¿Cuándo y cómo se aplica?* fml. 2013; 17(31):6p
2. *NANDA International*. Diagnósticos de Enfermería de Definiciones y Clasificación 2015-2017. 3ªed. Barcelona: Elsevier; 2015
3. *Protocolo de terapia electroconvulsiva (TEC)*. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud Mental. Diciembre de 2007.

Capítulo 69

Cuidados oftalmológicos en el paciente crítico

Autores:

Vázquez Rodríguez Barbero, Inmaculada

Puebla Martín, Amadeo

Rubio Serrano, María Pilar

García Fernández, Gema

Pacheco Salgado, José Miguel

García Fernández, María del Carmen

CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS EN EL PACIENTE CRÍTICO

Autores:

INTRODUCCIÓN

El paciente en cuidados críticos presentan mecanismos de defensa ocular ausentes o comprometidos los que implica una alta prevalencia para desarrollar enfermedades y complicaciones de la superficie ocular. La enfermería al realizar una atención tan exhaustiva a este tipo de paciente debe proporcionar un entorno seguro y promover las intervenciones necesarias que reduzcan las lesiones oftalmológicas.

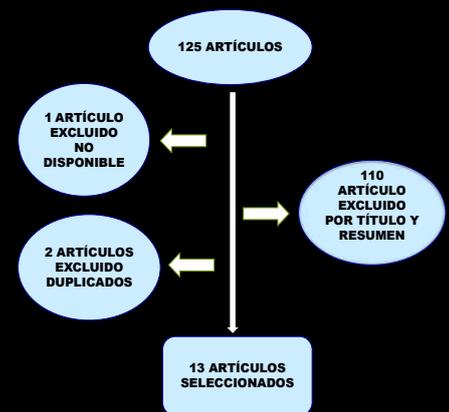
OBJETIVOS

- Evaluar los cuidados enfermeros oftalmológicos en el paciente crítico.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica con las palabra clave (nurs* care) and (eye*) and (critical patient) y cuidados de enfermería y oftalmológicos en el paciente crítico en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Epistemonikos. Criterios de Inclusión: todos los artículos publicados hasta 2002. Sin restricción de idioma.

DIAGRAMA DE FLUJO



ESTUDIO	AUTORES PUBLICACIÓN	DISEÑO	INTERVENCIÓN	CONCLUSIONES
Intensive Care Nurses' Views and Practices for Eye Care: An International Comparison.	Güler EK, Eşer İ, Fashafsheh IHD Clin Nurs Res. 2017 Aug; 26(4):504-524	Descriptivo transversal mediante un cuestionario autoadministrado.	Muestra de 111 enfermeras. 57 de Turquía y 54 Palestinas en 9 Unidades de Cuidados Intensivos. (UCIs)	La solución salina normal (75,9%) fue la solución más comúnmente conocida para la higiene ocular entre las enfermeras palestinas, y la gasa empapada en solución salina normal o agua estéril (64,3%) fueron los suministros más utilizados por las enfermeras turcas. Aunque las enfermeras de la UCI de ambos países tomaron algunas precauciones para prevenir las complicaciones oculares en los pacientes críticos, hubo algunas lagunas e insuficiencias en el cuidado de los ojos de los pacientes de la UCI.
Development and psychometric evaluation of a questionnaire on nurses clinical competence eye care in intensive care unit patients.	Ebadi A, Saeid Y, Ashrafi S, Taheri-Kharameh Z. Nurs Crit Care. 2017 May;22(3):169-175.	Revisión bibliográfica y desarrollo de cuestionario validado	Estudio psicométrico en 2013 en Persa e Inglés posteriormente un cuestionario de 38 ítems de los dominios de conocimiento, actitud y práctica en Persia.	Los resultados de este estudio sugieren que la competencia clínica de las enfermeras en el cuestionario de atención ocular tiene una buena estructura de factores y una fiabilidad aceptable.
How to care for a patient's eyes in critical care settings.	Marsden J, Davies R. R. Nurs Stand. 2016 Dec 14;31(16-18):42-45	Guía Práctica Clínica	Revisión bibliográfica de 17 artículos.	El cuidado de enfermería meticuloso es necesario para prevenir las complicaciones oftálmicas que pueden resultar de la exposición de la córnea en este grupo de pacientes. El cuidado oftalmológico regular y basado en evidencia debe ser parte de la práctica de enfermería de rutina para pacientes que están críticamente enfermos
Evidence of interventions for the risk of dry eye in critically ill patients: An integrative review.	França CF, Fernandes AP, Carvalho DP, de Mesquita Xavier SS, Júnior MA, Botarelli FR, Vitor AF. Appl Nurs Res. 2016 Feb;29:e14-7.	Revisión sistemática	Muestra final de 10 estudios en Inglés	Varios métodos de atención mostraron evidencia científica sólida para prevenir el ojo seco, relacionado con la oclusión y la lubricación ocular. Hay necesidad de más estudios para determinar la fuerza de esta evidencia.
Moisture chamber versus lubrication for corneal protection in critically ill patients: a meta-analysis.	Zhou Y, Liu J, Cui Y, Zhu H, Lu Z. Cornea. 2014 Nov;33(11):1179-85	Metánlisis	Revisión de 7 Ensayos Controlados Aleatorios incluidos hasta el 31 de mayo del 2014.	El uso de cámaras de humedad está asociado con una protección corneal más eficaz en comparación con la lubricación. El resultado analítico está limitado por un grave riesgo de sesgo e imprecisión.
An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran.	Masoudi Alavi N, Sharifitabar Z, Shaeri M, Adib Hajbaghery M. Nurs Crit Care. 2014 Mar;19(2):73-7.	Descriptivo transversal	4 UCIs en 2 Hospitales de Enseñanza en las ciudades de Kashan y Teherán . Muestra de 87 pacientes examinados por un oftalmólogo.	La abrasión corneal y la sequedad ocular fueron problemas comunes en los pacientes de la UCI. La sequedad ocular fue el principal factor de riesgo para el desarrollo de la abrasión corneal. Los pacientes que recibieron cinta adhesiva como método de cuidado de los ojos tuvieron dos veces más probabilidades de desarrollar abrasión corneal.
Effective management of exposure keratopathy developed in intensive care units: the impact of an evidence based eye care education programme.	Demirel S, Cumurcu T, Firat P, Aydoğan MS, Doğanay S. Intensive Crit Care Nurs. 2014 Feb;30(1):38-44	Ensayo clínico controlado aleatorio a un sólo ciego	Educación de 300 enfermeros en el cuidado de ojos . Pacientes: Grupo I, 762 preentrenamiento. Grupo II, 6196 postformación	Se observó una reducción muy significativa en la incidencia de la exposición corneal, siguiendo el programa de educación oftalmológica.
Protocolized eye care prevents corneal complications in ventilated patients in a medical intensive care unit.	Azfar MF, Khan MF, Alzeer AH, Saudi J. Anaesth. 2013 Jan;7(1):33-6.	Cohorte observacional prospectivo..	Estudio en 3 fases. De 6 meses cada una: 1 Práctica en las unidades 2 Realizar un protocolo 3 Auditoría	El cuidado ocular protocolizado puede reducir el riesgo de complicaciones corneales en pacientes ventilados
Effectiveness of polyethylene covers versus carbomer drops (Viscotears) to prevent dry eye syndrome in the critically ill.	Kocaçal Güler E, Eşer İ, Eğrimez S. J Clin Nurs. 2011 Jul; 20(13-14):1916-22	Estudio prospectivo aleatorizado contralateral	Muestra de 6 pacientes en la Unidad de Anestesia y Reanimación en Ege University Medical de marzo -julio del 2007	Una cubierta de polietileno es significativamente eficaz en la prevención del síndrome de ojo seco en pacientes de cuidados intensivos. Como una intervención de cuidado de los ojos, la eficacia de la cubierta de polietileno debe ser apoyado por estudios adicionales
Randomised trial comparing ocular lubricants and polyacrylamide hydrogel dressings in the prevention of exposure keratopathy in the critically ill.	Ezra DG, Chan MP, Solebo L, Malik AP, Crane E, Coombes A, Healy M. Intensive Crit Care Medicine 2009 Mar;35(3):455-61	Ensayo clínico controlado aleatorio a un sólo ciego	Muestra 40 pacientes asignados al azar a recibir Lacrilube o Gelpiperm en la UCI Hospital Royal London con revisión oftalmológica diaria.	Gelpiperm es tan efectivo como Lacrilube en la prevención de exposición a la queratopatía en el enfermo crítico. También observamos que el personal de enfermería debe estar completamente capacitado en su aplicación para el cuidado de los ojos
Comparing the effectiveness of polyethylene covers (Gladwrap with lanolin (Duratears) eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: a randomized controlled study	So HM, Lee CC, Leung AK, Lim JM, Chan CS, Yan WW. Int J Nurs Stud. 2008 Nov; 45(11):1565-71.	Ensayo clínico controlado aleatorio a un sólo ciego	Muestra de 120 pacientes ventilados en UCI asignados aleatoriamente a cubierta de polietileno o pomada ocular con lanolina.	Con la implementación de un protocolo estandarizado de cuidado de los ojos, la cubierta de polietileno es igualmente eficaz en la prevención de las abrasiones corneales cuando se compara con el ungüento para ojos de lanolina. El beneficio adicional de la cubierta de polietileno como una barrera física para proteger los ojos de los pacientes necesitaba una evaluación adicional.
Eyecare in the critically ill: clinical practice guideline.	Marshall AP, Elliott R, Rolls K, Schacht S, Boyle M. Aust Crit Care. 2008 Mar;21(2):97-109.	Guía Práctica Clínica	Proyecto colaborativo de las UCIs de NSW para desarrollar Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia por enfermeros expertos.	Hay pocos estudios y con bajo nivel de evidencia. Las recomendaciones mejoran los resultados de los pacientes y ayuda a los clínicos a evaluar y supervisar las complicaciones oftalmológicas y a proporcionar intervenciones preventivas apropiadas si se aplican ampliamente.
Development of a new eye care guideline for critically.	Dawson D. I. Intensive Crit Care Nurs. 2005 Apr;21(2):119-22.	Revisión bibliográfica	Muestra de 31 pacientes ventilados y sedados realizándose 47 exámenes validados por un oftalmólogo.	Una auditoría de la enfermedad de la superficie del ojo y la documentación del cuidado ocular reveló un problema dentro de una unidad general de cuidados intensivos (UICG). Se desarrolló un programa de educación para destacar la incidencia de la enfermedad de la superficie de los ojos y la importancia del cuidado de los ojos en el paciente ventilado.

CONCLUSIONES

El cuidado oftalmológico basado en la evidencia y protocolizado debe ser parte de la práctica de enfermería en el paciente crítico

Resumen: Los pacientes en cuidados críticos presentan mecanismos de defensa ocular ausentes o comprometidos los que implica una alta prevalencia para desarrollar enfermedades y complicaciones de la superficie ocular.

El objetivo planteado: evaluar los cuidados enfermeros oftalmológicos en los pacientes críticos.

Se realiza una búsqueda bibliográfica con las palabra clave (nurs care) and (eye*) and (critical patient) en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Epistemonikos.de todos los artículos publicados hasta 2002. Se seleccionaron 13 artículos.*

El cuidado oftalmológico basado en la evidencia y protocolizado debe ser parte de la práctica de enfermería en los pacientes críticos

Palabras Clave: Ojo; Revisión; Enfermería de Cuidados Críticos.

Introducción

Los pacientes en cuidados críticos presentan mecanismos de defensa ocular ausentes o comprometidos los que implica una alta prevalencia para desarrollar enfermedades y complicaciones de la superficie ocular^{1,2}.

La enfermería al realizar una atención directa a estos pacientes debe proporcionar un entorno seguro y promover las intervenciones necesarias que reduzcan las lesiones oftalmológicas³.

Objetivo

Evaluar los cuidados enfermeros oftalmológicos en los pacientes críticos.

Metodología y resultados

Se realiza una búsqueda bibliográfica con las palabras claves (nurs* care) and (eye*) and (critical patient) en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Epistemonikos.

Criterios de Inclusión: artículos publicados hasta 2002. Sin restricción de idioma.

Se encontraron 125 artículos, 110 fueron excluidos por título y resumen, 2 artículos excluidos por duplicidad, 1 artículo excluido por no estar disponible.

Se seleccionaron 13 artículos:

1. Intensive Care Nurses's Views and Practices for Eye Care: An International Comparison. 2017. Estudio descriptivo transversal. La solución salina normal (75,9%) fue la solución más comúnmente conocida para la higiene ocular entre las enfermeras palestinas, y la gasa empapada en solución salina normal o agua estéril (64,3%) fueron más utilizados por las enfermeras turcas. Las enfermeras de ambos países tomaron algunas precauciones para prevenir las complicaciones oculares en los pacientes críticos, existieron lagunas e insuficiencias en el cuidado de los ojos.

2. Development and psychometric evaluation of a questionnaire on nurses's clinical competence eye care in intensive care unit patients. 2017. Revisión bibliográfica. La competencia clínica de las enfermeras en el cuestionario de atención ocular tiene una buena estructura de factores y una fiabilidad aceptable.

3. How to care for a patient's eyes in critical care settings. 2016. Guía Práctica Clínica. El cuidado de enfermería meticuloso es necesario para prevenir las complicaciones oftálmicas que pueden resultar de la exposición de la córnea en este grupo de pacientes. El cuidado oftalmológico regular y basado en evidencia debe ser parte de la práctica de enfermería de rutina para pacientes críticos.

4. Evidence of interventions for the risk of dry eye in critically ill patients: An integrative review. 2016. Guía Práctica Clínica. Varios métodos de atención mostraron evidencia científica sólida para prevenir el ojo seco, relacionado con la oclusión y la lubricación ocular. Hay necesidad de más **estudios para determinar la fuerza de esta evidencia.**

5. Moisture chamber versus lubrication for corneal protection in critically ill patients: a meta-analysis. An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran. 2014. Revisión de 7 Ensayos Controlados Aleatorios. El uso de cámaras de humedad está asociado con una protección corneal más eficaz en comparación con la lubricación. El resultado analítico está limitado por riesgo de sesgo e imprecisión

6. An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran. 2014. Estudio descriptivo transversal. La abrasión corneal y la sequedad ocular fueron problemas comunes en los pacientes de la UCI. La sequedad ocular fue el principal factor de riesgo para el desarrollo de la abrasión corneal. Los pacientes que recibieron cinta adhesiva como método de cuidado de los ojos tuvieron dos veces más probabilidades de desarrollar abrasión corneal.

7. Effective management of exposure keratopathy developed in intensive care units: the impact of an evidence based eye care education programme. 2014. Ensayo clínico. Se observó una reducción muy significativa en la incidencia de la exposición corneal, siguiendo el programa de educación oftalmológica.

8. Protocolized eye care prevents corneal complications in ventilated patients in a medical intensive care unit. 2013. Cohorte observacional prospectivo. El cuidado ocular protocolizado puede reducir el riesgo de complicaciones corneales en pacientes ventilados

9. Effectiveness of polyethylene covers versus carbomer drops (Viscotears) to prevent dry eye syndrome in the critically ill. 2011. Estudio prospectivo aleatorizado contralateral. Una cubierta de polietileno es significativamente eficaz en la prevención del síndrome de ojo seco en pacientes de cuidados intensivos.

10. Randomised trial comparing ocular lubricants and polyacrylamide hydrogel dressings in the prevention of exposure keratopathy in the critically ill. 2009. Ensayo clínico. Geliperm es tan efectivo como Lacrilube en la prevención de exposición a la queratopatía en el enfermo crítico. También observamos que el personal de enfermería debe estar completamente capacitado para el cuidado de los ojos

11 Comparing the effectiveness of polyethylene covers (Gladwrap with lanollin (Duratears) eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: a randomized controlled study. 2008. Ensayo clínico. Con la implementación de un protocolo estandarizado de cuidado de los ojos, la cubierta de polietileno es igualmente eficaz en la prevención de las abrasiones corneales cuando se compara con el ungüento para ojos de lanolina. La cubierta de polietileno como una barrera física para proteger los ojos de los pacientes necesitaba una evaluación adicional.

12 Eyecare in the critically ill: clinical practice guideline. 2008. Guía Práctica Clínica. Hay pocos estudios y con bajo nivel de evidencia. Las recomendaciones mejoran los resultados de los pacien-

tes y ayuda a los clínicos a evaluar y supervisar las complicaciones oftalmológicas y a proporcionar intervenciones preventivas apropiadas si se aplican ampliamente.

13. Development of a new eye care guideline for critically. 2005. Revisión bibliográfica. Se desarrolló un programa de educación para destacar la incidencia de la enfermedad de la superficie de los ojos y la importancia del cuidado de los ojos en el paciente ventilado.

Conclusión

El cuidado oftalmológico basado en la evidencia y protocolizado debe ser parte de la práctica de enfermería en los pacientes críticos

Bibliografía

1. *How to care for a patient's eyes in critical care settings.* Marsden J, Davies R. Nurs Stand. 2016 Dec 14;31(16-18):42-45.

2. *An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran.* Masoudi Alavi N, Sharifitabar Z, Shaeri M, Adib Hajbaghery M. Nurs Crit Care. 2014 Mar;19(2):73-7.

3. *Evidence of interventions for the risk of dry eye in critically ill patients: An integrative review.* de França CF, Fernandes AP, Carvalho DP, de Mesquita Xavier SS, Júnior MA, Botarelli FR, Vitor AF. Appl Nurs Res. 2016 Feb;29:e14-7.

Capítulo 70

Dedos en garra y fisioterapia. Caso clínico

Autores:

Fernández-Sarabia Pardo, Laura

Guzmán Pecino, Verónica

DEDOS EN GARRA Y FISIOTERAPIA. CASO CLÍNICO.

INTRODUCCION

Mujer, 30 años de edad, intervenida de dedos en garra 2°-5° metatarsianos derechos.

- ❖ Síntomas: dolor en cabeza de 2°-5° metatarsianos (más en el 4°), antigua fractura por estrés en 4° metatarsiano, dificultades para el calzado, dolor al caminar distancias medias, callosidades.
- ❖ Diagnóstico: dedos en garra y hallux valgus en ambos pies, desde la adolescencia, siendo más pronunciados en el pie derecho.
- ❖ Tratamiento: Se plantea la reducción de dedos en garra, mediante cirugía percutánea.
- ❖ Evolución: 8 semanas tras la intervención, aparece retardo en la consolidación. Se pautan entonces sesiones de rehabilitación diarias, durante 6 semanas. Tras el tratamiento rehabilitador la paciente refiere gran mejoría, todavía aparecen ciertas molestias y dolor en zonas adyacentes.

OBSERVACION CLINICA

Dentro de las numerosas alteraciones patológicas del pie, la deformidad del 2° al 5° metatarsianos, se considera de las más frecuentes, siendo las más comunes los dedos en garra y en martillo. Definimos el dedo en garra como aquel que presenta hiperextensión de la articulación metatarsofalángica, con flexión de la articulación interfalángica proximal y posición de flexión o posición neutra de la articulación interfalángica distal. A diferencia del dedo en martillo, donde encontraremos la articulación metatarsofalángica generalmente en hiperextensión, con flexión de la articulación interfalángica proximal y la posición de flexión, extensión o neutro, de la articulación interfalángica distal.

Dependiendo de la gravedad de la deformidad, puede ser flexible o parcialmente flexible, o tratarse de una deformidad fija y rígida, siendo ésta última más dolorosa.

La primera opción de tratamiento para ésta deformidad sería el tratamiento conservador, en caso de no ceder la sintomatología y la metatarsalgia, optaríamos por un tratamiento quirúrgico, donde encontramos diversas opciones: transposición tendinosa del flexor, liberación de tenotomía del flexor o extensor, capsulotomía de la articulación metatarsofalángica, artroplastias de resección, artrodesis interfalángica, etc.

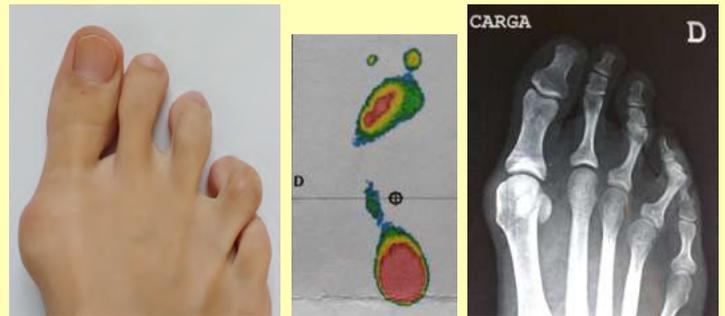
Las complicaciones quirúrgicas que pueden encontrarse son: retardo en la consolidación, mala alineación post-quirúrgica, rigidez de los dedos intervenidos, edema, no desaparición del dolor... Éstas no suelen ser muy frecuentes.

DISCUSION

La paciente es intervenida quirúrgicamente, bajo anestesia local. Se realiza tenotomía percutánea de flexo-extensores, y osteotomía 1ª falange del 2°-4° dedos. Los puntos son retirados a los 13 días de la intervención, siendo frecuente sangrado y molestias. A los 19 días se retira el zapato ortopédico y se pauta un vendaje funcional de los dedos. A los 44 días se retira el vendaje funcional. El pie continúa presentando hematoma y edema. La paciente presentaba limitación de movimiento tras la intervención, inflamación y falta de propiocepción. A los 56 días se realiza RX, mostrándose retardo de consolidación. El traumatólogo pauta sesiones de fisioterapia (magnetoterapia y drenaje linfático). Tras 23 sesiones de rehabilitación, la paciente refiere notable mejoría, reducción del edema y los dolores/molestias. Por entonces, todavía existe falta de propiocepción, inflamación tras andar distancias medias, picores y dolores solamente al permanecer de pie durante largo tiempo. Una vez finalizadas las 30 sesiones de fisioterapia, el edema había desaparecido, junto con los dolores y pinchazos. Es con la vuelta a la actividad laboral (3 meses tras la operación), cuando la paciente empieza a tener el control del pie a la hora de caminar y conducir. Cuatro meses tras operarse, la paciente es capaz de permanecer de pie largo tiempo, andar distancias largas, ponerse de puntillas y mantener equilibrio. Refiere notar algún tipo de molestias en días más fríos, sudoración aumentada en el pie y más molestias que antes en el hallux valgus. Aparece de forma esporádica y en pequeña cantidad, inflamación de los dedos a final de día.

EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **INTERROGATORIO:** Dolor y molestias en zona plantar con prácticamente todo tipo de calzado, imposibilidad de una larga deambulación sin dolor y/o inflamación posterior de la zona metatarso-falángica. Episodio de fractura por estrés en 4° metatarsiano. Roce continuo con el calzado de la interfalángica proximal del 4° dedo, con presencia de callosidades.
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Presencia de dedos en garra semi-flexibles en los dedos 2°-4°, dolor a la palpación en cabeza de metatarsianos, siendo más agudo en el 4° dedo. Hallux valgus con leves signos de rigidez. Presencia de callosidad en el dorso de la articulación inter-falángica del IV dedo y bajo la articulación metatarso-falángica. Mal apoyo plantar.
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Radiografía de ambos pies, encontrando la desviación de los 5 dedos, hallux valgus del 1° dedo, y dedos en garra, siendo más pronunciado a nivel del 4° meta.



* PIE DERECHO ANTES DE SER OPERADO

PLAN DE CUIDADOS post-quirúrgico

- Uso de zapato rígido ortopédico durante al menos 10 días.
- Deambulación relativa con ayuda de muleta desde el primer día.
 - Aplicación de hielo diariamente.
 - Toma de Paracetamol, Nolotil y Redoxon.
- Control de temperatura y del sangrado de puntos.



* PIE DERECHO OPERADO

CONCLUSION

Éste caso nos genera dudas en cuanto a sus resultados.

La paciente refiere notar grandes mejorías de dolor en 2°-4° dedos, a su vez refiere notar mucho más dolor, en cantidad y frecuencia, del hallux valgus. Hace preguntarnos si la operación en una paciente tan joven merece la pena cuando los dedos en garra eran flexibles; y si las molestias del 1° dedo serán transitorias, o permanentes, provocando un nuevo cuadro de dolor e impotencia funcional como presentaba antes de la operación.

Nos preguntamos si no hubiese sido suficiente con la tenotomía, evitando las complicaciones de las osteotomías.

Por otra parte, somos partidarios de iniciar las sesiones de fisioterapia cuanto antes tras el post-operatorio, al menos con sesiones de magnetoterapia, que hubiesen ayudado en la reabsorción del hematoma y edema, y habría contribuido a acelerar el proceso de consolidación ósea, no teniendo que esperar a la 8ª semana en éste caso, por prescripción del facultativo. Por otra parte, destacar la importancia del trabajo propioceptivo tras éste tipo de intervenciones.

Resumen: Se presenta el caso de una paciente de 30 años, intervenida por dedos en garra en pie derecho, por presentar: dolor en cabeza de metatarsianos, antigua fractura por estrés, dificultades para el calzado, dolor al caminar. Presencia de dedos en garra y hallux valgus bilateral.

Se plantea desde el servicio de traumatología la reducción de los dedos en garra, mediante cirugía percutánea. A las 8 semanas se observa retardo de consolidación. Pautan entonces sesiones de rehabilitación, consistentes en magnetoterapia, drenaje linfático y cinesiterapia diarios. Los resultados tras la misma fueron buenos, pero con ciertas limitaciones.

Palabras Clave: Metatarso; Fisioterapia; Cirugía.

Introducción

Mujer, 30 años de edad, intervenida por dedos en garra del segundo al quinto dedo del pie derecho.

La paciente presentaba: dolor en cabezas de metatarsianos (más en 4º dedo), antigua fractura por estrés en 4º metatarsiano, dificultades para el calzado, dolor al caminar. Presenta dedos en garra y hallux valgus desde la adolescencia. Se plantea desde el servicio de traumatología la reducción de las garras, mediante cirugía percutánea. Pasadas 8 semanas tras la intervención, se hace una radiografía de control, mostrándose un retardo de consolidación. Es entonces cuando el traumatólogo pauta sesiones de rehabilitación, que recibirá diariamente durante 6 semanas consecutivas.

Exploraciones y pruebas complementarias

- **Interrogatorio:** Dolor en zona plantar con todo tipo de calzado, deambulación dolorosa. Episodio de fractura por estrés en el 4º metatarsiano.
- **Exploración física:** Presencia de dedos en garra semi-flexibles en los dedos 2º-5º, dolor a la palpación en la cabeza de los metatarsianos, más intenso en 4º dedo. Hallux valgus sin signos de rigidez. Presencia de callosidad en dorso de la articulación inter-falángica del 4º dedo y bajo la articulación metatarso-falángica. Mal apoyo plantar.
- **Radiografía:** Garras en 2º-5º dedos, hallux valgus.

Observación clínica

De las numerosas alteraciones patológicas del pie, la deformidad del 2º al 4º metatarsianos es una de las más frecuentes, siendo las más comunes dedos en garra y dedos en martillo. Definimos el dedo en garra como aquel que presenta hiperextensión de la articulación metatarsofalángica, con flexión de la articulación interfalángica proximal y posición de flexión o posición neutra de la articulación interfalángica distal. A diferencia del dedo en martillo, donde encontraremos la articulación metatarsofalángica generalmente en hiperextensión, con flexión de la articulación interfalángica proximal y la posición de flexión, extensión o neutro, de la articulación interfalángica distal.

Dependiendo de la gravedad de la deformidad, puede ser flexible o parcialmente flexible, o tratarse de una deformidad fija y rígida, siendo ésta última más dolorosa.

La primera opción de tratamiento sería el tratamiento conservador; en caso de no ceder la sintomatología y la metatarsalgia, optaríamos por la cirugía: transposición tendinosa del flexor, liberación de tenotomía del flexor o extensor y capsulotomía de la articulación metatarsofalángica, artroplastías de resección, artrodesis interfalángica, etc.

Las complicaciones quirúrgicas que pueden encontrarse son: retardo en la consolidación, mala alineación post-quirúrgica, rigidez de los dedos intervenidos, edema, no desaparición del dolor...

Plan de cuidados

Tras la operación se recomienda:

- Uso de zapato rígido ortopédico (al menos 10 días).
- Deambulación relativa con ayuda de muleta.
- Aplicación de hielo.
- Control de temperatura.
- Toma de Paracetamol, Nolotil y Redoxon.
- Control del sangrado de los puntos.

Discusión

La paciente es intervenida quirúrgicamente. Se utiliza anestesia local. Se le realiza tenotomía percutánea de extensores y flexores, y osteotomía de la primera falange del 2º al 5º dedo. Los puntos son retirados a los 13 días de la intervención, siendo frecuente el sangrado y molestia de algunos. A los 19 días se retira el zapato ortopédico y se pauta un vendaje funcional. A los 44 días desde la operación se retira el vendaje funcional, dejando el pie completamente libre. El pie presenta todavía hematoma y edema, sobre todo a nivel dorsal de las articulaciones metatarso-falángicas, y las interfalángicas proximal y distal. La paciente presenta todavía inflamación, falta de propiocepción y miedo e inseguridad, que dificultan el caminar. A los 56 días tras la intervención se realiza una radiografía, mostrándose el retardo de consolidación, es entonces cuando el traumatólogo decide mandar sesiones de fisioterapia: magnetoterapia, drenaje linfático y ejercicios.

Tras 23 sesiones de rehabilitación, la paciente refiere una notable mejoría, el edema empieza a desaparecer y los dolores/molestias son muy poco frecuentes. Por entonces, todavía existía falta de propiocepción, imposibilidad de ponerse de puntillas, inflamación tras andar distancias medias, picores y dolores solamente al permanecer de pie durante un largo tiempo. Una vez finalizadas las 30 sesiones de fisioterapia, el edema prácticamente había desaparecido, al igual que los dolores y pinchazos. Es con la vuelta a la actividad laboral, a los 3 meses tras la operación, cuando se consigue recuperar la propiocepción completamente.

Cuatro meses tras la cirugía, es capaz de permanecer de pie sin problemas, andar largas distancias, ponerse de puntillas, mantener equilibrio. Refiere notar algún tipo de molestias en los días más fríos, sudoración aumentada en el pie intervenido, molestias que han aumentado en el hallux valgus y rigidez de los dedos. Aparece de forma esporádica y en pequeña cantidad, inflamación de los dedos al final de día. Por lo demás, hace una vida completamente normal, a excepción de que no puede andar rápido ni usar cualquier calzado por molestias en el hallux valgus sobre todo.

Conclusión

Éste caso nos genera dudas en cuanto a resultados.

La paciente refiere notar grandes mejorías del dolor de 2º-5º metatarsianos y a su vez refiere notar mucho más dolor, en cantidad y frecuencia, del hallux valgus. Nos hace preguntarnos si la operación en una paciente tan joven merece la pena cuando los dedos en garra eran flexibles, si no hubiese sido suficiente con la tenotomía, evitando las complicaciones de las osteotomías. Dudamos de si las molestias del 1º dedo serán transitorias, o por el contrario serán permanentes, provocando nuevos cuadros de dolor e impotencia funcional.

Creemos conveniente el inicio de sesiones de magnetoterapia de forma temprana, que ayudan a la reabsorción del hematoma y edema, y aceleran el proceso de consolidación ósea.

Bibliografía

1. García FP, Gutiérrez JO, Jiménez LB, Nucamend MF. *Tratamiento de la deformidad en garra de los dedos menores del pie*. Acta Ortopédica Mexicana. 2008 May;22(3):189-94.
2. Santonja F. *Deformidades de los dedos de los pies*. Arribas Blanco JM et al. *Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia*. 2da ed. Madrid: Jarpyo Ediciones. 2006:1015-5.
3. Milego JZ. *Deformidad en garra de los dedos del pie*. Jano. 2004 Apr 9;66(1.516):1460.

Capítulo 71

Detección de la violencia de género en los centros sanitarios

Autora:

Chaparro León, María

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LOS CENTROS SANITARIOS

Autor:



INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer en la pareja es uno de los problemas de salud pública actualmente más importante por su creciente incidencia y mortalidad. Aproximadamente, un tercio de las mujeres de todo el mundo son víctimas y/o supervivientes de maltratos, violaciones y asesinatos. Este problema resta años de vida a las personas que lo sufren, porque causa lesiones físicas y psicológicas irreversibles y, en algunos casos, la muerte.

OBJETIVOS

Establecer pautas comunes al personal sanitario para la detección precoz y la atención integral física, psicológica, emocional y social a las mujeres que sufren violencia de género en todas las formas y que acuden a un centro sanitario.

Dotar a los/as profesionales de los conocimientos, habilidades e instrumentos necesarios y adecuados para la detección precoz de la violencia de género.

MÉTODOLÓGÍA

Tras realizar revisión bibliográfica de protocolos de atención a las mujeres y guías de actuación rápida, se establecen las recomendaciones para el personal de enfermería para la detección de mujeres que sufren violencia de género. En la actualidad se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres: Física, sexual y psicológica. La mayoría de las veces la violencia física dentro de la pareja va unida a la psicológica. Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

INTERVENCIONES

Detección:

Se debe mantener una actitud de alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente sufre malos tratos. En los casos en que se sospeche que es así, realizar una entrevista clínica específica para detectarlos.

Tipo de preguntas:

Se debe atender a la mujer en un clima de confianza adecuado.

-He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. -Veo que...(relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?, -La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿Cree que todo está relacionado?

Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato:

Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad Observar las actitudes y estado emocional a través del lenguaje verbal y no verbal Facilitar la expresión de los sentimientos. Mantener una actitud empática que facilite la comunicación con la escucha activa. Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas. Abordar directamente el tema de la violencia Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

Actuación:

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso.

Situación en urgencias

- 1.- Mujer de la que sospechamos que puede estar sufriendo Violencia de Género, pero ella no lo reconoce.
- 2.- Mujer que reconoce sufrir Violencia de Género pero que no se encuentra en peligro extremo.
- 3.- Mujer que reconoce sufrir Violencia de Género y se encuentra en peligro extremo.
- 4.- Mujer que sufre Violencia de Género, casos agudos.
- 5.- Mujer que ha sufrido agresión sexual.

En primer lugar, se deberá atender el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados. La atención a la paciente se realizará en función de las lesiones y síntomas presentados. Se deberá valorar la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social. Igualmente se ha de indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas. El informe de alta que se facilite a la mujer debe detallar las lesiones que ésta presenta y su estado psicológico. Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad sobre todo si viene acompañada por el presunto agresor

Valoración inicial:

Valoración del estado de salud física de la mujer y establecer un diagnóstico y atención adecuados. Valorar si precisa ingreso en hospitalario o actuación urgente. Valorar la situación familiar: Indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes a cargo de la mujer, que también puedan estar padeciendo la violencia, por si fuera preciso tomar medidas inmediatas. Situación psico-emocional (valorar si precisa actuación de personal de psicología y psiquiatría con carácter de urgencia). Valorar si precisa ingreso en hospitalario o actuación urgente Determinar si se encuentra o no en peligro extremo

Sistema de registro:

Es importante el registro de todas las actuaciones en la historia clínica, porque puede servir de prueba en caso de proceso judicial, también en caso de historia informatizada se puede valorar escribir con bloqueo informático para mantener la confidencialidad, registrando según el caso la situación concreta con la que nos encontramos. En el informe de alta que se facilite a la mujer debe detallarse las lesiones que ésta presenta y su estado psicológico. Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada del presunto agresor o puede que al llegar a su domicilio el agresor descubra la copia del alta). En tal caso, indicarle que se le puede entregar una copia a alguien de confianza, en lugar de llevarla consigo. Si procede, parte judicial e informe de lesiones.

CONCLUSIONES

La violencia contra la mujer, especialmente la doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas para la salud física. Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que son objeto de violencia, ya que la mayoría entra en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida. La mayoría de los profesionales de salud no tienen tiempo ni formación para asumir la responsabilidad exclusiva de cubrir las necesidades de las mujeres maltratadas. Sin embargo, se puede aprender a detectar los casos de maltrato y ofrecer a las mujeres que lo sufren un seguimiento para apoyarlas en el análisis de lo que les está pasando, la toma de decisiones y la derivación a otros servicios.

Resumen: La violencia contra la mujer en la pareja es uno de los problemas de salud pública actualmente más importante. Los objetivos son establecer pautas comunes para la detección precoz y la atención integral en víctimas de violencia de género y dotar a los/as profesionales de los conocimientos y habilidades adecuados para la detección precoz de la violencia de género. La metodología e intervenciones se basa en recomendaciones con una detección, una actuación, valoración inicial y sistema de registro. Con protocolos como este se aprende a detectar los casos de maltrato y ofrecer a las mujeres un seguimiento y apoyo.

Palabras Clave: Violencia de Género; Violencia Doméstica; Maltrato Conyugal.

Introducción

La violencia contra la mujer en la pareja es uno de los problemas de salud pública actualmente más importante por su creciente incidencia y mortalidad. Aproximadamente, un tercio de las mujeres de todo el mundo son víctimas y/o supervivientes de maltratos, violaciones y asesinatos. Este problema resta años de vida a las personas que lo sufren, porque causa lesiones físicas y psicológicas irreversibles y, en algunos casos, la muerte.

Objetivos

Los objetivos son establecer pautas comunes al personal sanitario para la detección precoz y la atención integral física, psicológica, emocional y social a las mujeres que sufren violencia de género en todas las formas y que acuden a un centro sanitario y dotar a los/as profesionales de los conocimientos, habilidades e instrumentos necesarios y adecuados para la detección precoz de la violencia de género.

Materiales y método

En la metodología se establecen las recomendaciones para el personal de enfermería para la detección de mujeres que sufren violencia de género.

Las intervenciones se basan en una detección, actuación, valoración primaria y sistema de registro. En la detección se debe mantener una actitud de alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente sufre malos tratos. En los casos en que se sospeche que es así, realizar una entrevista clínica específica para detectarlos. Se debe atender a la mujer en un clima de confianza adecuado.

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso. Las situaciones que se pueden dar son:

- Mujer de la que sospechamos que puede estar sufriendo violencia de género, pero ella no lo reconoce.
- Mujer que reconoce sufrir violencia de género pero que no se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que reconoce sufrir violencia de género y se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que sufre violencia de género, casos agudos.
- Mujer que ha sufrido agresión sexual.

En primer lugar, se deberá atender el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados. La atención a la paciente se realizará en función de las lesiones y síntomas presentados. Se deberá valorar la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social. Igualmente se ha de indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas. El informe de alta que se facilite a la mujer debe detallar las lesiones que ésta presenta y su estado psicológico. Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad sobre todo si viene acompañada por el presunto agresor.

La valoración inicial se basa en valoración del estado de salud física de la mujer y establecer un diagnóstico y atención adecuados. Valorar si precisa ingreso en hospitalario o actuación urgente. Valorar la situación familiar: Indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes a cargo de la mujer, que también puedan estar padeciendo la violencia, por si fuera preciso tomar medidas inmediatas. Situación psico-emocional (valorar si precisa actuación de personal de psicología y psiquiatría con carácter de urgencia). Valorar si precisa ingreso en hospitalario o actuación urgente Determinar si se encuentra o no en peligro extremo.

Es importante el registro de todas las actuaciones en la historia clínica, porque puede servir de prueba en caso de proceso judicial, también en caso de historia informatizada se puede valorar escribir con bloqueo informático para mantener la confidencialidad, registrando según el caso la situación concreta con la que nos encontramos. En el informe de alta que se facilite a la mujer debe detallarse las lesiones que ésta presenta y su estado psicológico. Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada del presunto agresor o puede que al llegar a su domicilio el agresor descubra la copia del alta). En tal caso, indicarle que se le puede entregar una copia a alguien de confianza, en lugar de llevarla consigo. Si procede, parte judicial e informe de lesiones.

Conclusiones

Las conclusiones se centran en que la violencia contra la mujer, especialmente la doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas para la salud física. Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que son objeto de violencia, ya que la mayoría entra en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida. La mayoría de los profesionales de salud no tienen tiempo ni formación para asumir la responsabilidad exclusiva de cubrir las necesidades de las mujeres maltratadas. Sin embargo, se puede aprender a detectar los casos de maltrato y ofrecer a las mujeres que lo sufren un seguimiento para apoyarlas en el análisis de lo que les está pasando, la toma de decisiones y la derivación a otros servicios.

Bibliografía

1. Isabel Ruiz-Pérez, Juncal Plazaola-Castaño, Pilar Blanco-Prietob, Juana María González-Barrancoc, Pilar Ayuso-Martínd, María Isabel Montero-Piñare y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. *La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la Atención Primaria*. Gac Sanit. 2006;20(3):202-8.
2. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. *Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias*. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:4-12.
3. Mata N, Ruiz I. *Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria [tesina máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria]*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002.

Capítulo 72

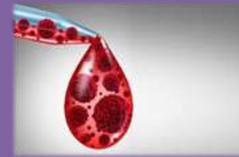
Detección y tratamiento de la leucemia

Autores:

Guerrero Sola, Lorena

Ruiz Serrano, Jesús Javier

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA



Autores: Lorena Guerrero Sola y Jesús Javier Ruiz Serrano

INTRODUCCIÓN

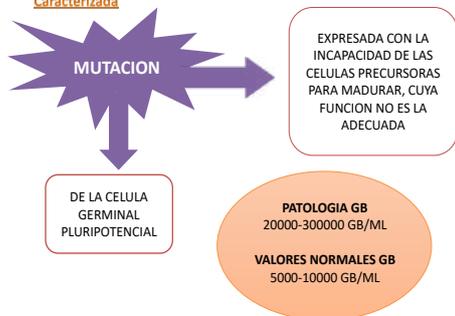
Anatomofisiología del hueso

- Hueso compacto
 - Hueso esponjoso
 - Medula ósea
- ROJA → GLOBOS ROJOS (GR), GLOBULOS BLANCOS (GB) Y PLAQUETAS
AMARILLA → GRASA

Definición

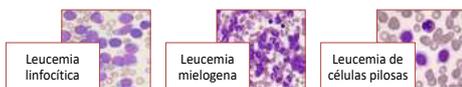
Son tumores hemáticos que comienza en la médula ósea, donde se forman las células sanguíneas. Afectando tanto a la sangre como a la médula ósea.

Caracterizada



Clasificación

- Según la población celular afectada:



- Según la gravedad de la patología:

- Aguda
- Grave

Cuadro clínico

El comienzo de los síntomas es casi siempre agudo y no suelen preceder al diagnóstico más de 2 meses.



Etiología y factores de riesgo

- Causa desconocida.
- Los médicos no saben por qué se producen; pero la investigación ha demostrado que existen ciertos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer esta enfermedad.



- Es una enfermedad multifactorial.

DIAGNÓSTICO



PRONOSTICO

El pronostico varia en función de diversos factores:

- Edad
- Cantidad inicial de linfoblastos
- Presencia de localizaciones extramedulares
- Anomalías genéticas
- Lentitud en la remisión de la enfermedad

La mas común en los niños menores de 2 años son la Linfóide aguda y crónica, y son las que mas predisposición a la cura tienen. Siendo por otra parte en adultos la mas común la Mielógena linfática crónica, con menores posibilidades de recuperación.

Se distinguen 2 grupos:

- Riesgo estándar (frecuencia del 20-25% de los casos con una supervivencia esperada del 60%)
- Alto riesgo (frecuencia del 70-75% con una supervivencia esperada del 40%)

TRATAMIENTO

- Hay muchas opciones de tratamiento dependiendo de algunos factores:



- ESPERA VIGENTE** → evita o atrasa los efectos secundarios del tratamiento del cáncer, esta elección tiene riesgos. Puede reducir la posibilidad de controlar la leucemia antes que empeore.
- QUIMIOTERAPIA** → Uso de fármacos para destruir las células leucémicas.



- TERAPIA DIRIGIDA** → Fármacos que bloquean el crecimiento de las células leucémicas.



- TERAPIA BIOLÓGICA** → tratamiento que mejora las defensas del cuerpo. Mediante anticuerpos monoclonales.
 - Transportando una toxina que destruye la célula leucémica.
 - Ayudando al sistema inmunitario a destruir las células leucémicas.
- RADIOTERAPIA** → se usan rayos de alta energía para destruir las células leucémicas.
 - En una sola parte del cuerpo → 5 días a la semana
 - Radiación dirigida a todo el cuerpo → 1 ó 2 veces al día, sobre todo antes del trasplante de células madre.
- TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (M.O)** → Los trasplantes de células madre son utilizados para reponer la médula ósea que ha dejado de funcionar o que ha sido destruida por enfermedad, quimioterapia o radioterapia. Entonces los glóbulos de la sangre se forman a partir de células madre trasplantadas.



POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

QUIMIOTERAPIA	TERAPIA DIRIGIDA	TERAPIA BIOLÓGICA	RADIOTERAPIA	TRASPLANTE DE CELULAS MADRE
Infecciones	Hinchazón	Sarpullido	Nauseas	Dolor de cabeza
Sangrado	Meteorismo	Hinchazón	Vómitos	Nauseas
Cansancio y debilidad	Aumento de peso	Dolor de cabeza	Diarrea	Infección
Pérdida de pelo	Anemia	Dolor muscular	Sequedad de piel	Hemorragia
Nauseas, vómitos y diarrea	Calambres musculares	Fiebre	Caída de pelo en zona tratada	Problemas pulmonares
Llagas en boca y labios	Vómitos y diarrea	Debilidad		Pérdida de apetito
Infertilidad	Sarpullido			

CONCLUSIONES



- Las leucemias son un tipo de cáncer que no se sabe cuándo se van a padecer, hay muchos factores que pueden provocar leucemia y su cuadro clínico se puede confundir con otras enfermedades.
- Es una enfermedad bastante complicada por lo cual hay que tener en cuenta la dificultad del tratamiento. Ya que hay muchos tipos.
- El trasplante de M.O es muy importante en pacientes que tiene esta enfermedad, ya que suele el tratamiento mas elegido, seguido de quimioterapia.



"Yo dibujo lo que quiero SER, no hay mejor tinta que la FE, ni mejor pincel que la ESPERANZA."

Resumen: Las leucemias son un tipo de cáncer que no se sabe cuándo se van a padecer, hay muchos factores que pueden provocar leucemia y su cuadro clínico se puede confundir con otras enfermedades.

Es una enfermedad bastante complicada por lo cual hay que tener en cuenta la dificultad del tratamiento. Ya que hay muchos tipos.

El trasplante de M.O es muy importante en pacientes que tiene esta enfermedad, ya que suele el tratamiento más elegido, seguido de quimioterapia.

Palabras Clave: Médula ósea; linfocitos; leucemia.

Introducción

Anatomofisiología del hueso

El hueso se compone de hueso compacto, hueso esponjoso y médula ósea. El hueso compacto forma la capa exterior del hueso. El hueso esponjoso se encuentra a los extremos de los huesos y contiene médula roja. Hay dos tipos de médula ósea: roja y amarilla. La médula roja contiene células madre sanguíneas que se pueden convertir en glóbulos rojos, glóbulos blancos o plaquetas. La médula amarilla está compuesta, en mayor parte, de grasa.

Definición

Son tumores hemáticos que comienza en la médula ósea, donde se forman las células sanguíneas. Afectando tanto a la sangre como a la médula ósea.

Caracterizada

La leucemia se presenta por una mutación de la célula germinal pluripotencial, que se expresa como la incapacidad de las células precursoras para madurar, por lo que en sangre periférica aparecen formas inmaduras, que sustituyen progresivamente al tejido hematopoyético normal.

La leucemia lleva a un aumento incontrolable de la cantidad de glóbulos blancos, pero son inmaduros, por lo cual su función no es la adecuada. Los valores normales de leucocitos son 5.000 - 10.000 gb/ml y en un leucemia estos valores puedan alterarse hasta aparecer valores de 20.000 - 300.000 gb/ml.

Clasificación

- **Leucemia linfocítica:** Crecimiento rápido de un tipo de glóbulos blancos llamados linfoblastos. Se presenta cuando el cuerpo produce una gran cantidad de linfoblastos inmaduros, evitando que se formen células sanguíneas sanas.
- **Leucemia mielógena:** Se ocasiona una proliferación incontrolable de células inmaduras que forman los glóbulos blancos llamados células mieloides.
- **Leucemia de células pilosas:** Es un cáncer inusual de la sangre que afecta a las células B, un tipo de glóbulo blanco.

Cuadro clínico

El comienzo de los síntomas es casi siempre agudo y no suelen preceder al diagnóstico más de 2 meses:

- Pérdida de apetito,
- sensación de debilidad y fatiga,
- Fiebre o sudores nocturnos,
- Dolores óseos, articulares y musculares,
- Hematomas en brazos y piernas, o incluso petequias producidos por la falta de plaquetas.
- En ocasiones se producen verdaderas hemorragias espontáneas (nariz, encías) o bien hemorragias excesivas en pequeñas heridas.
- Algunos pacientes pueden presentar infecciones (abscesos, sinusitis, neumonía, etc.).
- Los órganos puede estar infiltrados por los linfoblastos.
- Etiología y factores de riesgo
- Causa desconocida.
- La investigación ha demostrado que existen ciertos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer la enfermedad. Como radiación, tabaquismo, benceno, quimioterapia, factores hereditarios y antecedentes familiares.
- Es una enfermedad multifactorial.

Diagnóstico

Se pueden utilizar las siguientes pruebas y procedimientos:

- Examen físico y antecedentes médicos de las enfermedades y los tratamientos previos del paciente.
- Recuento sanguíneo completo (RSC) con diferencial: Procedimiento para el que se toma una muestra de sangre y se analiza para comprobar:La cantidad de glóbulos rojos, plaquetas, glóbulos blancos, hemoglobina en los glóbulos rojos y la porción de la muestra compuesta por glóbulos rojos.
- Estudios químicos de la sangre: Procedimientos en los que se analiza una muestra de sangre para medir las cantidades de ciertas sustancias que los órganos y tejidos del cuerpo liberan en la sangre.
- Frotis de sangre periférica: Procedimiento en el que se analiza una muestra de sangre para determinar si hay células blásticas, la cantidad y clases de glóbulos blancos, la cantidad de plaquetas y cambios en la forma de los glóbulos.
- Aspiración de médula ósea y biopsia: Mediante la inserción de una aguja hueca en el hueso de la cadera o el esternón. Un patólogo observa y analiza la muestra para determinar la presencia de células anormales.

- **Análisis citogenético:** Prueba de laboratorio en la que se observan las células de una muestra de sangre o médula ósea al microscopio.
- **Inmunofenotipificación:** Proceso que se utiliza para identificar células sobre la base del tipo de antígenos o marcadores en la superficie de la célula.

Pronóstico

Varía en función de diversos factores:

- Edad
- Cantidad inicial de linfoblastos.
- Presencia de localizaciones extramedulares.
- Anomalías genéticas.
- Lentitud en la remisión de la enfermedad.

La más común en los niños menores de 2 años son la Linfocítica aguda y crónica, y son las que más predisposición a la cura tienen. Siendo por otra parte en adultos la más común la Mielocítica linfática crónica, con menores posibilidades de recuperación.

Se distinguen 2 grupos:

1. **Riesgo estándar** (frecuencia del 20-25% de los casos con una supervivencia esperada del 60%).
2. **Alto riesgo** (frecuencia del 70-75% con una supervivencia esperada del 40%).

Tratamiento

Hay muchas opciones de tratamiento dependiendo de algunos factores: edad, tipo de leucemia y células en LCR.

- **Espera vigilante:** Evita o atrasa los efectos secundarios del tratamiento del cáncer, esta elección tiene riesgos. Puede reducir la posibilidad de controlar la leucemia antes que empeore.
- **Quimioterapia:** Uso de fármacos para destruir las células leucémicas.
- **Terapia dirigida:** Fármacos que bloquean el crecimiento de las células leucémicas.
- **Terapia biológica:** tratamiento que mejora las defensas del cuerpo. Mediante anticuerpos monoclonales. Transportando una toxina que destruye la célula leucémica y ayudando al sistema inmunitario a destruir las células leucémicas.
- **Radioterapia:** se usan rayos de alta energía para destruir las células leucémicas.
- **Trasplante de médula ósea (M.O):** Los trasplantes de células madre son utilizados para reponer la médula ósea que ha dejado de funcionar o que ha sido destruida por enfermedad, quimioterapia o radioterapia. Entonces los glóbulos de la sangre se forman a partir de células madre trasplantadas.

Posibles efectos adversos

Entre los más destacados: náuseas, vómitos y diarreas, pérdida de apetito, caída de pelo e infecciones. Aunque estos efectos pueden variar en función del tratamiento elegido.

Bibliografía

1. López- Lara F, González C y col. *Manual de Oncología clínica*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2000.
2. Castaño M.A, Díaz J Y Col. *Bioquímica clínica: De la patología al laboratorio*. Madrid: ergon; 2008.
3. Instituto Nacional de Salud de los EE.UU: http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/wyntk_leucemia_web.pdf.
4. Instituto Nacional del Cáncer: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/leucemia-linfoblastica-adultos/Patient>.
5. Fundación Josep Carreras contra la leucemia: http://www.fcarreras.org/es/leucemia-linfoblastica-aguda-del-adulto_361671.

Capítulo 73

Disposición de los alumnos ante el deporte y la educación física en primaria

Autora:

Martín Millán, María Belén

DISPOSICIÓN DE LOS ALUMNOS ANTE EL DEPORTE Y LA EDUCACIÓN FÍSICA EN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

En el artículo 43.3 de la constitución española, se dispone que los poderes públicos fomentaran la educación sanitaria, la educación física y el deporte, así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio. La educación física (EF) constituye un concepto vinculado a la formación integral y permanente de la persona. Las vivencias específicas de los alumnos van conformando actitudes más o menos positivas, que pueden a su vez generar hábitos de práctica de ejercicio, o por el contrario, no dejarán más huella que la del recuerdo de la etapa escolar. Diversos autores han mostrado el impacto que la actuación del profesor y el entorno familiar tiene sobre las actitudes del estudiante en las clases de educación física y en el uso del deporte en su tiempo de ocio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado a alumnos de tres colegios. La población de estudio la conformaron los alumnos de quinto y sexto curso de primaria de dichos centros, a los que se les solicitó autorización informando a los padres de dichos alumnos. Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario para el análisis de la satisfacción en la educación física (CASEF), con una modificación para incluir preguntas sobre el hábito del ejercicio fuera de la escuela. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En segundo lugar, se utilizó estadística inferencial, test de Chi2. Los datos se consideraron significativos cuando $p < 0,05$. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS en su versión 23.

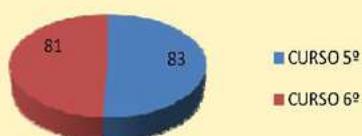
RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 164 alumnos donde el 51,21% (84) fueron niñas frente a uno 48,79% (80) que fueron niños. El 74,39% (122) de la muestra considera como muy importante la EF. No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el interés por la asignatura, $p=0,3$. El 96,34% (158) estaría en desacuerdo con reducir las horas de EF y sustituirlas por otras. Solo al 3,66% (6) no les gusta la asignatura de EF. Un porcentaje de 69,51% (70) practica actividad deportiva fuera del centro, la media de días de práctica de ejercicio extraescolar es de 3,3, siendo levemente mayor en los niños. Se objetivó que aquellos alumnos que consideran la EF como importante practicaban más deporte que los que no la consideraban, $p=0,01$. Sobre la práctica de ejercicio físico en el entorno del entrevistado, solo un 31,10% (51) manifestaron que sus padres realizan ejercicio físico de forma habitual, un 62,19% (102) que sus hermanos practicaban deporte y un 73% (120) que sus amigos practicaban deporte.

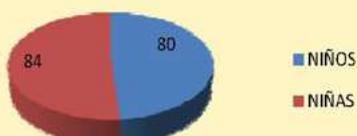
CONCLUSIÓN

La EF es la asignatura que más gusta considerándola los alumnos como algo muy importante. En nuestro estudio los niños practican más deporte extraescolar que las niñas, aunque a ambos les gusta por igual la EF. El porcentaje de niños que practican deporte fuera del centro escolar es alto, siendo significativamente mayor en aquellos que consideran la EF una asignatura importante. En el entorno familiar de los niños entrevistados, la práctica habitual de deporte de los padres es minoritaria. Es responsabilidad tanto de las administraciones públicas como de las familias fomentar el deporte como forma de ocio entre los escolares, para así procurar que se conviertan en adultos con hábitos deportivos saludables.

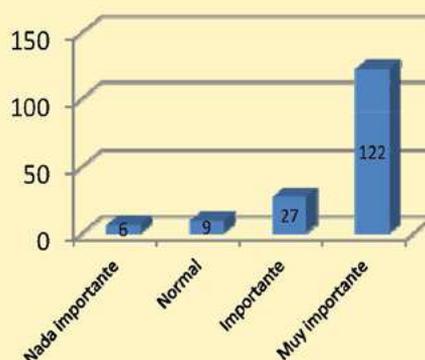
ALUMNOS POR CURSO



ALUMNOS POR SEXO



¿Cómo consideras la EF?



¿Tu entorno practica deporte?

ENTORNO	PORCENTAJE
PADRES	31,10%
HERMANOS	62,19%
AMIGOS	73%

Resumen: En el artículo 43.3 de la Constitución Española, se dispone que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte, así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

La educación física (EF) constituye un concepto vinculado a la formación integral y permanente de la persona. Las vivencias específicas de los alumnos van conformando actitudes más o menos positivas, que pueden a su vez generar hábitos de práctica de ejercicio, o por el contrario, no dejarán más huella que la del recuerdo de la etapa escolar.

Palabras Clave: Deporte; escolar; salud.

Material y método:

Este póster se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado a alumnos de tres colegios Castilla la Mancha. La población de estudio la conformaron los alumnos de quinto y sexto curso de primaria de dichos centros, a los que se les solicitó autorización firmada a los padres previa información a los progenitores de dichos escolares de las intenciones del estudio. Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario para el análisis de la satisfacción en la educación física (CASEF), con una modificación para incluir preguntas sobre el hábito del ejercicio fuera de la escuela.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En segundo lugar, se utilizó estadística inferencial, test de Chi². Los datos se consideraron significativos cuando $p < 0,05$. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS en su versión 23.

Se obtuvo una muestra total de 164 alumnos. De ellos el 51,21% (84) fueron niñas frente a un 48,79 % (80) que fueron niños.

Resultados

- El 74,39% (122) de la muestra considera como muy importante la EF para la salud.
- No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el interés por la asignatura, $p=0,3$.
- El 96,34% (158) estaría en desacuerdo con reducir las horas de EF y sustituirlas por otras actividades o asignaturas. Solo al 3,66% (6) no les gusta la asignatura de EF y la cambiaría por otra asignatura.
- Un porcentaje de 69,51% (70) practica actividad deportiva habitual fuera del centro escolar. La media de días de práctica de ejercicio extraescolar es de 3,3, siendo levemente mayor en los niños que en las niñas.
- Se objetivó que aquellos alumnos que consideran la Educación Física como importante practicaban más deporte fuera del entorno escolar que aquellos que no la consideraban como importante, $p=0,01$.
- Sobre la práctica de ejercicio físico en el entorno del entrevistado, solo un 31,10% (51) manifestaron que sus padres realizan ejercicio físico de forma habitual, un 62,19% (102) que sus hermanos practicaban deporte y un 73% (120) que sus amigos practicaban deporte.

Conclusiones

Del estudio objetivamos que en el entorno familiar de los niños entrevistados, la práctica habitual de deporte de los padres es minoritaria.

Que el porcentaje de niños que practican deporte fuera del centro escolar es alto, siendo significativamente mayor en aquellos que consideran la Educación Física como una asignatura importante.

Además se deduce que la Educación Física es la asignatura que más gusta y que los alumnos la consideran como algo muy importante.

En nuestro estudio los niños practican más deporte extraescolar que las niñas, aunque a ambos les gusta por igual la EF.

Bibliografía

1. P.L .Rodríguez García. *Educación física y salud en primaria. Hacia una educación corporal significativa y autónoma*. 2006.
2. J. Devís Devís. *Actividad Física, deporte y Salud*. 2007.
3. V. Pérez Samaniego y J. Devís Devís. *La promoción de la actividad física relacionada con la salud.La perspectiva de proceso y de resultado*. 2011.
4. J. Dosil. *Psicología de la actividad física y el deporte*. 2010.

Capítulo 74

Duelo gestacional: Protocolo de actuación ante la muerte perinatal

Autores:

Zafra Chamorro, Mercedes

Zafra Chamorro, Laura

DUELO GESTACIONAL: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA MUERTE PERINATAL.

INTRODUCCIÓN

Se denomina mortinato o "nacido muerto" cuando se produce la muerte intrauterina (MI) a partir de las 22 semanas completas de gestación y / o el futuro bebé pesa más de 500 gramos.

La MI es uno de los acontecimientos más devastadores y complejos de afrontar tanto para los padres como para los sanitarios que atienden el caso, ya que en la mayoría de las ocasiones no sabemos enfrentarnos a este tipo de pérdidas e intentamos evitar situaciones negativas; el manejo por el ginecólogo resulta limitado ya que solo se consigue descubrir la causa en el 50 % de los casos que suceden. Normalmente, no hay alarmas o signos previos que permitan anticiparlo, convirtiéndose en una desagradable y triste sorpresa.

El duelo es el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de un ser querido; es una respuesta adaptativa que nos permite elaborar la pérdida y "digerir" el dolor que supone romper un vínculo afectivo. El problema es que los duelos por MI a veces no son públicamente reconocidos ni socialmente expresados ya que los padres se sienten desautorizados para hablar de ello porque no ha habido nacimiento, bautizo o entierro; el recién nacido (RN) a veces no tiene nombre, no quedan fotos ni recuerdos, nada que pudiera avalar su existencia. Sin embargo, es su hijo/a desde la concepción, en la imaginación, en las expectativas y esperanzas de los padres y de la familia.

En España la cifra en los últimos años según el Instituto Nacional de Estadística ronda los 4,7 mortinatos por cada 1000 nacimientos, aunque varios estudios han encontrado altos niveles de infradeclaración en las estadísticas. La infradeclaración nacional se estima en un 33%.

INTERVENCIONES

Al dar la noticia y al ingreso de la paciente:

- Presentarse a los padres, que sepan quién y qué eres.
- Háblales sobre la situación actual, necesitan sentir que tienen algo de control.
- Escucharles si quieren hablar, sino sólo bastará con acompañamiento silencioso.
- Explicarles sus opciones y apoyarles en sus decisiones. No obligar. Dar la información por escrito y dar tiempo para que decidan que hacer.
- Mantén la calma.
- Se comprensivo.
- No intentes encontrar algo positivo a la muerte del bebé.
- Ingreso en habitación individual, preferiblemente en ginecología en vez de obstetricia. Identificar la puerta de la paciente con algún símbolo (pegatina, color, lazo, nombre...).

En paritorio:

- Elegir para estas pacientes la sala de dilatación más alejada del potro de paritorio.
- Si su estado físico lo permite se debe siempre fomentar el parto por vía vaginal, evitar en la medida de lo posible realizar episiotomía y la instrumentación en el parto.
- En estas pacientes se recomienda administrar precozmente la anestesia epidural pero a la vez se debe evitar la sedación excesiva, se recomienda que la madre sienta el proceso del parto.
- Tratar al RN muerto con la misma sensibilidad que si estuviera vivo. Debemos llamarle por su nombre.
- Sujetar el bebé en los brazos cuando se le pregunte a los padres si lo quieren ver o tener en brazos. Algunos estudios señalan que no verlo puede incrementar el riesgo de estrés postraumático. Si no desean ver al bebé, también se les puede describir como es físicamente, si lo desean.
- Dar la oportunidad a los familiares de poder ver también al bebé si lo desean.
- Preguntar a los padres si desean colocarlo piel con piel con su madre, bautizarlo y/o informar al capellán según el deseo de los padres, es recomendable que otros familiares también lo vean incluso realizar fotos, aunque nunca se debe obligar a nada.
- Ofrecer la oportunidad de disponer de momentos tranquilos y a solas con su bebé para que se despidan de su hijo/a.

Al alta hospitalaria:

- Ofrecer a los padres recuerdos de su bebé: huella dactilar, pulsera identificativa, mechón de pelo, tarjeta con la información del RN (fecha y hora del nacimiento, nombre del bebé, peso, talla...).
- Inhibición de la lactancia materna precoz.
- Alta precoz.
- Dar la información de las consultas sucesivas y recomendaciones al alta por escrito.
- Validar el dolor del padre, él también ha sufrido la pérdida.
- Ofrecer soporte emocional por equipo multidisciplinar especializado en duelo perinatal.
- Está desaconsejado que los familiares y/o amigos retiren las cosas del bebé del hogar familiar para evitar que lo vean los padres.

OBJETIVOS

- Conseguir un trato más humano en los hospitales y centros de salud ante situaciones de MI.
- Formar y dotar de recursos a los profesionales sanitarios ante una situación de MI en cualquier ámbito de actuación.
- Crear un espacio para la reflexión y valorar la muerte como objeto de cuidado.
- Reconocer la importancia del papel de los/las profesionales en el desarrollo de un "duelo saludable" para estas familias.
- Considerar el uso que hacemos del lenguaje y su repercusión en las personas afectadas.
- Facilitar al máximo a los padres y al resto de la familia, la información necesaria acerca de gestiones a realizar, documentación a cumplimentar, consultas sucesivas, a fin de no agravar los sentimientos dolorosos durante el proceso.
- Trabajar considerando la importancia de la empatía en los procesos de duelo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas: Medline, Scielo y Cuiden.

Asociaciones españolas de apoyo mutuo en el duelo de la pérdida gestacional y neonatal: Brisa de mariposa, Uma manita, Red el hueco de mi vientre.

Experiencia personal de mamá de una mortinata.

CUIDADO CON LO QUE DECIMOS A ESTOS PACIENTES.

IMPORTANTE EL USO CORRECTO DEL LENGUAJE:

"Sé fuerte"
"No llores"
"Es la voluntad de Dios"
"Todo pasa por alguna razón, es el destino"
"No es el fin del mundo"
"Dios necesitaba otra flor en su jardín"
"Ahora tienes un angelito"
"Ahora está en un lugar mejor"
"Al menos no llegaste a conocerle bien"
"Eres joven, ya tendrás más"
"Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc."
"El tiempo lo cura todo"
"Ya le olvidarás"
"Ya verás como el siguiente embarazo sale bien".
"Aun no estaba formado del todo"
"Para que viniese mal" y/o "seguro que venía mal".
"Mejor ahora que más adelante".
"Mejor que no lo veas porque te puede hacer daño".
"Que duro... si me pasa a mí me muero"
"Ya ha pasado tiempo, tienes que estar mejor"

QUE NO DECIR

"Siento lo que les ha pasado"
"Me imagino cuánto querían a ese bebé"
"No me molesta que lloren"
"La verdad es que no sé muy bien que decirles"
"Tienes un bebé precioso/a"
"Me gustaría que las cosas hubiesen sido diferentes para ustedes y para... (nombrar al bebé por su nombre, si lo tiene, es muy importante)"
"Sé que es un momento muy duro para ti/para vosotros".
"¿Quieres tenerle en brazos? Te ayudo, mira, así..."
"Le puedo decir que nada de lo que usted haya hecho o dejado de hacer tiene que ver con lo que le ha pasado a su bebé".

QUE DECIR

CONCLUSIONES

Enfrentar la muerte como parte de la vida exige reconocer nuestras propias limitaciones, como personas y como profesionales. Enfrentar la muerte intrauterina exige comprender que ha muerto una persona que no llegó a vivir, pero también una ilusión, un proyecto, una esperanza y esa pérdida pone en marcha un proceso de duelo. Poder reconocer esto, es en sí mismo, un paso importante para poder ayudar mejor. Si podemos abordar el duelo como un proceso normal que no requiere de soluciones porque no es un problema, significará que estamos en el camino de la aceptación. Si aceptamos el dolor y la expresión emocional de una madre o un padre que no ha podido decir "hola" a su bebé, estaremos autorizando su pérdida, contribuiremos a que el proceso de duelo pueda ponerse en marcha de forma natural y sana. Estaremos evitando más dolor.

Resumen: La muerte intrauterina es uno de los acontecimientos más devastadores y complejos de afrontar tanto para los padres como para los sanitarios, ya que en la mayoría de las ocasiones no sabemos enfrentarnos a este tipo de pérdidas e intentamos evitar situaciones negativas; el manejo por parte del ginecólogo resulta limitado ya que en la mayoría de los casos no se encuentra la causa y normalmente, no hay alarmas o signos previos que permitan anticiparlo. Una buena formación a los profesionales para dotarles de recursos para atender estas situaciones será de ayuda a las familias para afrontar la pérdida.

Palabras Clave: Mortinato; duelo; muerte intrauterina.

Introducción

Se denomina mortinato o “nacido muerto” cuando se produce la muerte intrauterina (MI) a partir de las 22 semanas completas de gestación y / o el futuro bebé pesa más de 500 gramos.

La MI es uno de los acontecimientos más devastadores y complejos de afrontar tanto para los padres como para los sanitarios que atienden el caso, ya que en la mayoría de las ocasiones no sabemos enfrentarnos a este tipo de pérdidas e intentamos evitar situaciones negativas; el manejo por el ginecólogo resulta limitado ya que solo se consigue descubrir la causa en el 50 % de los casos que suceden. Normalmente, no hay alarmas o signos previos que permitan anticiparlo, convirtiéndose en una desagradable y triste sorpresa.

El duelo es el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de un ser querido; es una respuesta adaptativa que nos permite elaborar la pérdida y “digerir” el dolor que supone romper un vínculo afectivo. El problema es que los duelos por MI a veces no son públicamente reconocidos ni socialmente expresados ya que los padres se sienten desautorizados para hablar de ello porque no ha habido nacimiento, bautizo o entierro; el recién nacido (RN) a veces no tiene nombre, no quedan fotos ni recuerdos, nada que pudiera avalar su existencia. Sin embargo, es su hijo/a desde la concepción, en la imaginación, en las expectativas y esperanzas de los padres y de la familia.

Objetivos:

- Conseguir un trato más humano en los hospitales y centros de salud ante situaciones de MI.
- Formar y dotar de recursos a los profesionales sanitarios ante una situación de MI en cualquier ámbito de actuación.
- Crear un espacio para la reflexión y valorar la muerte como objeto de cuidado.
- Reconocer la importancia del papel de los/las profesionales en el desarrollo de un “duelo saludable” para estas familias.
- Considerar el uso que hacemos del lenguaje y su repercusión en las personas afectadas.
- Facilitar al máximo a los padres y al resto de la familia, la información necesaria acerca de gestiones a realizar, documentación a cumplimentar, consultas sucesivas, a fin de no agravar los sentimientos dolorosos durante el proceso.
- Trabajar considerando la importancia de la empatía en los procesos de duelo.

Metodología

- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas: Medline, Scielo y Cuiden.
- Asociaciones españolas de apoyo mutuo en el duelo de la pérdida gestacional y neonatal: Brisa de mariposa, Uma manita, Red el hueco de mi vientre.
- Experiencia personal de mama de una mortinata.

Intervenciones

Al dar la noticia y al ingreso de la paciente:

- Presentarse a los padres, que sepan quién y qué eres.
- Háblales sobre la situación actual, necesitan sentir que tienen algo de control.
- Escucharles si quieren hablar, sino sólo bastará con acompañamiento silencioso.
- Explicarles sus opciones y apoyarles en sus decisiones. No obligar. Dar la información por escrito y dar tiempo para que decidan que hacer.
- Mantén la calma.
- Se comprensivo.
- No intentes encontrar algo positivo a la muerte del bebé.
- Ingreso en habitación individual, preferiblemente en ginecología en vez de obstetricia. -
- Identificar la puerta de la paciente con algún símbolo (pegatina, color, lazo, nombre...).

En paritorio:

- Elegir para estas pacientes la sala de dilatación mas alejada del potro de paritorio.
- Si su estado físico lo permite se debe siempre fomentar el parto por vía vaginal, evitar en la medida de lo posible realizar episiotomía y la instrumentación en el parto.
- En estas pacientes se recomienda administrar precozmente la anestesia epidural pero a la vez se debe evitar la sedación excesiva, se recomienda que la madre sienta el proceso del parto.
- Tratar al RN muerto con la misma sensibilidad que si estuviera vivo. Debemos llamarle por su nombre.
- Sujetar el bebé en los brazos cuando se le pregunte a los padres si lo quieren ver o tener en brazos. Algunos estudios señalan que no verlo puede incrementar el riesgo de estrés postraumático. Si no desean ver al bebé, también se les puede describir como es físicamente, si lo desean.
- Dar la oportunidad a los familiares de poder ver también al bebé si lo desean.
- Preguntar a los padres si desean colocarlo piel con piel con su madre, bautizarlo y/o informar al capellán según el deseo de los padres, es recomendable que otros familiares también lo vean incluso realizar fotos, aunque nunca se debe obligar a nada.

- Ofrecer la oportunidad de disponer de momentos tranquilos y a solas con su bebé para que se despidan de su hijo/a.

Conclusiones

Enfrentar la muerte como parte de la vida exige reconocer nuestras propias limitaciones, como personas y como profesionales. Enfrentar la muerte intrauterina exige comprender que ha muerto una persona que no llegó a vivir, pero también una ilusión, un proyecto, una esperanza y esa pérdida pone en marcha un proceso de duelo. Poder reconocer esto, es en sí mismo, un paso importante para poder ayudar mejor. Si podemos abordar el duelo como un proceso normal que no requiere de soluciones porque no es un problema, significará que estamos en el camino de la aceptación. Si aceptamos el dolor y la expresión emocional de una madre o un padre que no ha podido decir “hola” a su bebé, estaremos autorizando su pérdida, contribuiremos a que el proceso de duelo pueda ponerse en marcha de forma natural y sana. Estaremos evitando más dolor.

Bibliografía

1. Ana Pía López García de Madinabeitia. *Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (109), 53-70.
2. Felipe Ojeda Pérez, Sandra Cano Bachsa, Jorge R. Bermúdez Flores, Israel Anquela Sanzb, Amalia Zuasnabar Cotrob, Mariana Bernet Vidal. *Mejorando la asistencia en situaciones dolorosas: Comisión de mortalidad perinatal*. Rev Calidad Asistencial 2008;23:88-9.
3. *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Umamanita.
4. *Actuación de la matrona ante la muerte perinatal (protocolo asistencias)*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2011.

Capítulo 75

Ecografía en emergencias extrahospitalarias

Autores:

López Ruiz, Cecilia María

Díaz Gallego, César

Moreno Quesada, María Esther

Balmón Pérez, Sara

Puado Puado, Ivanna María

Balmón Pérez, Laura

Resumen: La ecografía prehospitalaria es especialmente útil en la evaluación y manejo de las condiciones de emergencia sensibles al tiempo.

El ultrasonido está siendo aplicado por los equipos de servicios médicos de emergencia (EMS) y aumenta su importancia exponencialmente. Aporta gran información para guiar el triaje y el manejo de pacientes críticos con un balance de costo-efectividad mayor que otras técnicas diagnósticas.

El abordaje mediante ultrasonido debe hacerse de forma organizada, sistematizada, con protocolos específicos y estandarizados con el fin de obtener un adecuado enfoque para evitar errores, además de resultados inmediatos y verídicos que permitan un manejo rápido y certero.

Palabras Clave: Ultrasonography; E-FAST; FAST.

Introducción

La ecografía es una técnica de diagnóstico por imagen basada en ondas de alta frecuencia (ultrasonidos) que permite reproducir imágenes de órganos y estructuras corporales sin requerir radiaciones ionizantes.

Actualmente se han desarrollado protocolos de reconocimiento e intervención temprana en pacientes con situación crítica o de urgencia. Se inicia con el Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST), término referente a las distintas formas de usar la ecografía para evaluar a pacientes con trauma abdominal de urgencia y detectar líquido libre en el abdomen. A partir de entonces se han desarrollado modificaciones orientadas a pacientes de inestabilidad emergente como (Extended- EFAST) que valora el pericardio y pleura en busca de derrames, Bedside Lung Ultrasound in Emergency (BLUE) que permite valorar la enfermedad periférica pulmonar, pleura y pared torácica, Rapid Assessment of Dysnea with Ultrasound (RADIUS) que evalúa la disnea inespecífica comprende un examen cardíaco y la evaluación de la vena cava inferior, cavidad torácica y línea pleural, Echo-Guided Life Support (EGLS) que determina la etiología de un neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, hipovolemia y muy útil en la canalización de catéteres venosos centrales, Focused Echocardiography Evaluation in Life support (FEEL) herramienta diagnóstica durante la reanimación cardiopulmonar, entre otros.

Muestra y método

Realizada revisión sistemática de documentos de sociedades científicas dedicadas al uso y desarrollo de ultrasonidos en emergencias hospitalarias y prehospitalarias mediante la búsqueda en Pubmed, Medline, BRAIN y Google Scholar utilizando palabras claves (Ultrasonography, Trauma, FAST, E-FAST, Life Support Ultrasonography y ecografía extrahospitalaria). Estas palabras ofrecieron 20.000 resultados acotándose a través de criterios de inclusión (documentación a partir del año 2010 en inglés o castellano y estudios enfocados al tema tratado) y criterios de exclusión (estudios anteriores al años 2010 en otros idiomas distintos a inglés y castellano y estudios enfocados a ultrasonidos en la práctica clínica en pacientes hospitalizados o estables). Finalmente se seleccionaron 9 artículos y documentos poseedores de rigor científico.

Resultados

1. Manejo de Vía aérea:

- Vía aérea superior, detecta alteraciones anatómicas que junto a otros marcadores clínicos estrecha la predictibilidad de la vía aérea difícil (VAD).
- Vía aérea inferior, nos da información ante la sospecha de neumotórax, atelectasias o derrames (Extended FAST).
- Importante en la localización de la membrana cricotiroidea y anillos traqueales, en la realización de bloqueos nerviosos para intubación en paciente despierto, selección del diámetro del tubo endotraqueal y su correcta colocación, evaluación del estado del vaciamiento gástrico.

2. Exploración toraco-abdominal: Con el desarrollo de E-FAST se valora la presencia de neumotórax, atelectasias, detección precoz de neumonías, patologías de grandes vasos, etc. Para la exploración tomamos como referencia líneas A (aire intrapulmonar) y líneas B (líquido, quistes).

- Neumotórax, si observamos líneas A o B indica 100% que no hay neumotórax, en caso contrario hay probabilidad de su existencia.
- Edema Agudo de Pulmón, se observan líneas B en todas las ventanas ecográficas.
- Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, al movilizar al paciente vemos líneas A por aumento de reclutamiento.
- Dilatación de cavidades derechas, indica tromboembolismo pulmonar masivo.
- Trombosis Venosa Profunda, si al comprimir no se colapsa la vena indica la existencia de coágulo.

3. Exploración pélvica: Se obtiene ubicando el transductor a nivel suprapúbico. Indicado para evaluar la presencia de líquido a nivel pélvico, no descarta fracturas pélvicas ya que este líquido puede provenir de lesión de víscera sólida o encontrarse de forma fisiológica en las mujeres.

Conclusión

Actualmente hay evidencia suficiente para recomendar el uso de la ecografía, mostrando una sensibilidad del 100% y una especificidad que varía entre el 70% y 99%.

Es un método eficiente y certero en la evaluación inicial del traumatismo abdominal cerrado. Una ecografía FAST negativa reduce y elimina la necesidad de hacer un lavado peritoneal diagnóstico. Su alto valor predictivo negativo lo hace ser una herramienta útil y costo-efectiva de screening en el manejo de pacientes politraumatizados. Reseñar que permite conocer el origen de los sangrados, aunque sí que esta técnica se limita a determinadas condiciones.

La capacitación en la técnica de los profesionales sanitarios es el principal desafío para la utilización correcta de los ultrasonidos prehospitalarios. Se necesita de entrenamiento estructurado para adquirir la habilidad necesaria.

Bibliografía

1. Motta Ramírez, G.A, Bastida Alquicira, J, Béjar Cornejo, J.R, Craviotto, A.B, Salgado Camarillo, J. *El ultrasonido y su papel preponderante en situaciones de urgencia*. Anales de Radiología Mexico. 2014;13(3): 404-427.
2. Catán, F, Villao, D, Astudillo, C. *Ecografía FAST en la evaluación de pacientes traumatizados*. Rev Med Clin Condes. 2011;22(5): 633-639.
3. Ayuela Azcárate, J.M, Clau Terré, F, Vicho Pereira, R, Guerrero de Mier, M, Carrillo López, A. *Documento de consenso para la formación en ecografía en Medicina Intensiva. Proceso asistencial, uso de la técnica y adquisición de competencias profesionales*. Medicina Intensiva. 2014;38(1): 33-40.
4. Pérez Coronado, J.D, Franco Gruntorad, G.A. *Utilidad de la ecografía en reanimación*. Revista Colombiana de Anestesiología. 2015;43(4): 321-330.
5. Kelley, S, Tsuei, B, Bernard, A, Boulanger, B, Kearney, P. *The Effectiveness of Focused Assessment with Sonography for Trauma in Evaluating Blunt Abdominal Trauma with a Seatbelt Mark Sign*. J Curr Surg. 2014;4(1): 17-22.

Capítulo 76

Educación sanitaria para mejorar la calidad de vida en la hemofilia pediátrica

Autores:

Carrero Ruiz, Carmen

Chacón Chacón, Laura

Garrido Anguita, Silvia

EDUCACION SANITARIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA HEMOFILIA PEDIATRICA

INTRODUCCION

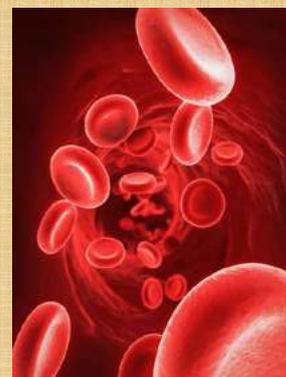
La hemofilia es una enfermedad **crónica, hereditaria y ligada al sexo**, específicamente, un **trastorno de la coagulación** de la sangre que causa sangrados. Existen tres tipos: Hemofilia A (deficiencia del factor VIII), Hemofilia B (deficiencia en el factor IX) y Hemofilia C (déficit del factor XI). Las hemorragias más graves son las que se producen en articulaciones, cerebro, ojo, lengua, garganta, riñones o hemorragias digestivas y genitales, entre otros.

Alrededor de 172.373 personas sufren en el mundo esta patología, de las cuales, 2.993 se encuentran en España.

Enfermería ejerce un papel fundamental en el cuidado de los hemofílicos. Se encarga de **instruir** al paciente y su familia acerca de las recomendaciones sobre cómo llevar una vida cotidiana saludable y adaptada, según las características de su enfermedad, además de **prestar ayuda** y mantener **actitud de escucha** ante las incertidumbres de éstos.

Los estudios con niños hemofílicos resaltan la importancia de tener en cuenta los **factores psicosociales** de los pacientes y sus familias con el fin de poder definir estrategias para el manejo adecuado del tratamiento, la orientación para resolver los problemas cotidianos en su contexto y generar en ellos una sensación de control en medio de la adversidad.

La **Federación Mundial de la Hemofilia** señala que el desafío actual es ayudar a prestar un cuidado integral a todas las familias con hemofilia. La meta central es, además de aplicar el tratamiento sustitutivo adecuado para evitar secuelas, restaurar su sensación de bienestar, su derecho a percibirse como persona, parte de una familia, de un grupo de amigos, con talento y capacidad para el desarrollo, aun cuando presente una enfermedad que le impone limitaciones y cuidados. La hemofilia, actualmente, se clasifica como una enfermedad crónica con una expectativa de vida similar a la de una persona saludable.



OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación de enfermería en el abordaje de pacientes pediátricos con diagnóstico de Hemofilia.
- Establecer criterios de información y educación en salud basados en la evidencia.

MATERIAL Y METODO



Se realizó una **revisión bibliográfica** de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO y búsqueda manual en libros y revistas de enfermería.

Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas, metaanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran los cuidados de enfermería en la hemofilia pediátrica, así como la instrucción de familiares y pacientes para conocer la enfermedad y saber tratarla de una forma más autónoma dirigida a poder mejorar de esta forma su calidad de vida, siendo este el principal criterio de inclusión. Se seleccionaron artículos en castellano e inglés, publicados entre los años 2008 y 2018.

Las palabras clave (en castellano e inglés):

Hemofilia A (Hemophilia A), Hemofilia B (Hemophilia B).	Cuidadores (Caregivers).
Enfermedad crónica (Chronic disease).	Calidad de vida (Quality of life).
Prevención & control (Prevention & control).	Acampada (Camping).
Pediatría (Pediatrics).	Educación en salud (Health education).

RESULTADOS

Se encontraron 23 artículos científicos de los cuales 17 cumplían los criterios de inclusión establecidos:

15 fueron encontrados en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO.

Los otros 2 restantes corresponden a búsqueda manual en libros de texto y revistas de enfermería.

Las pautas de **educación sanitaria** que debemos proporcionarles a pacientes y familiares son las siguientes:

- Lograr un equilibrio entre vigilancia y sobreprotección. Orientar el desarrollo de la confianza del niño en actividades básicas como gatear, caminar, correr, bailar, jugar, etc. Es conveniente que no se les prive de jugar con los demás. A la hora de practicar ciertas actividades, como montar en patín o bicicleta, deberán llevar protección en las articulaciones diana y en la cabeza.
- Si bien el niño es el paciente principal, enfocar también nuestra atención en el bienestar emocional de los padres y en sus habilidades de adaptación.
- Asesorar a los padres para que reaccionen tranquilamente ante los signos y síntomas de la enfermedad. Así se establecerá un patrón de respuesta sano y se calmarán los miedos del niño, disminuyendo sus temores y su sensación de culpa.
- Cuando sea posible, animar a los niños a desempeñar un papel activo en el tratamiento de su trastorno de la coagulación, a responsabilizarse de su salud y a evitar riesgos y situaciones peligrosas haciendo énfasis en el autocuidado y la autonomía cuya máxima expresión es la administración domiciliar de Factor deficitario, que conlleva una mejoría importante de la calidad de vida y disminuye las hospitalizaciones. Este hecho interfiere menos en su rutina normal.
- Instruir a los pacientes y familiares acerca de la enfermedad, sus potenciales complicaciones y la consulta precoz ante episodios de sangrado.
- Control de la salud dental, para evitar patologías que requieran intervenciones mayores.
- Como recomendación, es necesario animar a los padres a que participen regularmente en grupos de apoyo u organizaciones de hemofilia, donde puedan hablar sobre dudas y temores con otros padres cuyos hijos estén afectados por el mismo padecimiento, lo cual seguramente hará que su experiencia con la enfermedad se enriquezca y que sus niveles de preocupación disminuyan.

CONCLUSIONES

El papel de enfermería es un pilar fundamental para los niños hemofílicos y sus familias ya que debemos encargarnos de su **atención directa** (resolución de dudas, preocupaciones, complicaciones, etc.), además de su **enseñanza** (cómo actuar ante una hemorragia, síntomas que aparecen, precauciones que deben tener, etc.) y **adiestramiento** (cómo administrar el factor, situaciones en las que deben de infundirlo...) sobre la enfermedad. Se hace evidente que hace falta la orientación de estas intervenciones con un modelo integral que permita **disminuir la ansiedad y el estrés** de cuidadores familiares de niños.

Los estudios indican que la terapia de grupo facilita la expresión de miedos, dudas e informaciones erróneas. Por eso, junto con las asociaciones, se organizan **campamentos** con un equipo multidisciplinar en el área de hematología y otras especialidades, en los que los resultados muestran que aceleran el paso a la independencia de los cuidados de los niños.

Resumen: La hemofilia es una enfermedad crónica y hereditaria, cuyos estudios con niños resaltan la importancia de los factores psicosociales de los pacientes y sus familias para poder definir estrategias para el manejo adecuado del tratamiento.

Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura científica en inglés y castellano entre 2008-2018 en las principales bases de datos (Pubmed, Cochrane, Scielo...). Los principales criterios de inclusión fueron cuidados de enfermería en la hemofilia pediátrica y educación sanitaria para mejorar su calidad de vida.

La evidencia muestra que esta educación sanitaria mejora su calidad de vida y la de sus familiares.

Palabras Clave: Hemofilia A (Hemophilia A); Calidad de vida (Quality of Life); Pediatría (Pediatrics).

Introducción

La hemofilia es una enfermedad crónica y hereditaria, ligada al sexo, específicamente, un trastorno de la coagulación de la sangre que causa hemartrosis y sangrado prolongado espontáneo.

Existen tres tipos: Hemofilia A (deficiencia del factor VIII), Hemofilia B (deficiencia en el factor IX) y Hemofilia C (déficit del factor XI).

Las hemorragias más graves son las que se producen en articulaciones, cerebro, ojo, lengua, garganta, riñones o hemorragias digestivas y genitales, entre otros.

Alrededor de 172. 373 personas sufren en el mundo esta patología, de las cuales, 2.993 se encuentran en España.

Enfermería ejerce un papel fundamental en el cuidado de los hemofílicos. Se encarga de instruir al paciente y familia acerca de las recomendaciones sobre cómo llevar una vida cotidiana saludable y adaptada, según las características de su enfermedad, además de prestar ayuda y mantener actitud de escucha ante las incertidumbres de éstos mismos.

Los estudios con niños hemofílicos resaltan la importancia de tener en cuenta los factores psicosociales de los pacientes y sus familias con el fin de poder definir estrategias para el manejo adecuado del tratamiento en los menores. La orientación para resolver los problemas cotidianos en su contexto y generar en ellos una sensación de control en medio de la adversidad.

La Federación Mundial de la Hemofilia señala que el desafío actual es ayudar a prestar un cuidado integral a todas las familias con hemofilia, la meta central es, restaurar su sensación de bienestar.

La hemofilia, actualmente, se clasifica como una enfermedad crónica con una expectativa de vida similar a la de una persona saludable.

Objetivos

Unificar criterios de actuación de enfermería, de información y educación en salud basados en la evidencia.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO y búsqueda manual en libros y revistas de enfermería. Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas, metaanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran los cuidados de enfermería en la hemofilia pediátrica, así como la instrucción de familiares y pacientes para conocer la enfermedad y saber tratarla de una forma más autónoma y poder mejorar de esta forma su calidad de vida, siendo este el principal criterio de inclusión. Se seleccionaron artículos en castellano e inglés, comprendidos entre los años 2008 y 2018.

Las palabras clave utilizadas en castellano e inglés para realizar la búsqueda fueron:

- Hemofilia A (Hemophilia A), hemofilia B (Hemophilia B)
- Enfermedad crónica (Chronic Disease)
- Prevención & control (prevention & control).
- Pediatría (Pediatrics).
- Cuidadores (Caregivers).
- Calidad de vida (Quality of Life).
- Acampada (Camping).
- Educación en salud (Health Education).

Resultados

Se encontraron 23 artículos científicos de los cuales 17 cumplían los criterios de inclusión establecidos. De estos 17 artículos seleccionados, 15 fueron encontrados en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO y, los dos restante corresponde a búsqueda manual en libros de texto y revistas de enfermería.

- Lograr un equilibrio entre vigilancia y sobreprotección. Orienten el desarrollo de la confianza del niño en actividades básicas como gatear, caminar, correr, bailar, jugar, etc. Es conveniente que no se les prive de jugar con los demás a la hora de practicar ciertas actividades como montar en patín o bicicleta, deberán llevar protección en las articulaciones diana y en la cabeza.
- Enfocar las sesiones al bienestar emocional de los niños y familiares y, a sus habilidades de adaptación.
- Asesorar a los padres para que reaccionen tranquilamente. Así se establecerá un patrón de respuesta sano y se calmarán los miedos del niño.
- Cuando sea posible, animar a los niños a desempeñar un papel activo en el tratamiento de su trastorno de la coagulación, a responsabilizarse de su salud y a evitar riesgos y situaciones peligrosas haciendo énfasis en el autocuidado y la autonomía cuya máxima expresión es la administración domiciliar de Factor, que conlleva una mejoría importante de la calidad de vida y disminuye las hospitalizaciones. Este hecho interfiere menos en su rutina normal.
- Un punto fundamental para el manejo de pacientes hemofílicos es la educación acerca de la enfermedad, sus potenciales complicaciones y la consulta precoz ante episodios de sangrado.

- Control de salud dental, para evitar patologías que requieran intervenciones mayores.
- Animar a los padres a que participen regularmente en grupos de apoyo u organizaciones de hemofilia, donde puedan hablar sobre dudas y temores con otros padres cuyos hijos estén afectados por la hemofilia, lo cual seguramente hará que su experiencia con la enfermedad se enriquezca y que sus niveles de preocupación disminuyan.

Conclusión

El papel de enfermería es un pilar fundamental para los hemofílicos pues se encargan de su atención directa (resolución de dudas, preocupaciones, complicaciones, etc.), además de su enseñanza (cómo actuar ante una hemorragia, síntomas que aparecen, precauciones que deben tener, etc.) y adiestramiento (cómo administrar el factor, situaciones en las que deben de infundirlo) sobre la enfermedad.

Se hace evidente que hace falta la orientación de estas intervenciones con un modelo integral que permita disminuir la ansiedad y el estrés de cuidadores familiares de niños.

Los estudios indican que la terapia de grupo facilita la expresión de miedos, dudas e informaciones erróneas. Por eso, junto con las asociaciones, se organizan campamentos con un equipo multidisciplinar en el área de hematología y otras especialidades, en los que los resultados muestran que aceleran el paso a la independencia de los cuidados de los niños.

Bibliografía

1. Barrera, L. *La cronicidad y el cuidado familiar, un problema durante la niñez*. Avances en enfermería. 2007; 22(1): 47- 53.
2. Federación Mundial de la Hemofilia. Programas. Disponible en: www.wfh.org. Consultado el 18/01/2018.
3. Ljung, R. *Paediatric care of child with haemophilia*. Haemophilia 2002; 8: 78-82.
4. Jones, P. *Living with Heamophilia*. Fifth edition. USA. Edi. Oxford University Press, 2004; 352. Disponible en: www.oup-usa.org. Consultado el 18/01/2018.
5. Osorio, G.M. Marín, P.T. Bazán, G. y Ruiz, N. *Calidad de vida de pacientes pediátricos con hemofilia*. Consulta externa de un hospital público de la Ciudad de México. 2013. Revista de Psicología GEPU 4(1) 13-26. Recuperado el 18/01/2018 Dirección URL: <https://revistadepsicologiagepu.es/tl/Calidad-de-Vida-de-Pacientes-Pedi%1tricos-con-Hemofilia-.--Consulta-Externa-de-un-Hospital-P%FAblico-de-la-Ciudad-de-M-e2-xico.htm>.

Capítulo 77

Efectividad del programa formativo HASIC para la promoción de estilos de vida saludables en personas mayores de 65 años

Autores:

García-Camacha Gutiérrez, Aurora

Notario Pacheco, Blanca

Rodríguez Martín, Beatriz



Efectividad del programa formativo HASIC para la promoción de estilos de vida saludables en personas mayores de 65 años

Introducción



Promociona el envejecimiento activo a través de estrategias basadas en la participación de las personas mayores en las actividades de la comunidad, el apoyo del grupo de iguales y el empleo de TICs, especialmente Internet.

Objetivo

Evaluar la efectividad del programa formativo HASIC para el empoderamiento y promoción de estilos de vida saludable en las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad.

Material y Método

Descripción y diseño del estudio

HASIC es un proyecto financiado por el Programa de Salud de la Unión Europea, en el que participaron 7 países europeos (Finlandia, Noruega, Estonia, Alemania, Holanda, España y Hungría) con el objetivo de capacitar a las personas mayores de 65 años de Europa para que pudieran adoptar un estilo de vida saludable.



Intervenciones formativas

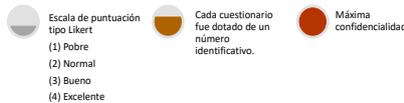
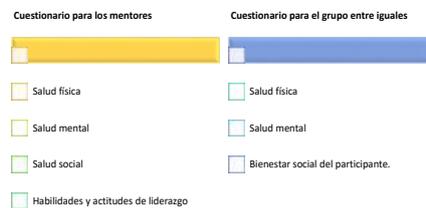
- Dirigidas a Mentores:**
 - Profesiones del ámbito social y sanitario
 - Estudiantes
 - Personas mayores voluntarias
 - Dirigidas al Grupo de iguales:**
 - Personas mayores que vivían en la comunidad en riesgo de pérdidas en salud o exclusión.
- En las sesiones formativas lideradas por mentores los participantes analizaron los riesgos de salud y otros desafíos para el envejecimiento, compartieron sus experiencias, y aprendieron unos de otros utilizando un manual práctico y una plataforma online amigable con las personas mayores (<http://www.hasicplc.eu/>).



Metodología



Estudio cuasi-experimental en el que se elaboraron y se recogieron dos cuestionarios *ad hoc* antes y después de las sesiones formativas con el fin de comprobar la efectividad del programa: uno para los mentores o profesionales y el otro para las personas mayores participantes en la formación entre iguales.



El programa utilizado tanto para procesar los datos como para el análisis estadístico de los resultados del cuestionario ha sido el software SPSS Statistics 19 (Statistical Package for Social Science) para Windows.



Resultados

Análisis estadístico

Resultados de la formación del grupo de mentores

Hay diferencias destacables en las distribuciones de las puntuaciones antes/después de la intervención en los bloques A (Salud física), B (Salud mental), C (Salud social) y D (Habilidades de liderazgo). Encontramos que los valores son más altos tras la intervención ($P_{50} \rightarrow 2 < 3$), obteniendo una respuesta afianzada. Sin embargo, en el bloque E (Actitud de liderazgo) la mediana permanece constante ($P_{50} = 3$). Posteriormente, se realizó con estos datos un análisis inferencial para confirmar en relación a la variabilidad de cada variable, si las diferencias detectadas en las tablas eran significativas o no.

Tabla 1: Características asociadas a los ítems del cuestionario previo a la formación del grupo de mentores

Ítems	Percentil 50 (P_{50})
Salud física	2,00
	2,00
	2,00
Salud mental	2,00
	2,00
	2,00
Salud social	2,00
	2,00
	2,00
Habilidades de liderazgo	2,00
	2,00
	2,00
Actitud de liderazgo	3,00
	3,00
	3,00

Tabla 2: Características asociadas a los ítems del cuestionario posterior a la formación del grupo de mentores

Ítems	Percentil 50 (P_{50})
Salud física	3,00
	3,00
	3,00
Salud mental	3,00
	3,00
	3,00
Salud social	3,00
	3,00
	3,00
Habilidades de liderazgo	3,00
	3,00
	3,00
Actitud de liderazgo	3,00
	3,00
	3,00

Resultados de la formación del grupo entre iguales

Las puntuaciones han aumentado considerablemente, incrementando los valores de la mediana en un punto o dos puntos en la mayoría de los ítems de los bloques A (Salud física) y B (Salud mental) ($P_{50} \rightarrow 1,2 < 3,4$). Esto es debido al efecto de la intervención del programa HASIC. En cambio, en el bloque C (Bienestar social) no se encontró grandes diferencias, al permanecer la mediana constante ($P_{50}=3, P_{50}=4$). Aunque tras el análisis inferencial confirmaremos si las diferencias o similitudes detectadas entre las puntuaciones son significativas o no.

Tabla 4: Características asociadas a los ítems del cuestionario previo a la formación HASIC del grupo entre iguales

Ítems	Percentil 50 (P_{50})
Salud física	2,00
	2,00
	1,00
Salud mental	2,00
	2,00
	3,00
Bienestar social	3,00
	3,00
	4,00

Tabla 5: Características asociadas a los ítems del cuestionario posterior a la formación HASIC del grupo entre iguales

Ítems	Percentil 50 (P_{50})
Salud física	3,00
	3,00
	2,50
Salud mental	3,50
	3,00
	3,50
Bienestar social	3,00
	3,00
	4,00

Análisis inferencial

Se utilizó una prueba no paramétrica para 2 muestras relacionadas para cada uno de los ítems que componen ambos cuestionarios. Se eligió la prueba rangos de Wilcoxon con signo (-Z) para calcular la significancia de los cambios después de la intervención.

Tabla 6: Resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon en el grupo de mentores

Ítems	Rangos (-Z)	p-valor
Salud física	A01 Previo -5,952	0,000
	A02 Previo -5,937	0,000
	A03 Previo -5,875	0,000
Salud mental	B01 Previo -5,933	0,000
	B02 Previo -5,623	0,000
	B03 Previo -5,860	0,000
Salud social	C01 Previo -5,863	0,000
	C02 Previo -5,426	0,000
	C03 Previo -6,004	0,000
Habilidades de liderazgo	D01 Previo -5,557	0,000
	D02 Previo -5,641	0,000
	D03 Previo -5,341	0,000
Actitud de liderazgo	E01 Previo -5,212	0,000
	E02 Previo -5,234	0,000
	E03 Previo -4,879	0,000

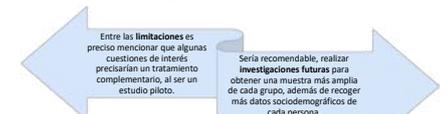
Tabla 7: Resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon en el grupo entre iguales

Ítems	Rangos (-Z)	Valor de p (α)
Salud física	A01 Posterior -4,179	0,000
	A02 Posterior -4,123	0,000
	A03 Posterior -3,320	0,001
Salud mental	B01 Posterior -3,906	0,000
	B02 Posterior -3,871	0,000
	B03 Posterior -4,215	0,000
Bienestar social	C01 Posterior -0,577	0,564
	C02 Posterior -0,190	0,850
	C03 Posterior -2,111	0,035

Conclusiones

Los resultados muestran que el programa formativo HASIC, basado en la formación entre iguales y en el uso de las TICs, es **efectivo** para la promoción de estilos de vida saludable en las personas mayores en prácticamente todos los dominios.

- El programa HASIC facilita a una mejor integración en la sociedad de las personas mayores de 65 años.
- HASIC aumenta la salud de todos los dominios sobre el envejecimiento activo (físico, mental y social).
- Con respecto a estudios anteriores, el programa HASIC dio una formación previa que capacitara a aquellas personas que iban a trabajar con personas mayores, siendo ésta específica y eficaz para la intervención.
- Este programa incorporó las TICs para la formación de las personas mayores y en especial con el apoyo de Internet.
- Los cuestionarios utilizados en HASIC son útiles para evaluar la eficacia del programa.
- El uso de escalas de puntuación tipo Likert son las más adecuadas para evaluar este tipo de intervenciones.
- La principal novedad de este estudio es que se utiliza de forma pionera la combinación de TICs como Internet, el apoyo del grupo de iguales y la participación activa de las personas mayores en la comunidad.



Resumen: El programa *Healthy Ageing Supported by Internet and Community (HASIC)* se basa en la formación entre grupos de iguales y en el apoyo de internet para capacitar a las personas mayores de 65 años en estilos de vida saludables. El objetivo principal es evaluar la eficacia de este programa. Para ello, se realizó un estudio cuasi-experimental. Los resultados muestran diferencias tanto en el grupo de mentores como en el grupo entre iguales. Tras el análisis diferencial, se comprobó que el programa es eficaz. Se concluyó que *HASIC* es un buen recurso para fomentar el envejecimiento activo en las personas mayores.

Palabras Clave: Envejecimiento activo; Personas mayores; Efectividad.

Introducción

Existen múltiples intervenciones encaminadas a la promoción del envejecimiento activo en personas mayores de 65 años. El programa europeo *Healthy Ageing Supported by Internet and Community (HASIC)* se basa en la formación entre grupos de iguales y en el apoyo de internet para capacitar a las personas mayores de 65 años en la adopción de estilos de vida saludables.

Objetivo

Evaluar la efectividad del programa formativo *HASIC* para el empoderamiento y promoción de estilos de vida saludable en las personas mayores de 65 años residentes en la comunidad.

Material y método

Estudio cuasi-experimental realizado en una muestra intencional de participantes en el programa formativo *HASIC*, incluyendo a un total de 71 participantes de Talavera de la Reina (Toledo) y Cuenca (47 profesionales y mentores y 24 participantes en los grupos entre iguales). Los datos fueron recogidos a través de cuestionarios ad hoc recogidos antes y después de la intervención. Para el análisis de los datos se elaboró el promedio de las puntuaciones y un análisis inferencial, utilizando la prueba de rangos de Wilcoxon.

Resultados

Los resultados muestran diferencias en los promedios de las puntuaciones antes/después del programa formativo *HASIC* en el grupo de mentores, siendo mayor la puntuación después de la intervención. Lo mismo ocurre en el grupo de iguales. Tras el análisis diferencial, se comprobó que el programa es eficaz en la mayoría de los ítems ($p < 0,005$).

Discusión y conclusión

El programa formativo *HASIC* es un buen recurso para fomentar el envejecimiento activo en las personas mayores ya que es efectivo, novedoso y promueve un aumento en las puntuaciones de salud en todos los dominios: físico, mental y social.

Bibliografía

1. O’Caoimh R, Sweeney C, Hynes H, McGlade C, Cornally N, Daly E, et al. Collaboration on AGEing-COLLAGE: *Ireland’s three-star reference site for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA)*. *European Geriatric Medicine*. 2015; 6: 505–511.
2. World Health Organization. *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: global strategy and plan of action on ageing and health*. 69^a World Health Assembly. 2016.
3. Causapié Lopesino P, Balbontín López-Cerón A, Porrás Muñoz M, Mateo Echanagorria A. *Envejecimiento activo. Libro blanco*. 1^a Ed. IMSERSO; 2011.
4. Hanlon N, W. Skinner M, E. Joseph A, Ryser L, Halseth G. *Place integration through efforts to support healthy aging in resource frontier communities: The role of voluntary sector leadership*. *Health & Place*. 2014; 29: 132-139.
5. Boges I, Daurèle C, Parent AS, Thille A, Westerholm B, Costongs C, et al. *Healthy ageing, a challenge for europe*. The Swedish National Institute of Public Health. Huskvarna, 2007.

Capítulo 78

Eficacia del modelo Precede-Procede en la Sanidad Comunitaria. Revisión sistemática

Autores:

De la Vega Tera, Teresa

Fernández Alves, Daniel

Ballesteros Galán, Sara

EFICACIA DEL MODELO PRECEDE-PROCEDE EN LA SANIDAD COMUNITARIA

Revisión sistemática (espacio destinado a autores)

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, son las que no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración, por lo general evolucionan lentamente y se han vuelto en las principales causas de discapacidad y muerte en los países desarrollados.

Los datos demuestran que la mayoría de las causas de muerte y morbilidad son prevenibles mediante la adopción de conductas saludables aunque siguen siendo elevados y se hace visible la necesidad de actuar sus factores de riesgo y encontrar un modelo/método efectivo que ayude al personal sanitario de Atención Primaria en la educación sanitaria. INE. Defunciones según la causa de la muerte, año 2003,2013, 2015.

El modelo PRECEDE-PROCEDE de educación para la salud (Green LW). intenta ayudar a los profesionales a identificar los factores predisponentes, facilitadores, reforzantes y las barreras que influyen en los problemas de salud para facilitar conductas saludables.

Objetivo

Evaluar la eficacia del modelo de EPS P-P en la sanidad comunitaria

Materiales y Métodos

Búsqueda sistemática en el mes de noviembre de 2017 en las siguientes bases de datos: Bireme, CINAHL, CUIDEN, Cochrane y Pubmed

Términos médicos MeSH® en castellano, inglés y portugués:

- "servicios de salud comunitaria", "enfermería en salud comunitaria" y "PRECEDE"
- "communitary health services", "communitary health nursing" y "PRECEDE-PROCEED"
- "serviços de saúde comunitária", "enfermagem em saúde comunitária" y "PRECEDE"

Los límites establecidos han sido que el texto fuese completo y gratuito, el idioma fuese español, inglés o portugués y que la búsqueda se realizara en todos los campos. No se ha considerado filtrar los artículos por año de publicación.

Se han excluido los artículos que no desarrollaran ninguna fase del modelo P/P y que no atendieran al marco de los pacientes en la sanidad comunitaria.

El flujograma de la búsqueda se puede ver en la figura 1.

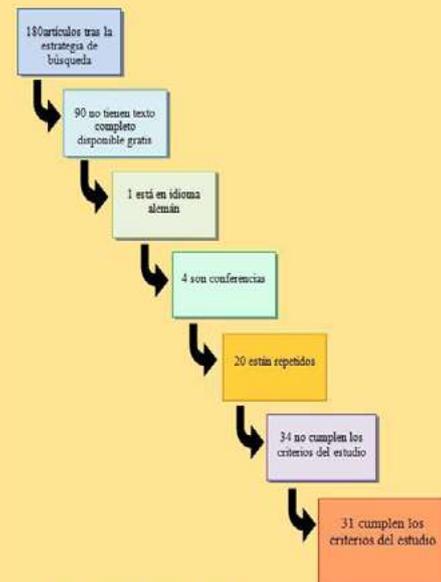


Figura 1. Flujograma selección de artículos

Conclusiones

- ✓ El modelo P-P puede proporcionar un modelo eficaz para el diseño de campañas de sensibilización como de cambio de hábitos insalubres en la comunidad siempre que:
 - se conforme un grupo lo más homogéneo posible y
 - se mantenga constante en el tiempo.
- ✓ Es especialmente muy útil la parte PRECEDE para descubrir los factores determinantes del factor de riesgo o enfermedad a estudiar en una población objeto

Resultados

Los resultados se reflejan en la tabla 1.

Resultados	Autor	Año	Revista
P/P útil – 10	Sandra M.	2014	Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene
	Santer M.	2014	Journal of Medical Internet Reserch
	Hashimoto K.	2013	BMC Health Services Research
	Yamada T.	2013	International Journal of Environmental Research and Public Health
	Nahidi F.	2013	BioMed Central Pregnancy and Childbirth
	Jane L.	2012	Nursing Research and Practice
	Ashwel H..E.	2009	Health Promot International
	De Kleijn A.	2008	British Journal of Community Nursing
	Wright A.	2006	BMC Public Health
	Smith S.R.	2005	American Journal of Health-System Pharmacy
P/P poco útil – 2	DePue J.D.	2010	American Journal of Publi Health
	Barrio Cantalejo I.M.	2004	Nure Investigación
Sólo PRECEDE útil – 18	Pennington P.M.	2017	Neglected Tropical Diseases
	Cattamanch A.	2015	BioMed Central Health Services Research
	Barrera L.F.	2014	Revista CUIDARTE
	Drury V.B.	2013	ANNALS Academy Medical of Singapore
	Studs CR.	2013	Journal of Community Health
	Hardin-Fanning F.	2012	Rural and Remote Health
	Dong X.	2010	Journal of Aging Research
	Kilanowski JF.	2010	MCN. The American journal of maternal child nursing
	Hu J.	2010	Journal of community health nursing
	Li Y.	2009	BioMed Central Health Services Research
	Schoenberg NE.	2009	American Journal of Health Behavior
	Devine CM.	2007	Obesity (Silver Spring)
	Lengerich E.J.	2007	Journal of Cancer Survivorship
	Evers DB.	2000	Journal of the Society of Pediatric Nurses
	Rainey C.J.	2001	American Journal of Health Behavior
	Keith SE.	1998	American Journal of Health Behavior
	Hood VL.	1997	Ethnicity & Health
	Taylor VM.	1994	Public Health Rep
P/P para valorar las acciones realizadas por el estado hasta el momento – 1 útil	Secker-Walker R.H.	2002	The Cochrane Library

Tabla 1

Resumen: Debido al incremento de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo se decidió evaluar la eficacia del modelo de educación para la salud PRECEDE-PROCEED (Green LW) en la sanidad comunitaria mediante una revisión sistemática en bases de datos utilizando descriptores términos médicos MeSH® obteniendo treinta y un artículos que cumplían el objetivo de este estudio.

Se concluyó que el modelo P-P es útil cuando se conforma un grupo homogéneo y es mantenido en el tiempo. La parte PRECEDE es muy útil para descubrir los factores determinantes de salud.

Palabras Clave: Community Health Nursing; PRECEDE-PROCEED model; Education for Health.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles se han vuelto en las principales causas de discapacidad y muerte en los países desarrollados. La mayoría de las causas de muerte y de morbilidad es prevenible mediante la adopción de conductas saludables. La enfermera especialista en Salud Comunitaria es el profesional cuyo objetivo es la capacitación y empoderamiento de las personas para abordar los problemas de salud a lo largo de su vida. Se facilita su trabajo con distintos programas, métodos y técnicas de educación sanitaria. El modelo PRECEDE-PROCEED (P-P) de educación para la salud (Green LW) intenta ayudar a los pacientes a identificar los factores predisponentes, facilitadores, reforzantes y las barreras que influyen problema de salud para facilitar conductas saludables

Objetivo

Evaluar la eficacia del modelo de Educación Para la Salud P-P en la sanidad comunitaria

Metodología

Búsqueda sistemática en el mes de noviembre de 2017 en las siguientes bases de datos: Bireme, CINAHL, CUIDEN, Cochrane y Pubmed. Se usaron términos médicos MeSH® en castellano (“servicios de salud comunitaria”, “enfermería en salud comunitaria” y “precede”), inglés (“community health services”, “community health nursing” y “precede-proceed”) y portugués (“serviços de saúde comunitária”, “enfermagem em saúde comunitária” y “precede”).

Los límites establecidos fueron que el texto fuese completo y gratuito, el idioma en español, inglés o portugués y que la búsqueda se realizara en todos los campos.

No se ha considerado filtrar los artículos por año de publicación. Se excluyeron los artículos que no desarrollaran ninguna fase del modelo P/P y que no atendieran al marco de los pacientes en la sanidad comunitaria.

De los ciento ochenta artículos mostrados tras la estrategia de búsqueda, se realizan los siguientes descartes: noventa no se encuentran con el texto completo gratis, uno está escrito en alemán, cuatro son conferencias, veinte están repetidos, treinta y cuatro no cumplen los criterios del estudio. Con lo cual, tras estos descartes nos quedan un total de treinta y un estudio válido para nuestro objetivo.

Resultados

Los resultados obtenidos en cuanto a la utilidad del modelo P-P es bastante homogéneo. Diez artículos demuestran que el modelo les ha sido útil tras su estudio, de los cuales la mitad no aportan nada especial y tratan de enfermedades cardiovasculares y cuidados paliativos, adhesión al tratamiento, vínculo relación piel con piel recién nacido-madre, salud maternal e infantil y salud mental. Los otros cinco artículos contribuyen de forma diferenciada: Empleado en la enfermedad de Chagas uno deja ver su utilidad de forma inmediata pero deja abierto el resultado a largo plazo; otro es utilizado para valorar las acciones sanitarias realizadas en una región de Guatemala de los efectos y procesos de integración de un sistema de vigilancia demostrando que las tareas de cuidado de la salud se pueden simplificar, estandarizando y delegando a personal menos cualificado para poner los proveedores, en los entornos con recursos humanos limitados; un tercero demuestra el beneficio de uso de una web específica para ayudar a los padres en el autocuidado del eccema; el cuarto no aporta un estudio nuevo pero adapta el modelo para la elaboración de enfoques teóricos y experimentales basándose en cómo funciona lo establecido en el acceso a la salud de la población anciana; el último es usado para educar y aportar conocimientos, no hábitos.

Dieciocho utilizan únicamente la parte “precede”, la cual les es realmente útil para descubrir los factores determinantes del factor de riesgo o enfermedad que se quiere estudiar en dicha comunidad. Solo tres contribuyen en especial al enriquecimiento de este estudio: En China un estudio evaluó todas las necesidades de salud de la comunidad sobresaliendo las enfermedades cardiovasculares; un segundo estudio sobre el cáncer de cérvix utilizó la parte “precede” como marco general y otros modelos para elementos específicos de intervención (teoría cognitiva social, investigación participativa basada en la comunidad); el tercero sobre la alimentación de los trabajadores agrícolas migrantes en EEUU nos corrobora mediante los diálogos mantenidos en las entrevistas que la parte “pocede” ha sido un fracaso debido a las grandes barreras habidas:

- a) Precio de la comida.
- b) Falta de tiempo de preparación.
- c) Distancia para almacenar ubicaciones.
- d) Importancia de los alimentos étnicos tradicionales.
- e) Conocimiento limitado de la elección de alimentos saludables.

Uno lo utilizaron de forma completa para valorar Ensayos controlados de intervenciones comunitarias para reducir la prevalencia de tabaquismo en fumadores adultos por el poder público oportuno que, siéndoles útil.

Sólo dos artículos utilizando las dos partes fueron poco útiles en la segunda parte; la “pocede”. Un estudio español usa el P/P completo durante 18 meses en pacientes adultos obesos para facilitar la adherencia a un estilo de alimentación y ejercicio que disminuya su obesidad y apenas hay cambio al final, si al principio. Falla que la muestra es de edad avanzada y valorar otras patologías que perjudiquen a la vez a ese factor de riesgo. El segundo se realizó en la Samoa Americana contra la diabetes, los resultados no son muy buenos debido a las barreras culturales, a la pobreza, y a la escasa disponibilidad sanitaria.

Conclusiones

El modelo P-P puede proporcionar un modelo eficaz para el diseño de campañas de sensibilización como de cambio de hábitos insalubres en la comunidad siempre que se conforme un grupo lo más homogéneo posible y se mantenga constante en el tiempo. Es especialmente muy útil la parte “precede” para descubrir los factores determinantes del factor de riesgo o enfermedad a estudiar en una población objeto.

Bibliografía

1. L.W. Green, M. W. Kreuter. *Health promotion planning. An educational and ecological approach*. 2ª ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company. 1991

2. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724

3. OMS. *Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre modos de vida sanos y control de las enfermedades no transmisibles* (Moscú, 28 y 29 de abril de 2011). Informe de políticas. Opciones innovadoras para la financiación de la salud. OMS 29 de abril de 2011. http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/es/ (último acceso 2 diciembre 2017).

4. ShanthiMendis. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. OMS. 2014. http://who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1 (último acceso 2 diciembre de 2017).

5. OMS. *Enfermedades no transmisibles*. OMS. Abril de 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> (último acceso 2 de diciembre de 2017).

Capítulo 79

Ejercicio físico, deporte y salud en nuestra sociedad

Autores:

Cuartero Lozano, David

Plaza Plaza, Elena

Bellón García, María José

EJERCICIO FÍSICO, DEPORTE Y SALUD EN NUESTRA SOCIEDAD

INTRODUCCIÓN

En la **sociedad española** actual se ha constatado un **aumento** de las personas que practican habitualmente **deporte** en España. Un **19,5% de la población** practica deporte **diariamente**, el 46,2% al menos una vez por semana, el 51% de la población al menos una vez al mes y el 52,3% al menos una vez al trimestre.

La edad, el sexo y el nivel de estudios son variables determinantes (las **mayores tasas de práctica deportiva** en la **población** más joven de **15 a 19 años**, un **87%**).

Por sexo, la práctica deportiva continúa siendo superior en los hombres, 59,8%, que en las mujeres, 47,5%.

Si se analiza el nivel de formación se observan las **mayores tasas** entre aquellos **con educación superior**, **73,4%**. Las tasas de práctica deportiva más bajas se encuentran entre los que tienen una formación académica inferior.

Los datos dicen que en **Castilla La-Mancha** la **tasa de práctica deportiva** es del **38,6%** en 2015 lo que supone un **aumento de 2,2 puntos porcentuales** respecto a 2010.

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta estos datos y la escasez de bibliografía que evalúe los conocimientos que posee la población sobre ejercicio físico, deporte y salud, que el presente estudio pretende alcanzar los siguientes **objetivos**:

- 1) **Identificar los conocimientos o ideas** que posee la población sobre **ejercicio físico, deporte y salud**.
- 2) **Determinar si la población** posee los conocimientos suficientes para una **práctica adecuada y segura** de ejercicio físico.
- 3) **Conocer el impacto** de los medios de comunicación sobre las **necesidades estéticas e imagen corporal** de la población.
- 4) **Establecer el perfil** del sujeto español que realiza deporte.

MATERIAL Y MÉTODO

- Trabajo de investigación descriptivo, observacional y transversal.
- Cuestionario «ad hoc» de 61 ítems con respuesta tipo likert.



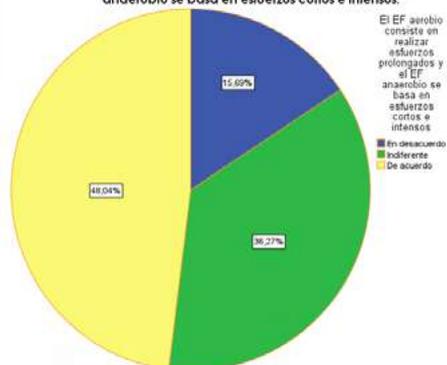
PILOTAJE

- Cuestionario «ad hoc» 20 ítems con respuesta tipo likert.
- Variables del CRD
- Emplazamiento, población y periodo de estudio.
- Criterios de inclusión y exclusión.
- Análisis con paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21.

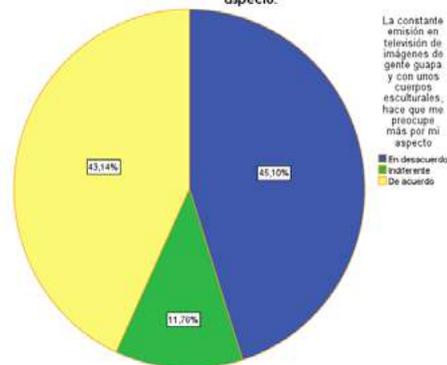
RESULTADOS

- 102 participantes: 52 mujeres y 50 hombres
- 42 no deportistas 40 amateur 20 profesionales
- **Edad participantes:** 16 - 57 años
- **Deportes más practicados:**
 - 1) Deportes aeróbicos individuales
 - 2) Deportes colectivos de balón y pelota
 - 3) Ejercicios de forma física en cubierto
 - 4) Natación
 - 5) Ciclismo
- **Periodicidad de práctica:** 3 días/semana

AFIRMACIÓN 6: El EF aerobio consiste en realizar esfuerzos prolongados y el EF anaerobio se basa en esfuerzos cortos e intensos.



AFIRMACIÓN 3: La constante emisión en televisión de imágenes de gente guapa y con unos cuerpos esculturales, hace que me preocupe más por mi aspecto.



CONCLUSIONES

- Hombres practican deporte de forma pública y las mujeres optan por no realizarlo.
- Mujeres y deportistas profesionales más influidos por medios de comunicación.
- Los deportistas profesionales poseen más conocimientos.
- No hay diferencias de conocimientos respecto al sexo.
- Necesidad de programas educativos.
- **Perfil del sujeto deportista español:** hombre de mediana edad que realiza deporte 3 veces/semana de forma pública y con preferencia por los deportes colectivos y de pelota.

Resumen: En la sociedad española actual se ha constatado un aumento de las personas que practican habitualmente deporte en España (un 19,5% de la población practica deporte diariamente).

El objetivo principal de estudio es identificar los conocimientos o ideas que posee la población sobre ejercicio físico, deporte y salud. Para ello se ha elaborado un cuestionario "ad hoc" con 20 afirmaciones con respuesta escala tipo Likert.

De los 102 sujetos participantes, hay 52 mujeres y 50 hombres. El 58,8% practica deporte (58,3% hombres y 41,7% mujeres).

Los sujetos que practican deporte demuestran poseer más conocimientos que los sedentarios.

Palabras Clave: Salud; Deportes; Ejercicio.

Introducción

En la sociedad española actual se ha constatado un aumento de las personas que practican habitualmente deporte en España. Un 19,5% de la población practica deporte diariamente, el 46,2% al menos una vez por semana, el 51% de la población al menos una vez al mes y el 52,3% al menos una vez al trimestre.

La edad, el sexo y el nivel de estudios son variables determinantes (las mayores tasas de práctica deportiva se dan en la población más joven de 15 a 19 años, un 87%).

Por sexo, la práctica deportiva continúa siendo superior en los hombres, 59,8%, y en las mujeres, 47,5%.

Si se analiza el nivel de formación se observan las mayores tasas entre aquellos con educación superior, 73,4%. Las tasas de práctica deportiva más bajas se encuentran entre los que tienen una formación académica inferior.

Los datos dicen que en Castilla La-Mancha la tasa de práctica deportiva es del 38,6% en 2015 lo que supone un aumento de 2,2 puntos porcentuales respecto a 2010.

Objetivos

Teniendo en cuenta estos datos y la escasez de bibliografía que evalúe los conocimientos que posee la población sobre ejercicio físico, deporte y salud, que el presente estudio pretende alcanzar los siguientes objetivos:

1. Identificar los conocimientos o ideas que posee la población sobre ejercicio físico, deporte y salud.
2. Determinar si la población posee los conocimientos suficientes para una práctica adecuada y segura de ejercicio físico.
3. Conocer el impacto de los medios de comunicación sobre las necesidades estéticas e imagen corporal de la población.
4. Establecer el perfil del sujeto español que realiza deporte.

Material y método

El presente estudio es un trabajo de investigación de carácter descriptivo, observacional y transversal.

Para el estudio se ha elaborado una encuesta tipo (cuestionario “ad hoc”) con una serie de ideas sobre ejercicio físico y salud. En primer lugar se realizó una encuesta piloto, con 61 afirmaciones con respuesta escala tipo Likert, a un total de 17 sujetos. En el análisis de los resultados del pilotaje, de las 61 se seleccionaron 20 afirmaciones.

Los criterios de inclusión en el estudio son los siguientes:

- Sujetos incluidos en el intervalo de edad de 15-60 años.
- Practicar algún deporte al menos 3 veces/semana para poder incluirse en el grupo de deportistas.
- Para incluirse en el grupo de deportistas profesionales es necesario estar federado y participar activamente en torneos, ligas deportivas, circuitos profesionales, etc.

Los criterios de exclusión del estudio son los que se enumeran a continuación:

- Poseer formación específica sobre ejercicio físico, deporte y salud.
- Dificultades en la comprensión del castellano que impidan realizar la encuesta.

Las variables a estudio que conforman el CRD (cuaderno de recogida de datos) de la muestra son:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Tipo de deporte practicado.
4. Años de práctica.
5. Periodicidad de práctica.
6. Modalidad de práctica (pública/privada).
7. Práctica competitiva/amateur.

La muestra de sujetos ha sido seleccionada por muestreo no probabilístico (muestreo subjetivo por decisión razonada). Esta muestra ha sido dividida en tres grupos:

1. Población que no practica deporte.
2. Deportistas amateur.
3. Deportistas profesionales.

Para analizar los datos obtenidos en las encuestas se ha utilizado el programa informático IBM SPSS Statistics 21.

En primer lugar, se realizará un análisis univariante obteniéndose los pertinentes estadísticos descriptivos (frecuencias absolutas, relativas, desviaciones típicas, medias y medianas). Posteriormente se llevará a cabo un análisis bivariante mediante las correspondientes pruebas estadísticas para obtener el grado de significación (P). Estas pruebas serán Chi cuadrado, T de Student y Anova.

Consideraremos que una $P < 0,05$ nos informa de que existe una relación significativa entre dos variables.

Resultados

En los resultados obtenidos en este estudio se sigue observando, como viene siendo tradición, que en España la práctica deportiva sigue siendo un campo mayoritariamente masculino que se concentra en los grupos de edad más jóvenes. Sin embargo se viene produciendo un aumento de la población de mediana y avanzada edad.

La periodicidad de práctica más repetida ha sido 3 días/semana.

La modalidad preferida para realizar deporte es la pública y éste se realiza mayoritariamente de forma amateur.

Las mujeres practican mayoritariamente deportes individuales aeróbicos y natación y se decantan por la modalidad de práctica privada. Por otro lado, los hombres se decantan por los deportes colectivos de balón y pelota, ejercicios de forma física en cubierto y ciclismo, prefiriendo la modalidad pública.

Los sujetos que practican deporte profesionalmente son los que más porcentaje de acierto han mostrado.

Casi la totalidad de los sujetos no han contestado correctamente a las afirmaciones correspondientes a los mitos referentes al flato y las agujetas.

La mayoría de los sujetos han declarado que, para ellos, el ejercicio físico actualmente tiene más connotaciones estéticas y económicas que las puramente saludables. Este hecho se debe a la influencia de los medios de comunicación y puede ocasionar severas repercusiones sobre la salud.

Conclusiones

Las mujeres y los deportistas profesionales están más influidos por los medios de comunicación.

Los deportistas profesionales poseen más conocimientos.

Hay necesidad de crear e instaurar programas educativos para una practica segura de ejercicio físico ya que, bien enfocado, puede ser una importante fuente de salud.

Perfil del sujeto deportista español: hombre de mediana edad que realiza deporte 3 veces/semana de forma pública y con preferencia por los deportes colectivos y de pelota.

Bibliografía

1. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. *Encuesta de hábitos deportivos en España 2015*. [monografía en Internet]*. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: 2015 [acceso 14 abril de 2016]. Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/estadistica-2015-encuesta-de-habitos-deportivos-en-espana-/deportes-estadisticas/20607>.
2. Caracuel Tubío JC, Arbinaga Ibarzábal F. *Repercusión del ejercicio físico sobre la salud*. *Apuntes de Psicología*. 2010;28(2):315-28.
3. Vaquero Cristóbal R, Alacid Cárceles F, Muyor Rodríguez JM, López Miñarro PA. *Imagen corporal; revisión bibliográfica*. *Nutrición hospitalaria: Organó oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*. 2013;28(1):27-35.

Capítulo 80

El aviso domiciliario en las urgencias de atención primaria

Autor:

Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel

EL AVISO DOMICILIARIO EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria se ha integrado en la actividad cotidiana de Atención Primaria de los centros de salud españoles. Como programa de salud debería definir sus características, objetivos, indicadores para la evaluación, criterios de inclusión-exclusión y procedimientos. Sin embargo, la atención domiciliaria varía según los equipos y en la mayoría de los casos no se ha determinado el perfil de atención que debe ofertarse a los pacientes. La demanda de atención a domicilio ha aumentado notablemente en los últimos años debido fundamentalmente al envejecimiento de la población, además de otras causas como la reducción del periodo de tiempo de ingreso hospitalario o la tendencia a suministrar más cuidados preventivos y favorecer el autocuidado. Por otra parte, existe una sensación generalizada entre los profesionales de que hay un exceso de demanda domiciliaria. Los pacientes que precisan ser atendidos en su domicilio pueden presentar patología aguda, crónica o terminal, por lo que se diferencian distintos tipos de atención domiciliaria, pudiendo ser programada o a demanda (avisos domiciliarios). Ésta última, a su vez, se divide en urgente y no urgente. El objetivo de mi estudio es obtener un perfil del solicitante de atención domiciliaria de mi zona básica de salud como primer paso para intentar aplicar soluciones que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria en nuestro centro y posiblemente en otros centros de similares características.

OBJETIVOS

- Extrapolar las características de los pacientes atendidos en su domicilio, según edad y sexo por los profesionales de las urgencias.
- Conocer la clínica predominante en el paciente en dicha situación.
- Saber si fue necesaria la derivación hospitalaria, así como conocer el tratamiento instaurado.

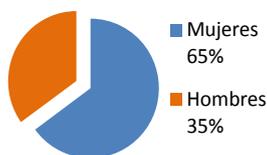
METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en la Zona Básica de Salud, seleccionando 200 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que fueron atendidos en su domicilio durante los meses de Enero a Mayo de 2017.

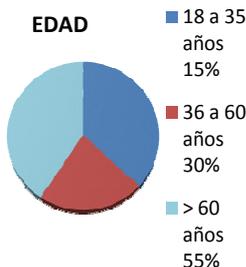
Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, clínica predominante, derivación hospitalaria y tratamiento instaurado.

RESULTADOS

SEXO



EDAD



CLÍNICA	VARONES	MUJERES	TOTAL
Respiratoria	30(42,85%)	55(42,30%)	55(42,30%)
Digestiva	10(14,28%)	40(30,76%)	50 (25%)
Cardiaca	20(28,57%)	30(23,07%)	50(25%)
Traumatológica	10(14,28%)	5(3,84%)	15(7,5%)

TRATAMIENTO	
-OXIGENOTERAPIA	20 (10%)
-AEROSOLTERAPIA	15 (7,5%)
-OTROS	15 (7,5%)
-AINES	60 (30%)
-METOCLOPRAMIDA	15 (7,5%)
-METAMIZOL	20 (10%)
-METILPREDNISOLONA	40 (20%)
-DERIVACIÓN HOSPITALARIA	30 (15%)

RESULTADOS

Las mujeres en un 65% de los casos demandan avisos urgentes a este servicio, mientras que los hombres lo hacen en un 35%. La franja de edad que más utiliza este servicio son los mayores de 60 años con un 55%, probablemente se pueda deber a que en este grupo encontramos pacientes inmovilizados. Los AINES y la metilprednisolona son los fármacos más utilizados en los avisos domiciliarios urgentes, en un 30% y un 20% respectivamente. La oxigenoterapia se utilizó en 20 de los casos, mientras que la aerosolterapia se hizo en sólo 15. Del total de los 200 pacientes atendidos, sólo se derivaron un 15%.

CONCLUSIONES

En relación con los datos obtenidos, parece que existe una sobreutilización de la atención domiciliaria urgente, malgastando recursos innecesarios, existiendo múltiples factores involucrados. En este sentido, pienso que se podría subsanar en parte, mediante la aplicación de una serie de medidas que expongo a continuación:

- Educación sanitaria en el domicilio: informar al paciente de los recursos y tiempo que consumen los avisos domiciliarios no justificados, animando a éste a acudir al centro ante patologías banales.
- Realizar un correcto programa de atención al paciente inmovilizado por el equipo de Atención Primaria (médico y enfermería), ya que disminuiría el número de avisos urgentes de este tipo de pacientes.

Bibliografía:

- 1.-De la Revilla L, Espinosa Almendro JM, La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. 2003.
- 2.-Gervás J, Los domicilios ,urgentes y de crónicos. 2002.
- 3.-Mancera J, Paniagua F, Giménez S, Evolución de los avisos domiciliarios en un centro de salud urbano en los últimos cinco años. Semergen (2001).

Resumen: La atención domiciliaria se ha integrado en la actividad cotidiana de Atención Primaria. Como programa de salud debería definir características, objetivos, indicadores para la evaluación, criterios de inclusión-exclusión y procedimientos. Sin embargo, la atención domiciliaria varía según los equipos y no se ha determinado el perfil de atención que debe ofertarse a los pacientes. El envejecimiento de la población hace que el objetivo de mi estudio sea obtener un perfil del solicitante de atención domiciliaria de mi zona básica de salud como primer paso para aplicar soluciones que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria.

Palabras Clave: Atención domiciliaria; zona básica de salud; urgencias sanitarias.

Objetivos y metodología

- Extrapolar las características de los pacientes atendidos en su domicilio, según edad y sexo por los profesionales de las urgencias.
- Conocer la clínica predominante en el paciente en dicha situación.
- Saber si fue necesaria la derivación hospitalaria, así como conocer el tratamiento instaurado.

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en la Zona Básica de Salud, seleccionando 200 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que fueron atendidos en su domicilio durante los meses de Enero a Mayo de 2017.

Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, clínica predominante, derivación hospitalaria y tratamiento instaurado.

Resultados

Las mujeres en un 65% de los casos demandan avisos urgentes a este servicio, mientras que los hombres lo hacen en un 35%. La franja de edad que más utiliza este servicio son los mayores de 60 años con un 55%, probablemente se pueda deber a que en este grupo encontramos pacientes inmovilizados. Los AINES y la metilprednisolona son los fármacos más utilizados en los avisos domiciliarios urgentes, en un 30% y un 20% respectivamente. La oxigenoterapia se utilizó en 20 de los casos, mientras que la aerosolterapia se hizo en sólo 15. Del total de los 200 pacientes atendidos, sólo se derivaron un 15%.

Conclusiones

En relación con los datos obtenidos, parece que existe una sobreutilización de la atención domiciliaria urgente, malgastando recursos innecesarios, existiendo múltiples factores involucrados. En este sentido, pienso que se podría subsanar en parte, mediante la aplicación de una serie de medidas que expongo a continuación:

- Educación sanitaria en el domicilio: informar al paciente de los recursos y tiempo que consumen los avisos domiciliarios no justificados, animando a éste a acudir al centro ante patologías banales.

- Realizar un correcto programa de atención al paciente inmovilizado por el equipo de Atención Primaria (médico y enfermería), ya que disminuiría el número de avisos urgentes de este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. *La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores*. 2003.
2. Gervás J. *Los domicilios, urgentes y de crónicos*. 2002.
3. Mancera J, Paniagua F, Giménez S. *Evolución de los avisos domiciliarios en un Centro de Salud urbano en los últimos cinco años*. Semergen (2001).

Capítulo 81

El cuidador principal en el entorno hospitalario: Afectación biopsicosocial

Autores:

Pérez Alcolado, Beatriz

Cortés Ramos, María Úrsula

Blanco Casado, Noelia

Perea Espinosa, Francisco

EL CUIDADOR PRINCIPAL EN EL ENTORNO HOSPITALARIO: AFECTACIÓN BIOPSIOSOCIAL

Pérez Alcolado, B; Cortés Ramos, M.U; Blanco Casado, N; Perea Espinosa, F.

Introducción

Es evidente el aumento de la sobrecarga del cuidador principal durante su estancia hospitalaria, pero no lo es tanto los diferentes enfoques de sus necesidades.

Objetivos

Mostrar las diferencias en la percepción biopsicosocial del cuidador principal de un enfermo con demencia, entre los profesionales de enfermería hospitalaria y de urgencias.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en el área hospitalaria y de urgencias (observación) del Hospital Mancha Centro, entre junio de 2017 a diciembre de 2017.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario «ad hoc» autoadministrado de 20 preguntas con respuestas tipo Likert.

Como muestra se incluyeron profesionales de enfermería tanto de planta (n 41), como del servicio de urgencias (n 40), donde se tuvieron en cuenta edad, género, formación y tiempo de experiencia.

Para el análisis de los datos, se utilizó el sistema SPSS en su versión 18.0

Resultados

Al comparar las preguntas realizadas a los profesionales de urgencias y a los profesionales de planta; y agrupando las respuestas en dos grupos, uniendo categorías de nunca, casi nunca y a veces, y por otro lado, frecuentemente y casi siempre; se observa que:

- Ambos grupos coinciden con un % similar de 77,5% (profesionales de urgencias) Y 87.8% (profesionales de planta) en que la situación del paciente en ambos entornos frecuente o casi siempre, produce un deterioro del cuidador en los niveles social, económico y familiar. P no significativa de 0,220. **TABLA 1**
- Referente a la sobrecarga e irritabilidad que soporta el cuidador principal, se objetiva un ligera diferencia ya que los profesionales de planta creen que afecta en menor medida que los profesionales de urgencias (43,9% Vs 62,5) . P no significativa de 0,094. **TABLA 2**
- Tanto los profesionales de urgencias (70%) como los profesionales de planta (78%), están de acuerdo en que la educación para la salud es el método mas efectivo para mejorar la atención al paciente, identificando los conocimientos que posee el cuidador, mejorando su propia calidad de vida, disminuyendo a su vez, su cansancio y culpa. P no significativa de 4,09. **TABLA 3**

Conclusiones

Ambos grupos de profesionales consideran afectadas las diferentes áreas de valoración del cuidados principal de un enfermo con demencia, y por ende, sus necesidades.

La situación del paciente en planta produce un deterioro del cuidador principal en los niveles social, económico y familiar

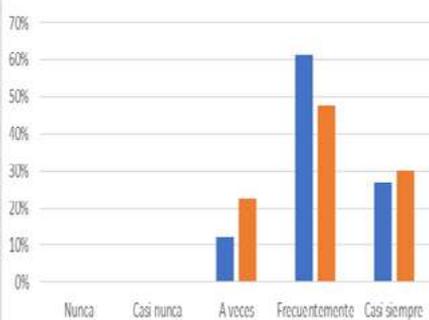


TABLA 1
■ Profesionales Planta ■ Profesionales Urgencias

Acudir a planta con la persona a la que cuida, supone para el cuidador principal: sentimiento de culpa, sobrecarga e irritabilidad

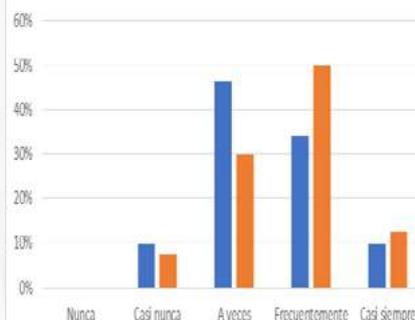


TABLA 2
■ Profesionales Planta ■ Profesionales Urgencias

La educación para la Salud es el medio más efectivo para incidir en el cansancio, pérdida de roles y sentimiento de culpa en el cuidador principal

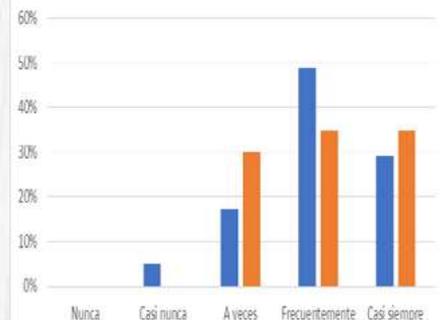


TABLA 3
■ Profesionales Planta ■ Profesionales Urgencias

Resumen: Debido al incremento del número de personas dependientes, se ha elevado la incidencia de los cuidadores informales, y por tanto, la sobrecarga física y emocional de los mismos. Ésto supone un problema sanitario, aumentando durante su estancia hospitalaria.

Evidenciar las diferencias en cuanto a la percepción biopsicosocial del cuidador principal, entre los profesionales de urgencias y planta, es primordial. Así como conocer las actuaciones y recursos que ayuden a mejorar la calidad de vida del cuidador y calidad de los cuidados que prestan al enfermo.

Palabras Clave: Cuidador; necesidades; hospitalización.

Objetivos

El cuidado de una persona con demencia en una situación de dependencia por parte del cuidador principal origina cambios en la vida personal, familiar, laboral y social, creando repercusiones negativas, tales como ansiedad o depresión entre otras.

Nuestro trabajo está enfocado en identificar dichos signos y síntomas, tanto por los profesionales de urgencias como por los profesionales de planta durante su hospitalización, haciendo hincapié en las diferencias en la percepción de los mismos.

Materiales y método

Como forma de complementar y hacer una comparativa más exhaustiva, previamente se recogieron datos sobre las necesidades del cuidador mediante otro cuestionario basado en la escala Zarit reducida, donde pudimos concluir que el perfil de cuidador principal es: mujer, familiar directo de la persona dependiente, de entre 45-70 años que no trabaja fuera de casa.

Así pues, se realizó un estudio descriptivo transversal en el área hospitalaria y de urgencias (observación) del Hospital Mancha Centro, entre junio de 2017 a diciembre de 2017.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario "ad hoc" autoadministrado de 20 preguntas con respuestas tipo Likert.

Como muestra se incluyeron tanto profesionales de planta (n=41), como del servicio de urgencias (n=40), donde se tuvieron en cuenta edad, género, formación y tiempo de experiencia.

Resultados

Al comparar las preguntas realizadas a los profesionales de planta y los profesionales de urgencias, y agrupando las respuestas en dos grupos, uniendo categorías de nunca, casi nunca y a veces, y por otro lado, frecuentemente y casi siempre, pudimos observar que:

- Ambos grupos coinciden con un porcentaje similar de 77.5% (profesionales de urgencias) y 87.9% (profesionales de planta) en que la situación del paciente en ambos entornos frecuente y casi siempre, produce un deterioro del cuidador en los niveles social, económico y familiar.

- Referente a la sobrecarga e irritabilidad que soporta el cuidador principal, se objetiva una ligera diferencia ya que los profesionales de planta creen que afecta en menor medida que los profesionales de urgencias (43.9% Vs 62.5%). Irritabilidad que se vería más agravada en urgencias por menor tiempo de descanso, luces o comodidad.

- Tanto los profesionales de urgencias (70%), como en los profesionales de planta (78%) están de acuerdo en que la educación para la salud es el método más efectivo para la mejora de atención al paciente, identificando los conocimientos que posee el cuidador, mejorando la calidad de vida de éste, disminuyendo a su vez, su cansancio.

Después de realizar la valoración y analizar los datos obtenidos, hemos podido deducir que tanto en planta como en urgencias los cuidadores principales están sometidos a estrés y sobrecarga, manifestándose en mayor grado en observación. Que no varía en gran medida sus necesidades y que tanto en una estancia como en la otra, los sentimientos de culpa al considerar no poder atender al paciente correctamente, bien sea por no disponer de los medios adecuados o por no tener los conocimientos para ello, marcan mucho la vulnerabilidad del mismo.

La enfermería desarrolla un papel muy importante a la hora de detectar, prevenir y tratar estos síntomas en el cuidador.

Es primordial adquirir los conocimientos necesarios para poder ofrecer una atención de calidad, de manera que podamos formar al cuidador en los cuidados que la persona dependiente pueda necesitar, incidiendo en movilización para la prevención de úlceras por presión, nutrición, aseo, posibles complicaciones, características de la enfermedad, comunicación, etc.

Bibliografía

1. Ana M.Gort, María Mingot, Jaume March, Xavier Gómez, Teodoro Soler. *Utilidad de la escala Zarit reducida en demencias*. Med.Clin (Barc):2010; 135(10): 447-449.
2. Zarit SF, Reever KE, Bach-Peterson J. *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. Gerontologist. 1980;20:649-55.
3. Martin M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P. *Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (cargiver burden interviedew) de Zarit*. Rev Gerontol. 1996(6)338-46.

Capítulo 82

El humo quirúrgico ¿agente nocivo?

Autora:

Montalvo Bueno, Cristina

EL HUMO QUIRÚRGICO ¿AGENTE NOCIVO?

Al realizar un proceso quirúrgico se produce una colección de partículas, suspendidas en el aire que son derivadas de la destrucción térmica de tejidos y/o huesos.

La utilización de instrumentos electro-quirúrgicos son los responsables de producir columnas de humo que a veces incluso dificultan la visión del campo quirúrgico.

El análisis químico del humo quirúrgico ha demostrado que su contenido es un 95% vapor de agua y un 5% compuesto por productos químicos y restos celulares. Las sustancias y microorganismos identificados hasta la fecha deberían ser razón suficiente para considerar el humo quirúrgico como agente nocivo para la salud.

OBJETIVOS

- Objetivo Principal; Informar, Concienciar y Prevenir a todos los trabajadores del bloque quirúrgico que estén expuestos al humo quirúrgico (HQ), de los riesgos que conlleva la exposición al mismo, así como las medidas preventivas existentes para minimizarlos.
- Disminuir la exposición del personal sanitario a los efectos nocivos del HQ.

MATERIAL Y MÉTODO

- Análisis de estudios científicos realizados, artículos, búsqueda bibliográfica en buscadores tales como Pubmed, Cochrane, así como documentación que nos aportan diferentes casas comerciales y la práctica diaria de nuestro ejercicio profesional.
 - Conocer los efectos del HQ por la naturaleza de sus componentes, tamaño de la partícula y su concentración.
 - Utilización de aparataje de los diferentes sistemas de evacuación.
 - Formación continuada del Personal Sanitario Quirúrgico.

RESULTADOS

APARATAJE QUIRÚRGICO



RIESGO QUIMICO

PRINCIPALES AGENTE QUIMICOS

- Acetileno, Acroleína, Alquibencenos, Benceno, Butadieno, Etano, Fenol, Formaldehído, Monóxido de Carbono, Propileno, entre otros...

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

- Congestión Pulmonar, Irritación ocular, Irritación tracto respiratorio, Asma, Cefaleas, Náuseas, Vómitos, Cardiogenidad.

RIESGO BIOLÓGICO

PRINCIPALES AGENTE BIOLÓGICOS

- Virus viables (VIH, VPH, Virus del Papiloma), Células viables, Partículas no visibles (peligrosas por su pequeño tamaño), Bacteriófagos, retrovirus y esporas bacterianas.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

- Verrugas Nasofaríngeas, Papilomatosis faríngea, Inhalación de restos tumorales variables, Cardiogenidad.

MEDIDAS PREVENTIVAS

MEDIO DE PROPAGACIÓN

- Renovación del aire del quirófano 20 -70 renovaciones/hora.
- Presión positiva de quirófano respecto a su entorno.

FOCO EMISOR

- Sistema de evacuación localizados cerca del área de producción del HQ.
- Filtros colocados a un trocar en las laparoscopias.
- Evacuadores de columna de humo del láser.
- Sistemas de electro-bisturí y aspirador sincronizados.

EPI (EQUIPO PROTECCIÓN INDIVIDUAL)

- Pantallas protectoras faciales.
- Gafas con protección lateral.
- Mascarillas quirúrgicas FFP2 Y FFP3.

CONCLUSIONES

- Todos los trabajadores potencialmente expuestos, deben estar formados e informados de los riesgos de exposición a humos quirúrgicos y de las medidas preventivas a utilizar.
- El HQ es nocivo y múltiples estudios han alertado de los potenciales riesgos para la salud del personal; aunque éstos no son concluyentes, hay que ser precavidos y tomar todas las medidas preventivas.
- La ANSI (American National Standards Institute) y la AORN (Association of Operating Nurses), indican que existe un potencial riesgo para la salud de los trabajadores de quirófano.

Resumen: Al realizar un proceso quirúrgico se produce una colección de partículas, suspendidas en el aire que son derivadas de la destrucción térmica de tejidos y/o huesos.

La utilización de instrumentos electro-quirúrgicos son los responsables de producir columnas de humo que a veces incluso dificultan la visión del campo quirúrgico.

El análisis químico del humo quirúrgico ha demostrado que su contenido es un 95% vapor de agua y un 5% compuesto por productos químicos y restos celulares. Las sustancias y microorganismos identificados hasta la fecha deberían ser razón suficiente para considerar el humo quirúrgico como agente nocivo para la salud.

Palabras Clave: Humo quirúrgico; medidas preventivas; factores de riesgo.

Objetivos

- Como objetivo principal: Informar, Concienciar y Prevenir a todos los trabajadores del bloque quirúrgico que estén expuestos al humo quirúrgico (HQ), de los riesgos que conlleva la exposición al mismo, así como las medidas preventivas existentes para minimizarlos.
- Otro objetivo sería disminuir la exposición del personal sanitario a los efectos nocivos del HQ.

Material y método

- Análisis de estudios científicos realizados, artículos, búsqueda bibliográfica en buscadores tales como Pubmed, Cochrane, así como documentación que nos aportan diferentes casas comerciales y la práctica diaria de nuestro ejercicio profesional.
- Conocer los efectos del Humo quirúrgico por la naturaleza de sus componentes, tamaño de la partícula y su concentración.
- Utilización de aparataje quirúrgico y de sus diferentes sistemas de evacuación.
- Formación continuada del Personal Sanitario Quirúrgico expuesto a él.

Resultados

Aparataje quirúrgico: Podemos encontrar aparatos que emiten humo tales como el láser, bisturí eléctrico y las torres para laparoscopia. A más exposición al humo que emiten existe más riesgo para la salud de las personas que están cerca de ellos.

Clasificamos en riesgo que produce el humo quirúrgico en dos tipos:

A) Riesgo químico:

- Principales agentes químicos:
Principalemente son Acetileno, acroleína, alquibencenos, benceno, butadieno, etano, fenol, formaldehído, monóxido de carbono, propileno, entre otros.
- Consecuencias para la salud:
Las más destacadas son congestión pulmonar, irritación ocular, irritación tracto respiratorio, asma, cefaleas, náuseas, vómitos, cardiogenidad.

B) Riesgo biológico:

- Principales agente biológicos:
Virus viables (VIH, VPH, virus del papiloma), células viables, partículas no visibles (peligrosas por su pequeño tamaño), bacteriófagos, retrovirus y esporas bacterianas.
- Consuencias para la salud:
Causan verrugas nasofaríngeas, papilomatosis faríngea, inhalación de restos tumorales variables, cardiogenidad.

Medidas preventivas

Todas ellas encaminadas a disminuir los riesgos del personal sanitario potencialmente expuesto al humo quirúrgico.

1. **Medidas preventivas sobre el medio de propagación:** Debe renovarse el aire del quirófano en 20 -70 renovaciones/hora y debe haber una presión positiva de quirófano respecto a su entorno.
2. **Medidas preventivas sobre el foco emisor:** Habrá sistema de evacuación localizados cerca del área de producción del HQ. Filtros colocados a un trocar al realizar laparoscopias. Evacuadores de columna de humo del láser. Sistemas de electro-bisturí y aspirador sincronizados.
3. **Medidas físicas, EPI (equipo protección individual):** Usar pantallas protectoras faciales, gafas con protección lateral y mascarillas quirúrgicas FFP2 Y FFP3, cuando se requieran.

Conclusiones

- Todos los trabajadores potencialmente expuestos, deben estar formados e informados de los riesgos de exposición a humos quirúrgicos y de las medidas preventivas a utilizar.
- El HQ es nocivo y múltiples estudios han alertado de los potenciales riesgos para la salud del personal; aunque éstos no son concluyentes, hay que ser precavidos y tomar todas las medidas preventivas.
- La ANSI (American National Standards Institute y la AORN (Association of Operating Nurses), indican que existe un potencial riesgo para la salud de los trabajadores de quirófano.

Bibliografía

1. *El Humo quirúrgico; riesgos y medidas preventivas.* Cirugía Española. 2009; 85(5): 274-279.
2. Elsevier. *Cirugía Española vol 85.* Núm 05. Mayo 2009 36 Artículo “El humo quirúrgico”.
3. Real Decreto 374/2001, de 6 de abril sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo. BOE nº 104 01-05-2001.
4. *Agentes químicos en el ámbito sanitario.* Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en ámbito sanitario. N.I.P.O: 477-10-068-2.
5. *Control os smoke from Laser/Electric Surgical Procedures DHHS (NioOSH) Publication nº 96-128.*

Capítulo 83

El Ictus en atención continuada

Autor:

Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel

EL ICTUS EN ATENCIÓN CONTINUADA

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el Ictus como un “síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte”.

El ICTUS es la principal causa de **Daño Cerebral Adquirido (DCA)**. Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo en alguna zona del cerebro, que provoca la pérdida de alguna capacidad asociada a esa zona del cerebro. Según datos recientes, el ICTUS, puede ser mortal en un 20% de los casos y, origen de una discapacidad grave en el 44% de las personas que sobreviven a uno.

El ICTUS puede ser isquémico por la obstrucción de un vaso o hemorrágico causado por la rotura de vasos sanguíneos y la consiguiente hemorragia cerebral.

Una rápida actuación del equipo sanitario es clave, cada 30 minutos de retraso en el tratamiento, un 10 % de posibilidades de recuperación del paciente se ven reducidas.

OBJETIVOS

- Detectar los signos y síntomas del ICTUS.
- Extrapolar las características de los pacientes que sufren un ISTUS, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del punto de atención continuada.
- Identificar la actuación de enfermería a seguir, así como el tratamiento instaurado

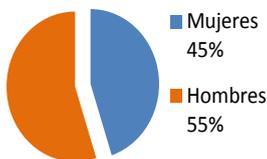
METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en una Zona Básica de Salud, seleccionando 100 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que sufrieron un ICTUS y que fueron atendidos por estos profesionales sanitarios durante los años 2016 y 2017.

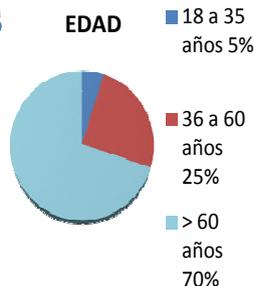
Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, clínica, actuación de enfermería y tratamiento instaurado.

RESULTADOS

SEXO



EDAD



RESULTADOS

Los hombres en un 55% de los casos sufrieron un Ictus, frente al 45% que fueron mujeres. La edad predominante en el ICTUS son los mayores de 60 años con un 70% de los casos. Un 30% de los casos fueron en el resto de edades.

Los signos y síntomas detectados fueron:

- Brusca pérdida de fuerza o torpeza en brazo y/o pierna del mismo lado.
- Desviación de la comisura bucal.
- Repentina alteración del habla.
- Confusión o desorientación de comienzo agudo.
- Trastorno de la sensibilidad en un lado del cuerpo o de la cara.
- Pérdida brusca de visión, en uno o ambos ojos o en un lado del campo visual.
- Dolor de cabeza inusual de inicio brusco, no atribuible a otras causas.
- Inestabilidad, diplopía, sensación de vértigo o mareo.

Actuación de enfermería:

- Reposo en cama.
- Posición semi-fowler.
- Protocolo ABC (estabilización de constantes vitales).
- Medidas de soporte vital avanzado si es necesario.
- Mantener permeable la vía respiratoria con oxigenación adecuada (saturación de O2 >92%) Repasar los antecedentes.
- Verificar la hora de inicio de los síntomas y registrarla.
- Monitorización continua de constantes vitales y estado neurológico.
- Canalización de vía venosa, calibre 18G. Canalizar en brazo no parético.
- Obtención de muestras sanguíneas básicas.
- Realización de electrocardiograma.
- Dieta absoluta.
- Proponer medidas en caso de incontinencia urinaria.
- Medidas para la prevención de UPP.
- Tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

Existen muchos factores de riesgo donde se puede intervenir:

La hipertensión arterial: Valores superiores a 140/80 deben ser controlados periódicamente por el médico.

Las personas con enfermedad cardiaca (sobre todo angina de pecho o infarto de miocardio) tienen mayor riesgo de padecer un ICTUS.

El consumo de tabaco y drogas.

El consumo excesivo de alcohol.

Grasa en sangre (colesterol y triglicéridos)

La obesidad.

La vida sedentaria.

Una adecuada intervención sanitaria a tiempo evitaría el ICTUS.

Una vez establecido el ICTUS, cuanto más precozmente se instaure el tratamiento, más aumentará su recuperación. El tratamiento definitivo en muchos casos será la fibrinólisis intravenosa.

Bibliografía:

- 1.-Reeducación funcional tras en ICTUS. Castillo Sánchez, José. Jiménez Martín, Isabel. 2015.
- 2.-Comprender el ICTUS. Dr. Álvarez Sabín. Dr. Masjuan Vallejo. 2013.
- 3.-Soporte Vital Avanzado. Uriarte, Javier. Cortón, Leire. Sánchez, Fernando. 2011.

Resumen: La OMS define el Ictus como un “síndrome clínico, de origen vascular, desarrollo rápido y de afectación neurológica focal”. Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo en alguna zona del cerebro, que provoca la pérdida de alguna capacidad asociada a esa zona del cerebro. Mortal en un 20% de los casos y, origen de una discapacidad grave en el 44%. Puede ser isquémico por la obstrucción de un vaso o hemorrágico por la rotura de vasos sanguíneos.

Una rápida actuación sanitaria es clave, un retraso en el tratamiento, disminuyen las posibilidades de recuperación del paciente.

Palabras Clave: Afectación neurológica; atención continuada; tratamiento.

Objetivos y metodología

- Detectar los signos y síntomas del ICTUS.
- Extrapolar las características de los pacientes que sufren un ICTUS, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del punto de atención continuada.
- Identificar la actuación de enfermería a seguir, así como el tratamiento instaurado.

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en una Zona Básica de Salud, seleccionando 100 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que sufrieron un ICTUS y que fueron atendidos por estos profesionales sanitarios durante los años 2016 y 2017.

Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, clínica, actuación de enfermería y tratamiento instaurado.

Resultados

Los hombres en un 55% de los casos sufrieron un Ictus, frente al 45% que fueron mujeres. La edad predominante en el ICTUS son los mayores de 60 años con un 70% de los casos. Un 30% de los casos fueron en el resto de edades.

Los signos y síntomas detectados fueron:

- Brusca pérdida de fuerza o torpeza en brazo y/o pierna del mismo lado.
- Desviación de la comisura bucal.
- Repentina alteración del habla.
- Confusión o desorientación de comienzo agudo.
- Trastorno de la sensibilidad en un lado del cuerpo o de la cara.
- Pérdida brusca de visión, en uno o ambos ojos o en un lado del campo visual.
- Dolor de cabeza inusual de inicio brusco, no atribuible a otras causas.
- Inestabilidad, diplopía, sensación de vértigo o mareo.

Actuación de enfermería:

- Reposo en cama.
- Posición semi-fowler.
- Protocolo ABC (estabilización de constantes vitales).
- Medidas de soporte vital avanzado si es necesario.
- Mantener permeable la vía respiratoria con oxigenación adecuada (saturación de O₂ >92%) Repasar los antecedentes.
- Verificar la hora de inicio de los síntomas y registrarla.
- Monitorización continua de constantes vitales y estado neurológico.
- Canalización de vía venosa, calibre 18G. Canalizar en brazo no parético.
- Obtención de muestras sanguíneas básicas.
- Realización de electrocardiograma.
- Dieta absoluta.
- Proponer medidas en caso de incontinencia urinaria.
- Medidas para la prevención de UPP.
- Tratamiento farmacológico.

Conclusiones

Existen muchos factores de riesgo donde se puede intervenir:

- La hipertensión arterial: Valores superiores a 140/80 deben ser controlados periódicamente por el médico.
- Las personas con enfermedad cardiaca (sobre todo angina de pecho o infarto de miocardio) tienen mayor riesgo de padecer un ICTUS.
- El consumo de tabaco y drogas.
- El consumo excesivo de alcohol.
- Grasa en sangre (colesterol y triglicéridos)
- La obesidad.
- La vida sedentaria.
- Una adecuada intervención sanitaria a tiempo evitaría el ICTUS.

Una vez establecido el ICTUS, cuanto más precozmente se instaure el tratamiento, más aumentará su recuperación. El tratamiento definitivo en muchos casos será la fibrinólisis intravenosa.

Bibliografía

1. *Reeducación funcional tras en ictus*. Castillo Sánchez, José. Jiménez Martín, Isabel. 2015.
2. *Comprender el ictus*. Dr. Álvarez Sabín. Dr. Masjuan Vallejo. 2013.
3. *Soporte Vital Avanzado*. Uriarte, Javier. Cortón, Leire. Sánchez, Fernando. 2011.

Capítulo 84

El intento de autolisis por intoxicación

Autor:

Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel

EL INTENTO DE AUTOLISIS POR INTOXICACIÓN

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y en algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 25 a 44. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones

La intoxicación aguda es una patología que se atiende frecuentemente en urgencias. Curiosamente, a pesar de la enorme cantidad de tóxicos existentes, la mayoría de las intoxicaciones se refieren a un limitado número de sustancias. La fisiopatología de las intoxicaciones es muy variada y materia propia de libros de toxicología. Según el tóxico utilizado puede verse afectado un sistema u otro. A efectos prácticos es fundamental distinguir las intoxicaciones que requieren atención inmediata en sala de críticos, tales como los cáusticos o los pacientes en coma o shock, de aquellas que dan un margen de tiempo para la actuación. Una adecuada actuación a priori se avanza fundamental.

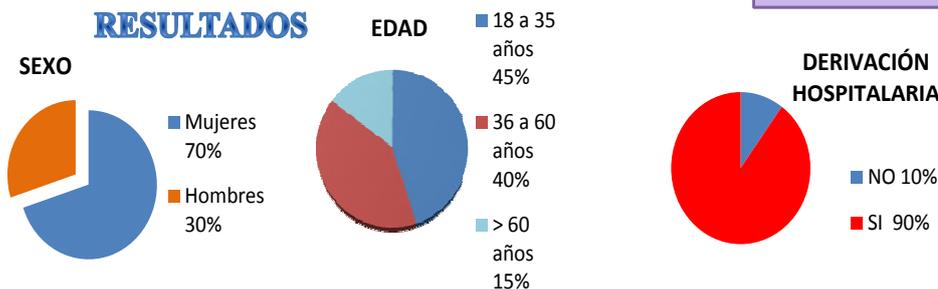
OBJETIVOS

- Extrapolar las características de los pacientes atendidos por intoxicación, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del Punto de atención continuada.
- Conocer la causa de intoxicación, determinando la gravedad de sus efectos.
- Conocer el tratamiento instaurado.
- Conocer el número de pacientes atendidos por intoxicación en el Punto de Atención Continuada y que son derivados al hospital.

METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en la Zona Básica de Salud, seleccionando 150 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que fueron atendidos por estos profesionales sanitarios durante el año 2016 y el primer trimestre de 2017 y que acudieron por dicha patología. Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, causa de la intoxicación, clínica, derivación hospitalaria y tratamiento instaurado.

RESULTADOS



RESULTADOS

Las mujeres en un 70% de los casos son atendidas por algún tipo de intoxicación. Mientras que los hombres sólo en un 30%. La franja de edad mas abultada es en menores de 35 años con un 45%. Muy seguido con un 40% se sitúan aquellos que tienen entre 36 y 60 años. Muy relevante es comentar que en el 90% de los casos se requirió de la derivación hospitalaria debido a la falta de medios para realizar una analítica de sangre urgente de tóxicos en las urgencias extrahospitalarias.

La clínica predominante son diversas: digestivas (dolor, úlceras bucales o faríngeas, sequedad bucal), cerebrales (inestabilidad, coma, convulsiones, delirios, alucinaciones), oculares (visión borrosa, midriasis, miosis), respiratorias (cianosis, taquipnea, bradipnea, apnea, edema agudo de pulmón, hipoventilación, hiperventilación), cardiovasculares (arritmias, taquicardias, bradicardias, hipertensión e hipotensión), etc.

CONCLUSIONES

El prototipo de paciente en Urgencias, con intento de autolisis, es un adulto mayor de 30 años, mujer, desempleada y soltera, con ingesta de psicofármacos, donde el más utilizado son las benzodiazepinas, bajo la influencia del alcohol y/o drogas y entre las horas de la tarde-noche. El rápido diagnóstico y tratamiento, así como la adopción de las medidas necesarias para evitar el paso de la idea al acto suicida son, junto a la limitación de acceso a medios, las más eficaces hablando de prevención.

Por otro lado, los esfuerzos de formación continuada e investigación en toxicología clínica, deben dirigirse por médicos y enfermeras de los Servicios de Urgencias y los Sistemas de Emergencias.

CAUSA	TOTAL
Fármacos	63(42%)
Etílica	55 (33,3%)
Productos domésticos	17(11,33%)
Drogas de abuso	12(8%)
Otros	3 (2%)

TRATAMIENTO	TOTAL
-SUEROTERAPIA	100 (66,6%)
-SONDAJE NASOGASTRICO	25 (16,66%)
-PRIMPERAN	60 (40%)
-ACETILCISTEINA	5 (0,33%)
-PIRIDOXINA	50 (33,3%)
-TIAMINA	50 (33,3%)
-CARBON ACTIVADO	12 (8%)
-ANEXATE	33 (25,33%)
-NALOXONA	33 (25,33%)

Bibliografía:

- 1.-Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos. Dueñas Laita, A. 2013.
- 2.-Toxicología. Prácticas y procedimientos. Guías de práctica clínica. 2005
- 3.-Tratados de cuidados críticos y emergencias. Álvarez, J. Artigas, A. Belda F.J. 2012.

Resumen: El suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y en algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años. Su tendencia es ascendente.

La intoxicación aguda es una patología que se atiende frecuentemente en urgencias. Curiosamente, a pesar de la enorme cantidad de tóxicos existentes, la mayoría de las intoxicaciones son de un limitado número de sustancias. Es fundamental distinguir las intoxicaciones que requieren atención inmediata, de aquellas que dan un margen de tiempo para la actuación. Una adecuada actuación a priori se avanza fundamental.

Palabras Clave: Intoxicación; autolisis; tóxicos.

Objetivos y metodología

- Extrapolar las características de los pacientes atendidos por intoxicación, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del Punto de atención continuada.
- Conocer la causa de intoxicación, determinando la gravedad de sus efectos.
- Conocer el tratamiento instaurado.
- Conocer el número de pacientes atendidos por intoxicación en el Punto de Atención Continuada y que son derivados al hospital.

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en la Zona Básica de Salud, seleccionando 150 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que fueron atendidos por estos profesionales sanitarios durante el año 2016 y el primer trimestre de 2017 y que acudieron por dicha patología.

Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, causa de la intoxicación, clínica, derivación hospitalaria y tratamiento instaurado.

Resultados

Las mujeres en un 70% de los casos son atendidas por algún tipo de intoxicación. Mientras que los hombres sólo en un 30%. La franja de edad mas abultada es en menores de 35 años con un 45%. Muy seguido con un 40% se sitúan aquellos que tienen entre 36 y 60 años. Muy relevante es comentar que en el 90% de los casos se requirió de la derivación hospitalaria debido a la falta de medios para por realizar una analítica de sangre urgente para ver los tóxicos en el Pac Daimiel.

La clínica predominante son diversas: digestivas (dolor, úlceras bucales o faríngeas, sequedad bucal), cerebrales (inestabilidad, coma, convulsiones, delirios, alucinaciones), oculares (visión borrosa, midriasis, miosis), respiratorias (cianosis, taquipnea, bradipnea, apnea, edema agudo de pulmón, hipoventilación, hiperventilación), cardiovasculares (arritmias, taquicardias, bradicardias, hipertensión e hipotensión), etc.

Conclusiones

El prototipo de paciente en urgencias, con intento de autolisis, es un adulto mayor de 30 años, mujer, desempleada y soltera, con ingesta de psicofármacos, donde el más utilizado son

las benzodiazepinas, bajo la influencia del alcohol y/o drogas y entre las horas de la tarde-noche. El rápido diagnóstico y tratamiento, así como la adopción de las medidas necesarias para evitar el paso de la idea al acto suicida son, junto a la limitación de acceso a medios, las más eficaces hablando de prevención.

Por otro lado, los esfuerzos de formación continuada e investigación en toxicología clínica, deben dirigirse por médicos y enfermeras de los Servicios de Urgencias y los Sistemas de Emergencias.

Bibliografía

1. *Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos*. Dueñas Laita, A. 2013.
2. *Toxicología. Prácticas y procedimientos*. Guías de práctica clínica. 2005
3. *Tratados de cuidados críticos y emergencias*. Álvarez, J. Artigas, A. Belda F.J. 2012.

Capítulo 85

El labio leporino y la fisura palatina: Grandes desconocidos en la alimentación neonatal

Autores:

Tapiador Aceñero, María Teresa

Herrera del Campo, María

Monteagudo García, Ángela

X CONGRESO DE INVESTIGACIÓN. CIUDAD REAL, 12 Y 13 DE ABRIL DE 2018.

INTRODUCCIÓN:

Un recién nacido puede presentar labio leporino, fisura palatina o ambas anomalías a la vez, las cuales hacen que la cavidad oral no esté unida del todo; son malformaciones congénitas frecuentes que afectan aproximadamente a 1 de cada 700 nacimientos y su causa es desconocida. La alimentación es uno de los aspectos que inquieta más a los padres de estos recién nacidos. Hasta que se realiza su corrección quirúrgica (en edades tempranas), toma cierto tiempo y práctica encontrar un método de alimentación que le resulte bien al bebé y a los padres.



OBJETIVOS:

- Determinar la importancia de la intervención enfermera en el proceso inicial de alimentación.
- Determinar los métodos de alimentación a emplear según la tipología que se presente.
- Identificar los problemas y complicaciones más comunes durante el proceso de la alimentación.
- Identificar los diferentes tipos de soporte para la alimentación en los fisurados labiales y/o palatinos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Problemas más comunes que se pueden presentar a la hora de la alimentación: Succión deficiente, exceso de aire inspirado en cada toma, regurgitación nasal, fatiga, inadecuada toma de leche, problemas en la ganancia de peso sobretodo en los primeros 5 meses de vida, excesivo tiempo para cada toma de leche, infecciones más recurrentes en el oído medio (otitis media), actitud letárgica y excesivamente somnolienta.

LACTANCIA MATERNA

El uso de la lactancia materna exclusiva es de gran importancia. Ayuda a mejorar la actividad muscular, el proceso neurobiológico, protege frente a la otitis media, ayuda a combatir infecciones y es menos irritante para la membrana mucosa.

BEBÉS CON LABIO LEPORINO: habitualmente pueden ser amamantados. Puede que sus madres necesiten durante los primeros días ayuda de enfermeras o especialistas en alimentación infantil. Cuando el bebé se dispone a mamar, el tejido del pecho materno durante el agarre consigue cerrar el defecto permitiendo así que el bebé realice un sello hermético y pueda extraer la leche del pecho. En ocasiones y dependiendo del defecto y su localización puede ser necesario que la madre se ayude con sus dedos, agarrando el pecho y tapando el defecto, para conseguirlo. La mejor postura para alimentar al bebé suelen ser las posturas donde el bebé está erguido o semi erguido. Estas posturas permiten a las madres sostener el pecho y al bebé con más firmeza, además el bebé puede regular mejor la succión y la leche que ingiere.

BEBÉS CON FISURA PALATINA: puede necesitar biberones especiales y técnicas para alimentarse adecuadamente ya que no siempre es posible amamantarlo porque la cavidad oral del bebé y la cavidad nasal están unidas, lo que no permite, en primer lugar, que el bebé consiga realizar un vacío intraoral correcto, lo que es decisivo para poder extraer la leche del pecho. En segundo lugar es posible que el bebé carezca del reflejo de succión. El reflejo de succión se pone en funcionamiento cuando es estimulado el punto de succión que se encuentra en el paladar del bebé, y en el caso de los bebés con fisura palatina, y dependiendo de la ubicación del defecto, pueden carecer de él, lo que causa que el bebé no sepa succionar.

Es común que las madres, bajo estas circunstancias, sientan una gran tristeza por la pérdida de la experiencia de amamantar a sus hijos, por eso es importante ayudarlas a mantener la cercanía con sus hijos, con las siguientes recomendaciones:

- Fomentar la aparición de la leche con un sacaleches, pero alimentar al bebé con alguna técnica de biberón.
- Durante la alimentación mantener el contacto visual y piel con piel con el bebé siempre que sea posible.
- Facilitarle al bebé una vez ya esté alimentado la succión no nutritiva del pecho (no hay succión de leche) de manera que aunque no succione correctamente ambos puedan disfrutar de la experiencia. Los ejercicios de la succión no nutritiva estimulan importantes músculos de la boca del bebé y la lengua.

BIBLIOGRAFÍA

- Alba Padró. Lactancia materna, labio leporino y fisura palatina. Lactancia de ALBA. IBCLC. Mayo 2015. Tema:5.
- Labio leporino y fisura palatina. Guía para padres [Internet]. 1st ed. Navarra.; Disponible en: www.navarra.es/NR/rdonlyres/.../GUIAPARAPADRESLABIOLEPORINO321.pdf
- Dar el pecho a bebés con necesidades especiales. Disponible en: www.medela.es > Lactancia materna > Consejos > Consejos de lactancia materna. 2017

Biberones:

- **Biberón SpecialNeeds de Medela:** está diseñado para permitir que el bebé extraiga la leche por compresión cuando no consiga crear el vacío necesario para extraerla. La válvula unidireccional impide que entre aire en la tetina. El cuidador puede controlar fácilmente el flujo de leche gracias a un mecanismo de válvula dividida.



- **Cleft palate nurser de Mead Johnson:** Es un tipo de biberón que requiere cierta práctica ya que se trata de una botella suave que se puede apretar para ir depositando leche en la boca del bebé. Sólo se debe apretar cuando el bebé está succionando. Si el bebé hace una pausa para respirar, se debe hacer una pausa también. Observando siempre al bebé de cerca y escuchando los sonidos de su deglución.



*Algunos niños usan un biberón regular y una tetina en la que se ha recortado una "X" grande.

Tetinas.

Tetina NUK MedicPro : este tipo de tetina especial promueve los hábitos naturales de succión, masticación y alimentación. No tiene orificios, de manera que puede adaptarse a las necesidades de cada niño y tipología.



Obturadores.

Existe controversia con respecto a su uso, para algunos autores son beneficios porque: crean una plataforma rígida en la cual el bebé puede presionar el pezón y alimentarse, reducen la regurgitación nasal, reducen el tiempo para alimentar al bebé y ayudan a posicionar la lengua lejos del área de la fisura. Sin embargo otros autores no son partidarios de utilizarlos porque pueden producir roces e inflamaciones de la mucosa gingival y palatina, por lo que consideran que no aportan ninguna ventaja respecto a la eficiencia que puede conseguir una madre motivada y bien instruida.

Alimentación mediante cucharillas de silicona y tazas: Se utilizan en el postoperatorio de la fisura palatina, operación que se realiza a partir de los 9 meses de vida, evitando así las tetinas y chupetes, ya que pueden rozar los puntos de sutura y romperlos.

CONCLUSIONES:

- Las enfermeras tienen un papel fundamental para asegurar que el niño pueda obtener un sello hermético alrededor del pezón y para reforzar la confianza de las madres en su capacidad para conseguirlo.
- La enfermera se encarga de enseñar, aconsejar y educar sobre los diferentes dispositivos existentes de alimentación, además de ayudar a disminuir la ansiedad y el estrés que puede causar esta situación.
- Con un tratamiento correcto, el niño que ha nacido con labio leporino y/o fisura palatina podrá hacer una vida completamente normal, no tiene porque tener ningún problema de alimentación. Sus cuidados deben de ser iguales a los de cualquier otro recién nacido.

Resumen: Un recién nacido puede presentar labio leporino, fisura palatina o ambas anomalías a la vez, las cuales hacen que la cavidad oral no esté unida del todo; son malformaciones congénitas frecuentes que afectan aproximadamente a 1 de cada 700 nacimientos y su causa es desconocida.

La alimentación es uno de los aspectos que inquieta más a los padres de estos recién nacidos. Hasta que se realiza su corrección quirúrgica (en edades tempranas), toma cierto tiempo y práctica encontrar un método de alimentación que le resulte bien al bebé y a los padres.

Palabras Clave: Labio leporino; Alimentación; Neonato.

Objetivos:

- Determinar la importancia de la intervención enfermera en el proceso inicial de alimentación.
- Determinar los métodos de alimentación a emplear según la tipología que se presente.
- Identificar los problemas y complicaciones más comunes durante el proceso de la alimentación.

Material y método:

Problemas más comunes que se pueden presentar a la hora de la alimentación:

Succión deficiente, exceso de aire inspirado en cada toma, regurgitación nasal, fatiga, inadecuada toma de leche, problemas en la ganancia de peso sobretodo en los primeros 5 meses de vida, excesivo tiempo para cada toma de leche, infecciones más recurrentes en el oído medio (otitis media), actitud letárgica y excesivamente somnolienta.

Lactancia materna: El uso de la lactancia materna exclusiva es de gran importancia. Ayuda a mejorar la actividad muscular, el proceso neurobiológico, protege frente a la otitis media, ayuda a combatir infecciones y es menos irritante para la membrana mucosa.

Bebés con labio leporino: Habitualmente pueden ser amamantados. Puede que sus madres necesiten durante los primeros días ayuda de enfermeras o especialistas en alimentación infantil. Cuando el bebé se dispone a mamar, el tejido del pecho materno durante el agarre consigue cerrar el defecto permitiendo así que el bebé realice un sello hermético y pueda extraer la leche del pecho. En ocasiones y dependiendo del defecto y su localización puede ser necesario que la madre se ayude con sus dedos, agarrando el pecho y tapando el defecto, para conseguirlo. La mejor postura para alimentar al bebé suelen ser las posturas donde el bebé está erguido o semi erguido. Estas posturas permiten a las madres sostener el pecho y al bebé con más firmeza, además el bebé puede regular mejor la succión y la leche que ingiere.

Bebés con fisura palatina: Pueden necesitar biberones especiales y técnicas para alimentarse adecuadamente ya que no siempre es posible amamantarlo porque la cavidad oral del bebé y la cavidad nasal están unidas, lo que no permite, en primer lugar, que el bebé consiga realizar un vacío intraoral correcto, lo que es decisivo para poder extraer la leche del pecho.

En segundo lugar es posible que el bebé carezca del reflejo de succión. El reflejo de succión se pone en funcionamiento cuando es estimulado el punto de succión que se encuentra en el paladar del bebé, y en el caso de los bebés con fisura palatina, y dependiendo de la ubicación del defecto, pueden carecer de él, lo que causa que el bebé no sepa succionar.

Se puede ofrecer al bebé una vez ya esté alimentado la succión no nutritiva del pecho (no hay succión de leche) de manera que aunque no succione correctamente madre e hijo puedan disfrutar de la experiencia. Los ejercicios de la succión no nutritiva estimulan importantes músculos de la boca del bebé y la lengua.

Biberones:

- Biberón SpecialNeeds de Medela: está diseñado para permitir que el bebé extraiga la leche por compresión cuando no consiga crear el vacío necesario para extraerla. La válvula unidireccional impide que entre aire en la tetina. El cuidador puede controlar fácilmente el flujo de leche gracias a un mecanismo de válvula dividida.
- Cleft palate nurser de Mead Johnson: Es un tipo de biberón que requiere cierta práctica ya que se trata de una botella suave que se puede apretar para ir depositando leche en la boca del bebé. Sólo se debe apretar cuando el bebé está succionando. Si el bebé hace una pausa para respirar, se debe hacer una pausa también. Observando siempre al bebé de cerca y escuchando los sonidos de su deglución.
- Algunos niños usan un biberón regular y una tetina en la que se ha recortado una "X" grande.

Tetinas: Tetina NUK MedicPro. Este tipo de tetina especial promueve los hábitos naturales de succión, masticación y alimentación. No tiene orificios, de manera que puede adaptarse a las necesidades de cada niño y tipología.

Obturadores: Existe controversia con respecto a su uso, para algunos autores son beneficios porque crean una plataforma rígida en la cual el bebé puede presionar el pezón y alimentarse, reducen la regurgitación nasal, reducen el tiempo para alimentar al bebé y ayudan a posicionar la lengua lejos del área de la fisura. Sin embargo otros autores no son partidarios de utilizarlos porque pueden producir roces e inflamaciones de la mucosa gingival y palatina, por lo que consideran que no aportan ninguna ventaja respecto a la eficiencia que puede conseguir una madre motivada y bien instruida.

Alimentación mediante cucharillas de silicona y tazas: Se utilizan en el postoperatorio de la fisura palatina, operación que se realiza a partir de los 9 meses de vida, evitando así las tetinas y chupetes, ya que pueden rozar los puntos de sutura y romperlos.

Conclusiones:

- Las enfermeras tienen un papel fundamental para asegurar que el niño pueda obtener un sello hermético alrededor del pezón y para reforzar la confianza de las madres en su capacidad para conseguirlo.
- La enfermera se encarga de enseñar, aconsejar y educar sobre los diferentes dispositivos existentes de alimentación, además de ayudar a disminuir la ansiedad y el estrés que puede causar esta situación.
- Con un tratamiento correcto, el niño que ha nacido con labio leporino y/o fisura palatina podrá hacer una vida completamente normal, no tiene porque tener ningún problema de alimentación. Sus cuidados deben de ser iguales a los de cualquier otro recién nacido.

Bibliografía:

1. Alba Padró. *Lactancia materna, labio leporino y fisura palatina*. Lactancia de ALBA. IBCLC. Mayo 2015. Tema: 5.
2. *Labio leporino y fisura palatina. Guía para padres [Internet]*. 1st ed. Navarra. Disponible en: www.navarra.es/NR/rdonlyres/.../guiaparapadreslabioleporinov321.pdf.
3. *Dar el pecho a bebés con necesidades especiales*. Disponible en: [www.medela.es/lactancia materna/consejos/consejos de lactancia materna](http://www.medela.es/lactancia-materna/consejos/consejos-de-lactancia-materna). 2017.

Capítulo 86

El paciente EPOC y la necesidad de la educación para la salud

Autores:

González Redondo, María

Navarro Díez, Macarena

EL PACIENTE EPOC Y LA NECESIDAD DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

INTRODUCCIÓN

-Las enfermedades crónicas representan un serio problema de salud, elevada prevalencia, alta mortalidad, elevados costes sanitarios y complejidad terapéutica.

-Las principales acciones realizadas para el control y manejo de estas enfermedades se basan en la educación para la salud y el autocuidado del paciente.

La prevalencia de EPOC en los adultos de 40 - 80 años en España se estima del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres), aunque varía ampliamente según áreas geográficas.

La prevalencia de EPOC incrementa debido al envejecimiento de la población y, sobre todo, al aumento de la prevalencia entre la población femenina fumadora

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria que se proporciona en las sesiones informativas que desarrollamos en el centro de salud.

-Conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para su autocuidado.

-Mejorar la adherencia al tratamiento y uso adecuado del mismo.

-Concienciar a los pacientes sobre la deshabituación tabáquica.

-Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.



MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en un centro de salud de un área rural. La población a estudio fueron hombres y mujeres que acudían a las charlas de educación sanitaria organizadas en el centro y orientadas al EPOC.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado deciden participar en el estudio.

Se decidió excluir aquellas encuestas que no estuvieran completas al 100%.

El instrumento utilizado fue una encuesta "ad hoc" que constaba de 9 preguntas con respuesta dicotómica (si/no) en relación a conocimientos sobre la EPOC.

Se realizó un test previo al inicio de la charla y una nueva evaluación de conocimientos tras finalizar la misma.

La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido tras la charla de educación sanitaria.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el programa Excel de Windows en su versión de 2010

RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%, la muestra estudiada fueron 60 participantes, 35% mujeres y 65% varones, con edad comprendida entre 65 y 80 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. El total de los pacientes consideró la información recibida buena o muy buena.

De la revisión de los test, destacar que un 86,9% llevaba más de 5 años con diagnóstico de EPOC, el 71,2% no está seguro de realizar correctamente la técnica de terapia inhalada, y un 55% indica repetir las dosis prescritas más veces de las indicadas por la desconfianza que le crea si lo hace bien. El 80% de ellos fumaba y un 20% sigue fumando. El 90% de los fumadores activos indican que quieren participar en el programa de deshabituación tabáquica.

El 65% desconocía como prevenir y tratar las complicaciones y/o exacerbaciones.

El 75% desconoce que es una enfermedad prevenible y tratable y el daño irrecuperable.

Un 60% desconoce o no hace uso de los hábitos de vida saludables: dieta, ejercicio, alimentación.

CONCLUSIONES

-La EPS es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y en la prevención de enfermedades crónicas. Disminuye la morbilidad y mejora la calidad de vida de los pacientes.

-Se observó una mejoría en el conocimiento después de las sesiones de enseñanza. El método directo de transmitir información es muy útil y debe complementar a la información escrita.

-Hay que revisar la técnica de la terapia inhalada en visitas sucesivas después de haber prescrito el fármaco.

GRÁFICOS

POST-TEST



PRE-TEST



Resumen: *El EPOC, es una enfermedad crónica, que como el resto de ellas, representa un serio problema de salud, elevada prevalencia, alta mortalidad, elevados costes sanitarios y complejidad terapéutica. Estudiamos la eficacia de la intervención grupal, al realizar charlas de EPS en el centro de salud orientadas a pacientes con esta enfermedad. Entregamos un pretest y posttest a adultos de entre 65-80 años. Se observó un aumento de conocimientos tras realizar las sesiones, que mejoran el autocuidado del paciente. También cabe destacar la importancia de revisar la técnica de la terapia inhalada en visitas sucesivas después prescribir el fármaco.*

Palabras Clave: *EPOC; educación; autocuidado.*

Introducción

- Las enfermedades crónicas representan un serio problema de salud, elevada prevalencia, alta mortalidad, elevados costes sanitarios y complejidad terapéutica.
- Las principales acciones realizadas para el control y manejo de estas enfermedades se basan en la educación para la salud y el autocuidado del paciente.
- La prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en los adultos de 40 - 80 años en España se estima del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres), aunque varía ampliamente según áreas geográficas.
- La prevalencia de EPOC incrementa debido al envejecimiento de la población y, sobre todo, al aumento de la prevalencia entre la población femenina fumadora.

Objetivo

- Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria que se proporciona en las sesiones informativas que desarrollamos en el centro de salud.
- Conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para su autocuidado.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y uso adecuado del mismo.
- Concienciar a los pacientes sobre la deshabituación tabáquica.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en un centro de salud de un área rural. La población a estudio fueron hombres y mujeres que acudían a las charlas de educación sanitaria organizadas en el centro y orientadas al EPOC.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado deciden participar en el estudio.

Se decidió excluir aquellas encuestas que no estuvieran completas al 100%.

El instrumento utilizado fue una encuesta "ad hoc" que constaba de 9 preguntas con respuesta dicotómica (si/no) en relación a conocimientos sobre la EPOC.

Se realizó un test previo al inicio de la charla y una nueva evaluación de conocimientos tras finalizar la misma.

La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido tras la charla de educación sanitaria.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el programa Excel de Windows en su versión de 2010.

Resultados

- Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%, la muestra estudiada fueron 60 participantes, 35% mujeres y 65% varones, con edad comprendida entre 65 y 80 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. El total de los pacientes consideró la información recibida buena o muy buena.
- De la revisión de los test, destacar que un 86,9% llevaba más de 5 años con diagnóstico de EPOC, el 71,2% no está seguro de realizar correctamente la técnica de terapia inhalada, y un 55% indica repetir las dosis prescritas más veces de las indicadas por la desconfianza que le crea si lo hace bien. El 80% de ellos fumaba y un 20% sigue fumando. El 90% de los fumadores activos indican que quieren participar en el programa de deshabituación tabáquica.
- El 65% desconocía como prevenir y tratar las complicaciones y/o exacerbaciones.
- El 75% desconoce que es una enfermedad prevenible y tratable y el daño irrecuperable.
- Un 60% desconoce o no hace uso de los hábitos de vida saludables: dieta, ejercicio, alimentación.

Conclusiones

- La Educación para la Salud (EPS) es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y en la prevención de enfermedades crónicas. Disminuye la morbilidad y mejora la calidad de vida de los pacientes.
- Se observó una mejoría en el conocimiento después de las sesiones de enseñanza. El método directo de transmitir información es muy útil y debe complementar a la información escrita.
- Hay que revisar la técnica de la terapia inhalada en visitas sucesivas después de haber prescrito el fármaco.

Bibliografía

1. León Rubio JM, Medina S, Cantero FJ, Gómez T, Barriga S, Gil F et al. *Habilidades de información y comunicación en la atención a los usuarios*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1997.
2. Cedimcat. *Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya-Inicio - Ciudadanos. Administración de medicamentos. Uso correcto de los inhaladores*. Disponible en: <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2455/doc26977.html>.
3. Plaza Moral V. *Terapia inhalatoria teoría y práctica*. Madrid: Luzán 5; 2011. 4. Marzo CM, Alonso-Coello P. *Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones*. GRADE Working Group. *Aten Primaria* 2006;37(1):00-00. 2006;37:00.

Capítulo 87

El trasplante de médula ósea en la leucemia

Autores:

Calvo Giménez, Marta

Vela Meco, Cristina

Camacho Sánchez, Beatriz

EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA EN LA LEUCEMIA

INTRODUCCIÓN

La leucemia es un grupo de enfermedades malignas de la médula ósea, que provoca un aumento descontrolado de leucocitos en la misma. Según donde tenga lugar la multiplicación celular, la leucemia puede ser de tipo mielóide o linfóide. Entre los tratamientos más utilizados actualmente están la quimioterapia, la radioterapia y el trasplante de médula.

Según las estadísticas del INE (Instituto Nacional de Estadística) y REDMO (Registro de Donantes de Médula Ósea) la leucemia sigue siendo una enfermedad con una alta tasa de mortalidad, a pesar del aumento exponencial del número de donantes de médula ósea, no sólo a nivel estatal sino a nivel europeo.

OBJETIVOS

- Conocer la mortalidad a causa de la leucemia desde el año 2008 al 2016.
- Conocer la evolución del número de donantes disponibles desde el año 2008 al 2016.
- Conocer el número de donantes por Comunidad Autónoma.
- Conocer los países con mayor número de donantes a nivel europeo.

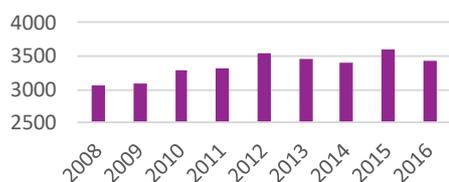
MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.
- Periodo de estudio: desde el año 2008 al 2016.
- Variables que se miden: tasa de mortalidad a causa de la leucemia y número de donantes de médula desde 2008 al 2016.
- Fuente de datos: INE (Instituto Nacional de Estadística) y REDMO (Registro de Donantes de Médula Ósea).
- Análisis estadístico: a fin de sintetizar datos, se ha realizado la suma de los casos de cada mes del año estudio. Se utilizó estadística descriptiva.

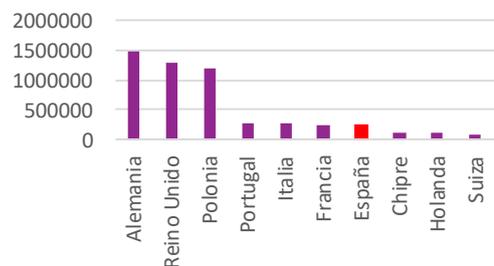
EVOLUCIÓN DEL Nº DE DONANTES
(Gráfico 1)



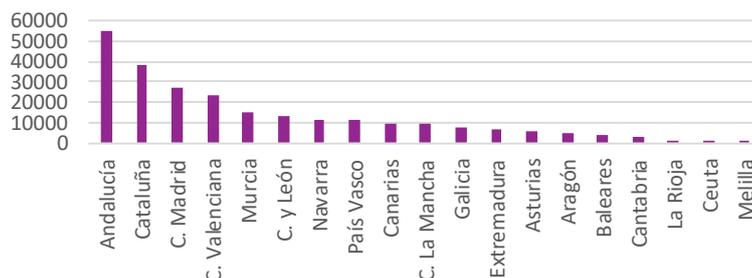
MORTALIDAD A CAUSA DE LEUCEMIA
(Gráfico 2)



Países con más donantes a nivel europeo
(Gráfico 4)



Donantes por Comunidad Autónoma (Gráfico 3)



RESULTADOS

Se observa un aumento en la mortalidad a causa de la leucemia desde el año 2008 con 3.047 casos, hasta el año 2016 con 3.419, con un repunte en 2015 con 3.591 casos (Gráfico 2).

La evolución del número de donantes es positiva ya que en 2016 son 247.049 los donantes disponibles, con respecto a 74.162 donantes en 2008. El aumento de donantes en el año 2016 con respecto al 2015 supone un incremento del 23 %. (Gráfico 1).

En 2016, Andalucía obtiene en su comunidad 55.251 donantes, seguida de Cataluña (37.875) y Comunidad de Madrid (26.878) (Gráfico 3).

El país a nivel europeo con más número de donantes en 2016 es Alemania, con 1.500.000 donantes, situándose España en séptimo lugar con 247.049 donantes (Gráfico 4).

CONCLUSIONES

Actualmente según las estadísticas en las que se ha basado este trabajo, la mortalidad a causa de la leucemia ha ido aumentando progresivamente a pesar de que el número de donantes disponibles ha aumentado desde el año 2008 al 2016, por lo que hay que hacer más énfasis en restringir los factores que aumenten la incidencia de la leucemia.

La comunidad autónoma de España con mayor número de donantes es Andalucía, con Ceuta y Melilla como comunidades con menos (457 donantes).

A pesar de que año tras año España aumenta el número de donantes disponibles, ésta se sitúa en séptimo lugar a nivel europeo, con Alemania, Reino Unido y Polonia en cabeza como los principales países con más donantes disponibles.

Resumen: La leucemia es una enfermedad maligna de la médula ósea, que provoca un aumento de la mortalidad. Se llevó a cabo un estudio observacional con el objetivo de conocer la mortalidad a causa de la leucemia y la evolución en el número de donantes disponibles, así como la distribución de donantes. Según las estadísticas del INE (Instituto Nacional de Estadística) y REDMO (Registro de Donantes de Médula Ósea) la leucemia es una enfermedad con alta tasa de mortalidad, a pesar del aumento exponencial de donantes de médula ósea, no sólo a nivel estatal sino a nivel europeo.

Palabras Clave: Leucemia; Trasplante; Médula Ósea.

Introducción

La leucemia es una enfermedad maligna de la médula ósea, que provoca un aumento descontrolado de leucocitos en la misma. Según donde tenga lugar la multiplicación celular, la leucemia puede ser de tipo mieloide o linfóide. Entre los tratamientos más utilizados actualmente están la quimioterapia, la radioterapia y el trasplante de médula.

Según las estadísticas del INE y REDMO, la leucemia sigue siendo una enfermedad con una alta tasa de mortalidad, a pesar del aumento exponencial del número de donantes de médula ósea, no sólo a nivel estatal sino a nivel europeo.

Objetivos

- Conocer la mortalidad a causa de la leucemia desde el año 2008 al 2016.
- Conocer la evolución del número de donantes disponibles desde el año 2008 al 2016.
- Conocer el número de donantes por Comunidad Autónoma.
- Conocer los países con mayor número de donantes a nivel europeo.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la tasa de mortalidad a causa de la leucemia y número de donantes de médula ósea entre los periodos de 2008 al 2016, utilizando como fuente de datos: el INE (Instituto Nacional de Estadística) y REDMO (Registro de Donantes de Médula Ósea). Con el fin de sintetizar datos, se realizó la suma de los casos de cada mes del año a estudio. Se utilizó estadística descriptiva, porcentajes y frecuencias para el cálculo de variables, las cuales se calcularon con el programa Excel 2013.

Resultados

Se observa un aumento en la mortalidad a causa de la leucemia desde el año 2008 con 3.047 casos, hasta el año 2016 con 3.419, con un repunte en 2015 con 3.591 casos.

La evolución del número de donantes es positiva ya que en 2016 son 247.049 los donantes disponibles, con respecto a 74.162 donantes en 2008. El aumento de donantes en el año 2016 con respecto al 2015 supone un incremento del 23 %.

En 2016, Andalucía obtiene en su comunidad 55.251 donantes, seguida de Cataluña (37.875) y de la Comunidad de Madrid (26.878).

El país a nivel europeo con más número de donantes en 2016 es Alemania, con 1.500.000 donantes, situándose España en séptimo lugar con 247.049 donantes.

Conclusiones

Actualmente según las estadísticas en las que se ha basado este trabajo, la mortalidad a causa de la leucemia ha ido aumentando progresivamente a pesar de que el número de donantes disponibles ha aumentado desde el año 2008 al 2016, por lo que hay que hacer más énfasis en restringir los factores que aumenten la incidencia de la leucemia.

La comunidad autónoma de España con mayor número de donantes es Andalucía, con Ceuta y Melilla como comunidades con menos (457 donantes).

A pesar de que año tras año España aumenta el número de donantes disponibles, ésta se sitúa en séptimo lugar a nivel europeo, con Alemania, Reino Unido y Polonia en cabeza como los principales países con más donantes disponibles.

Bibliografía

1. *Ine.es. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]*. Madrid: ine.es; 1945 [actualizado el 14 de febrero de 2017; acceso el 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/welcome.shtml>

2. *Fcarreras.org. Fundación Josep Carreras contra la Leucemia [sede Web]*. Barcelona: fcarreras.org; 1988 [actualizado el 11 de julio de 2017, acceso el 12 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.fcarreras.org/es>.

3. *Fcarreras.org. Registro de Donantes de Médula Ósea (REDMO) [monografía en Internet]*. Barcelona: REDMO; 2016 [acceso el 7 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.fcarreras.org/es/memoria-redmo-2016_1163236.pdf.

Capítulo 88

Enfermedad de Dupuytren. Beneficios terapéuticos del uso de la férula

Autores:

Castillo García, María del Carmen

Sánchez González, Irene

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN. BENEFICIOS TERAPÉUTICOS DEL USO DE LA FÉRULA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Dupuytren (también llamada contractura de Dupuytren) es una fibrosis en la fascia palmar de origen desconocido, que provoca el cierre progresivo de la mano por retracción de la aponeurosis palmar y la consiguiente dificultad del paciente para extender los dedos. Puede darse en una o en ambas manos y las articulaciones más afectadas son la MCF e IFP del 4º y 5º dedo.



METODOLOGÍA

Varón de 53 años de edad que acude derivado al servicio de Rehabilitación del Hospital tras intervención por Enfermedad de Dupuytren en su mano derecha. Reincidente, operado en otras 4 ocasiones de esta misma afectación (dos en cada mano) desde que a sus 28 años padeciera el primer caso.

Tras intervención, el proceso de rehabilitación se llevó a cabo de manera coordinada por los servicios de Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Tras la evaluación del paciente con los siguientes instrumentos formales; goniómetro, dinamómetro de puño, de pellizco y evaluación sensitiva con monofilamentos de SEMMES-WEINSTEIN. Los datos obtenidos revelaron la existencia de dolor, incapacidad para la flexo-extensión completa de todos los dedos, disminución de la fuerza, rigidez en articulaciones IF y MCF, pérdida de destreza manual, cicatrices en toda la parte palmar de la mano, hipersensibilidad dolorosa y dificultad para percibir las sensaciones térmicas.

Desde Terapia Ocupacional se confeccionó una *férula de reposo nocturna*, que de manera progresiva el paciente consiguió aguantar toda la noche. Ésta, se fue modificando al mismo tiempo que el paciente fue consiguiendo aumentar la apertura de la mano y extensión de los dedos.

Cicatrizada la herida, la intervención desde Fisioterapia estuvo dirigida a recuperar la fuerza, movilidad, resistencia y recorrido articular de los dedos y apertura completa de mano. Desde Terapia Ocupacional se continuó el tratamiento desensibilizando la zona, tratando la cicatriz, y entrenando la funcionalidad de la mano a fin de conseguir que desempeñara de manera independiente las AVD que requerían principalmente destreza manual y pinza fina.

RESULTADOS

Tras aproximadamente dos meses de tratamiento, el paciente consiguió normalizar la sensibilidad, aumentar la fuerza y apertura completa de la mano así como la extensión de los dedos 4º y 5º a falta de los últimos grados, debido a las limitaciones residuales de anteriores intervenciones. La mano consiguió ser totalmente funcional. Tras el alta, se le recomendó el uso nocturno de la férula para evitar la aparición de nuevas retracciones.



CONCLUSIONES

La enfermedad de Dupuytren progresa a una velocidad impredecible. El tratamiento quirúrgico (fasciectomía), acompañado de rehabilitación tienen como objetivo conseguir a la funcionalidad completa de la mano. Existe cierto consenso en que la férula es uno de los componentes principales en el programa de rehabilitación para la mayoría de los pacientes tras la cirugía de ED. Es por ello por lo que tras el alta se tiende a recomendar, mantener de manera continuada el uso de férula nocturna de estiramiento para evitar de nuevo la retracción.

Resumen: La enfermedad o contractura de Dupuytren es una fibrosis de la fascia palmar de origen desconocido que provoca el cierre progresivo de la mano por retracción de la aponeurosis palmar y dificultad para extender los dedos. Puede darse en una o ambas manos, y las articulaciones principalmente afectadas son la MCF e IFP del 4º y 5º dedo.

En el caso clínico que se presenta, el tratamiento coordinado del servicio de rehabilitación permitió la recuperación funcional de la mano afectada y posterior prevención de recaídas, gracias al uso continuado de una férula postural utilizada durante el proceso de rehabilitación.

Palabras Clave: Dupuytren; Rehabilitación; Férula.

Introducción

El caso clínico elegido para este trabajo expone el tratamiento realizado por el departamento de rehabilitación (Médico rehabilitador, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional) a un varón de 53 años de edad intervenido por Enfermedad de Dupuytren en su mano derecha, el cual había sido operado de la misma afectación en otras cuatro ocasiones más (dos en cada mano) desde que a sus 28 años padeciera el primer caso.

Los síntomas presentes previos a la intervención eran los siguientes; dificultad para extender los dedos, debilidad muscular, dolor en la mano, deformidad, movilidad limitada, actitud de protección que implicaba el resto de miembro superior, miedo a roces y contactos de la mano afectada y consecuencia de todo ello, importante limitación para la realización de diferentes actividades de la vida.

Materiales y método

Tras la intervención quirúrgica, se inició al tratamiento colocando una férula funcional y de inmovilización que elaboró el departamento de Terapia Ocupacional, y que tenía como objetivo mantener la extensión conseguida en mano y dedos.

La férula se comenzó utilizando de manera nocturna para progresivamente mantenerla toda la noche. La férula se fue modificando progresivamente al mismo ritmo que la rehabilitación iba consiguiendo aumentar la extensión de mano y dedos.

Cicatrizada la herida y pasado el tiempo de reposo adecuado, el paciente fue derivado por el Médico Rehabilitador a los servicios de Fisioterapia y Terapia Ocupacional para el inicio de la rehabilitación de una manera coordinada por ambos servicios.

Antes de comenzar los tratamientos, se realizó una serie de evaluaciones para determinar el estado inicial de la mano. Los instrumentos utilizados fueron el goniómetro de dedos, el dinamómetro de puño y pellizco, los monofilamentos de Semmes-Weinstein y la prueba de Weber.

Los datos obtenidos revelaron la existencia de dolor, incapacidad para la flexo-extensión completa de todos los dedos de la mano, fuerza disminuida al hacer las prensiones dígitopalmares y de toda la mano en general, rigidez en las articulaciones IF y MCF, pérdida de destreza manual gruesa y fina, hipersensibilidad dolorosa en las múltiples cicatrices, dificultad para percibir sensaciones térmicas, color violáceo de la mano a consecuencia de una insuficiencia de la circulación de retorno y textura de la piel rugosa en zonas de cicatriz y fina en las zonas de injerto.

Los objetivos planteados a largo plazo fueron: lograr la funcionalidad de la mano tras alcanzar la flexo- extensión completa de mano y dedos, correctos movimientos de oposición de todos los dedos, prensas y pinzas habituales, mejora de la sensibilidad así como aumento de la fuerza y resistencia.

Desde el servicio de Fisioterapia se trabajó para recuperar la fuerza, movilidad, resistencia y recorrido articular de los dedos y apertura completa de la mano.

En Terapia Ocupacional las actividades se centraron en la desensibilización de las zonas de la cicatriz mediante masaje en Z y pellizco, roce con diferentes texturas secuenciadas, estímulos frío-calor y relajación de la zona con baños de parafina. Paralelo al trabajo en fisioterapia se trabajó la funcionalidad de la mano mediante pequeñas actividades necesarias para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Resultados

Tras nueve semanas de tratamiento, el paciente consiguió normalizar la sensibilidad de la mano, especialmente en las zonas de cicatriz, aumentar la fuerza y conseguir la apertura completa de la mano y la extensión de los dedos 4º y 5º a falta de los últimos grados debido a las limitaciones ya existentes por intervenciones anteriores. Finalizado el tratamiento la mano era totalmente funcional.

Tras el alta, se mantuvo la recomendación de utilizar la férula durante la noche para mantener la mano en una posición de apertura previniendo así la aparición de nuevas retracciones.

Conclusiones

Podemos concluir, que la enfermedad de Dupuytren progresa a una velocidad impredecible. El tratamiento quirúrgico acompañado de rehabilitación tiene como objetivo conseguir la funcionalidad completa de la mano. Existe cierto consenso en que la férula es uno de los componentes principales en el programa de rehabilitación para la mayoría de los pacientes tras la cirugía de Enfermedad de Dupuytren. Es por ello, por lo que tras el alta se recomienda mantener de manera continuada el uso de la férula nocturna de estiramiento para evitar nuevas retracciones.

Bibliografía

1. Quesnot A. *Rehabilitación del miembro superior*. Madrid. Ed. Médica Panamericana (2008) págs. 378-381)
2. Polonio López B. *Terapia Ocupacional en disfunciones físicas* (2ªed): Teoría y práctica. Madrid. Ed. Panamericana.
3. Willard & Spackman. *Terapia Ocupacional* (12ª ed). Madrid. Ed. Panamericana.

Capítulo 89

Enfermera principiante avanzada: Estudio retrospectivo

Autores:

Blanco Palomo, Carlos M.

Vilar Palomo, Samuel

Bolet Carreño, Milagros

LA ENFERMERA PRINCIPIANTE AVANZADA

INTRODUCCIÓN

Debido, entre otros motivos, a la temporalidad en contratación, el período de adaptación por el que adquirimos las herramientas necesarias para desenvolvemos en un puesto laboral nuevo es insuficiente. En nuestra profesión, ello nos lleva a convertirnos en la **enfermera principiante avanzada**. Una enfermera con experiencia y conocimientos previos, pero que no está preparada para el puesto de trabajo al que la han designado por no haber trabajado nunca en él.



“La enfermera que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales”

Patricia Benner

OBJETIVOS

- Analizar la forma en que afrontamos esta situación.
- Valorar qué parámetros pueden influir en el resultado.
- Conocer las áreas y servicios donde nos da más reparo empezar a trabajar.
- Conocer las áreas y servicios donde preferimos comenzar a trabajar

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Cuiden). Todas las referencias bibliográficas nos derivan al libro “De Principiante a Experta: Excelencia y Dominio de la Práctica de la Enfermería” escrito por Patricia Benner en 1984. Debido a ello, utilizamos la información referenciada como fuente principal para los fundamentos teóricos que aquí tratamos.

- + **Tipo de estudio:** analítico, observacional y transversal.
- + **Población identificada:** enfermeras que han pasado por esta situación.
- + **Método de selección:** Voluntario.
- + **Herramienta utilizada:** Encuesta no estandarizada de elaboración propia compuesta por 10 preguntas, seis de elección simple, una de elección múltiple y tres abiertas.

RESULTADOS

Tamaño de la muestra (n): 98 enfermeras.

Edad media de los encuestados: 32 años.



CONCLUSIONES

No hemos evidenciado que los parámetros edad, experiencia profesional y conocimientos en la materia influyan en el afrontamiento a esta situación.

No hemos evidenciado que los parámetros edad, experiencia profesional y conocimientos en la materia influyan en las preferencias de elección de servicio en el que no poseen experiencia previa para iniciar un nuevo contrato.

Los servicios donde la mayoría de los encuestados prefieren comenzar un contrato sin experiencia previa en él y los servicios que menos les gustan para ello se encuentran todos en el área de atención especializada.

El servicio al que más temen la mayoría de los encuestados para iniciar una contratación nueva sin haber tenido experiencia previa en él es UCI de adultos.

El servicio que la mayoría de los encuestados prefieren para iniciar una contratación nueva sin haber tenido experiencia previa en él es Urgencias de hospital.

La totalidad de los encuestados manifiesta que, a la hora de afrontar una situación en la que se veían como la Enfermera Principiante Avanzada, preguntaban a un compañero el funcionamiento del servicio y acudían a él para las dudas que les fuesen surgiendo.

Podemos deducir del estudio que lo que más se experimenta en estas situaciones es ansiedad.

Planes de acogida

Comprensión

Protocolos estandarizados

Resumen: Estudio en el que analizamos cómo afronta una muestra de enfermeras la situación de Enfermera Principiante Avanzada en distintos servicios y las sensaciones que ello les ha producido.

Palabras Clave: Enfermeros; Aprendizaje; Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

Introducción

En todas las profesiones existe un periodo de adaptación en el que se adquieren los conocimientos para desempeñar la función correctamente en el puesto de trabajo. Debido a la temporalidad de los contratos y a los ajustes en los presupuestos, en Enfermería este periodo puede comenzar y terminar muchas veces generando un círculo vicioso e impidiendo de este modo la conclusión de la adaptación. La trabajadora de enfermería que se ve en esta situación se le denomina enfermera principiante avanzada.

Mediante el modelo Dreyfus (describe cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades), Patricia Benner define la enfermera principiante avanzada como la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación.

Todos nos hemos visto en esta situación y pocos son los que niegan la ayuda a un nuevo compañero. Además, en muchos servicios nos proporcionan herramientas para ayudarnos como protocolos o planes de acogida. Pero, ¿es esto suficiente?

Objetivos

- Analizar la forma en que afrontamos una situación de enfermera principiante avanzada.
- Valorar qué parámetros influyen en el resultado del afrontamiento.
- Conocer las áreas y servicios donde nos da más reparo y en las que preferimos empezar a trabajar.

Material y método

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Cuiden). Todas las referencias bibliográficas nos derivan al libro “De principiante a experta: Excelencia y dominio de la práctica de la Enfermería” escrito por Patricia Benner en 1984. Debido a ello, utilizamos la información referenciada como fuente principal para los fundamentos teóricos que aquí tratamos.

Realizamos un estudio analítico, observacional y transversal en el que entrevistamos a 98 enfermeras de distinta edad, experiencia laboral y áreas de trabajo. La herramienta que utilizamos para ello es una encuesta no estandarizada de elaboración propia. Dicha encuesta consta de 10 preguntas, seis de elección simple, una de elección múltiple y tres abiertas.

Resultados

A partir de las entrevistas, hemos obtenido los siguientes resultados:

- Tamaño de la muestra: 98 enfermeras.
- Edad media de los encuestados: 32 años.
- Servicios. Los servicios que menos gustan para un contrato nuevo son UCI y UCI pediátrica con un 43% y un 22%, seguidos de Quirófano con un 15% y Urgencias con un 14%.

- El servicio que los encuestados coinciden que prefieren comenzar nuevos contratos es en Urgencias con un 36%, seguido de Digestivo y Quirófano con un 14% ambos. Le siguen otros servicios como Pediatría.
- Afrontamiento. Todos los encuestados afirman que, en caso de verse en una situación de este tipo, tratan de salir de ella preguntando a un compañero. El 22% buscan protocolos que haya en el servicio y el 14% tratan utilizar sus conocimientos y experiencias previas que hayan tenido en servicios similares.
- Sensaciones. Las sensaciones referidas son ansiedad con un 78%, impotencia un 28%, seguidos de miedo, rabia, incertidumbre y estrés en un 14%.
- Plan de Acogida: El 21% afirma haber recibido un Plan de Acogida alguna vez en algún servicio nuevo. Dos de cada tres confirman que les ha servido positivamente.

Conclusiones

- No hemos evidenciado que los parámetros edad, experiencia profesional o conocimientos influyan en el afrontamiento a una situación de este tipo. Tampoco en la elección de servicio en el que no se posee experiencia previa.
- Los servicios donde la mayoría prefieren comenzar un contrato y los que prefieren evitar sin experiencia previa, se encuentran en atención especializada.
- UCI es el servicio donde la mayoría teme comenzar sin experiencia previa.
- Urgencias de hospital es el servicio que la mayoría prefiere comenzar sin experiencia previa.
- Todos los encuestados afirman que, en una situación de Enfermera Principiante avanzada, han acudido a un compañero para solventar las dudas derivadas de ello.
- La sensación que más se produce derivada de esta situación es la Ansiedad.
- Consejos para evitar sentirse una enfermera principiante avanzada
- En todos los servicios donde nos destinen debe haber Protocolos Estandarizados a los que acudir en caso de duda. Es nuestra responsabilidad profesional conocerlos y tener acceso a ellos mientras estemos ejerciendo nuestra labor.
- Existen Planes de acogida destinados a ayudar a las enfermeras nuevas en los distintos servicios. Estos incluyen los protocolos utilizados, normas a seguir y funcionamiento básico del servicio.
- Es común que la enfermera nueva se acerque al servicio un tiempo antes de comenzar su actividad laboral para familiarizarse con el trabajo.
- Ninguna enfermera está exenta de verse como la Enfermera Principiante Avanzada. Uno puede estar toda la vida en su plaza y de repente se introducen cambios en el funcionamiento de trabajo que nos pueden llevar a esta situación. Por ello, debemos tener muy presente que lo que más ayuda a la enfermera principiante avanzada es la ayuda de sus compañeros. Se recomienda Comprensión para los que pueden ayudar a la enfermera nueva.
- Nada como tener una mano amiga cerca cuando ya está aquí el desayuno y todos los sueros están aún por purgar.

Bibliografía

1. Benner, P. (1984). *De principiante a experta: Excelencia y dominio de la práctica de la Enfermería Clínica*. From Novice to expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. 1st ed.

Capítulo 90

Enfermería con la disforia de género en niños/adolescentes

Autores:

Cerro López, Tania

Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor

Molina Moreno, Aurora

Gil García- Ajofrín, Marta

ENFERMERÍA CON LA DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS/ADOLESCENTES

X CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

✓ INTRODUCCIÓN

Debemos distinguir varios términos para comprender la disforia:

- **Expresión de género:** conjunto de normas sociales y comportamientos que la sociedad establece como apropiados o inapropiados según el sexo
- **Identidad de género:** percepción que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a sentirse hombre, mujer, una mezcla de ambos o ninguno
- **Sexo de asignación:** sexo que se establece al recién nacido a través de la observación de los genitales
- **Transfobia:** actitud de rechazo y aversión hacia las personas transgénero/transsexuales



1. **DISFORIA DE GÉNERO:** Malestar, angustia causada por una discrepancia entre la identidad de una persona y su sexo asignado al nacer. Los menores que la presentan tienen comportamientos y deseos de no conformidad de género intensos y extremos y son propensos a experimentar malestar significativo y descontento con sus genitales, teniendo inicio entre los 2 y 3 años

✓ OBJETIVOS

- Conocer los aspectos generales de la población infantil y adolescente con disforia de género.

- Identificar las necesidades y los cuidados enfermeros requeridos por los niños con disforia de género y sus familias.

✓ METODOLOGÍA

Recopilación y análisis de información mediante una amplia revisión bibliográfica. En esta tema hay mucha limitación en cuanto a un plan de cuidados enfermero, se ha intentado realizar un PAE concreto para tratar a los niños con disforia relacionándolo con los patrones de M. Gordon, que se expone en el siguiente punto.

✓ INTERVENCIONES

Las manifestaciones más frecuentes de los niños y adolescentes son : **Depresión y ansiedad con aislamiento social**
Conductas opositoristas y descenso del rendimiento académico
Conductas autolesivas, automedicaciones y conductas suicidas.

	NANDA	NOC	NIC
Patrón autopercepción- autoconcepto	<p>(00225) Riesgo de trastorno de identidad personal R/C alteración del rol social, autoestima baja, crisis situacional, discriminación</p> <p>(00153) Riesgo de baja autoestima situacional RC: transición del desarrollo, alteración de la imagen corporal</p>	<p>(1202) Identidad - Verbaliza afirmaciones de identidad personal - Muestra una conducta verbal y no verbal conveniente sobre sí mismo - Verbaliza un sentido claro de identidad personal</p> <p>(1205) Autoestima - Descripción del yo - Descripción de estar orgulloso - Sentimientos sobre su propia persona - Descripción del éxito en la escuela</p>	<p>5390) Potenciación de la autoestima - Animar al paciente a reconocer sus pensamientos y sentimientos. - Ayudar al paciente a reconocer que somos únicos y diferentes.</p> <p>(5400) Potenciación de la autoestima - Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta</p>
Patrón rol - relaciones	<p>(00053) Aislamiento social R/C conductas socialmente no aceptadas y recursos personales insuficientes</p>	<p>(1504) Soporte social - Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita - Refiere una red social estable - Refiere ayuda ofrecida por los demás</p>	<p>(7110) Fomentar la implicación familiar - Identificar necesidades de la familia - Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente - Proporcionar apoyo necesario para crear cultura de flexibilidad</p> <p>(5270) Apoyo emocional - Remitir a servicios de asesoramiento como asociaciones</p>
Patrón sexualidad- reproducción	<p>(00065) Patrón sexual ineficaz -RC: Déficit de conocimiento sobre las respuestas sexuales alternativas</p>	<p>(1207) Identidad sexual - Sentido claro de la orientación sexual - Aceptación de la orientación sexual - Imágenes negativas de identificación del yo sexual</p>	<p>(5248) Asesoramiento sexual - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad - Hacer saber al paciente que estamos preparados para responder cualquier tipo de duda - Animar al paciente a manifestar verbalmente sus miedos y hacer preguntas</p>

✓ CONCLUSIONES

1. Hay pocos estudios de investigación en los que se protocolice la actuación de enfermería, con la cual, se pueda trabajar en los distintos servicios (Atención primaria, psiquiatría infantil y colegios). Muchos profesionales de la salud desconocen el modo y manera de actuación ante esta problemática que crea conflictos y estados de depresión y aislamiento por parte del niño en los distintos lugares de interacción de su día a día.
2. El/la enfermero/a de Atención Primaria, pediátrica y enfermera de colegio forman un nexo muy importante con el niño/adolescente y la familia, teniendo la oportunidad de guiar, asesorar y proporcionar información sobre la nueva situación a la que se enfrentan.
3. Los niños y adolescentes con disforia de género son muy vulnerables. Diversos estudios refieren que la situación ha mejorado mucho en los últimos años, pero la homofobia y la transfobia siguen constituyendo el principal motivo para el insulto, la burla y el rechazo en los centros educativos en Europa y en nuestro país (British Council, 2010; Pichardo et al., 2014). Un 43% de los/las adolescentes y jóvenes lesbianas, gays o bisexuales de entre 12 y 25 años que han sufrido acoso escolar por su orientación sexual han pensado alguna vez en suicidarse, habiéndolo intentado el 17% (Generelo, 2012). Aquí, cobra gran importancia la enfermería en el colegio para dar la voz de alarma.
4. En la actualidad, sigue habiendo un vacío legal en la que se proteja a los niños/adolescentes con disforia de género. Es verdad, que muchas CCAA han intentado realizar leyes internas que lo regulen, por ello, a la vez, se crea una desigualdad de recursos en las distintas partes de España, no teniendo la misma posibilidad de tratamiento en las distintas CCAA.
Ej: En España se aprobó la Ley de identidad Sexual, Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas como despatologización de la disforia. En CLM se aprobó La Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la adolescencia de Castilla-La Mancha, refiere el interés superior del menor como principio inspirador, de las actuaciones de las Administraciones públicas y aboga por la no discriminación por razón de nacimiento, sexo, (...)

✓ BIBLIOGRAFÍA

NORMATIVA: Ley de identidad Sexual LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.
En: Boletín Oficial del Estado.-N.65 (16-03-2007); P. 11251-11253
Gabriel Gatica B, Carlos Almonte V. "Intervenciones terapéuticas en Disforia de Género de Niños y Adolescentes" Rev. Chil. Psiquiátrica. Neurol.Infac.Adoles, 2 (2015) pp 121-132
"Protocolo de actuación dirigido a menores sobre identidad y expresión de género" Instituto de la Mujer de CLM. Disponible en http://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/protocolo_menores_trans_enero_2017.pdf
2015 "Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2015-2017", Elsevier España.
"Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico" Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en https://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/noDiscriminacion/documentos/Abrazar_la_diversidad_v_d.pdf



Resumen: En la actualidad, la enfermería es un nexo importante en cuanto a la inserción de los niños/adolescentes con disforia de género, por tanto, su papel en esta población es vital para detectar problemas y apoyar la inserción al niño y adolescente en su entorno más cercano y, sobre todo, a ayudar a sus familiares a entender el cambio de situación de sus hijos. La enfermería deberá estar preparada para tratar con un proceso de atención enfermero especializado a la disforia y, sobre todo, la enfermería escolar. Además, sigue habiendo un vacío legal que deja en desprotección a esta población.

Palabras Clave: Disforia de género; Cuidados enfermeros; Enfermería escolar.

Introducción

La disforia de género es un malestar, angustia causada por una discrepancia entre la identidad de una persona y su sexo asignado al nacer. Los menores que la presentan tienen comportamientos y deseos de no conformidad de género

intensos y extremos y son propensos a experimentar malestar significativo y descontento con sus genitales, teniendo inicio entre los 2 y 3 años.

Para poder comprender la disforia debemos diferenciar varios términos:

1. La expresión de género es un conjunto de normas sociales y comportamientos que la sociedad establece como apropiados o inapropiados según el sexo.
2. La identidad de género es la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a sentirse hombre, mujer, una mezcla de ambos o ninguno.
3. El sexo de asignación es el sexo que se establece al recién nacido a través de la observación de los genitales después del parto.
4. Por último transfobia es la actitud de rechazo y aversión hacia las personas transgénero/ transexuales

Objetivos

- Conocer los aspectos generales de la población infantil y adolescente con disforia de género.
- Identificar las necesidades y los cuidados enfermeros requeridos por los niños/adolescentes y sus familias.

Metodología

Se realizó una exhaustiva recopilación y análisis de información mediante una amplia revisión bibliográfica. Actualmente, existe un vacío en el plan de cuidados enfermero, por tanto, la elaboración fue difícil. Se ha intentado realizar un PAE específico relacionándolo con los patrones de M.Gordon.

Intervenciones

Las manifestaciones más frecuentes son depresión y ansiedad con aislamiento social, conductas oposicionistas y descenso del rendimiento académico y, las más extremas, auto-lesivas, automedicaciones y suicidas.

1. Patrón autopercepción-autoconcepto

NANDA

(00225) Riesgo de trastorno de identidad personal r/c alteración del rol social, autoestima baja, crisis situacional, discriminación.

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional r/c transición del desarrollo, alteración de la imagen corporal.

NOC

(1202) Identidad

-Verbaliza afirmaciones de identidad personal.

-Muestra una conducta verbal y no verbal conveniente sobre sí mismo

-Verbaliza un sentido claro de identidad personal.

(1205) Autoestima

-Descripción del yo y de estar orgulloso.

-Sentimientos sobre su propia persona.

-Descripción del éxito en la escuela.

NIC

(5390) Potenciación de la autoestima

-Animar al paciente a reconocer sus pensamientos y sentimientos y que somos únicos y diferentes.

(5400) Potenciación de la autoestima

-Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.

-Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

2. Patrón rol-relaciones

NANDA

(00053) Aislamiento social r/c conductas socialmente no aceptadas y recursos personales insuficientes.

NOC

(1504) Soporte social

-Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita y una red social estable.

-Refiere ayuda ofrecida por los demás.

NIC

(7110) Fomentar la implicación familiar

- Identificar necesidades de la familia.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Proporcionar apoyo necesario para crear cultura de flexibilidad.

(5270) Apoyo emocional

- Remitir a servicios de asesoramiento como asociaciones.

3. Patrón sexualidad-reproducción

NANDA

(00065) Patrón sexual ineficaz r/c déficit de conocimiento sobre las respuestas sexuales alternativas.

NOC

(1207) Identidad sexual

- Sentido claro de la orientación sexual.
- Aceptación de la orientación sexual.
- Imágenes negativas de identificación del yo sexual.

NIC

(5248) Asesoramiento sexual

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente sus miedos y hacer preguntas.

Resultados

Los niños y adolescentes con disforia de género son muy vulnerables. Diversos estudios refieren que la situación ha mejorado mucho en los últimos años, pero la homofobia y la transfobia siguen constituyendo el principal motivo para el insulto, la burla y el rechazo en los centros educativos en Europa y en nuestro país (British Council, 2010; Pichardo et al., 2014).

Un 43% de los/las adolescentes y jóvenes lesbianas, gay o bisexuales de entre 12 y 25 años que han sufrido acoso escolar por su orientación sexual han pensado alguna vez en suicidarse, habiéndolo intentado el 17% (Generelo, 2012). Aquí, cobra gran importancia la enfermería en el colegio para dar la voz de alarma. Será el enlace entre niño, profesores y familia. Siendo de vital importancia que el DUE esté preparado profesionalmente para afrontar esta situación.

Hay pocos estudios de investigación en los que se protocolice la actuación de enfermería y se pueda trabajar en los distintos servicios (Atención primaria, psiquiatría infantil y colegios). Muchos

profesionales de la salud desconocen el modo y manera de actuación ante esta problemática que crea conflictos y estados de depresión y aislamiento por parte del niño en los distintos lugares de interacción de su día a día.

El/la enfermero/a de Atención Primaria ,pediátrica y enfermería escolar forman un nexo muy importante con el niño/adolescente y la familia, teniendo la oportunidad de guiar, asesorar y proporcionar información sobre la nueva situación a la que se enfrentan.

Sigue habiendo un vacío legal en la que se proteja a los niños/adolescentes con disforia de género. Es verdad, que muchas Comunidades Autónomas han intentado realizar leyes internas que lo regulen, por ello, a la vez, se crea una desigualdad de recursos en las distintas partes de España, no teniendo la misma posibilidad de tratamiento en las distintas comunidades. Ej: En España se aprobó la Ley de identidad Sexual, Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas como despatologización de la disforia. En Castilla La Mancha se aprobó La Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la adolescencia.

Bibliografía:

1. Normativa: *Ley de identidad Sexual LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*. En: Boletín Oficial del Estado.-N.65 (16-03-2007); P. 11251-11253

2. Gabriel Gatica B, Carlos Almonte V. *Intervenciones terapéuticas en disforia de género de niños y adolescentes*. Rev. Chil. Psiquiátrica. Neurol.Infac.Adoles, 2 (2015) pp121-132

3. *Protocolo de actuación dirigido a menores sobre identidad y expresión de género*. Instituto de la Mujer de CLM. Disponible en http://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/protocolo_menores_trans_enero_2017.pdf.

4. 2015. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación*. 2015-2017, Elsevier, España.

5. *Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en https://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/noDiscriminacion/documentos/Abrazar_la_diversidad_v_d.pdf.

Capítulo 91

Enfermería eficiente: gestión responsable en el tratamiento de las úlceras venosas. Terapia compresiva. Caso clínico

Autores:

Muñoz Ramon, Víctor

Rodríguez Almagro, David

Cea Cebrián, Sergio

Serrano Mora, Raquel

Galiana Condes, Nuria

Del Fresno Ramírez, Mercedes

ENFERMERIA EFICIENTE: GESTION RESPONSABLE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS VENOSAS. TERAPIA COMPRESIVA. CASO CLINICO

INTRODUCCION

Se define la úlcera venosa crónica como la lesión por debajo de la rodilla que permanece abierta más de cuatro semanas y se origina en presencia de hipertensión venosa ambulatoria en el miembro .

La úlcera de etiología venosa es la más prevalente de las úlceras de la extremidad inferior (0,8 al 0,5%). Entre el 75 y el 80 % de las úlceras de la extremidad inferior son de etiología venosa. La incidencia está entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año.

Las úlceras venosas (UV) afectan de forma negativa en la calidad de vida a un elevado número de personas y representan un elevado coste sanitario y social, constituyendo una de las causas de consulta y solicitud de tratamiento mas frecuentes en nuestro ámbito.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Paciente mujer de 74 años. No alergias medicamentosas conocidas. Como AP de interés tenemos: HTA en tratamiento (bien controlada); Sobrepeso, DM 2 bien controlada sin tratamiento farmacológico con ultima hemoglobina glicosilada de 5,1; Tromboflebitis en MMII; Insuficiencia venosa crónica, venas varicosas en miembro afectado (también en el sano); hiperuricemia; artrosis.

Presenta úlcera venosa crónica en MII diagnosticada por Cirugía Vasculard de 6 años de evolución con diferentes estadios, e incluso llegando a epitelizar, con recidivas frecuentes.

(Desarrollado entre el 14 de Enero y el 16 de Febrero)

EVOLUCION DEL CASO

*La paciente no tolera presiones de 40 mmHg en el vendaje compresivo

Fase de desbridamiento 8 días: cada 48 horas

- Desbridamiento hidroterivo :Apósito absorbente y microadherente de fibras hidroterivas
- Gestión del exudado y equilibrio de la humedad: Apósito secundario de hidrofibra con espuma de poliuretano
- Protección piel perilesional: Ácidos grasos Hiperoxigenados (AGHO) ya que presenta piel descamada
- Tratamiento etiológico: vendaje compresivo multicapa (presión : 20 mmHg)

•Fase de granulación 6 días (cada 72 h)

- Descontaminación e hidratación de heridas: Prontosan®
- Gestión del exudado, equilibrio de la humedad y prevención de infecciones: Hidrofibra de hidrocoloide con Plata (plus) + apósito secundario de hidrofibra con espuma de poliuretano
- Protección piel perilesional: AGHO ya que presenta piel descamada
- Tratamiento etiológico: vendaje compresivo multicapa (presión : 20 mmHg)

•Fase de resolución cada 5 días hasta resolución

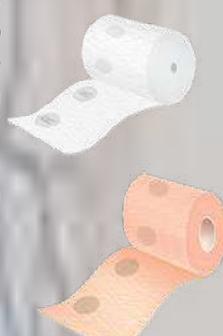
- Descontaminación e hidratación de heridas: Prontosan®
- Acelerador del proceso de cicatrización : Apósito Bioactivo con carga iónica,
- Protección piel perilesional: AGHO ya que presenta piel descamada
- Tratamiento etiológico: vendaje compresivo multicapa (presión : 20 mmHg)



Fase de mantenimiento: AGHO + Medias de compresión media para evitar recidivas



Úlcera en la parte postero-superior del pie izquierdo de 5.2 cm de largo con tejido desvitalizado y leve exudado.



DESCRIPCION DE LAS LESIONES



VALORACION GENERAL

CLÍNICA:

- Pesadez y dolor en las piernas sobre todo al final del día
- Zona perilesional enrojecida
- Calambres
- Prurito con lesiones de rascado.
- Edema distal que mejora con el reposo

DATOS OBJETIVOS:

- Cultivo de herida actual negativo
- Analítica: normal, excepto hiperuricemia
- Pulsos conservados
- Índice Tobillo Brazo (ITB): 1.02 (normal entre 0.90 – 1.20)
- Constantes vitales en rango normal



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Diagnósticos/NANDA	Resultados/NC:
DEFICENCIA DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA DEFICENCIA DE LA INTEGRIDAD TEGUMENTARIA DEFICENCIA CRÓNICA ANSIEDAD DESHIDRATACIÓN RIESGO DE INFECCIÓN Úlceras Relacionadas. 2 Factores de Riesgo Estrésores o cambios en la elasticidad Estrés de desahorro Alteración de la circulación Déficit de conocimientos Conocimiento limitado y aumento de la exposición ambiental Contaminación ambiental Malnutrición Humedad Resistencia no satisfactoria Abandono Déficit o deterioro del estado fisiológico	Deficiencia tisular: gangrena Integridad tisular: asía y membranas mucosas Resistencia de la circulación de líquidos Resistencia: estado de salud Conducta terapéutica: enfermedad o lesión Conocimiento: procedimientos terapéuticos Estrésores sobre la salud Resistencia Hidratación Tiempo de desahorro Egocentrismo emocional Conocimiento de la herida por segunda intención (PULSADO) Indicadores Piel intacta Estatus de tejido Comportamiento activo Tranquilidad Estatus de resistencia relacionado con la salud Resistencia periódica de la acción Control periódico del resultado sobre la salud Establecimiento de objetivos
Intervenciones/NIC	Actividades
Monitorización de las extremidades inferiores Evaluación de procesos Vigilancia de la piel Cuidado de las heridas Evaluación: estado de las piees Control de ulteriores Monitorización de los signos vitales Planificación de energía Planificación Apoyo emocional Asesorar con el paciente Confianza de las piees Manejo de la medicación Administración de medicamentos	Determinar el índice de presión del tobillo, si está indicado Determinar el estado de movilidad (normal y en apoyo, caminar con mecanismos de apoyo) en las extremidades inferiores. Hay presencia de edema Palpar el pulso pedio y distal posterior Realizar una vigilancia periódica de las extremidades inferiores para determinar la necesidad del nivel de riesgo de lesión como guía para determinar intervenciones adecuadas Comprobar la temperatura de la piel Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel Observar si hay zonas de presión o fricción Observar si hay o se va a seguir o fiabilidad en la piel Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones Vigilar el dolor de la piel Ayudar al paciente / ser querido a establecer metas realistas de actividades Ayudar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que este qui exponer... Realizar una técnica de cuidados de heridas adecuada Comprobar el nivel de hidratación de las piees Realizar medicaciones analgésicas, anestésicas o anestésicas, si procede Realizar y/o recomendar medicamentos, si procede, de acuerdo con la autoridad de... Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicación según necesidades... Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje Verificar de forma adecuada

CONCLUSIÓN

1. Dada la complejidad y alto coste derivado del tratamiento de estas lesiones, podemos afirmar que la terapia compresiva es un tratamiento eficiente en este tipo de patologías y, consigue una reducción de costes y mejora de la calidad de vida del paciente.
2. El vendaje compresivo multicapa es el único tratamiento eficaz contra las úlceras venosas de larga duración y en tiempo record.

Resumen: Exponemos caso clínico de mujer de 74 años con patología cardiovascular bien controladas, que presenta una úlcera venosa de 5 cm en MII de años de evolución y tratamientos de coste elevado. Se le realiza tratamiento con terapia compresiva en sus tres fases de tratamiento: fase de desbridamiento de 8 días cada 48 horas, fase de granulación 6 días cada 72 horas y fase de resolución cada 5 días hasta curación. Queda patente que el vendaje compresivo bicapa es un tratamiento eficiente en el tratamiento de úlceras venosas que mejora la calidad de vida del paciente y que reduce el coste sanitario.

Palabras Clave: úlcera varicosa; Planificación de Atención al Paciente; Eficiencia.

Introducción

Se define la úlcera venosa crónica como la lesión por debajo de la rodilla que permanece abierta más de cuatro semanas y se origina en presencia de hipertensión venosa ambulatoria en el miembro. La úlcera de etiología venosa es la más prevalente de las úlceras de la extremidad inferior (0,8 al 0,5%). Entre el 75 y el 80 % de las úlceras de la extremidad inferior son de etiología venosa. La incidencia está entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Las úlceras venosas (UV) afectan de forma negativa en la calidad de vida a un elevado número de personas y representan un elevado coste sanitario y social, constituyendo una de las causas de consulta y solicitud de tratamiento más frecuentes en nuestro ámbito.

Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 74 años. No alergias medicamentosas conocidas. Como AP de interés tenemos: HTA en tratamiento (bien controlada); Sobrepeso, DM 2 bien controlada sin tratamiento farmacológico con última hemoglobina glicosilada de 5,1; Tromboflebitis en MMII; Insuficiencia venosa crónica, venas varicosas en miembro afectado (también en el sano); hiperuricemia; artrosis. Presenta úlcera venosa crónica en MII diagnosticada por cirugía vascular de 6 años de evolución con diferentes estadios, e incluso llegando a epitelizar, con recidivas frecuentes (desarrollado entre el 14 de enero y el 16 de febrero del año 2018).

Descripción de las lesiones

Úlcera en la parte postero-superior del pie izquierdo de 5.2 cm de largo con tejido desvitalizado y leve exudado.

Valoración general

1. Datos objetivos

- Cultivo de herida actual negativo.
- Analítica: Normal, excepto hiperuricemia.
- Pulsos conservados.
- Índice Tobillo Brazo (ITB): 1.02 (normal entre 0.90-1.20).
- Constantes vitales en rango normal.

2. Clínica:

- Pesadez y dolor en las piernas sobre todo al final del día.
- Zona perilesional enrojecida.
- Calambres.
- Prurito con lesiones de rascado.
- Edema distal que mejora con el reposo.

3. Plan de cuidados de enfermería:

Diagnósticos de Enfermería según la NANDA:

- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad tisular.
- Riesgo de Infección.
- Aflicción crónica.
- Desesperanza.
- Ansiedad.

Objetivos (NOC):

- Integridad tisular.
- Curación de la herida.
- Perfusión tisular periférica.
- Severidad de la sobrecarga de líquidos.
- Aceptación del estado de salud.
- Toma de decisiones.
- Conducta terapéutica ante la lesión.
- Conocimiento de los procedimientos terapéuticos.
- Creencias sobre la salud.
- Esperanza.
- Motivación.
- Equilibrio emocional.

Actividades/ Intervenciones de Enfermería según la NIC:

- Monitorización de las extremidades inferiores:
 - Observar su color, calor, pulsos, textura, inflamación, edema, úlcera.

- Comprobar temperatura de la piel.
- Determinar el estado de movilidad.
- Manejo de las presiones:
 - Determinar el índice de presión del tobillo.
 - Palpar pulsos pedio y tibial posterior.
- Vigilancia de la piel.
- Vigilar el color de la piel.
- Comprobar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay enrojecimiento o pérdida de integridad de la piel.
- Cuidados de las heridas:
 - Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada.
 - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
 - Vendar de forma adecuada.
- Enseñanza sobre el cuidado de los pies.
- Control de infecciones.
- Monitorización de signos vitales.
- Manejo de energía.
- Dar esperanza, asesoramiento y apoyo emocional.

Acuerdo con el paciente:

- Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades.
- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos.

Cuidados de los pies:

- Comprobar el nivel de hidratación de los pies.

Manejo de la medicación:

- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos.
- Rechazar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas.
- Prescribir y/o recomendar productos sanitarios acorde a su necesidad terapéutica.
- Administración de tratamiento tópico.

Evolution del caso

La paciente no tolera presiones de 40 mmHg en el vendaje compresivo, por lo que se le aplican 20 mmHg.

1. Fase de desbridamiento 8 días: cada 48 horas.

- Desbridamiento hidrotensivo: Apósito absorbente y microadherente de fibras hidrotensivas.
- Gestión del exudado y equilibrio de la humedad: Apósito secundario de hidrofibra con espuma de poliuretano.
- Protección piel perilesional: Ácidos grasos Hiperoxigenados (AGHO) ya que presenta piel descamada.
- Tratamiento etiológico: vendaje compresivo multicapa (presión : 20 mmHg).

2. Fase de mantenimiento: AGHO + Medias de compresión media para evitar recidivas.

3. Fase de granulación: 6 días (cada 72 h).

- Descontaminación e hidratación de heridas: Prontosan®.
- Gestión del exudado, equilibrio de la humedad y prevención de infecciones: Hidrofibra de hidrocoloide con Plata (plus) + apósito secundario de hidrofibra con espuma de poliuretano.
- Protección piel perilesional: AGHO ya que presenta piel descamada.
- Tratamiento etiológico: vendaje compresivo multicapa (presión : 20 mmHg).

4. Fase de resolución: Cada 5 días hasta resolución.

- Descontaminación e hidratación de heridas: Prontosan®.
- Acelerador del proceso de cicatrización: Apósito Bioactivo con carga iónica.
- Protección piel perilesional: AGHO ya que presenta piel descamada.
- Tratamiento etiológico: vendaje compresivo multicapa (presión: 20 mmHg).

Conclusiones

1. Dada la complejidad y alto coste derivado del tratamiento de estas lesiones, podemos afirmar que la terapia compresiva es un tratamiento eficiente en este tipo de patologías y, consigue una reducción de costes y mejora de la calidad de vida del paciente.
2. El vendaje compresivo multicapa es el único tratamiento eficaz contra las úlceras venosas de larga duración y en tiempo récord.

Bibliografía

1. Carmona Vera M, Lozano Nogales I. *Calidad de vida en pacientes con úlcera de extremidad inferior*. Hygia de Enfermería. 2011; 79:47-51.
2. Moreno Giménez J, Galán Gutiérrez M, Jiménez Puya R. *Tratamiento de las úlceras crónicas*. *Actas Dermosifiliog*. 2005;96(3):133-46.
3. CONUEI. *Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la extremidad inferior*. [Internet]. Barcelona: Edikamed; 2009 [Consultado 2015 Mar 26]. Disponible en: <http://www.aeev.net/guias/CONUEI2009.pdf>.

Capítulo 92

Enfermería escolar vs docentes ¿Se desarrolla la EPS en el marco transversal de las asignaturas?

Autores

García Román, Darío

Jiménez Horcajada, Sonia

Gil García-Uceda, Laura

ENFERMERÍA ESCOLAR vs DOCENTES

¿SE DESARROLLA LA EpS EN EL MARCO TRANSVERSAL DE LAS ASIGNATURAS?



INTRODUCCIÓN

La Enfermería Escolar (EE) desarrolla cuidados en la comunidad educativa siendo referente en la Educación para la Salud (EpS).

Tiene una larga historia en su desarrollo de manera reconocida, y está presente actualmente en muchos países.

En España, la EpS queda en manos de los docentes y de los profesionales de Atención Primaria.

Los centros con EE presentan:

- ↓ Errores en medicación.
- ↑ Resultados académicos.
- ↓ Consumo de drogas.
- Mejoras tras la realización de talleres de EpS.



OBJETIVOS

- Analizar la percepción del docente de cómo lleva la EpS con los escolares.
- Valorar en los docentes conocimientos percibidos y actuación posible ante problemas de salud de los escolares.
- Identificar la necesidad de enfermeros/as escolares.

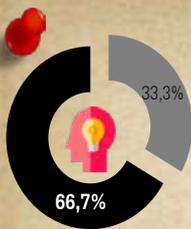


MATERIAL Y MÉTODO

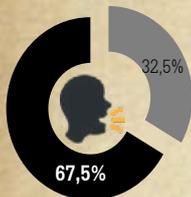
Estudio: Observacional descriptivo de corte transversal y selectivo.

Muestra: 123 docentes y estudiantes en prácticas de 7 centros educativos de la provincia de Ciudad Real. Recogida de datos con cuestionarios auto cumplimentados, basados en el cuestionario Campo M et al.

Análisis de datos: SPSS 23.0.



Docentes con formación sanitaria previa

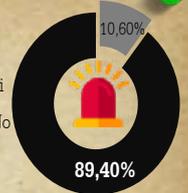


Docentes que realizan prevención mediante EpS con charlas, reuniones o consejos

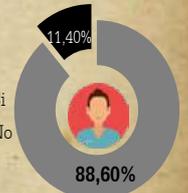


RESULTADOS

¿Consideran los docentes suficientes sus conocimientos respecto a los problemas de salud y accidentes escolares?



¿Consideran los docentes necesaria la incorporación de un profesional de Enfermería en los centros educativos?



CONCLUSIONES

- La EE suponen un **pilar básico** para proporcionar cuidados holísticos desde una etapa primordial.
- Datos estadísticos de hábitos de vida desfavorables, ponen en evidencia la necesidad de esta figura.
- Los docentes **no desarrollan la EpS en el marco transversal de las asignaturas** porque carecen en su mayoría de formación sanitaria, ya que legalmente no es su función, y por tanto, porque no están preparados.
- La atención sanitaria no solo se encuentra en los hospitales.

Estos resultados ponen en evidencia la **necesidad de un cambio en la dirección de la atención sanitaria.**

¡ENFERMERÍA ESCOLAR SOLUCIÓN!

Resumen: *Introducción: El Enfermero Escolar es referente en EpS y resuelve los problemas sanitarios que acaecen en los centros educativos. Objetivo: Identificar la necesidad de Enfermeros/as Escolares. Metodología: Estudio observacional descriptivo de corte transversal y de tipo selectivo en 123 docentes y estudiantes en prácticas de 7 centros educativos mediante recogida de datos con cuestionarios auto cumplimentados. Resultados: El 89,4% de docentes no considera suficientes sus conocimientos sanitarios. El 96,7% considera necesaria la instauración de programas formativos sanitarios. Además, el 88,6% considera necesario incorporar un profesional de Enfermería Escolar. Conclusión: Los/las enfermeros/as escolares suponen un pilar básico en los centros educativos.*

Palabras Clave: *Docentes; Enfermería Escolar; Salud Escolar.*

Introducción

El enfermero escolar es el profesional de los centros educativos que desarrolla cuidados holísticos en los escolares y la comunidad educativa. Es referente como educador en salud dentro de la promoción de la misma, prevención de la enfermedad, así como detección y solución de los problemas de salud.

El enfermero escolar tiene una larga historia a nivel mundial, y actualmente se encuentra de manera reconocida en países como Reino Unido, Suecia o Estados Unidos.

La escuela no es solo un lugar de enseñanza, es además una etapa personal para el alumno, donde se adquieren los conocimientos necesarios para tener actitudes y hábitos de vida saludable perdurables en el tiempo.

En España el enfermero escolar no está instaurado de manera oficial en los centros públicos, reservándose únicamente para los centros de educación especial así como para algunos privados, generándose una situación de desigualdad.

Sin la figura del enfermero escolar, este papel recae en el docente, siendo varios los estudios que demuestran que los docentes carecen de preparación en cuestiones sanitarias. Además a nivel de legal y educativo, son estos los responsables de las mismas a través del marco transversal de las asignaturas, junto con el enfermero de atención primaria.

Surge una situación donde el docente no está preparado y el profesional enfermero asume una gran carga de trabajo en el centro de salud como para llevar de manera, controlada y guiada una atención adecuada a los escolares en los centros como podría hacerlo el enfermero escolar.

Objetivos

- Analizar la percepción del docente, de cómo lleva la EpS con los escolares.
- Valorar en los docentes conocimientos percibidos y actuación posible ante problemas de salud de los escolares.
- Identificar la necesidad de enfermeros/as escolares.

Metodología

Estudio observacional descriptivo de corte transversal y de tipo selectivo en una muestra de 123 docentes y estudiantes en prácticas de 7 centros educativos de la provincia de Ciudad Real mediante recogida de datos a partir de cuestionarios auto cumplimentados.

Se usan las siguientes variables de estudio: Edad, sexo, años de experiencia como docente, tipo de centro, población, formación sanitaria previa, nivel de conocimiento (utilizándose parte de un cuestionario de Campo M et al).

Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado o, en las tablas de 2x2, con el test exacto de Fisher cuando el número de efectivos calculados fue inferior a 5. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Resultados

La muestra la forman 123 participantes, siendo el 74% mujeres. Respecto al tipo de centro donde ejercen como docentes, el 77,2% de los participantes lo hacen en un centro público, y el 58,5% de los encuestados ejercen en Ciudad Real capital. Y en cuanto a la formación sanitaria, tan solo el 33,3% había recibido previamente.

El porcentaje del nivel de conocimientos percibidos de los principales problemas de salud y accidentes escolares se situó entre nulo, insuficiente y termino medio.

Referente a la actuación primaria, el 67,5% no realizan prevención mediante EpS con charlas, reuniones o consejos; y en cuanto a la actuación secundaria, los resultados del nivel de conocimientos percibidos respecto a la actuación se situó entre nunca, muy pocas veces y alguna vez.

El 89,4% considera insuficientes sus conocimientos respecto a los problemas de salud y accidentes escolares a términos generales.

Por otro lado, respecto a si se cree necesaria la instauración de programas formativos sanitarios dirigidos a docentes el 96,7% los considera necesarios.

Y respecto a la figura del enfermero escolar el 88,6% consideras necesaria su incorporación en los centros educativos.

Conclusiones

Para llevar a cabo los cuidados que surgen con su desarrollo, así como para tener un referente como educador en salud que permita prevenir la enfermedad, promocionar la salud y detectar y solucionar problemas de salud, el Enfermero Escolar es la solución para:

- Mejorar datos estadísticos de hábitos de vida desfavorables, que ponen en evidencia la necesidad de esta figura.
- Desarrollar EpS de manera profesional y competente, debido a que los docentes no desarrollan la EpS en el marco transversal de las asignaturas porque carecen en su mayoría de formación sanitaria.
- Dar un cambio en la dirección de la atención sanitaria, ya que la atención sanitaria no solo se encuentra en los hospitales.

Bibliografía

1. Campo Briz M, Alonso Peña N. *Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria*. Nuberos Científica. 2013;2(10):39-45.

2. Alonso Peña N, Campo Briz M. *Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria*. Nuberos Científica. 2014;2(13):25-31.

3. Hernández Rodríguez JE, Castro Sánchez JJ. *¿Están los profesores de los centros escolares de la provincia de Las Palmas preparados ante situaciones de emergencias?* Metas de enfermería. 2013;16(7):10.

4. Fernández Candela F, Rebolledo Malpica DM, Velandia Mora AL. *Salud escolar ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Hacia la promoción la salud*. 2006;11:21-8.

Capítulo 93

Enfermería UCI HGCR. Un canal para compartir conocimientos

Autores:

Sánchez Marín, Laura

Manfredi Fernández, Diego

Salas Torres, Óscar

García Martín, Francisco Javier

ENFERMERIA UCI HGCR

<https://t.me/enfermeriaucihgcr>

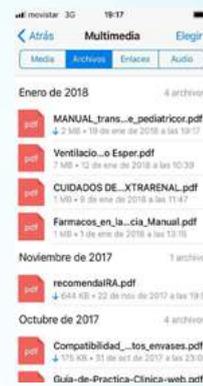
UN CANAL PARA COMPARTIR CONOCIMIENTOS

Introducción: La Web 2.0 nos proporciona herramientas como las redes sociales que utilizamos para el intercambio de conocimientos, el aprendizaje, la interacción social y la producción de inteligencia colectiva en un entorno virtual. Estos elementos están alcanzando popularidad en las comunidades de e-learning y e-social. La enfermería esta acogiendo y aprovechando este mundo de posibilidades.

Objetivos: Mostrar las ventajas y utilidades de la red social Telegram como medio informativo y de colaboración entre profesionales sanitarios Dar a conocer el canal de Telegram Enfermería UCI HGCR



Metodología: La utilización de las TIC (tecnologías de información y comunicación) en el ámbito sanitario son un reto inmediato que debemos afrontar. Telegram es una aplicación de mensajería instantánea, gratuita, multiplataforma, basada en la nube y con una sincronización constante. Tiene una serie de características que la hacen muy aprovechable para la enfermería. Es accesible desde diferentes dispositivos (Smartphone, Tablet y PC). Se pueden crear canales para hacer difusiones a audiencias ilimitadas. Utilizando Telegram, hemos creado un canal de información (<https://t.me/enfermeriaucihgcr>) con esquemas, pdf, enlaces, chuletas... todo con la idea de ser una nota de consulta rápida y fácil que llevar en nuestro móvil.



Aplicaciones: La difusión y utilización de la herramienta pretende facilitar la información, la comunicación y la transparencia, fomentar la investigación en cuidados y la práctica clínica basada en evidencias, originando beneficios en el aprendizaje.

VALORES NORMALES en gasometría

GASOMETRIA ARTERIAL		GASOMETRIA VENOSA	
Equilibrio Acido-Base		Equilibrio Acido-Base	
pH 7.35-7.45		pH 7.35-7.45	
pCO2 35-45 mmHg		pCO2 40-50 mmHg	
pO2 75-100 mmHg		pO2 35-45 mmHg	
BE -2 a +2		BE -2 a +2	
CO2 23-32		CO2 32-42	
Respiración		Respiración	
pO2 95-100		pO2 95-100	
SpO2 95-100		SpO2 95-100	
RiO2 21-23%		RiO2 21-23%	
VEV 6-8 L/min		VEV 6-8 L/min	
VEV 1.5-2 L/min		VEV 1.5-2 L/min	
VEV 15-20 L/min		VEV 15-20 L/min	
Metabolitos		Metabolitos	
Glucosa 70-100 mg/dL		Glucosa 70-100 mg/dL	
Lactato <2 mg/dL		Lactato <2 mg/dL	

Sonda sengstaken-blakemore

Balon gástrico 200-250cc
 Balon esofágico 50-100cc
 Controlar balon esofagico cada 1-2 horas.
 estagonanometro 60-80mm hg.

Para colocación de sonda DLI. Primero se infla balon gástrico y traccionamos. Después se infla balon esofagico y se tracciona con peso. Los balones se inflan con aire.

Paciente posición de fowler o semifowler.

Principales complicaciones de esta sonda:

Obstrucción via aerea o trastornos cardiovasculares. Necrosis, perforación.

Transcurridas 24 h se desinfla balon esofagico y alas 36-48 h balon gástrico



Conclusiones: La utilización de las herramientas de la web social por parte del personal de enfermería, puede favorecer todas aquellas acciones relacionadas con el proceso de comunicación, ya sea con otros profesionales como con los pacientes. Nuestro trabajo se ha centrado en Telegram pero solo es un ejemplo mas de las posibilidades que nos brindan este tipo de herramientas. La sociedad actual y la futura demanda este tipo de servicios, es nuestro deber adaptarnos para proporcionar un servicio sanitario mas completo e integral.

Resumen: *El uso de las TIC (tecnologías de información y comunicación) nos abre la posibilidad de utilizar aplicaciones para el desarrollo de nuestro trabajo como enfermeros. La utilización de las redes sociales nos permite alcanzar un nivel de difusión e impacto imprescindible para proporcionar una mayor calidad y excelencia en la aplicación de los cuidados de enfermería. En concreto, la creación de un canal en la aplicación de mensajería “telegram” nos ha proporcionado multitud de posibilidades para compartir información con otros profesionales acerca de referentes de temas relacionados con nuestro desarrollo diario. Un ejemplo perfecto de la utilidad de estas herramientas tecnológicas actuales.*

Palabras Clave: *Enfermería; tecnología; red social.*

Introducción

La integración y utilización de las TIC en la salud y los cuidados es un reto inmediato que debemos afrontar. En nuestro país aun son escasas las apuestas desde las organizaciones sanitarias por implementar estrategias digitales vinculadas a la salud y los cuidados, donde se ofrezcan redes de estas características.

En España el 86 % de los internautas utilizan las RRSS (redes sociales) es evidente que las estrategias de comunicación digital deben ser dirigidas a dispositivos móviles ya que son la plataforma más importante de acceso a información tanto para profesionales como usuarios de salud. En la era del smartphone, podemos dar uso a estos dispositivos para difundir y compartir conocimientos de nuestra práctica diaria como enfermer@s. El teléfono móvil nos proporciona practicidad, movilidad y accesibilidad casi ilimitada.

En la actualidad y con estos recursos, estamos obligados a convertirnos en profesionales sanitarios digitales, para ello debemos poseer o adquirir las siguientes cualidades y actitudes:

- Utilizar herramientas para desarrollarnos profesionalmente y responder a las nuevas necesidades de la sociedad.

- Ser conscientes de que un buen profesional no solo atesora conocimientos sino que es capaz de activar y movilizar su red para acceder a información y recursos

- Debemos tener claro que mediante el trabajo colaborativo cada miembro del grupo aprende más de lo que aprendería solo.

- Estos conocimientos se adquieren mediante la relación con otros profesionales

Telegram es una aplicación de mensajería instantánea, gratuita y multiplataforma. Está basada en la nube y con una sincronización constante, esto permite que todo el material subido este accesible en todo momento. Posee una serie de peculiaridades, usos y características que la hacen muy aprovechable para el campo de la enfermería. Es multidispositivo, es decir, se puede acceder a la aplicación desde el smartphone, Tablet o PC (para descargarlo <https://telegram.org>). Se pueden enviar mensajes, fotos, vídeos y archivos de cualquier tipo (doc, pdf, Zip, mp3, etc.) hasta 1,5 gb.

Da la posibilidad de crear supergrupos de hasta 100000 personas y nos permite crear canales para hacer difusiones a audiencias ilimitadas. Los administradores envían mensajes a todos los que abren el canal (suscriptores). Es un modo de ofrecer información rápidamente a un gran número de usuarios.

Material y métodos

Utilizando Telegram hemos creado un canal de información (<https://t.me/enfermeriaucihgr>) con esquemas, pdf, enlaces, chuletas, etc.; con la pretensión de ser una nota de consulta rápida y fácil que llevar en nuestro móvil. El canal que hemos creado no sólo permite descargar y compartir material sino que lleva implícito el uso y la difusión de otras herramientas y aplicaciones (pinterest, youtube, blogs, webs, twitter, facebook, dropbox, instagram) a través de las cuales colgamos material en el propio canal. Esta interacción genera un feed-back constante y continuo que nos permite conocer e interactuar con otras cuentas profesionales y así crear una red de contactos que nos proporciona una serie de recursos imprescindibles para realizarnos a nivel profesional.

A fecha de abril del 2018 el canal contaba con casi 900 suscriptores dándonos una idea de las posibilidades y el impacto que pueden generar este tipo de medios e iniciativas, no sólo con el uso del propio canal sino, como hemos mencionado, generando una interacción con otros profesionales de la salud a través de otros canales de telegram u otras aplicaciones/RRSS.

Aplicaciones

La difusión y utilización de la herramienta pretende facilitar la información, la comunicación y la transparencia, fomentar la investigación en cuidados y la práctica clínica basada en evidencias, originando beneficios en el aprendizaje. Entre los posibles usos:

- Protocolos de un servicio (personal nueva incorporación).
- Normativa e información para alumnos.
- Campañas de salud, divulgación de contenidos.
- Información sobre iniciativas, instituciones, cursos de formación.
- Canales enfocados a actividad empresarial.

Conclusiones

La utilización de las herramientas de la web social por parte del personal de enfermería, puede favorecer todas aquellas acciones relacionadas con el proceso de comunicación, ya sea tanto con otros profesionales como en la comunicación con los pacientes.

Bibliografía:

1. Cepeda Díez JM, Meijome Sánchez XM, Azucena Santillán García A. *Innovaciones en salud y tecnologías: las cosas claras*. Rev. enferm. CyL 2012; 4 (1): 28-32.

2. Lau AS. *Hospital-based nurse's perceptions of the adoption of Web 2.0 tools for knowledge sharing, learning, social interaction and the production of collective intelligence*. J Med Internet Res. 2011 Nov 11 ;13(4):e92.

3. Fernández S, Lafuente N. *Integración de internet y las redes sociales en las estrategias de salud*. Enferm Clin. 2016;26(5):265---267

4. Cepeda, JM. Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de salud. Salud Conectada. Recuperado el día 26/04/2018 desde <http://saludconectada.com>

5. Cepeda, JM. *7 Competencias clave hacia una salud digital*. Salud Conectada. Recuperado el día 26/04/2018 desde <http://saludconectada.com>.

Capítulo 94

Enfermería y el cemento quirúrgico

Autora:

Montalvo Bueno, Cristina

ENFERMERÍA Y EL CEMENTO QUIRÚRGICO

INTRODUCCION

El cemento quirúrgico, es un producto químico basado en el ácido acrílico que tiene como funciones la de rellenar, consolidar o estabilizar y la de amortiguar la carga de la prótesis al tejido óseo, así como una función antibiótica en el caso de que el cemento lleve también antibiótico.

Todos los cementos se basan en el mismo principio líquido y polvo. El líquido, que es el *monómero* es similar a todos. El polvo, que es el *polímero* es el que cambia las propiedades del producto.

Se clasifican según su viscosidad en cemento de alta, media o baja viscosidad. Además de contener o no antibiótico.

OBJETIVOS

🌀 Proporcionar información relacionada con la cementación quirúrgica a enfermería e incidir de la importancia que tiene ésta en el procedimiento y realización de cemento durante el acto quirúrgico.

🌀 Ampliar conocimientos sobre clasificación de cementos quirúrgicos, fases y tiempo de procesado, importancia de la temperatura al cementar y toxicidad del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisiones bibliográficas de distintas base de datos (Pubmed, WOS), información recopilada de; cursos de formación, casas comerciales de productos e implantes traumatológicos y expertos en la materia.

RESULTADOS

Para llevar a cabo una buena cementación, enfermería debe tener en cuenta diferentes criterios para la correcta preparación y utilización del mismo.

ELECCIÓN CORRECTA DEL TIPO DE CEMENTO:

Aunque enfermería no es la encargada de seleccionar el tipo de cemento a utilizar, si debe saber que tipo es el que necesita el facultativo, así como diferenciarlos entre sí.

❖ **Baja viscosidad** ; Tarda en fraguar un poco más pero hay que usarlo muy rápido. Indicado para pequeñas y medianas articulaciones y sobre todo para la endoprótesis.

❖ **Media viscosidad** ; Fragua bastante rápido y se puede usar también durante un tiempo mas largo. Para cadera y rodilla, si lo enfriamos previamente en nevera a 4-7°C podemos prolongar sus tiempos de procesado.

❖ **Alta viscosidad**; Fragua rápido pero se puede manipular durante más tiempo. Para cadera y rodilla, su tiempo de procesado completo a 23 °C (temperatura ambiente) se reduce a 9.30 min y a 18°C a 13.30 min. Permite ahorrar tiempo en todo el proceso.

TÉCNICA DE PREPARACIÓN:

La preparación es básica para conseguir que el producto esté en condiciones óptimas de uso, de ahí la importancia del papel de enfermería ya que son los encargados de realizarlo. El instrumentista debe seguir de manera rigurosa las cuatro fases de las que consta. Importante, conexión de gases al vacío y protección personal contra humos, producto tóxico.

❖ **Fase de mezclado**; Dura aproximadamente 30 seg.

Introducir los componentes según sea preparación abierta o cerrada.

✓ Abierta: primero el polímero.

✓ Cerrada: primero el monómero.

❖ **Fase de espera**; Dejar reposar el cemento según el tiempo indicado referente a su viscosidad.

❖ **Fase de aplicación**; Es el tiempo en el que se puede aplicar y manipular.

❖ **Fase de fraguado**; Es el tiempo final hasta la total consolidación del mismo.

CONCLUSIONES

Se concretaría comentando que el papel de enfermería en la cementación quirúrgica es fundamental gracias a sus conocimientos y habilidades. Además de su participación principal en la preparación del mismo.

Por ello es de gran importancia el conocimiento por parte de enfermería, sobre todo enfermera instrumentista, sobre este producto; elaboración, elección, características..

Resumen: El cemento quirúrgico es un producto químico basado en ácido acrílico. Que tiene como funciones la de rellenar, consolidar o estabilizar y la de amortiguar la carga de la prótesis al tejido óseo, así como una función antibiótica en el caso de que el cemento lleve también antibiótico.

Todos los cementos se basan en el mismo principio, líquido y polvo. El líquido, que es el monómero es similar a todos. El polvo, que es el polímero es el que cambia las propiedades del producto.

Se clasifican en cemento de alta, media o baja viscosidad y contener o no antibiótico.

Palabras Clave: Cemento quirúrgico; enfermería y cemento quirúrgico; viscosidad.

Objetivos

- Proporcionar información relacionada con la cementación quirúrgica a enfermería e incidir de la importancia que tiene ésta en el procedimiento y realización de cemento durante el acto quirúrgico.
- Aplicar conocimientos sobre la clasificación de cementos quirúrgicos, fases y tiempo de procesado, importancia de la temperatura al cementar y toxicidad del mismo.

Material y métodos

Revisiones bibliográficas de distintas bases de datos (Pubmed, WOS), información recopilada de cursos de formación, casas comerciales de productos e implantes traumatológicos y expertos en la materia.

Resultados

Para llevar a cabo una buena cementación, enfermería debe tener en cuenta diferentes criterios para la correcta preparación y utilización del mismo.

1. Elección correcta del cemento quirúrgico:

Aunque enfermería no es la encargada de seleccionar el tipo de cemento a utilizar en cada cirugía, si debe saber que tipo es el que necesita el facultativo, así como diferenciarlos entre sí.

- **Baja viscosidad:** Tarda en fraguar un poco más pero hay que usarlo muy rápido. Indicado en pequeñas y medianas articulaciones y sobre todo para la endoprótesis.
- **Media viscosidad:** Fragua bastante rápido y se puede usar también durante un tiempo más largo. Para cadera y rodilla, si lo enfriamos previamente en la nevera de 4 a 7°C podemos prolongar sus tiempos de procesado.
- **Alta viscosidad:** Fragua rápido pero se puede manipular durante más tiempo. Para cadera y rodilla, su tiempo de procesado completo a 23°C (temperatura ambiente) se reduce a 9.30 min y a 18°C a 13.30 min. Permite ahorrar tiempo en el proceso.

2. Técnica de preparación:

La preparación es básica para conseguir que el producto esté en condiciones óptimas para su uso, de ahí la importancia del papel de enfermería ya que son los encargados de prepararlo.

El instrumentista debe seguir de manera rigurosa las cuatro fases de las que consta. Importante, la conexión de gases al vacío y protección del personal contra humos ya que es un producto tóxico.

- **Fase de mezclado:** Dura aproximadamente 30 seg. Se deben introducir los componentes según la preparación abierta o cerrada. Si es abierta; primero el polímero. Si es cerrada; primero el monómero.
- **Fase de espera:** Dejar reposar el cemento según el tiempo indicado referente a su viscosidad.
- **Fase de aplicación:** Es el tiempo en el que se puede aplicar y manipular.
- **Fase de fraguado:** Es el tiempo final hasta la total consolidación del mismo.

CONCLUSIONES

Se concretaría comentando que el papel de la enfermería en la cementación quirúrgica es fundamental gracias a sus conocimientos y habilidades.

Además de su participación principal en la preparación del mismo.

Por ello es de gran importancia el conocimiento por parte de enfermería, sobre todo del enfermero instrumentista sobre este producto; elaboración, elección, características...

Bibliografía

1. *Interprofessional education in anatomy: Learning together in medical and nursing training.* Herrmann G, Woermann U, Schlegel C. *Anatomical Sciences Education.* Volume 8, Issue 4, 1 July 2015. Pages 324-330.

2. *Influencia de la técnica de cementación sobre la calidad del manto de cemento en la artroscopia de rodilla. Estudio experimental sobre el modelo sintético.* Pérez Mananes R; Vaquero Martín J; Villanueva Martínez M. *Rev esp cir ortop traumatol.* 2011; 55(1): 39-49.

3. Sanz-Ruiz P, Paz E, Abenojar J, del real JC, Forriol F, Vaquero J. *Influencia del medio fisiológico sobre las propiedades mecánicas del cemento óseo. ¿Son los estudios actuales extrapolables?* *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2014; 58(1): 3-10.

Capítulo 95 *Enfoque fisioterápico de la artroplastia parcial de rodilla*

Autores:

Guzmán Pecino, Verónica

Fernández-Sarabia Pardo, Laura

ENFOQUE FISOTERAPICO DE LA ARTROPLASTIA PARCIAL DE RODILLA.

Objetivos:

El objetivo del trabajo es mostrar los beneficios de la artroplastia parcial de rodilla en pacientes con artrosis, moderada a grave del compartimento interno de la rodilla, desde el punto de vista del tratamiento fisioterápico, establecer los beneficios y alternativas a la artroplastia total de rodilla, así como establecer un protocolo de tratamiento.

Metodología:

La artroplastia unicompartimental de la rodilla es un procedimiento cada vez más utilizado para los pacientes con osteoartritis del compartimento medial de la rodilla, ya que se estima que hasta un 30% de la población tiene osteoartritis de rodilla, siendo más recurrente en mujeres entorno a los 45-50 años de edad.

En la cirugía de artroplastia parcial de rodilla, se extraen tejido y hueso dañados de la articulación de la rodilla. Las secciones se reemplazan mediante la utilización de implantes de metal y plástico que se fijan al hueso con cemento acrílico, sustituye un único compartimento de la rodilla, el reemplazo parcial puede ser realizado a través de una incisión más pequeña, con menor disección de las partes blandas.

Ventajas respecto a la artroplastia total de rodilla:

El reemplazo parcial de rodilla preserva mejor los rangos de movimiento y la función de la rodilla ya que permanecen intacto los tejidos y huesos sanos de la misma. Existe también menor pérdida de sangre durante la cirugía, y el movimiento de la rodilla se recupera más rápido y con menor dolor, que en el reemplazo total de rodilla.

Indicaciones:

Los pacientes con osteoartritis medial, lateral, o patelofemoral de rodilla pueden ser considerados para reemplazo parcial de rodilla, para seleccionar al candidato adecuado son necesario estudios complementarios: RX y RMN, para determinar el alcance de la lesión: formación de osteofitos, disminución del espacio articular, esclerosis del hueso subcondral, formación de quistes óseos, alteración en el contorno óseo, calcificaciones periarticulares, edema de partes blandas, alteración de los ligamentos o meniscos, por ello está indicado a paciente con: dolores intensos diariamente, el dolor severo que no sólo les limita para el trabajo sino también para las actividades diarias como vestirse, calzarse, subir y bajar escaleras, pacientes que no encuentran alivio con otras medidas terapéuticas como la rehabilitación, pacientes con gran rigidez e inestabilidad de rodilla.

Intervención:

La rodilla es la articulación más grande de nuestro cuerpo y una de las más complejas. La rodilla está formada por la unión de tres huesos: el fémur, la tibia y la rótula. Ligamentos, tendones, músculos y meniscos. Existen tres compartimentos en la rodilla: el compartimiento medial, el compartimiento lateral y el compartimiento anterior (entre la rótula y el fémur)



Antes de comenzar el tratamiento fisioterápico hay que realizar una meticulosa anamnesis: tiempo de ingreso hospitalario, movilidad articular, tiempo de inmovilización, balance muscular, EVA, control RX postoperatorio.

En este trabajo nos centraremos en el estudio de las artroplastias parciales del compartimento interno, ya que son las más frecuentes y de mayor prevalencia, para ello realizamos seguimiento del paciente durante todo el periodo de ingreso hospitalario y el periodo de rehabilitación extrahospitalario durante mes y medio.

El protocolo de tratamiento consiste en: educación postural en cama y silla desde el primer día, ejercicios respiratorios y de relajación (en función del paciente), liberación precoz del aparato extensor, cinesiterapia activa asistida de flexoextensión de rodilla, en decúbito supino y lateral isométricos de glúteos, cuádriceps e isquiotibiales con potenciación selectiva del vasto interno y tríceps sural, isométricos de cuádriceps, isquiotibiales y glúteos, elevación del MI con rodilla extendida, ejercicios de equilibrio e inicio de la deambulacion con andador, muletas o bastones con protección del miembro intervenido con apoyo parcial.

Conclusión:

Los resultados obtenidos en el tratamiento rehabilitador de la artroplastia han sido muy satisfactorios ya que se han reducido el tiempo de recuperación siendo necesario aproximadamente un mes de tratamiento diario. En pocas sesiones se aprecia una notable mejoría en el rango articular y disminución del dolor, se incorpora de forma más fácil la deambulacion con ayuda técnica a la semana o menos, se observa una mejora importante en la recuperación del balance muscular. Por todo ello se considera una buena alternativa de tratamiento para las personas de mediana edad con problemas de artrosis severa, ya que siguen siendo buenos candidatos en el futuro para la artroplastia total de rodilla



Resumen: El objetivo del trabajo es mostrar los beneficios de la artroplastia parcial de rodilla en pacientes con artrosis, moderada a grave del compartimento interno de la rodilla, desde el punto de vista del tratamiento fisioterápico, establecer los beneficios y alternativas a la artroplastia total de rodilla, así como establecer un protocolo de tratamiento.

La artroplastia unicompartmental de la rodilla es un procedimiento cada vez más utilizado para los pacientes entorno a los 45-50 años de edad.

Es importante realizar una exhaustiva anamnesis para establecer el correcto protocolo de tratamiento, con seguimiento del paciente durante la hospitalización como de forma ambulatoria

Palabras Clave: artroplastia parcial de rodilla; fisioterapia; protocolo.

Objetivos

El objetivo del trabajo es mostrar los beneficios de la artroplastia parcial de rodilla en pacientes con artrosis, moderada a grave del compartimento interno de la rodilla, desde el punto de vista del tratamiento fisioterápico, establecer los beneficios y alternativas a la artroplastia total de rodilla, así como establecer un protocolo de tratamiento.

Metodología

La artroplastia unicompartmental de la rodilla es un procedimiento cada vez más utilizado para los pacientes con osteoartritis del compartimento medial de la rodilla, ya que se estima que hasta un 30% de la población tiene osteoartritis de rodilla, siendo más recurrente en mujeres entorno a los 45-50 años de edad. En la cirugía de artroplastia parcial de rodilla, se extraen tejido y hueso dañados de la articulación de la rodilla. Las secciones se reemplazan mediante la utilización de implantes de metal y plástico que se fijan al hueso con cemento acrílico, sustituye un único compartimento de la rodilla, el reemplazo parcial puede ser realizado a través de una incisión más pequeña, con menor disección de las partes blandas. Ventajas respecto a la artroplastia total de rodilla: El reemplazo parcial de rodilla preserva mejor los rangos de movimiento y la función de la rodilla ya que permanecen intacto los tejidos y huesos sanos de la misma. Existe también menor pérdida de sangre durante la cirugía, y el movimiento de la rodilla se recupera más rápido y con menor dolor, que en el reemplazo total de rodilla.

Indicaciones

Los pacientes con osteoartritis medial, lateral, o patelofemoral de rodilla pueden ser considerados para reemplazo parcial de rodilla.

Para seleccionar al candidato adecuado son necesario estudios complementarios: RX y RMN, para determinar el alcance de la lesión: formación de osteofitos, disminución del espacio articular, esclerosis del hueso subcondral, formación de quistes óseos, alteración en el contorno óseo, calcificaciones periarticulares, edema de partes blandas, alteración de los ligamentos o meniscos, por ello está indicado a paciente con: dolores intensos diariamente, el dolor severo que no sólo les limita

para el trabajo sino también para las actividades diarias como vestirse, calzarse, subir y bajar escaleras, pacientes que no encuentran alivio con otras medidas terapéuticas como la rehabilitación, pacientes con gran rigidez e inestabilidad de rodilla.

Intervención

La rodilla es la articulación más grande de nuestro cuerpo y una de las más complejas. La rodilla está formada por la unión de tres huesos: el fémur, la tibia y la rótula. Ligamentos, tendones, músculos y meniscos. Existen tres compartimentos en la rodilla: el compartimiento medial, el compartimiento lateral y el compartimiento anterior (entre la rótula y el fémur).

Antes de comenzar el tratamiento fisioterápico hay que realizar una meticulosa anamnesis: tiempo de ingreso hospitalario, movilidad articular, tiempo de inmovilización, balance muscular, EVA, control RX postoperatorio. En este trabajo nos centraremos en el estudio de las artroplastias parciales del compartimiento interno, ya que son las más frecuentes y de mayor prevalencia, para ello realizamos seguimiento del paciente durante todo el periodo de ingreso hospitalario y el periodo de rehabilitación extrahospitalario durante mes y medio.

El protocolo de tratamiento consiste en: educación postural en cama y silla desde el primer día, ejercicios respiratorios y de relajación (en función del paciente), liberación precoz del aparato extensor, cinesiterapia activa asistida de flexoextensión de rodilla, en decúbito supino y lateral isométricos de glúteos, cuádriceps e isquiotibiales con potenciación selectiva del vasto interno y tríceps sural, isométricos de cuádriceps, isquiotibiales y glúteos, elevación del MI con rodilla extendida, ejercicios de equilibrio e inicio de la deambulaci3n con andador, muletas o bastones con protecci3n del miembro intervenido con apoyo parcial.

Conclusi3n

Los resultados obtenidos en el tratamiento rehabilitador de la artroplastia han sido muy satisfactorios ya que se han reducido el tiempo de recuperaci3n siendo necesario aproximadamente un mes de tratamiento diario. En pocas sesiones se aprecia una notable mejoría en el rango articular y disminuci3n del dolor, se incorpora de forma más fácil la deambulaci3n con ayuda técnica a la semana o menos, se observa una mejora importante en la recuperaci3n del balance muscular. Por todo ello se considera una buena alternativa de tratamiento para las personas de mediana edad con problemas de artrosis severa, ya que siguen siendo buenos candidatos en el futuro para la artroplastia total de rodilla.

Bibliografía

1. Molko S, Combalia A. *La cirugía de recuperaci3n rápida en las artroplastias de rodilla y cadera. Una actualizaci3n*. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2017; 61: 130-138.
2. Wilches C, Sulbarán JD, Fernández JE, Gisbert JM, Bausili JM, Pelfort X. *Técnica de evaluaci3n acelerada aplicada a cirugía protésica primaria de rodilla y cadera. Análisis de costos y complicaciones*. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2017; 61: 111-116.
3. Sprowson A, McNamara I, Manktelow A. *Enhanced recovery pathway in hip and knee arthroplasty: "fast track" rehabilitation*. Orthopaedics and Trauma, Volume 27, Issue 5, Pages 296-302.

Capítulo 96

Epidemiología pacientes con bronquiolitis en UCINP

Autores:

Cabezali Lozano, Ana María

Muñoz Correas, Ana Belén

Adrián Vera, Esther

EPIDEMIOLOGÍA PACIENTES CON BRONQUIOLITIS EN UCINP

AUTORES: Ana María Cabezalí Lozano, Ana Belén Muñoz Correas, Esther Adrián Vera

INTRODUCCIÓN: La bronquiolitis es una patología que requiere ingreso en una gran porcentaje de los lactantes que la padecen. El tratamiento y los factores asociados son muy diversos.

OBJETIVO: Conocer y describir la morbilidad de los pacientes con bronquiolitis, así como los factores asociados a la evolución de la enfermedad.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo, con una muestra de 39 pacientes ingresados en la UCIPN de Alcázar de San Juan, en el período comprendido entre 1 de enero de 2011 al 31 de febrero de 2017.

-Criterios de exclusión: Pacientes no ingresados en la UCIPN

-Las fuentes de información: Historias clínicas .

RESULTADOS:

VARIABLES A ESTUDIO		RESULTADOS
EDAD MEDIA (DE; RANGO)		61.5 (58.8; 0 – 300)
SEXO	HOMBRE	26 (66.7%)
	MUJER	13 (33.3%)
LOCALIDAD	Tomelloso	9 (23.1%)
	Puertollano	5 (12.8%)
	Campo de Criptana	4 (10.3%)
	Quintanar	4 (10.3%)
	Alcázar	3 (7.7%)
	Herencia	2 (5.1%)
	Pedro Muñoz	2 (5.1%)
	Manzanares	2 (5.1%)
	Madridejos	1 (2.6%)
	Villacañas	1 (2.6%)
	La Puebla de Almoradiel	1 (2.6%)
	Villanueva de Alcardete	1 (2.6%)
	Quero	1 (2.6%)
	Cinco Casas	1 (2.6%)
	Puerto Lápice	1 (2.6%)
	Valdepeñas	1 (2.6%)

VARIABLES A ESTUDIO		RESULTADOS
ORIGEN	Pediatría	22 (56.4%)
	Urgencias	9 (23.1%)
	Otro hospital	8 (20.5%)
DESTINO	Pediatría	34 (87.2%)
	Alta a Domicilio	3 (7.7%)
	Traslado a otro centro	2 (5.1%)
MEDIA DE DÍAS DE INGRESO EN UCIPN (DE; rango)		7.3 (7.7; 0 – 37)

VARIABLES A ESTUDIO		RESULTADOS
VRS	Positivo	29 (74.4%)
	Negativo	10 (25.6%)
SOPORTE RESPIRATORIO	GNAF	19 (48.7%)
	CPAP	10 (25.6%)
	GN CONVENCIONALES	5 (12.8%)
	OPTIFLOW	3 (7.7%)
	VMI	2 (5.1%)
TRATAMIENTO	Aerosolterapia	39 (100%)
	Antibiótico	22 (56.4%)
	Corticoides	15 (38.5%)
	Colirio	7 (17.9%)

CONCLUSIONES:

- La edad media de los ingresados es de 61,5 días, siendo el 66,7% hombres.
- El 56,4% proceden de pediatría, siendo el mismo destino al alta de UCIPN para el 87,2%. La estancia media es de 7,3 días.
- VRS + en 74,4%, precisando 48,7% de los pacientes GNAF, seguidos de CPAP el 25,6%.
- Recibieron aerosolterapia el 100% de los pacientes y antibióticos el 56,4%. El 17,9% de los pacientes necesitaron colirio por infecciones oculares secundarias al proceso.

Resumen: La bronquiolitis es una patología que requiere ingreso en un gran porcentaje de los lactantes que la padecen. El tratamiento y los factores asociados son muy diversos.

Palabras Clave: Intensive Care Units; Neonatal; Bronchiolitis.

Objetivo

El objetivo del trabajo era conocer y describir la morbilidad de los pacientes con bronquiolitis, así como los factores asociados a la evolución de la enfermedad.

Metodología

La metodología utilizada es un estudio observacional descriptivo, con una muestra de 39 pacientes ingresados en la UCIPN de Alcázar de San Juan, en el período comprendido entre 1 de enero de 2011 al 31 de febrero de 2017. Los criterios de exclusión son los pacientes no ingresados en la UCIPN y las fuentes de información las historias clínicas.

Resultados

- La edad media de los ingresados es de 61,5 días, siendo el 66,7% hombres.
- El 56,4% proceden de pediatría, siendo el mismo destino al alta de UCIPN para el 87,2%.
- La estancia media es de 7,3 días.
- Con VRS + en 74,4%, precisando 48,7% de los pacientes GNAF, seguidos de CPAP el 25,6%.
- Recibieron aerosolterapia el 100% de los pacientes, antibióticos el 56,4% y el 17,9% de los pacientes necesitaron colirio por infecciones oculares secundarias al proceso.

Bibliografía

1. Lieberthal A. S., Bauchner H., Hall C. B., et al. *Diagnosis and management of bronchiolitis*. Pediatrics. 2006; 118(4):1774–1793. doi: 10.1542/peds.2006-2223 [PubMed] [Cross Ref].
2. Meissner H. C. Viral bronchiolitis in children. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(1):62–72. doi: 10.1056/NEJMra1413456 [PubMed] [Cross Ref].
3. Hall C. B., Weinberg G. A., Blumkin A. K., et al. *Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age*. Pediatrics. 2013;132(2):e341–e348. doi: 10.1542/peds.2013-0303 [PubMed] [Cross Ref].
4. Deshpande S. A., Northern V. *The clinical and health economic burden of respiratory syncytial virus disease among children under 2 years of age in a defined geographical area*. Archives of Disease in Childhood. 2003;88(12):1065–1069. doi: 10.1136/adc.88.12.1065 [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
5. Hall C. B., Weinberg G. A., Iwane M. K., et al. *The Burden of respiratory syncytial virus infection in young children*. New England Journal of Medicine. 2009;360(6):588–598. doi: 10.1056/NEJMoa0804877 [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].

Capítulo 97

Errores durante las pruebas de laboratorio y consecuencias en la atención sanitaria

Autora:

López Juárez, M^a Pilar

ERRORES DURANTE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y CONSECUENCIAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

INTRODUCCIÓN

Los análisis clínicos son un aspecto esencial de la asistencia sanitaria. Actualmente, el 70% de las decisiones médicas se basan en función de los datos de laboratorio.

Error en el laboratorio clínico es cualquier fallo que aparece desde que se solicitan las determinaciones analíticas, hasta que se informa de los resultados, se interpretan y se actúa de acuerdo a los mismos. Un error durante el proceso analítico puede tener un impacto negativo en la atención sanitaria.

OBJETIVOS

1. Determinar los principales errores ocurridos durante el proceso analítico.
2. Enumerar las consecuencias de los efectos adversos durante el proceso analítico en la seguridad del paciente.
3. Medir el impacto de estos errores en la asistencia sanitaria.

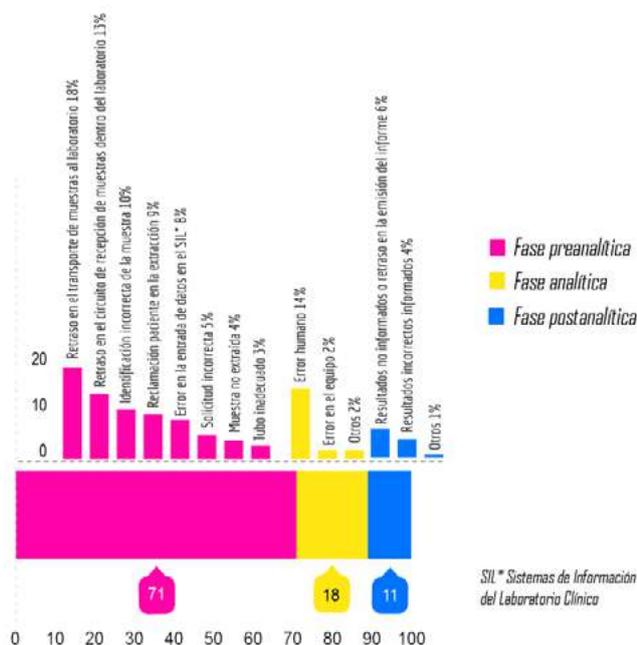
MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan varias publicaciones del Grupo de Trabajo sobre "Errores de laboratorio y seguridad del paciente" (WG-LEPS 9.3.8), creado por La División de Educación y Gestión (EMD) de la Federación Internacional de Química Clínica y Medicina de Laboratorio (IFCC).

Se realiza una búsqueda sistematizada de artículos científicos en Pubmed. Se limita la búsqueda a trabajos con una antigüedad máxima de 10 años. Palabras clave: "patient safety" y "laboratory errors".

RESULTADOS

INCIDENTES EN EL PROCESO ANALÍTICO



CONSECUENCIAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DURANTE EL PROCESO ANALÍTICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



IMPACTO DE LOS ERRORES DURANTE EL PROCESO ANALÍTICO EN LA ASISTENCIA SANITARIA



CONCLUSIONES

1. La mayor parte de los errores tienen lugar durante la fase preanalítica y fuera del propio laboratorio, siendo los errores en la identificación, tanto de muestras como de pacientes, los que generan más impacto en la seguridad del paciente.
2. Menos de la tercera parte de los errores repercuten sobre el cuidado del paciente, pero la mayoría se habrían podido prevenir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. (2013). Laboratorio Clínico Central. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. [online] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Laboratorio_Clinico_EyR.pdf (Último acceso 20 de Enero de 2018).
2. Sciacovelli L, Lippi G, Sumarac Z, West J, Garcia Del Pino Castro I, Furtado Vieira K, Ivanov A, Plebani M. Working Group "Laboratory Errors and Patient Safety" of International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC). Quality Indicators in Laboratory Medicine: the status of the progress of IFCC Working Group "Laboratory Errors and Patient Safety" project. Clin Chem Lab Med 2017;55(3):348-357.

Resumen: Los análisis clínicos son un aspecto esencial de la asistencia sanitaria. Actualmente, el 70% de las decisiones médicas se basan en función de los datos de laboratorio.

Error en el laboratorio clínico es cualquier fallo que aparece desde que se solicitan las determinaciones analíticas, hasta que se informa de los resultados, se interpretan y se actúa de acuerdo a los mismos. Un error durante el proceso analítico puede tener un impacto negativo en la atención sanitaria.

Palabras Clave: Laboratories/standards; Patient Safety; Medical Errors/prevention & control.

Introducción

Los análisis clínicos son un aspecto esencial de la asistencia sanitaria. Actualmente, el 70% de las decisiones médicas se basan en función de los datos de laboratorio.

Error en el laboratorio clínico es cualquier fallo que aparece desde que se solicitan las determinaciones analíticas, hasta que se informa de los resultados, se interpretan y se actúa de acuerdo a los mismos. Un error durante el proceso analítico puede tener un impacto negativo en la atención sanitaria.

Objetivos

1. Determinar los principales errores ocurridos durante el proceso analítico.
2. Enumerar las consecuencias de los efectos adversos durante el proceso analítico en la seguridad del paciente.
3. Medir el impacto de estos errores en la asistencia sanitaria.

Material y método

Se analizan varias publicaciones del Grupo de Trabajo sobre "Errores de laboratorio y seguridad del paciente" (WG-LEPS 9.3.8), creado por La División de Educación y Gestión (EMD) de la Federación Internacional de Química Clínica y Medicina de Laboratorio (IFCC).

Se realiza una búsqueda sistematizada de artículos científicos en Pubmed. Se limita la búsqueda a trabajos con una antigüedad máxima de 10 años. Palabras clave: "patient safety" y "laboratory errors".

Resultados

Incidentes durante el proceso analítico:

- El 71% de los errores durante las pruebas de laboratorio tienen lugar durante la fase preanalítica. Un 18% se producen durante la fase analítica y el 11% durante la fase postanalítica.
- Los errores en la identificación de muestras y de pacientes son los que generan más impacto en la seguridad del paciente.

Las consecuencias de los efectos adversos durante el proceso analítico dan lugar a:

- Error en el diagnóstico.
- Retraso en el diagnóstico.
- Error en el tratamiento.
- Omisión de pruebas.
- Repetición de pruebas.
- Uso de pruebas inadecuadas.
- Ingreso o alta erróneos.
- Cirugía no indicada.
- Aumento del tiempo de atención sanitaria.
- Aumento del gasto sanitario.

Impacto de los errores durante el proceso analítico en la asistencia sanitaria:

- El 25-30% de los errores repercuten sobre el paciente.
- El 6-10% se traduce en efectos adversos.
- El 75-84% de estos errores se habrían podido prevenir, quizás lo más importante.

Conclusiones

1. La mayor parte de los errores tienen lugar durante la fase preanalítica y fuera del propio laboratorio, siendo los errores en la identificación, tanto de muestras como de pacientes, los que generan más impacto en la seguridad del paciente.
2. Menos de la tercera parte de los errores repercuten sobre el cuidado del paciente, pero la mayoría se habrían podido prevenir.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Laboratorio Clínico Central. *Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. [online] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Laboratorio_Clinico_EyR.pdf [último acceso 20 de Enero de 2018].
2. Sciacovelli L, Lippi G, Sumarac Z, West J, García del Pino Castro I, Furtado Vieira K et al. *Quality Indicators in Laboratory Medicine: the status of the progress of IFCC Working Group "Laboratory Errors and Patient Safety" project*. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*. 2017;55(3).
3. Plebani M, Sciacovelli L, Marinova M, Marcuccitti J, Chiozza M. *Quality indicators in laboratory medicine: A fundamental tool for quality and patient safety*. *Clinical Biochemistry*. 2013;46(13-14):1170-1174.

Capítulo 98

Esclerosis lateral amiotrófica.

Caso clínico

Autores:

Sánchez Puertas, María

Sánchez- Gil Izquierdo, Irene

Ballesteros Benito, M^a Isabel

García Morales, Sandra

Porrás Sánchez - Escribano, Cristina

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

INTRODUCCIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral (neuronas motoras superiores), tronco del encéfalo y médula espinal (neuronas motoras inferiores). La consecuencia es una debilidad muscular que puede avanzar hasta la parálisis, extendiéndose de unas regiones corporales a otras. En Estados Unidos es conocida como enfermedad de Lou Gehrig (por el famoso jugador de béisbol retirado por esta enfermedad en el año 1939), y en Francia, como la enfermedad de Charcot, dado este nombre por el médico francés que la descubrió (1869).

La ELA afecta sobre todo a adultos entre 40 y 70 años, aunque los casos en personas más jóvenes van en aumento. La proporción entre hombres y mujeres es aproximadamente de 3 a 1. En España, se estima que cada año se diagnostican casi unos 900 nuevos casos de ELA y que el número total de casos ronda las 4000 personas. La incidencia de esta enfermedad en la población española es de 1 por cada 50.000 habitantes y la prevalencia es de 1/10.000. Es una enfermedad tan frecuente como la Esclerosis Múltiple y más que la distrofia muscular. La causa de la ELA se desconoce. Sin embargo, algunos estudios científicos sugieren que tanto la genética como factores externos juegan un papel importante en el desarrollo de la ELA. Se distinguen:

- Esclerosis familiar:** de base genética, con un 5-10% de probabilidad, con algunos genes implicados: SOD1, Alsina, VAPB, TARDBP, FUS, Sechin, OPTN, VCP, ANG, UBQLN2, C9ORF72 (descubierto en 2011).
- Esclerosis esporádica:** idiopática

SINTOMATOLOGÍA

- Comienzo sutil, gradualmente evoluciona a una debilidad o atrofia más obvia.
- Fasciculaciones en brazos, piernas, hombros o lengua.
- Calambres musculares.
- Espasticidad.
- Debilidad muscular.
- .Dificultad para la deglución o masticación.
- .Lenguaje enredado o nasal.

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis: historia clínica del paciente.
- Exploración física.
- Pruebas laboratorio para exclusión de otros diagnósticos.
- RM.
- TAC.
- Electromiografía.
- Estudio de conducción nerviosa.

TRATAMIENTO

Farmacológico: Riluzol (aumenta levemente la supervivencia). Principalmente manejo de sintomatología y abordaje desde todas disciplinas del equipo clínico para mejorar la calidad de vida y enlentecer en la medida de lo posible el deterioro.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón 47 años, sin AP de interés. Comenzó a manifestar debilidad muscular en MMII y secundario a ésta, experimentaba dificultad para caminar o tropezaba con frecuencia.

Acude en varias ocasiones al servicio de urgencias, hemodinámicamente estable. Se le realizan pruebas de laboratorio y de imagen (RM y Radiografía), sin evidenciar alteración significativa.

La sintomatología ha ido en aumento, teniendo que consultar de nuevo los servicios de urgencias ante la aparición de nuevos síntomas: calambres en miembros superiores, dificultad para realizar algunos movimientos simples o incluso la pérdida total de movilidad de MMII.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NIC	NOC
00004 Riesgo de infección	6540 Control infecciones 6550 Protección contra infecciones	1902 Control riesgo
00020 Incontinencia urinaria funcional	0610 Cuidados continencia urinaria	0503 Eliminación urinaria
00032 Patrón respiratorio ineficaz	3140 Manejo de las vías aéreas 3160 Aspiración de las vías aéreas	0403 Estado respiratorio: ventilación.
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	3500 Manejo de presiones 3590 Vigilancia de la piel	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
00051 Deterioro de la integridad comunicación verbal	4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla 5820 Disminución de la ansiedad	900 Capacidad cognitiva 902 Capacidad de comunicación
00085 Deterioro de la movilidad física	0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular 1800 Ayuda al autocuidado	0208 Movilidad
00103 Deterioro de la deglución	1860 Terapia de deglución 3160 Aspiración de las vías aéreas 3200 Precauciones para evitar la aspiración	1010 Estado de deglución 1918 Control de la aspiración
00133 Dolor crónico	1400 Manejo del dolor 2380 Manejo de la medicación 5230 Aumentar el afrontamiento	1605 Control del dolor 2102 Nivel de dolor

CONCLUSIÓN

Tras realizar distintas pruebas específicas, como electromiografía se consigue el diagnóstico diferencial, ya que esta patología presenta una clínica similar con muchas otras enfermedades neurodegenerativas.

La principal línea terapéutica a seguir es a través de todo el equipo multidisciplinar, proporcionar los cuidados más completos posibles orientados a conseguir el máximo bienestar del paciente y reducir en la medida de lo posible la sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA

National Institute of Neurological Disorders and Strokes

https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/esclerosis_lateral_amiotrofica.htm#causa

Asociación española de ELA

<https://adelaweb.org/la-ela/la-enfermedad/>

Fundación Española para el Fomento de la Investigación de la Esclerosis Lateral Amiotrófica

<http://www.fundela.es/ela/informacion-general/>

DIAGNOSTICAS ENFERMERIA

<https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/8/>

Resumen: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las neuronas motoras, provocando una debilidad muscular severa que deriva en parálisis.

Cada vez con mayor incidencia, se trata de una patología sin tratamiento curativo.

La línea terapéutica que debe seguirse es abordar desde un punto de vista multidisciplinar la sintomatología, enlentecer en la medida de lo posible el avance de esta y promover el bienestar del paciente.

En este artículo se presenta un caso clínico, para acercarnos a la realidad de esta enfermedad, así como una revisión clínica previa de los aspectos más importantes de esta.

Palabras Clave: enfermedad neurológica.; Esclerosis lateral amiotrófica; enfermedad de neurona motora.

Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral (neuronas motoras superiores), tronco del encéfalo y médula espinal (neuronas motoras inferiores). La consecuencia es una debilidad muscular que puede avanzar hasta la parálisis, extendiéndose de unas regiones corporales a otras.

En Estados Unidos es conocida como enfermedad de Lou Gehrig (por el famoso jugador de béisbol retirado por esta enfermedad en el año 1939), y en Francia, como la enfermedad de Charcot, dado este nombre por el médico francés que la descubrió (1869).

La ELA afecta sobre todo a adultos entre 40 y 70 años, aunque los casos en personas más jóvenes van en aumento. La proporción entre hombres y mujeres es aproximadamente de 3 a 1.

En España, se estima que cada año se diagnostican casi unos 900 nuevos casos de ELA y que el número total de casos ronda las 4000 personas

La ELA afecta sobre todo a adultos entre 40 y 70 años, aunque los casos en personas más jóvenes van en aumento.

La incidencia de esta enfermedad en la población española es de 1 por cada 50.000 habitantes y la prevalencia es de 1/10.000. Es una enfermedad tan frecuente como la Esclerosis Múltiple y más que la distrofia muscular.

La causa de la ELA se desconoce. Sin embargo, algunos estudios científicos sugieren que tanto la genética como factores externos juegan un papel importante en el desarrollo. Se clasifica:

- Esclerosis familiar: de base genética, con un 5-10% de probabilidad, con algunos genes implicados: SOD1, Alsina, VAPB, TARDBP, FUS, Sechin, OPTN, VCP, ANG, UBQLN2, C9ORF72.
- Esclerosis esporádica: idiopática

Sintomatología

Al comienzo, puede ser tan sutil que los síntomas se pasan por alto, pero gradualmente se convierten en debilidad o atrofia más obvia.

Algunos de los síntomas tempranos incluyen:

- Fasciculaciones (contracciones musculares) en el brazo, la pierna, el hombro o la lengua
- Calambres musculares
- Músculos tensos o rígidos (espasticidad).
- Debilidad muscular que afecta un brazo, una pierna, el cuello o el diafragma.
- Lenguaje enredado o nasal.
- Dificultad para masticar o tragar.

Diagnóstico

Ninguna prueba ofrece un diagnóstico definitivo.

Se diagnostica principalmente con base en la historia clínica del paciente y una exploración detallada de los signos y síntomas observados por un médico durante el examen físico, junto con una serie de pruebas para descartar otras enfermedades con las que puede confundirse, tales como RM, TAC, electromiografía y estudio de conducción nerviosa.

Tratamiento

La principal línea de tratamiento en la actualidad va encaminada al manejo de la sintomatología y abordaje desde todas disciplinas del equipo clínico para mejorar la calidad de vida y enlentecer en la medida de lo posible el deterioro, mediante la terapia física y del lenguaje, y proporcionando apoyo en la deglución y respiración entre otras medidas.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se están llevando a cabo estudios con fármacos como el Riluzol, que aumenta levemente la supervivencia, pero su uso no está muy extendido.

Observación clínica

El caso clínico presentado se trata de un varón 47 años, sin AP de interés. Comenzó a manifestar debilidad muscular en MMII y secundario a ésta, experimentaba dificultad para caminar o tropezaba con frecuencia.

Acude en varias ocasiones al servicio de urgencias, hemodinámicamente estable.

Se le realizan pruebas de laboratorio y de imagen (RM y Radiografía), sin evidenciar alteración significativa, con lo cual vuelve de nuevo a su vida habitual.

Tras dos meses, la sintomatología ha ido en aumento, teniendo que consultar de nuevo los servicios de urgencias ante la aparición de nuevos síntomas: calambres en miembros superiores, dificultad para realizar algunos movimientos simples o incluso la pérdida total de movilidad de MMII durante unos minutos.

Se vuelven a realizar las pruebas básicas, dando resultados no significativos. No obstante es al realizar distintas pruebas específicas, como electromiografía, cuando se consigue el diagnóstico di-

ferencial, el cual es comunicado al paciente y familiares, quienes son además informados de los recursos que están disponibles en la comunidad.

Plan de cuidados

Una vez diagnosticada, establecemos un plan de cuidados en el cual aspectos como el manejo del dolor, problemas derivados de la pérdida progresiva de movilidad, deterioro de la comunicación o la valoración de la función respiratoria o la deglución eficaz son algunos de los parámetros a abordar a la hora de programar unos cuidados integrales.

Como se mencionaba anteriormente es una enfermedad que en la actualidad no se conoce cura, con lo cual siempre hay que perseguir el bienestar del residente, mediante un tratamiento basado en la reducción de la sintomatología .

Conclusiones

La evolución de la enfermedad es irreversible, llevando al paciente a la inmovilidad casi completa, con severos trastorno en la deglución e insuficiencia respiratoria por la debilidad de los músculos intercostales y del diafragma, factores que son determinantes en la muerte de estos pacientes.

El factor psicológico del paciente es muy importante también abordarlo, pues en las primeras fases de la enfermedad, recibir este diagnóstico provoca una sobrecarga en el paciente, que se ven desbordado ante el pronóstico de esta patología. Siendo por esto importante ser abordada desde todas las especialidades del equipo terapéutico.

Además esta enfermedad provoca un cambio importante en la dinámica familiar, causando conflictos emocionales y económicos en la mayoría de los casos, siendo también de vital importancia el apoyo al entorno familiar y principales cuidadores.

Bibliografía

1. Fallas, M., (2010). *Esclerosis lateral amiotrófica*. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 67 (591): 89-92.
2. Fernández, MJ. & De la Fuente, A., (2010). *Esclerosis lateral amiotrófica*. SEMG. 130, 568-570.
3. Fundela., (s.f.). *Fundación Española para el Fomento de la Investigación de la Esclerosis Lateral Amiotrófica*. Recuperado de <http://www.fundela.es/ela/informacion-general/>.
4. Martínez, JA. *Riluzol: review and practical recommendations in treatment of amyotrophic lateral sclerosis*. Acta Neurología (Colombia) 2007; 23: S28-S32.
5. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2017). *Esclerosis lateral amiotrófica*. Bethesda: NINDS.

Capítulo 99

Escuela de hombro

Autores:

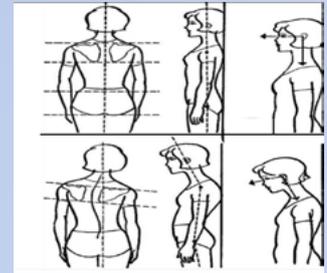
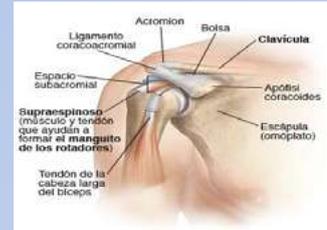
Huertas Valencia, Marcelina

Díaz Calamardo, María Ramona

Del Casar Martín, Laura

García Torres, Pedro

Escuela De Hombro



INTRODUCCIÓN

El hombro doloroso, no traumático, abarca numerosas patologías que provocan limitaciones y repercuten en la actividad básica de los pacientes, tendinitis (las más frecuentes del manguito rotador), artrosis, inestabilidades son las más frecuentes. Un gran número de consultas que recibe el servicio de rehabilitación son por esta causa y normalmente ya han sido tratadas por otros servicios con tratamiento antiinflamatorio.

OBJETIVOS

El objetivo principal es que los pacientes conozcan su problema y los ejercicios que le pueden ayudar a mejorarlo, mediante la práctica en domicilio. El ejercicio previamente aprendido en la sala de fisioterapia bajo la supervisión de un fisioterapeuta.

METODOLOGIA

La formación consta de ocho sesiones durante dos meses, los pacientes vendrán a sala una vez por semana en la que realizarán los ejercicios supervisados y se les evaluará mediante escala EVA. La primera sesión será básicamente teórica, formando al paciente sobre las características del hombro y sus patologías, la gran influencia de una postura correcta en la prevención y tratamiento de la patología del hombro. Se les proporcionará el material necesario y se les informará sobre el objetivo del programa y contenido de las siguientes sesiones.

Los pacientes continuarán haciendo ejercicios en domicilio durante un mes sin acudir a sala de fisioterapia, tras el cual volverán a consulta al médico rehabilitador.

PROGRESION DEL EJERCICIO: el ejercicio irá progresando en resistencia en función de la banda utilizada, comenzaremos con la amarilla de menor resistencia hacia roja, verde y azul de mayor resistencia. Con cada banda se realizarán tres series de diez repeticiones la primera semana y tres series de quince la segunda semana y se cambiará de banda.

ESTIRAMIENTOS



ESTIRAMIENTO DE TRAPEZIO



ESTIRAMIENTO CAPSULAR POSTERIOR



ESTIRAMIENTO CAPSULAR ANTERIOR

TRABAJO CON BANDAS



ROTACION INTERNA



ROTACION EXTERNA



ANTEPULSION



APERTURA LATERAL

TRABAJO MUSCULAR



FLEXIONES EN PARED



PULSIONES EN SILLA

RESULTADOS

Los pacientes disminuyeron su sintomatología y mejoraron la práctica de actividades de la vida diaria

CONCLUSION

La práctica precoz de ejercicio es el mejor tratamiento a largo plazo, contribuye a mejorar el estado musculoesquelético, disminuyendo la sintomatología, distanciando recidivas y haciendo que estás sean menos invalidantes.

Resumen: El hombro doloroso no traumático abarca numerosas patologías que provocan limitaciones en la vida diaria. Las patologías más frecuentes son tendinitis, inestabilidades, artrosis (síndrome subacromial), suponiendo la tercera causa de dolor musculoesquelético tras cervicalgias y lumbalgias.

El propósito del tratamiento grupal en patología de hombro es conseguir que el paciente conozca su problema, las causas que lo agravan y las medidas necesarias para minimizar sus consecuencias por medio del aprendizaje de un programa de ejercicios orientado a mantener un óptimo estado músculo-esquelético de hombro.

El ejercicio en grupo aumenta la motivación y la adherencia al tratamiento del paciente.

Palabras Clave: Articulación hombro; síndrome subacromial; patología hombro.

Metodología

Se formará grupo de pacientes con patología no traumática de hombro con características patológicas similares, remitidos por el médico rehabilitador.

La formación consta de 8 sesiones durante 2 meses, los pacientes vendrán a la sala de fisioterapia una vez por semana. Durante las sesiones se realizarán los ejercicios supervisados por el fisioterapeuta que irán progresando en resistencia en las sucesivas sesiones (los ejercicios aprendidos, serán realizados por los pacientes en su domicilio diariamente).

Tras las 8 sesiones de sala, los pacientes continuarán haciendo el ejercicio sin supervisión durante un mes más hasta ser revisados en consulta por el médico rehabilitador.

1ª SESIÓN

La 1ª sesión será básicamente teórica y abordará los siguientes apartados:

1. En primer lugar se pasará la Escala EVA para evaluar el dolor inicial y poder observar la evolución durante el tratamiento.
2. Objetivo del programa: mejorar dolor y funcionalidad del hombro por medio del conocimiento de su patología y de los medios para corregirla o minimizar los síntomas, aprendiendo un programa de ejercicios que mantendrá en condiciones óptimas el complejo articular del hombro previniendo recidivas o nuevas lesiones.
3. Breve introducción sobre la anatomía del hombro y mecanismos de lesión más frecuentes.

El hombro es la articulación del cuerpo que más movilidad tiene, es compleja y presenta patología frecuente y variada.

El complejo articular del hombro se considera formada por 3 articulaciones verdadera: escapulohumeral (o articulación del hombro propiamente dicha), acromioclavicular y esternocostoclavicular y por dos falsas articulaciones: plano de deslizamiento subdeltoideo y la sisarcosis escapulotorácica.

Formada por 3 huesos: escápula, húmero y clavícula unidas por los ligamentos y la cápsula articular que envuelve la articulación, que junto con los músculos y tendones mantienen la estabilidad estática y dinámica dando congruencia a la articulación.

Las lesiones de los músculos rotadores (manguito rotador), no suelen producirse de forma traumática si no por microtraumatismos de repetición y sobreesfuerzos que causan dolor y que con el tiempo llegan a provocar la inmovilidad del hombro. La incapacidad se instaura de forma progresiva, la edad es también un factor importante y determinante en la aparición de enfermedad degenerativa (artrosis) generalmente después de los 40 años.

Las lesiones de hombro son muy comunes en deportes que requieren su constante sollicitación como lanzamiento por encima de la cabeza; sobrecargas laborales: pintores, dibujantes, peluqueros; posturas inadecuadas (postura asténica); manipulación de cargas que suponen gastos de elevación por encima de la cabeza.

4. Normas de higiene postural

Para prevenir la lesión es importante seguir las principales normas posturales que protegerán nuestras articulaciones a nivel general y específicamente para el hombro:

-Para manipular cargas: repartir el peso entre los dos miembros, usar un taburete para situarnos al mismo nivel del objeto a manipular, usar bandas o tirantes que distribuyan el peso entre los hombros y la pelvis.

-Frente al ordenador o mesa de estudio: la altura de la mesa debe permitir reposar los antebrazos sin elevar los hombros.

-Mantener una postura adecuada en bipedestación y durante la marcha: mirada al frente, horizontal, será la que determine la posición del resto de nuestro cuerpo. Hombros hacia detrás y hacia abajo, escápulas pegadas a la parrilla costal dirigiendo el ángulo inferior de la escápula hacia los talones. Ligera contracción abdominal. Miembros inferiores en correcta alineación.

Nuestra intención para corregir será la de "CRECER" evitando flexión de cabeza y tronco y el enrollamiento de los hombros hacia delante que provocará acortamiento de la musculatura anterior y por tanto dolor.

5. Entrega del material necesario: Bandas de diferentes resistencias (amarilla, roja, verde, azul) y un manual con los ejercicios a realizar en las siguientes sesiones.

2ª SESIÓN

Los pacientes aprenderán los ejercicios establecidos en el programa. Banda amarilla 3 series de 10 repeticiones.

Descripción de los ejercicios:

- 1º Estiramientos musculares: Estiramiento de trapecio, estiramiento capsular posterior, estiramiento capsular anterior
- 2º Trabajo con bandas: Rotación interna (subescapular, pectoral mayor, triceps, deltoides anterior, redondo mayor y dorsal ancho), rotación externa (infraespinoso, redondo menor, deltoides posterior y supraespinoso), antepulsión y abducción-apertura lateral(deltoides lateral, supraespinoso y biceps braquial).
- 3º Trabajo de fuerza: Flexiones en pared y pulsiones.

3ª SESIÓN

Banda amarilla 3 series de 15 repeticiones.

4ª SESIÓN

Banda roja 3 series de 10 repeticiones.

5ª SESIÓN

Banda roja 3 series de 15 repeticiones.

6ª SESIÓN

Banda verde 3 series de 10 repeticiones.

7ª SESIÓN

Banda verde 3 series de 15 repeticiones.

8ª SESIÓN

Banda azul 3 series de 10 repeticiones.

La octava sesión será la última del paciente en sala de fisioterapia, tras la cual, deberá continuar realizando los ejercicios en domicilio, banda azul 3 series de 15 repeticiones, para posteriormente ser revisado por el médico rehabilitador.

Se pasará escala EVA al inicio de cada sesión.

Conclusión

La práctica precoz de ejercicio es el mejor tratamiento a largo plazo, contribuye a mejorar el estado musculoesquelético, disminuye la sintomatología, da estabilidad a la articulación evitando recidivas y haciendo que éstas sean menos invalidantes.

Bibliografía

1. Kapandji I.A.: *Cuadernos de fisiología articular, miembro superior*. Barcelona: Masson 1988.
2. *Intervención grupal del síndrome subacromial en Atención Primaria*. Rehabilitación vol. 52 Núm. 2. Abril-junio 2018. www.elsevier.es
3. *El hombro y sus patologías en medicina del trabajo*. Medicina de familia vol 35. Núm. 4. Abril 2009. www.elsevier.es
4. *Ensayo sobre la intervención grupal de fisioterapia en pacientes con patología de hombro doloroso*. <https://comunicación.vmh.es>.
5. *Auto-Gym, Auto posturas de RPG*. Ph. E: Suchard, Edit Mandala-50 min.

Capítulo 100

Esguince de tobillo grado I: Evaluación y tratamiento desde un punto de vista osteopático

Autores:

Lozano Jiménez, Sandra

Palencia Guerrero, María Teresa

ESGUINCE DE TOBILLO GRADO I: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DESDE UN PUNTO DE VISTA OSTEOPÁTICO

OBJETIVO:

Mostrar la evaluación y el tratamiento en un esguince de tobillo grado I desde el punto de vista osteopático.

METODOLOGÍA:

La osteopatía es un acercamiento diagnóstico y terapéutico manual a las disfunciones de movilidad articular y tisular en general, en lo que concierne a su participación en la aparición de enfermedades.

Las técnicas osteopáticas son clasificadas en: técnicas estructurales, funcionales y neuromusculares. La elección de las técnicas de curación está en función del tejido dañado o del tejido productor de los síntomas.

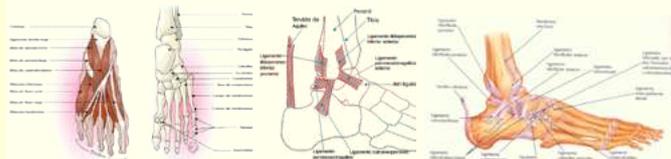
Indicaciones: algias articulares, radiculalgias, esguinces, tendinitis, trastornos viscerales, ATM, cefaleas, migrañas, neuralgia intercostal.

Contraindicaciones: cáncer, osteoporosis, reumatismo, fracturas, compresión medular, no integridad de los elementos periarticulares, rechazo del paciente, intuición del operador en la práctica.

INTERVENCIÓN:

Esguince grado I: Se produce un estiramiento, una distensión del ligamento afectado, habitualmente, el peroneoastragaliano anterior. No existe laxitud articular asociada: el paciente puede caminar, existe dolor leve y, en general, los síntomas son escasos.

Se produce la rotura de, al menos, el 5% de las fibras. Son el resultado de la distensión de los ligamentos que unen los huesos del tobillo. El hinchazón es mínimo y el paciente puede comenzar la actividad deportiva en dos o tres semanas.



EVALUACIÓN:

- **INSPECCIÓN:** Edema, equimosis y deformidad o aumento del perímetro del tobillo afectado
- **PALPACIÓN:** Relieves óseos y tendinosos palpables. Puntos dolorosos
- **RADIOLOGÍA**
- **TEST ORTOPÉDICOS:**

Prueba del cajón anterior



Prueba de la inversión forzada



Clunk test



Squeeze test



TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO:

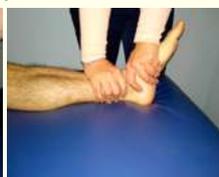
1º Localmente las disfunciones somáticas del pie y del tobillo:



Compresión tibiotarsiana



Astrágalo antero-interno/tibia anterior



Calcáneo antero-interno (varo)



Bajada par escafoides cuboides



2º Triggers musculares: tríceps sural, peroneos, tibiales anterior y posterior

2º Distalmente liberar posibles disfunciones asociadas:



Cabeza peroné posterior-superior



CONCLUSIÓN:

A la hora de realizar el tratamiento osteopático en un esguince de tobillo grado I, lo más importante es realizar un buen diagnóstico, a través del cual seremos capaces de elegir las técnicas más adecuadas a cada paciente, consiguiendo un tratamiento único y efectivo para cada persona.

Resumen: *Objetivo: Evaluación y tratamiento desde el punto de vista osteopático.*

Metodología: La osteopatía es un acercamiento diagnóstico y terapéutico manual a las disfunciones de movilidad articular y tisular en general.

Intervención: Se produce un estiramiento/distensión del ligamento afectado. No existe laxitud articular asociada: puede caminar, dolor leve y síntomas escasos.

Rotura del 5% de las fibras. Puede comenzar la actividad deportiva en dos-tres semanas.

Evaluación: Inspección, palpación, radiología y test ortopédicos.

Tratamiento osteopático: 1º Disfunciones somáticas del pie y tobillo, 2º Triggers musculares, 3º Disfunciones asociadas.

Conclusión: Realizar buen diagnóstico, elegir técnicas mas adecuadas, consiguiendo un tratamiento único y efectivo.

Palabras Clave: *Osteopathic Medicine; Ligaments; Foot.*

Objetivo

Mostrar la evaluación y el tratamiento en un esguince de tobillo grado I desde el punto de vista osteopático.

Metodología

La osteopatía es un acercamiento diagnóstico y terapéutico manual a las disfunciones de movilidad articular y tisular en general, en lo que concierne a su participación en la aparición de enfermedades.

Las técnicas osteopáticas son clasificadas en: Técnicas estructurales, funcionales y neuromusculares. La elección de las técnicas de curación está en función del tejido dañado o del tejido productor de los síntomas.

Indicaciones: Algias articulares, radiculalgias, esguinces, tendinitis, trastornos viscerales, ATM, cefaleas, migrañas, neuralgia intercostal.

Contraindicaciones: Cáncer, osteoporosis, reumatismo, fracturas, compresión medular, no integridad de los elementos periarticulares, rechazo del paciente, intuición del operador en la práctica.

Intervención

Esguince grado I: Se produce un estiramiento, una distensión del ligamento afectado, habitualmente, el peroneoastragalino anterior. No existe laxitud articular asociada: el paciente puede caminar, existe dolor leve y, en general, los síntomas son escasos.

Se produce la rotura de, al menos, el 5% de las fibras. Son el resultado de la distensión de los ligamentos que unen los huesos del tobillo. La hinchazón es mínima y el paciente puede comenzar la actividad deportiva en dos o tres semanas.

Evaluación

- Inspección: Edema, equimosis y deformidad o aumento del perímetro del tobillo afectado.
- Palpación: Relieves óseos y tendinosos palpables. Puntos dolorosos.
- Radiología.
- Test ortopédicos: Prueba del cajón anterior, prueba de la inversión forzada, clunk test, squeeze test.

Tratamiento osteopático

1. Localmente las disfunciones somáticas del pie y del tobillo: Compresión tibiotarsiana, astrágalo antero-interno/tibia anterior, calcáneo antero-interno (varo), bajada para escafoides-cuboides.
2. Triggers musculares: Triceps sural, peroneos, tibiales anterior y posterior.
3. Distalmente liberar posibles disfunciones asociadas: Cabeza peroné posterior-superior, ilíaco posterior.

Conclusión

A la hora de realizar el tratamiento osteopático en un esguince de tobillo grado I, lo más importante es realizar un buen diagnóstico, a través del cual seremos capaces de elegir las técnicas más adecuadas a cada paciente, consiguiendo un tratamiento único y efectivo para cada persona.

Bibliografía

1. Ricard F. *Cursos de la Escuela de Osteopatía de Madrid/Hombro* (1992 a 2006).
2. Hammer W. *Functional soft tissue examination and treatment by manual methods: the extremities*. Aspen Publication 1991: 173-187.
3. Root ML, Orien WP, Weed JH. *Normal and abnormal function of the foot*. Los Angeles: Clinical Biomechanics, 1977.
4. Ricard F. *Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003.
5. Travell-Simon. *Myofascial pain and dysfunction. Trigger point manual*. William and Wilkins, 1983.

Capítulo 101

Esquizofrenia: A propósito de un caso clínico

Autores:

López Millán, María de los Reyes

Montiel Troya, María

Montesinos Navarro, Víctor Manuel

ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Introducción:

La esquizofrenia es un trastorno mental que dificulta diferenciar lo que es real de lo que no.

Las personas que la padecen pueden escuchar voces que no están allí, pensar que otras personas quieren hacerles daño. También dificulta pensar con claridad, tener respuestas emocionales normales y actuar de manera normal en situaciones sociales, lo que hace que sea difícil para ellos mantener un trabajo o cuidar de sí mismos.

Observación Clínica:

Mujer de 27 años que Ingresa en Unidad de Hospitalización Agudos procedente de Urgencias. Sin hijos ni pareja estable. Vive con sus padres. No RAMC. Destaca el inicio en el consumo de cannabis a los 14 años y de anfetaminas a los 17. Ha estado en tratamiento psiquiátrico desde el 2006 cuando debutó por una ruptura con su novio. Ingresa por aparición de alteraciones conductuales con agresividad en su domicilio con aparición de síntomas psicóticos consistentes en ideas delirantes de perjuicio, ideación de grandeza y alucinaciones auditivas. Sintomatología negativa en forma de escasas relaciones sociales, cierto embotamiento afectivo y con escaso interés en actividades laborales académicas o de otro tipo.

Plan de cuidados enfermero:

1. Percepción / Control de la salud:

- Nula conciencia de enfermedad. A medida que va disminuyendo la actividad delirante se va integrando en los grupos psicoeducativos. Buena adherencia terapéutica y toma de medicación bajo supervisión.
- Fumadora de 1 paquete de tabaco al día

2. Nutricional / Metabólico:

- Dieta normal. Peso: 48 Kg. Talla: 1.54 m IMC: 20.24

4. Actividad / Ejercicio:

- Aspecto general desaseado. Es necesaria la supervisión de su aseo.
- Nula actividad física. La actividad de gimnasia le supone un gran esfuerzo

5. Reposo / Sueño:

- Insomnio de mantenimiento. Se despierta 5 o 6 veces en la noche

6. Cognoscitivo / Perceptual:

- Ideas delirantes megalomaniacas "soy Dios"
- Ideas delirantes de perjuicio "Mis vecinos me quieren hacer daño"
- Alucinaciones auditivas constantes

7. Autopercepción / Autoconcepto:

- Estado de ánimo disfórico.

8. Rol / Relaciones:

- Su madre se preocupa mucho por ella.
- Escasas amistades fuera del hospital

9. Sexualidad / Reproducción:

- Ideas delirantes de haber tenido cuatro abortos

• 00122 - trastorno de la percepción sensorial m/p alucinaciones y pensamiento distorsionado

NANDA:

• [0901] Orientación cognitiva

NOC:

• [4820] Orientación de la realidad

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Acercarse al paciente despacio y de frente.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.

NIC:

• 00095 - deterioro del patrón del sueño r/c ansiedad e irritabilidad m/p insomnio

NANDA:

• [0004] Sueño

NOC:

• [1850] Mejorar el sueño

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

NIC:

Discusión y Conclusiones:

La enfermería juega un papel fundamental en el tratamiento y recuperación de las personas que padecen esquizofrenia puesto que ejercen los cuidados necesarios para evita el sufrimiento psíquico.

Resumen: La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave cuyas manifestaciones básicas tienen signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a diversos procesos psicológicos como: la ideación, percepción, comprobación de la realidad, lenguaje y sentimientos, entre otros. Está compuesta por tres fases: Fase aguda (o crisis), Fase de estabilización (o postcrisis), Fase estable (o de mantenimiento). La enfermería juega un papel fundamental a la hora de manejar esta enfermedad, por lo que es imprescindible el conocimiento y funcionamiento de ésta.

Palabras Clave: Esquizofrenia; Trastornos Mentales; Terminología Normalizada de Enfermería.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental que dificulta diferenciar lo que es real de lo que no.

Las personas que la padecen pueden escuchar voces que no están allí, pensar que otras personas quieren hacerles daño. También dificulta pensar con claridad, tener respuestas emocionales normales y actuar de manera normal en situaciones sociales, lo que hace que sea difícil para ellos mantener un trabajo o cuidar de sí mismos.

Observación Clínica

Mujer de 27 años que Ingresa en Unidad de Hospitalización Agudos procedente de Urgencias. Sin hijos ni pareja estable. Vive con sus padres. No RAMC. Destaca el inicio en el consumo de cannabis a los 14 años y de anfetaminas a los 17. Ha estado en tratamiento psiquiátrico desde el 2006 cuando debutó por una ruptura con su novio. Ingresa por aparición de alteraciones conductuales con agresividad en su domicilio con aparición de síntomas psicóticos consistentes en ideas delirantes de perjuicio, ideación de grandeza y alucinaciones auditivas. Sintomatología negativa en forma de escasas relaciones sociales, cierto embotamiento afectivo y con escaso interés en actividades laborales académicas o de otro tipo.

Valoración por los patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Percepción / Control de la salud:

- Nula conciencia de enfermedad. A medida que va disminuyendo la actividad delirante se va integrando en los grupos psicoeducativos. Buena adherencia terapéutica y toma de medicación bajo supervisión.
- Fumadora de 1 paquete de tabaco al día

2. Nutricional / Metabólico:

- Peso: 48 Kg.
- Talla: 1.54 m
- IMC: 20.24
- Dieta: Normal

3. Eliminación:

- Sin alteraciones

4. Actividad / Ejercicio:

- Aspecto general desaseado. Es necesaria la supervisión de su aseo.
- Nula actividad física. La actividad de gimnasia le supone un gran esfuerzo.

5. Reposo / Sueño:

- Insomnio de mantenimiento. Se despierta 5 o 6 veces en la noche.

6. Cognoscitivo / Perceptual:

- Ideas delirantes megalomaniacas: "Soy Dios".
- Ideas delirante de perjuicio: "Mis vecinos me quieren hacer daño".
- Alucinaciones auditivas constantes

7. Autopercepción / Autoconcepto:

- Estado de ánimo disfórico.

8. Rol / Relaciones:

- Su madre se preocupa mucho por ella.
- Escasas amistades fuera del hospital.

9. Sexualidad / Reproducción:

- Ideas delirantes de haber tenido cuatro abortos.

10. Afrontamiento / Tolerancia al estrés:

- Sin alteraciones

11. Valores / Creencias:

- Sin alteraciones

Plan de cuidado

NANDA: 00122 - trastorno de la percepción sensorial m/p alucinaciones y pensamiento distorsionado

NOC: [0901] Orientación cognitiva

NIC: [4820] Orientación de la realidad

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Acercarse al paciente despacio y de frente.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.

NANDA: 00095 - deterioro del patrón del sueño r/c ansiedad e irritabilidad m/p insomnio

NOC: [0004] Sueño

NIC: [1850] Mejorar el sueño

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

Discusión y conclusiones

La enfermería juega un papel fundamental en el tratamiento y recuperación de las personas que padecen esquizofrenia puesto que ejercen los cuidados necesarios para evita el sufrimiento psíquico.

Bibliografía

1. North American Nursing Diagnoses. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación*. 2012-2014. Elsevier. Madrid. 2013.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Cuarta Edición. Elsevier. Madrid 2009.
3. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Quinta edición. Elsevier. Barcelona 2009.

Capítulo 102

Estrategia para el control del síndrome de Distrés Respiratorio (SDRA): Técnica postural decúbito prono

Autores:

Martínez Rodríguez, Helena

Molina Alañón, Eva María

Aguilera Mimbrero, Ana

Martínez Rodríguez, Sandra

INTRODUCCIÓN

El **síndrome de distres respiratorio (SDRA)** fue descrito por primera vez por **Ashbaugh en 1967** "*Insuficiencia respiratoria de inicio brusco, caracterizada por disnea intensa, hipoxemia refractaria e infiltración alveolar bilateral difuso*"

Es una afectación pulmonar potencialmente mortal, la cual dificulta la llegada de oxígeno a los pulmones y a la sangre, produciéndose un empeoramiento en la perfusión/ventilación. Consiste en la afectación de la permeabilidad de la membrana alveolo-capilar que dará lugar a edema agudo de pulmón no cardiogénico y atelectasias. Suele ser de instauración rápida de 72 horas, por lo que es importante reconocer los síntomas de forma precoz para mejorar su pronóstico, ya que se ha demostrado que su aplicación es más efectiva durante los primeros días del diagnóstico.

Entre las medidas que podemos encontrar en una unidad de cuidados intensivos para mejorar el SDRA se encuentran: el uso de óxido nítrico, oxigenación extracorpórea de membrana (ECMO) y el decúbito prono que es la estrategia en la que nos vamos a centrar.

El primer estudio sobre el **decúbito prono** fue realizado en 1976 por Douglas, desde entonces se ha ido implementado de forma habitual en las unidades de cuidados intensivos. Es una técnica que se debe realizar por personal entrenado y cualificado, ya que se trata con pacientes inestables que se encuentran en un estado delicado.

OBJETIVOS

Describir y proporcionar los conocimientos necesarios para la correcta manipulación de la técnica postural decúbito prono por el personal sanitario, para mejorar así el síndrome de distres respiratorio en el paciente crítico.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de abordaje cualitativo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de documentación, donde se han examinado documentos procedentes de bases de datos de salud y buscadores científicos como son: Pubmed, Scielo, Medline, Slideshare... Como criterios de inclusión se fijaron publicaciones de los últimos 8 años en castellano. Los descriptores utilizados fueron: Decúbito prono, síndrome de distres respiratorio, hipoxemia refractaria, insuficiencia respiratoria y SDRA.

RESULTADOS

El decúbito prono es una terapia muy utilizada en unidades de cuidados intensivos, en pacientes con patologías de origen cardíaco y respiratorio graves. Debemos tener en cuenta que nos encontramos ante un paciente muy inestable, por lo que se precisa un manejo adecuado para conseguir los efectos deseados y evitar así posibles complicaciones.

Para llevar a cabo la técnica se precisará de un médico a pie de cama para controlar el tubo orotraqueal (TOT) y la sonda nasogástrica (SNG), **2 enfermeras** en ambos lados de la cama en la parte superior para vigilar los accesos vasculares, tubos de tórax, drenajes que el paciente aporte...etc, **2 celadores** en ambos lados de la cama en la parte central encargados de girar al enfermo y **1 auxiliar de enfermería** a los pies de la cama para encargarse del desplazamiento de MMII y la SV.

Antes de comenzar asegurarse de la organización del personal implicado. Decidir hacia qué lado se girara el paciente (Preferiblemente hacia el lado donde este el respirador o el contrario donde se encuentren los accesos venosos).

CONCLUSIONES

Dada la complejidad de la técnica es imprescindible la formación y preparación previa del equipo sanitario. Debe ser entrenado para poder realizar la técnica con éxito y de forma correcta, evitando así complicaciones graves que puedan repercutir en la salud del paciente.

EL SDRA ocupa una gran atención sanitaria debido a su alta incidencia y mortalidad, así como por su alto consumo de recursos que con lleva el cuidado de este tipo de pacientes. Sin embargo a pesar de que este método se ha recomendado porque produce un aumento de la oxigenación durante la ventilación mecánica y mejora la hipoxemia refractaria en este tipo de pacientes, no hay evidencias que reduzca los días con ventilación mecánica o una mejoría del pronóstico.



PREPARACIÓN PRE-GIRO:

- Sacaremos previamente una gasometría arterial antes de realizar la maniobra.
- Preparar al paciente: realizar higiene, curar heridas y accesos vasculares que se encuentren en la cara ventral. (No tendremos acceso una vez pronado)
- Si tuviera nutrición enteral (NE) suspender y conectar la SNG a bolsa para evitar reflujo.
- Aspirar secreciones nasales y oro-faríngeas.
- Comprobar que el tubo este fijado correctamente y la presión del neumotaponamiento.
- Valorar si se precisan la colocación de alargaderas para los sistemas de las perfusiones.
- Preparar los ojos: Limpiar, lubricar y oclusión de ambos.
- Proteger prominencias óseas con apósito hidrocoloides como son: rodillas, frente...
- Almohadillar las zonas de riesgo: testículos, pene, mamas...
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Dejar preparadas las bombas hacia el lado donde vaya a quedar el acceso venoso.
- Retirar los electrodos y desconectar todo lo que no sea necesario para facilitar la movilización.
- Pinzar la SV y los drenajes, y colocarlos a los pies de la cama.
- Aumentar la FiO2 al 100% y administrar sedantes o analgesia si precisa.

* Se debe dejar preparado el carro de paradas cerca por si hubiera alguna complicación y el ambú.

REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA:

- Colocación y preparación del equipo sanitario. El médico que estará a pie de cama (como nombramos anteriormente) será el encargado de dirigir la maniobra, para hacerlo todos simultáneamente.
- Desplazar al paciente hacia el lado contrario al que se va a girar con ayuda de la sabana. Colocar el brazo que queda en el centro con la palma hacia arriba y pegada al cuerpo. (Así evitaremos la luxación del hombro) y colocar en decúbito lateral.
- Introducir la sabana todo lo que se pueda pegada al cuerpo del paciente para después del giro proceder a su retirada. Colocar una sábana nueva en el lado libre de la cama junto con las almohadas a la altura de la escapula, cadera y tobillos y el rosco protector para la cara junto con un empapador para la saliva.
- Girar al paciente en decúbito prono sobre la sabana y almohadas previamente colocadas, a la vez lateralizar la cabeza apoyándola sobre el rosco protector.
- Sacar la sábana antigua y estirar la nueva centrando al paciente en la cama.
- Asegurarnos de la colocar los brazos y las piernas correctamente.
- Volver a monitorizar, poner los electrodos en la espalda y realizar calibraciones. Volver a poner los mismos parámetros del respirador que teníamos previamente y reanudas la NE.
- Vigilar que todo haya quedado adecuadamente, colocar y despinzar la SV, la SNG y los drenajes.
- Dejar la cama en posición anti-Trendelenburg en 15°, disminuye el riesgo de aspiración gástrica, favorece la ventilación y disminuye edemas faciales y periorbitales.



CUIDADOS POST-GIRO :

- Extraer una gasometría arterial 30 min después de realizar el giro.
- Los MMII deben estar estirados con las rodillas flexionadas mediante almohada en tobillos.
- Realizar cuidados oculares y aspiración de secreciones por turno.
- Prevención de UPP con un correcto almohadillado.
- Realizar higiene de la zona ventral colocando al paciente en decúbito lateral.
- **Cambios posturales:**

- **Posición de Crawl derecho:** MSD doblado hacia arriba, MSI estirado hacia abajo y cabeza girada hacia el lado izquierdo.
- **Posición de Crawl izquierdo:** MSI doblado hacia arriba, MSD estirado hacia abajo y cabeza girada hacia el lado derecho.
- **Posición sin Crawl:** MMSS doblados hacia arriba o estirados hacia abajo y cabeza girada indistintamente.

Resumen: El síndrome de distrés respiratorio (SDRA) fue descrito por primera vez por Ashbaugh en 1967: “Insuficiencia respiratoria de inicio brusco, caracterizada por disnea intensa, hipoxemia refractaria e infiltración alveolar bilateral difuso”.

El primer estudio sobre el decúbito prono (DP) fue realizado en 1976 por Douglas, desde entonces se ha ido implementado de forma habitual en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Es una técnica que debe ser realizada con personal entrenado y cualificado, ya que son pacientes inestables que se encuentran en un estado delicado. Su aplicación es más efectiva durante los primeros días del diagnóstico.

Palabras Clave: Decúbito prono; síndrome distrés respiratorio; insuficiencia respiratoria.

Introducción

El SDRA es una afectación pulmonar potencialmente mortal, la cual dificulta la llegada de oxígeno a los pulmones y a la sangre, produciéndose un empeoramiento en la perfusión/ventilación. Consiste en la afectación de la permeabilidad de la membrana alveolo-capilar que dará lugar a edema agudo de pulmón no cardiogénico y atelectasias. Suele ser de instauración rápida de 72 horas, por lo que es importante reconocer los síntomas de forma precoz para mejorar su pronóstico, pueden incluir: Disnea, taquicardia, hipotensión y taquipnea.

Entre las medidas que podemos encontrar en una UCI para mejorar el SDRA: Uso de óxido nítrico, oxigenación extracorpórea de membrana (ECMO) y el DP que es la estrategia en la que nos vamos a centrar.

Metodología

Revisión bibliográfica de abordaje cualitativo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva, examinando documentos procedentes de bases de datos de salud y buscadores científicos como son Pubmed, Scielo, Medline, Slideshare. Como criterios de inclusión se fijaron publicaciones de los últimos 8 años en castellano.

Objetivos

Describir y proporcionar los conocimientos necesarios para la correcta manipulación de la técnica postural DP por el personal sanitario, para así mejorar el SDRA en el paciente crítico.

Resultados

El DP es una terapia muy utilizada en UCI, dada su complejidad para llevarla a cabo precisa de una previa formación para conseguir los efectos deseados y evitar posibles complicaciones. Debemos tener en cuenta que nos encontramos ante un paciente muy inestable.

Para llevarla a cabo se precisara de un médico a pie de cama para controlar el tubo orotraqueal (TOT) y la sonda nasogástrica (SNG), 2 enfermeras en ambos lados de la cama en la parte superior para vigilar los accesos vasculares y drenajes, 2 celadores en ambos lados de la cama en la parte central encargados de girar al enfermo y 1 auxiliar de enfermería a los pies de la cama para encargarse del desplazamiento de MMII y la SV.

Antes de comenzar asegurarse de la organización del personal implicado. Decidir hacia qué lado se girara el paciente.

Preparación antes del giro:

- Sacaremos una gasometría arterial antes de realizar la maniobra.
- Realizar higiene, curar heridas y accesos vasculares de la cara ventral.
- Si tuviera nutrición enteral (NE) suspender y conectar la SNG a bolsa.
- Aspirar secreciones nasales y oro-faríngeas.
- Comprobar que el tubo este fijado correctamente y le presión del neumotaponamiento.
- Limpiar, lubricar y ocluir los ojos.
- Proteger prominencias óseas con apósito hidrocoloides y almohadillar las zonas de riesgo.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Dejar preparadas las bombas hacia el lado donde vaya a quedar el acceso venoso.
- Desconectar todo lo que no sea necesario, pinzar la SV y los drenajes, y colocarlos a los pies de las camas.
- Aumentar FiO₂ al 100% y administrar sedantes o analgesia si precisara.

Realización de la técnica:

- Colocación y preparación del equipo sanitario. El médico que estará a pie de cama será el encargado de dirigir la maniobra, para hacerlo todos simultáneamente.
- Desplazar al paciente hacia el lado contrario al que se va a girar con ayuda de la sabana.
- Colocar el brazo que queda en el centro con la palma hacia arriba y pegada al cuerpo, y colocar en decúbito lateral.
- Introducir la sabana pegada al cuerpo del paciente para después del giro proceder a su retirada. Colocar una sábana nueva en el lado libre de la cama junto con las almohadas a la altura de la escapula, cadera y tobillos y el roscó protector para la cara junto con un empapador para la saliva.
- Girar al paciente en DP sobre la sabana y almohadas previamente colocadas, a la vez lateralizar la cabeza apoyándola sobre el roscó protector.
- Sacar la sábana antigua y estirar la nueva centrando al paciente en la cama.
- Asegurarnos de la colocación de brazos y piernas.
- Volver a monitorizar, poner los electrodos en la espalda y realizar calibraciones. Poner los mismos parámetros del respirador que teníamos previamente y reanudar la NE.
- Vigilar que todo haya quedado adecuadamente, colocar la SV, la SNG y los drenajes.
- Dejar la cama en posición anti-Trendelenburg a 15°, disminuye el riesgo de aspiración gástrica, favorece la ventilación y disminuye edemas faciales y periorbitales.
- Extraer gasometría arterial 30 min después del giro.

Cuidados post-giro

- Los MMII deben estar estirados con las rodillas flexionadas mediante almohada en tobillos.
- Realizar cuidados oculares y aspiración de secreciones por turno.
- Prevención de UPP con un correcto almohadillado.
- Realizar higiene de la zona ventral colocando al paciente en decúbito lateral.
- Cambios posturales:

Posición de Crawl derecho: MSD doblado hacia arriba, MSI estirado hacia abajo y cabeza girada hacia el lado izquierdo.

Posición de Crawl izquierdo: MSI doblado hacia arriba, MSD estirado hacia abajo y cabeza girada hacia el lado derecho.

Posición sin Crawl: MMSS doblados hacia arriba o estirados hacia abajo y cabeza girada indistintamente.

Conclusiones

Dada la complejidad de la técnica es imprescindible la formación y preparación previa del equipo sanitario. Debe ser entrenado para poder realizar la técnica con éxito y evitando así complicaciones.

EL SDRA ocupa una gran atención sanitaria debido a su alta incidencia y mortalidad, así como por un alto consumo de recursos que conlleva el cuidado de este tipo de paciente. Sin embargo a pesar de que este método se ha recomendado porque produce un aumento de la oxigenación durante la ventilación mecánica y mejora la hipoxemia refractaria, no hay evidencias que reduzca los días con ventilación mecánica o una mejoría del pronóstico.

Bibliografía

1. Setten M, Plotnikow GA y Accoce M. *Decúbito prono en pacientes con síndrome de Distrés Respiratorio Agudo*. Rev. Bras ter intensiva. 2016; 28:452-462.
2. Robles J, Vega FC, Ortiz M. *Decubito Prono en pacientes con síndrome de Distrés Respiratorio Agudo*. Ciberindex [revista en internet] 2013 [citado 18 de marzo de 2014] Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2013/pagina4.html>.
3. Rodríguez Buenahora RD, Ordoñez Sánchez SA, Gómez Olaya JL y Camargo Lozana M^ªE. *Decúbito Prono en el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, de la fisiología a la práctica clínica*. Méd. UIS. 2016;29 (2):81-101.

Capítulo 103

Estrategias de prevención del consumo de alcohol en adolescentes. Revisión sistemática

Autores:

De la Vega Tera, Teresa

Fernández Alves, Daniel

Ballesteros Galán, Sara

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Revisión sistemática

(espacio destinado a autores)

Introducción

Europa es la región mundial de mayor consumo de alcohol en adolescentes. El 90% de jóvenes entre 15 y 16 años lo han probado.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** expone en su informe "Salud para los adolescentes del mundo" la importancia de practicar conductas saludables durante la adolescencia.

El consumo de alcohol como conducta de riesgo está asociada a otras conductas de riesgo (conducción temeraria, promiscuidad, mantener relaciones sexuales sin protección) causante de manera indirecta de morbilidad como pueden ser enfermedades de transmisión sexual, invalidez por accidentes de tráfico, embarazos no deseados, etc. También causan morbilidad de manera directa por afectaciones hepáticas, neurológicas, alcoholismo crónico, etc.

Objetivo

Conocer la actualidad de actuación de enfermería en la prevención de consumo de alcohol en adolescentes.

Materiales y Métodos

Se ha realizado una revisión sistemática en las siguientes bases de datos: CUIDEN, PUBMED, DIALNET, SCIELO.

Se emplearon los siguientes descriptores en español e inglés utilizando el operador booleano "AND":

- "alcohol", "adolescencia", "prevención" y "enfermería"
- "teenagers", "nurses" y "prevention"

Además aplicamos los siguientes filtros en las búsquedas:

- ❖ Texto completo
- ❖ Obtenerlo en línea de manera gratuita.
- ❖ Fecha de publicación posterior al 2012.
- ❖ En idioma inglés y español.

También se han realizado búsquedas en las web oficiales de: Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad (MSSSI).

El flujograma de la búsqueda se puede ver en la figura 1.

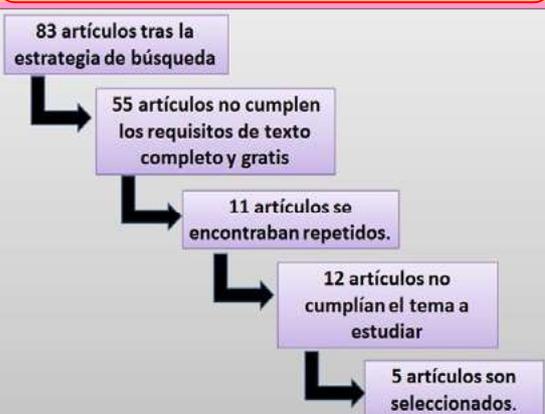


Figura 1. Flujograma selección de artículos.

Resultados

Los principales resultados hallados se reflejan en la tabla 1.

Autor	Año	Revista	Resultados
J. Antonio Giménez Costa	2015	Revista de la Asociación Proyecto Hombre.	Las intervenciones para prevenir el consumo de alcohol en adolescentes han de tener en cuenta: para qué se realizan, a qué edades se deben impartir, qué actividades realizar, cómo hacerlas y dónde. Los estudios han demostrado que los adolescentes con 14 años actualmente, empezaron a consumir con 12. Debe ser a esta última edad cuando se realice las intervenciones activamente. Lo ideal sería que se impartieran talleres participativos y dinámicos en los colegios.
M. Gatta L. Svanellini	2016	Journal of Groups in Addiction and Recovery	Las actividades que han resultado tener mayor eficacia han sido: tratar temas como las creencias erróneas, los efectos que tiene el alcohol en el cuerpo, cómo actúa en nuestro cerebro, desmontar mitos que tiene el adolescente.
Emily E. Tanner-Smith	2015	Journal of substance Abuse treatment	Las intervenciones que han dado mejores resultados han sido las denominadas breves, que consisten en intervenciones llevadas a cabo en periodos cortos de tiempo durante varias sesiones.
Carla R. Carolina C.	2015	Ágora de Enfermería	La enfermera tendrá acceso a los resultados que se obtengan en las intervenciones preventivas con el objetivo de poder continuar la formación y reforzar aquellos temas en los que el adolescente presente más carencias. Es esencial, por lo tanto, una buena comunicación ente el Área Básica de Salud y el instituto.
Nora A. Jessica B. M. Alonso-Castillo	2015	Aquichan	La enfermera debe realizar intervenciones también dirigidas a los padres de familia, que orienten sobre cómo actuar y promocionar conductas saludables.

Tabla 1

CONCLUSIÓN

El papel de enfermería debe hacer hincapié en la prevención desde edades tempranas, así como abordaje colectivo en el ámbito escolar. Se trata de conseguir que los adolescentes adquieran conocimientos sobre conductas saludables, ya que además la adolescencia es una etapa en la que una buena educación va a influir en el comportamiento que tendrá en la edad adulta.

Resumen: El consumo de alcohol es una conducta de riesgo, la cual acarrea consecuencias de manera directa e indirecta. Se le atribuye como causante de un gran número de discapacidades.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura existente sobre la actuación de enfermería en la prevención del consumo de alcohol en el adolescente. Se ha efectuado la búsqueda en las guías y bases de datos: CUIDEN, PubMed, Dialnet, Scielo.

Se concluyó que el papel de enfermería debe hacer hincapié en la prevención desde edades tempranas, así como abordaje colectivo en el ámbito escolar.

Palabras Clave: teenager; alcohol; nursery.

Introducción

Europa es la región mundial de mayor consumo de alcohol en adolescentes. El 90% de jóvenes entre 15 y 16 años lo han probado. Según la encuesta realizada por la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2014/2015, señala que el alcohol sigue siendo la droga más consumida entre los adolescentes españoles. El estudio mencionado nos revela que la edad media de inicio de consumo de alcohol en España empieza a los (13,7 años).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expone en su informe “Salud para los adolescentes del Mundo” la importancia de practicar conductas saludables durante la adolescencia.

El consumo de alcohol como conducta de riesgo está asociado a otras conductas de riesgo (conducción temeraria, promiscuidad, no usar protección sexual) causante de manera indirecta de morbilidad como pueden ser enfermedades de transmisión sexual, invalidez por accidentes de tráfico, embarazos no deseados, etc. También causan morbilidad de manera directa por afectaciones hepáticas, neurológicas, alcoholismo crónico, etc.

Objetivo

Conocer la actualidad de actuación de enfermería en la prevención de consumo de alcohol en adolescentes.

Materiales y métodos

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática realizada durante los meses de enero, febrero, marzo y abril 2018 en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Dialnet, Scielo. Se emplearon los siguientes descriptores: “Alcohol”, “teenager”, “nurses” y “prevention” utilizando el operador booleano “And”.

Los criterios de inclusión que se siguieron en este trabajo fueron que estuvieran disponibles en formato gratuito, con una validez científica, disponibles en inglés o en Español debido a que este es el idioma más usado en el área médica, que los artículos se encontrasen en texto completo y se pudiesen obtener de manera gratuita además su fecha de publicación debe ser posterior al 2012.

También se han realizado búsquedas en las web oficiales de Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad (MSSSI).

Resultados

Los adolescentes no suelen tener problemas de salud graves, que requieran acudir a la consulta de manera continuada, no existiendo contacto habitual con el profesional de la salud, lo que dificulta la transmisión de información de manera breve y concisa, realizar una valoración inicial, un diagnóstico precoz del problema. La enfermera debe estar presente en los colegios e institutos, ya que está capacitada y posee los conocimientos y destreza necesaria para realizar programas de prevención. También domina las herramientas para conseguir una buena comunicación basada en la empatía y en la utilización de un lenguaje no técnico.

Los estudios han demostrado que los adolescentes con catorce años actualmente, empezaron a consumir con doce, lo que debe ser a esta última edad cuando se realice las intervenciones más activamente. Las intervenciones para prevenir el consumo de alcohol en adolescentes han de tener en cuenta para qué se realizan, a qué edades se deben impartir, qué actividades realizar, como hacerlas y donde. Las que han dado mejores resultados han sido las denominadas breves, que consisten en intervenciones llevadas a cabo en periodos cortos de tiempo durante varias sesiones. Lo ideal sería que se impartieran talleres participativos y dinámicos en los colegios. Las actividades que han resultado tener mayor eficacia han sido tratar temas como las creencias erróneas, los efectos que tiene el alcohol en el cuerpo, como actúa en nuestro cerebro y desmontar mitos que tiene el adolescente. También debe realizar intervenciones dirigidas a los padres de familia, que orienten sobre cómo actuar y promocionar conductas saludables

La enfermera deberá tener acceso a los resultados que se obtengan en las intervenciones preventivas con el objetivo de poder continuar la formación y reforzar aquellos temas en los que el adolescente presente más carencias. Es esencial por lo tanto una buena comunicación ente el Área Básica de Salud y el instituto.

Conclusión

Los estudios nos dejan ver la eficacia de los programas de educación para la salud. Así como prevención de consumo temprano de alcohol.

El papel de enfermería debe hacer hincapié en la prevención desde edades tempranas, debe estar enfocada a las necesidades reales de los jóvenes, el abordaje colectivo debe hacerse en el ámbito escolar. Se trata de conseguir que los adolescentes adquieran conocimientos sobre conductas saludables, ya que además la adolescencia, es una etapa en la que una buena educación va a influir en el comportamiento que tendrá esa persona en la edad adulta.

Bibliografía:

1. José Antonio Giménez Costa. *Taller de actividades prácticas en prevención para aplicar en las aulas*. Revista de la asociación Proyecto Hombre. 2015 Mayo; 87: 26-27 Disponible: http://proyecto-hombre.es/wp-content/uploads/2011/11/RevistaPH_87_4_2.pdf (último acceso 3 de marzo de 2018).
2. Gatta M., Svanellini L., Rotondo C.G., Maurizio S., Schiff S., Ferruzza E. *Focus groups in the prevention of teenager's alcohol misuse*. Journal of Groups in Addiction and Recovery, January 2016;11:3-20. Disponible: <http://www.tandfonline.com/fama.us.es/doi/full/10.1080/1556035X.2015.1099491> (último acceso 27 febrero de de 2018).

3. Emily E. Tanner-Smith, Ph.D.* and Mark W. Lipsey, Ph.D. *Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis J Subst Abuse Treat.* 2015 Apr; 51: 1-18. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346408/> (último acceso 4 de Marzo de 2018)

4. Carla Ramos Serrano. Dra. Carolina Chabrera Sanz. *Tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia: estudio descriptivo.* *Ágora de Enfermería* dic 2015; 19(4): 156-163. (8p) Disponible: <http://Oeds.b.ebscohost.com.fama.us.es/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6f0920b6-044845fb-99a5-e81d604796be%40sessionmgr104&vid=0&hid=126> (último acceso 6 de marzo de 2018).

5. Nora Angélica Armendáriz-García, Jessica Belem Almanza-López, María Teresa de Jesús Alonso-Castillo, Nora Nelly Oliva-Rodríguez, María Magdalena Alonso-Castillo. Manuel Antonio López-Cisneros. *La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente.* *Perspectiva de enfermería.* Aquichan junio 2015; vol. 15 (Nº2):214-222. Disponible: <http://Osearch.proquest.com.fama.us.es/docview/1699181352/fulltextPDF/55591901B84842DBPQ/1?accountid=14744> (último acceso 24 de febrero de 2018).

Capítulo 104

Estrategias no farmacológicas. Tratamiento del dolor en el neonato

Autora:

Márquez Arriaga, Vanesa

ESTRATEGIAS NO FARMACOLOGICAS. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL NEONATO

ISBN: 978-84-949032-8-1

SATSE

- Los neonatos, y sobre todo los prematuros hospitalizados, son sometidos a numerosos procedimientos que les genera dolor. Desde el nacimiento el RN recibe estímulos dolorosos que alteran sus funciones psicológicas y fisiológicas.
- Estudios recientes en la UCIN han demostrado que un neonato recibe >100 estímulos táctiles durante 24h, lo que indica que es estimulado cada 10-15', provocando SUFRIMIENTO.



OBJETIVOS

- Un gran desafío de la enfermería, es reconocer, evaluar y abordar el dolor en el RN. Por lo que el principal objetivo será conocer las intervenciones conductuales y ambientales o **"ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS"** para incrementar la comodidad, estabilidad y reducir el estrés del neonato.
- Hay que sensibilizar al equipo sanitario y a las familias de la efectividad de estas intervenciones.

METODOLOGÍA



CANALIZACIÓN DE VVP



INSERCIÓN DE SNG/SOG



PUNCIÓN DE TALÓN



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES



OTRAS



CONCLUSIONES:

- La detección del dolor y llevar a cabo estas intervenciones permite su abordaje y tratamiento precoz, aumentando así el confort del neonato y disminuyendo el dolor, el estrés, el sufrimiento y el uso indiscriminado de fármacos.
- La mejor analgesia es la ausencia de dolor y se puede lograr previniendo, limitando y evitando estímulos que pueden ser percibidos como nocivos por el bebé.

Resumen: Los neonatos, y sobre todo los prematuros hospitalizados, son sometidos a numerosos procedimientos que les genera dolor. Desde el nacimiento el recién nacido (RN) recibe estímulos dolorosos que alteran sus funciones psicológicas y fisiológicas.

Estudios recientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) han demostrado que un neonato recibe >100 estímulos táctiles durante veinticuatro horas, lo que indica que es estimulado cada 10-15', provocando sufrimiento.

Palabras Clave: Neonato; Manejo del dolor; Dolor.

Objetivos

Todos los estudios en la materia reflejan que el RN es capaz de guardar memoria de las experiencias dolorosas.

Queda patente que técnicas que llevamos a cabo a diario por parte de enfermería como la aspiración de secreciones, la toma de constantes, la inserción de sondas, la canalización de vías, etc. causan dolor, daño tisular y estrés y, está demostrado, que todo esto a su vez produce sufrimiento en el RN.

Para paliarlo pondremos en práctica una serie de intervenciones que catalogaremos como tratamientos no farmacológicos.

Material y métodos

Las estrategias no farmacológicas las vamos a clasificar como intervenciones ambientales, conductuales y "otras".

- **Como intervenciones ambientales** mencionar la disminución del ruido y de la luz, cuidar el tono y disponer de música suave ambiente.
- **Como intervenciones conductuales** enfatizar el minimizar la manipulación del RN, y para ello, y en la medida de lo posible, agruparemos todos los cuidados a realizar. También cabe mencionar la importancia de respetar el sueño y descanso del RN y los cambios posturales.
- **En "otras"** añadimos la importancia del uso de sacarosa al 24% vía oral y la succión no nutritiva. Juntas provocan la mediación de beta endorfinas (opiáceo endógeno) y por lo tanto mitigan el dolor. También añadiremos en este apartado la realización de masajes y la técnica de mecer.

Resultados

Todas estas intervenciones aumentan la calidad del sueño, disminuyen la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y los niveles de cortisol. Por otro lado aceleran su maduración, su desarrollo cognitivo y la ganancia de peso.

Conclusiones

Un gran desafío de la enfermería, es reconocer, evaluar y abordar el dolor en el RN. Por lo que el principal objetivo de esta guía será conocer las intervenciones conductuales y ambientales o "estrategias no farmacológicas" para incrementar la comodidad, estabilidad y reducir el estrés del neonato.

Además de sensibilizar al equipo sanitario y a las familias de la efectividad de estas intervenciones.

La detección del dolor y llevar a cabo estas intervenciones permite su abordaje y tratamiento precoz, aumentando así el confort del neonato y disminuyendo el dolor, el estrés, el sufrimiento y el uso indiscriminado de fármacos.

La mejor analgesia es la ausencia de dolor y se puede lograr previniendo, limitando y evitando estímulos que pueden ser percibidos como nocivos por el RN.

Bibliografía:

1. Narbona López E, Contreras Chova F, García Iglesias F, Miras Baldo MJ. *Manejo del dolor en el recién nacido* [Internet]. Asociación Española de pediatría 2008. [Consultado 3 Enero 2018]. Disponible en: www.aeped.es.
2. Gallegos-Martínez J, Salazar-Juárez M. *Dolor en el neonato: Humanización del cuidado neonatal*. Enfermería neurológica 2010; 9: 26-31.
3. Fernández D, Rodríguez M, Rodríguez D, Gómez D, Liz M. *Análisis de las intervenciones NIC en una unidad de cuidados intensivos neonatales*. Enferm Clínica 2013; 23 (1): 22-32.
4. G. Rodríguez R, E. Pattini A. *Iluminación en unidades de cuidados intensivos neonatales: Actualización y recomendaciones* [Internet]. Scielo 2016. [consultado 3 Enero 2018]. Disponible en: www.scielo.org.

Capítulo 105

Estrés en la enfermería vs calidad asistencial

Autores:

Díaz Valero, Juan Diego

González de Rivas, María del Carmen

Baos Calzado, Rosa María

ESTRÉS EN LA ENFERMERÍA VS CALIDAD ASISTENCIAL

INTRODUCCION-OBJETIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para hacer frente a una situación estresante.

Un cierto grado de estrés es esencial, estimula a la persona y aumenta la calidad de sus respuestas, pero carecer de los recursos necesarios para hacer frente a los factores estresantes puede derivar en un síndrome de desgaste o burnout.

El ejercicio de nuestra profesión nos hace ser susceptibles de sufrir situaciones estresantes debido a la gran responsabilidad sobre la vida, el cuidado de otras personas y la implicación emocional que lleva implícito nuestro día a día.

A través de nuestro estudio pretendemos identificar el nivel de estrés y los principales factores desencadenantes que afectan a los Profesionales de Enfermería en el desempeño de su trabajo en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal (Diciembre 2016).

Análisis de la muestra: 42 Titulados Universitarios de Enfermería que desarrollan su actividad profesional en Atención Primaria (Área de Salud de Ciudad Real) con una media de edad de 35,9 años con una desviación estándar de 6,2. De ellos:

-32 son mujeres (76,2%) y 10 son hombres.

-71,40% tienen hijos a su cargo frente al 28,60% que no.

-35,70% atiende a familiares mayores o con algún grado de dependencia.

La inclusión en el estudio ha sido voluntaria. Respondieron de manera totalmente anónima a una encuesta de 10 ítems relacionados con aspectos personales, laborales y emocionales que desencadenan las situaciones estresantes.

RESULTADOS

Los datos más significativos que podemos extrapolar de nuestro estudio fueron:

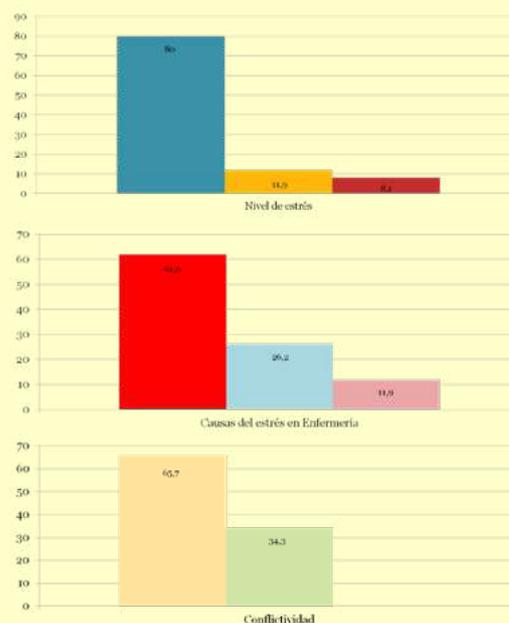
- 80% alto nivel de estrés en el desempeño de su Rol.
- 11,90% nivel medio.
- 8,10% nivel bajo o no estrés.

Causas del estrés en Enfermería:

- 61,90% sobrecarga laboral debido a la falta de profesionales.
- 26,20% Paciente hiperfrecuentador y crónico.
- 11,90% infravaloración de la labor desempeñada

Tipo de relación entre compañeros:

- 65,70% afirma tener una buena relación
- 34,30% afirma tener una relación conflictiva.



CONCLUSIONES

En líneas generales los Profesionales de Enfermería que participaron en el estudio manifestaron un alto grado de satisfacción en el desempeño de sus funciones, aunque consideran que deben aprender a hacer frente a situaciones estresantes para que no influya en el cuidado de los pacientes.

Podemos extrapolar que los niveles altos de estrés a los que nos vemos sometidos en nuestra profesión repercuten directamente en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. El peligro potencial lo representa en primer lugar la falta del tiempo debido a la escasez de personal, así como el alto grado de consultas frecuentes; hechos que aumentan la posibilidad de cometer errores y derivan en una mayor conflictividad entre compañeros.

Sería necesario realizar programas de apoyo psicológico y promoción de salud dirigidas al Personal de Enfermería; con estrategias de afrontamiento que ayuden a disminuir el estrés laboral. Así como implicar a las Administraciones en una mejor gestión de los recursos, garantizando un empleo de calidad y estable, que repercutirá positivamente en la salud del paciente y del profesional.

BIBLIOGRAFÍA

-Arrogante O, Pérez-García AM, Aparicio-Zaldívar EG. Recursos relevantes para el bienestar psicológico en enfermería. *Enferm Intensiva* 2016; 27 (1):22-30

-Mamani A, Obando R, Uribe AM, Vivanco M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencias. *Rev Per Obst Enf* 2007; 3(1):50-57.

-Soto R, Santamaría MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clin*. 2005; 15(3):123-30.

Resumen: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para hacer frente a una situación estresante. Un cierto grado de estrés es esencial, estimula a la persona y aumenta la calidad de sus respuestas.

El ejercicio de nuestra profesión nos hace ser susceptibles de sufrir situaciones estresantes debido a la gran responsabilidad sobre la vida, el cuidado de otras personas y la implicación emocional que lleva implícito nuestro día a día.

Palabras Clave: Estrés; Enfermería; Calidad.

A través de nuestro estudio pretendemos identificar el nivel de estrés y los principales factores desencadenantes que afectan a los Profesionales de Enfermería en el desempeño de su trabajo en Atención Primaria.

Se trata de un estudio descriptivo transversal (Diciembre 2016). Análisis de la muestra: 42 Titulados Universitarios de Enfermería que desarrollan su actividad profesional en Atención Primaria (Área de Salud de Ciudad Real) con una media de edad de 35,9 años con una desviación estándar de 6,2.

Los datos más significativos que podemos extrapolar de nuestro estudio fueron:

- 80% Alto nivel de estrés en el desempeño de su Rol.
- 11,90% Nivel medio.
- 8.10% Nivel bajo o no estrés.
- Causas del estrés en Enfermería:
- 61,90% Sobrecarga laboral debido a la falta de profesionales.
- 26,20% Paciente hiperfrecuentador y crónico.
- 11,90% Infravaloración de la labor desempeñada.

En líneas generales los profesionales de enfermería que participaron en el estudio manifestaron un alto grado de satisfacción en el desempeño de sus funciones, aunque consideran que deben aprender a hacer frente a situaciones estresantes para que no influya en el cuidado de los pacientes. Podemos extrapolar que los niveles altos de estrés a los que nos vemos sometidos en nuestra profesión repercuten directamente en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. El peligro potencial lo representa en primer lugar la falta del tiempo debido a la escasez de personal, así como el alto grado de consultas frecuentes; hechos que aumentan la posibilidad de cometer errores y derivan en una mayor conflictividad entre compañeros.

Sería necesario realizar programas de apoyo psicológico y promoción de salud dirigidas al Personal de Enfermería; con estrategias de afrontamiento que ayuden a disminuir el estrés laboral. Así como implicar a las Administraciones en una mejor gestión de los recursos, garantizando un empleo de calidad y estable, que repercutirá positivamente en la salud del paciente y del profesional.

Bibliografía:

1. Arrogante O, Pérez-García AM, Aparicio-Zaldívar EG. *Recursos relevantes para el bienestar psicológico en enfermería*. *Enferm Intensiva* 2016; 27 (1):22-30
2. Mamani A, Obando R, Uribe AM, Vivanco M. *Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencias*. *Rev Per Obst Enf* 2007; 3(1):50-57.
3. Soto R, Santamaría MI. *Prevalencia del Burnout en la enfermería de Atención Primaria*. *Enferm Clin*. 2005; 15(3):123-30.

Capítulo 106

Estudio clínico sobre las características en pacientes ingresados por EPOC

Autores:

Cubero Ruedas, Ana

Moreno Ruiz, Alicia

Martin Arévalo, M^a Prado

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

ESTUDIO CLÍNICO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS EN PACIENTES INGRESADOS POR EPOC

INTRODUCCIÓN:

EPOC se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es totalmente reversible. Esta limitación del flujo aéreo se suele manifestar en forma de disnea y, por lo general, es progresiva.

Según estimaciones recientes de la OMS, actualmente unos 64 millones de personas sufren una EPOC, y 3 millones de personas fallecieron. La OMS vaticina que la EPOC se habrá convertido en la cuarta causa de muerte en todo el mundo en 2030.

Entre los factores de riesgo destacan el tabaquismo, la contaminación del aire en locales cerrados (por ejemplo a causa del combustible de biomasa usado para cocinar y como medio de calefacción), la contaminación del aire exterior y los polvos y productos químicos (vapores, sustancias irritantes y gases) en el medio laboral.

Las exacerbaciones agudas de EPOC (AEPOC) están asociadas a, alto consumo de recursos sanitarios e incremento de la mortalidad. El diagnóstico precoz de esta patología y de sus agudizaciones nos va a marcar los pasos a seguir así como se explica en la figura 7.2.

OBJETIVOS

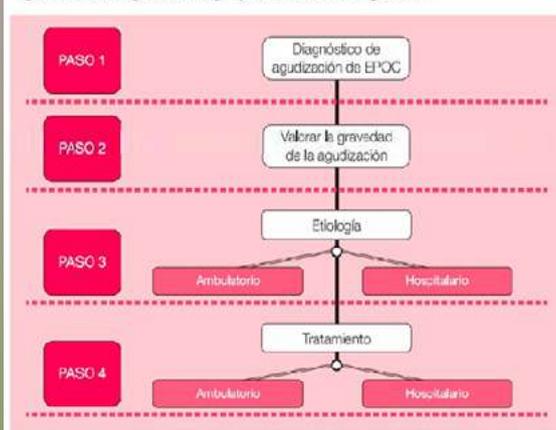
Analizar las características de los pacientes EPOC que sufren frecuentes agudizaciones, la comorbilidad derivada de su patología, el seguimiento al alta y la mortalidad a los dos años. Con todos esto pretendemos determinar, a ser posible, cuales son las necesidades asistenciales que presenta el Hospital que Hemos realizado el estudio con respecto a esta patología tan frecuente en este área de salud como es el EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional de los pacientes que ingresan con AEPOC a cargo de la especialidad de Neumología en un año (2015) en el Hospital donde hemos realizado el estudio el cual, cubre la asistencia sanitaria de unas 80.000 personas.

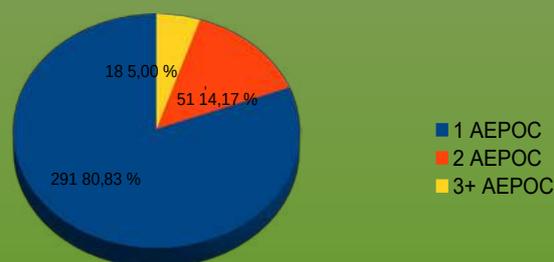
Para documentarnos hemos utilizado los recursos de Internet. La búsqueda se hace en español e inglés con los descriptores "EPOC", "AEPOC" y "factores riesgo".

Figura 7.2. Pasos diagnósticos a seguir para caracterizar una agudización



RESULTADOS

En 2017 se registraron 360 ingresos por agudización de EPOC en el Hospital donde hemos realizado el estudio de los cuales 291 sufrieron 1 episodio AEPOC en el año, 84 pacientes sufrieron 2 episodios AEPOC e el mismo año y 18 pacientes sufrieron 3 o mas episodios AEPOC en ese año.



AGUDIZACIONES FRECUENTES	3 o + AEPOC
Datos antropométricos	Edad 68,8+/- 9 IMC 27,4+/-7 16 hombres y 2 mujeres
Datos funcionales	FEV133,3+/-7%
Comorbilidad	(17/18) 88% Cardiaca: 68% OCD (23/22) 88% OCD+VNI (6/18)28%
Destino al alta	C. Externas 8 (44,5%) A. Primaria 1 (5,5%) UHD 6 (36%) UCP 3 (15,5%)
Mortalidad a los dos años	52%

CONCLUSIONES

- La mortalidad a los dos años de los pacientes con 3 o mas agudizaciones de EPOC fue superior al 50%.
- Los pacientes que sufren agudizaciones frecuentes tienen elevadas tasas de comorbilidad principalmente cardíaca.
- No encontramos relación de mortalidad con la edad, el estado funcional, la comorbilidad ni con el seguimiento al alta.
- Se observa la necesidad de establecer en el Hospital donde hemos realizado el estudio un programa de manejo de los pacientes afectados por EPOC atendiendo a su cronicidad para disminuir el numero de ingresos, la comorbilidad y por consiguiente la mortalidad que sufren a causa de esta patología.

Resumen: Hemos desarrollado un estudio clínico en el cual exponemos el número de ingresos en un año de pacientes con EPOC y la relación que existe entre el aumento del número de ingresos y la mortalidad asociada por lo que se pueden aplicar medidas de prevención para prevenir la morbi-mortalidad de estos pacientes.

Palabras Clave: EPOC; mortalidad; ingresos.

Introducción

EPOC se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es totalmente reversible. Esta limitación del flujo aéreo se suele manifestar en forma de disnea y, por lo general, es progresiva.

Según estimaciones recientes de la OMS, actualmente unos 64 millones de personas sufren una EPOC, y 3 millones de personas fallecieron. La OMS vaticina que la EPOC se habrá convertido en la cuarta causa de muerte en todo el mundo en 2030.

Entre los factores de riesgo destacan el tabaquismo, la contaminación del aire en locales cerrados (por ejemplo a causa del combustible de biomasa usado para cocinar y como medio de calefacción), la contaminación del aire exterior y los polvos y productos químicos (vapores, sustancias irritantes y gases) en el medio laboral.

Las exacerbaciones agudas de EPOC (AEPOC) están asociadas a alto consumo de recursos sanitarios e incremento de la mortalidad. El diagnóstico precoz de esta patología y de sus agudizaciones nos va a marcar los pasos a seguir.

Objetivos

Analizar las características de los pacientes EPOC que sufren frecuentes agudizaciones, la comorbilidad derivada de su patología, el seguimiento al alta y la mortalidad a los dos años. Con todo esto pretendemos determinar, a ser posible, cuáles son las necesidades asistenciales que presenta el Hospital que hemos realizado el estudio con respecto a esta patología tan frecuente en este área de salud como es el EPOC.

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional de los pacientes que ingresan con AEPOC a cargo de la especialidad de Neumología en un año (2015) en el Hospital donde hemos realizado el estudio el cual, cubre la asistencia sanitaria de unas 80.000 personas.

Para documentarnos hemos utilizado los recursos de Internet. La búsqueda se hace en español e inglés con los descriptores “EPOC”, “AEPOC” y “factores riesgo”.

Resultados

En 2017 se registraron 360 ingresos por agudización de EPOC en el Hospital donde hemos realizado el estudio de los cuales 291 sufrieron 1 episodio AEPOC en el año, 84 pacientes sufrieron 2 episodios AEPOC en el mismo año y 18 pacientes sufrieron 3 o más episodios AEPOC en ese año.

Conclusiones

- La mortalidad a los dos años de los pacientes con 3 o más agudizaciones de EPOC fue superior al 50%.
- Los pacientes que sufren agudizaciones frecuentes tienen elevadas tasas de comorbilidad principalmente cardíaca.
- No encontramos relación de mortalidad con la edad, el estado funcional, la comorbilidad ni con el seguimiento al alta.
- Se observa la necesidad de establecer en el Hospital donde hemos realizado el estudio un programa de manejo de los pacientes afectados por EPOC atendiendo a su cronicidad para disminuir el número de ingresos, la comorbilidad y por consiguiente la mortalidad que sufren a causa de esta patología.

Bibliografía

1. Ferrero NA, Bortsov AV, Arora H, et al. *Simulator training enhances resident performance in transesophageal echocardiography*. *Anesthesiology*. 2014;120(1):149-159.
2. Kahle W, Leonhart H, Platzer W. *Atlas de Anatomía Vol.1*. Barcelona: Omega; 1995.
3. Paddock MT, Bailitz J, Horowitz R, Khishfe B, Cosby K, Sergel MJ. *Disaster response team FAST skills training with a portable ultrasound simulator compared to traditional training: pilot study*. *Western Jof Emerg Med*. 2015;16(20):325-330.

Capítulo 107

Estudio de hidratación en ancianos

Autores:

Moreno Trenado, Vanessa

Martín-Doimeadios Trujillo, Luis

Martínez Gómez, José Luis

Barrios Moreno, Sofía

Trujillo Ruiz, Cristina

Calero Pareja, Asunción



ESTUDIO DE HIDRATACIÓN EN ANCIANOS



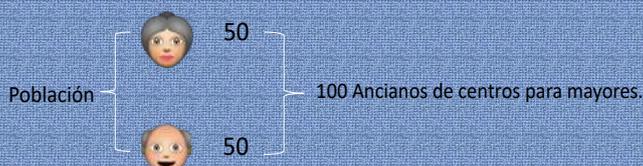
INTRODUCCIÓN

El agua es necesaria para la vida. Resulta imprescindible cumplir los requerimientos mínimos de líquidos para mantener un óptimo nivel de salud y evitar patologías. El cuerpo humano no almacena agua, por eso la cantidad que perdemos cada día debe restituirse para garantizar el buen funcionamiento del organismo.

A este respecto, los ancianos constituyen un importante sector de la población con alto riesgo de deshidratación, siendo este uno de los más frecuentes motivos de hospitalización de los mayores de 65 años, con una mortalidad superior al 60% si no se trata a tiempo. Numerosos científicos y profesionales de la salud han puesto de manifiesto la necesidad de mantener una buena hidratación, así como la escasa concienciación de la población sobre este tema.

MUESTRA Y MÉTODOS

Para responder a los objetivos anteriormente planteados, se ha realizado un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta realizada mediante entrevista personal voluntaria y totalmente anónima la cual consistía en 13 preguntas cerradas.



OBJETIVOS

Objetivo principal

Estimar la cantidad de líquidos que ingieren las personas de la tercera edad y su relación con las patologías que han podido padecer.

Objetivos secundarios

Determinar las causas que pueden ocasionar deshidratación en ancianos.

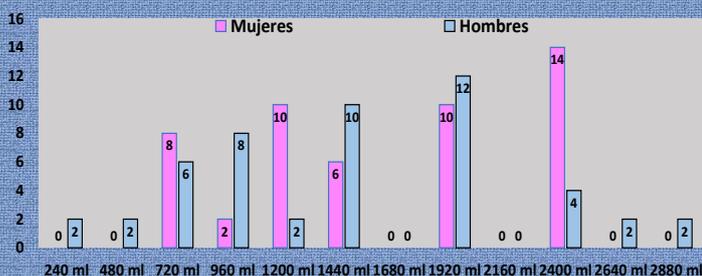
Conocer las creencias de la población anciana sobre su estado de hidratación.

El análisis de datos se ha realizado mediante estadística descriptiva expresando los resultados en frecuencia absoluta (*n*), porcentaje (%) y desviación estándar (*DE*) Se han utilizado los programas Excel y SPSS para la elaboración de las estadísticas y gráficas.

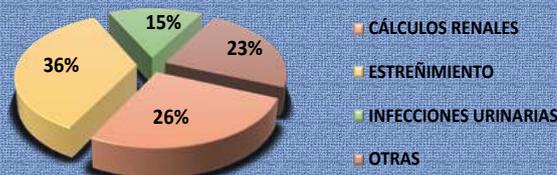
Palabras clave: Deshidratación/ Deshydration, Ingestión de líquidos/ Drinking, Anciano/ Aged.

MÉTODO DE MUESTREO		
INCLUSIÓN	Ser Independiente para las actividades de la vida diaria.	Ser mayor de 65 años.
EXCLUSIÓN	Ser Dependiente para las actividades de la vida diaria.	

RESULTADOS



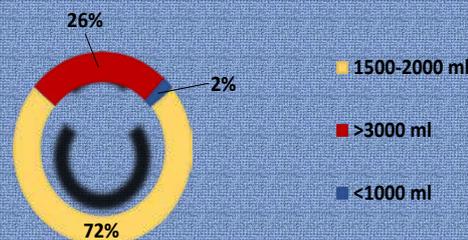
GRAFICA 1: Consumo diario de hombres y mujeres. La diferencia entre ambos es mínima



GRAFICA 2: Patologías que han padecido estos ancianos mas influenciadas por el consumo de líquidos.



GRÁFICA 3: Motivo por el que disminuye el consumo de líquido en ancianos.



GRAFICA 4: Creencias sobre la cantidad de líquidos que hay que consumir para mantener una correcta hidratación.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos a propósito del estudio realizado nos permiten extraer las siguientes conclusiones:

- Los ancianos estudiados presentan un estado de hidratación adecuado con una media de 1579 ml al día, siendo la diferencia entre hombres y mujeres mínima, por lo que alcanzan el consumo de 1,5l establecido por varios investigadores sin tener en cuenta la ingesta calórica. No obstante, existe un 38% de encuestados que no llega a esta media y por tanto no están correctamente hidratados.
- La mayoría conoce la relación directa de la correcta hidratación con la salud, pues son capaces de reconocer que afecciones como el estreñimiento o los cólicos renales, están influenciados por una mala hidratación. Siendo estas nombradas anteriormente las más prevalentes.
- La falta de sed (84%) es el motivo principal por el que los ancianos encuestados no consumen mas líquido.
- Casi la totalidad de la muestra (72%) considera que es necesario beber entre 1,5l y 2l, por lo que tienen conocimientos adecuados acerca de los requerimientos para una buena hidratación; este hecho no quiere decir que hagan un adecuado consumo de líquidos ya que como muestra la conclusión anterior un 38% de los encuestados no consumen los suficientes, aunque un 28% tienen conocimientos deficientes acerca de la hidratación.

Tras la realización de este estudio conocemos que la población anciana independiente considera que mantiene buenos niveles de hidratación, a pesar de que un 40% de la muestra considera que no consumen suficientes líquidos.

BIBLIOGRAFÍA

Casado Moragón A, Garro Herrera E, Ramos Cordero P, Rodríguez Salazar J y cols. Guía de buena práctica clínica en Geriátrica: Hidratación y salud. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2011. Disponible en www.seeg.es

European Food Safety Authority. La European Food Safety Authority (EFSA) publica nuevas recomendaciones para la ingesta de agua en humanos 2016.

Resumen: El agua es primordial para el correcto funcionamiento del cuerpo humano. Resulta imprescindible evitar las patologías relacionadas con la deshidratación.

Los ancianos tienen alto riesgo de deshidratación; siendo este diagnóstico más frecuente de hospitalización en mayores de 65 años.

Este estudio evalúa los hábitos de hidratación de personas mayores de 65 años. Realizamos un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta 100 ancianos que asistían a los Centros para Mayores.

Los resultados muestran que se alcanzan el requerimiento de 1.5l/día establecido por Chernoff, por lo que su hidratación sería buena. El principal de deshidratación es la falta de sed.

Palabras Clave: Deshidratación; Ingestión de líquidos; Anciano.

Introducción

El agua es necesaria para la vida. Resulta imprescindible cumplir los requerimientos mínimos de líquidos para mantener un óptimo nivel de salud y evitar patologías. El cuerpo humano no almacena agua, por eso la cantidad que perdemos cada día debe restitirse para garantizar el buen funcionamiento del organismo.

A este respecto, los ancianos constituyen un importante sector de la población con alto riesgo de deshidratación, siendo este uno de los más frecuentes motivos de hospitalización de los mayores de 65 años, con una mortalidad superior al 60% si no se trata a tiempo. Una deshidratación superior al 2% del peso corporal no produce sintomatología física, sino que afecta al plano intelectual agravando enfermedades como el Parkinson o Alzheimer.

Numerosos científicos y profesionales de la salud han puesto de manifiesto la necesidad de mantener una buena hidratación, así como la escasa concienciación de la población sobre este tema.

Objetivos

Objetivo principal

- Estimar la cantidad de líquidos que ingieren las personas de la tercera edad y su relación con las patologías que han podido padecer.

Objetivos secundarios

- Determinar las causas que pueden ocasionar deshidratación en ancianos.
- Conocer las creencias de la población anciana sobre su estado de hidratación.

Material y métodos

Para responder a los objetivos anteriormente planteados, se ha realizado un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta realizada mediante entrevista personal, dado que la mayoría de los encuestados tenía dificultad para responder por sí solos.

La población de estudio estuvo formada por personas con edad superior a 65 años que asistían habitualmente a dos Centros para Mayores que existen en Puertollano. La entrevista era voluntaria y anónima. El método de muestreo se ha limitado a excluir del estudio a aquellos individuos que no cumplan algunos de los dos criterios de inclusión: edad superior a 65 años y ser independientes para las actividades de la vida diaria.

La población de estudio la constituyeron 100 ancianos (50 hombres y 50 mujeres).

Se les pasó un cuestionario que consistía en 13 preguntas cerradas. El análisis de datos se ha realizado mediante estadística descriptiva expresando los resultados en frecuencia absoluta (n), porcentaje (%) y desviación estándar (DE).

Los sujetos sometidos a estudio han dado su consentimiento oral, respetando su anonimato y la confidencialidad de los datos sin menoscabo del estudio conforme a las normas oficiales vigentes de acuerdo con la Asociación Mundial Médica y la Declaración de Helsinki.

Resultados

La ingesta diaria de líquidos se ha obtenido a partir del número de vasos de líquido que toman al día, con una medida de 240 mililitros (ml) por cada vaso.

- Los hombres toman una media de 6.4 vasos de líquido (± 3.43), lo que equivale a 1536 ml/día. Las mujeres presentan una media de ingesta de 6,76 vasos (± 2.6), es decir, 1622,4 ml/día. La media de la muestra es de 6,58 vasos ($\pm 3,02$), lo cual supone 1579,2 ml/día, rondando la cantidad que establecen recientes estudios (1500 ml) como cantidad de líquido necesaria sin contar la ingesta calórica para mantener una adecuada hidratación.
- Se les pidió que señalasen cuáles de las siguientes enfermedades padecen o habían padecido. Estas eran estreñimiento, infección urinaria, enfermedades broncopulmonares y cálculos renales.
- Los datos muestran que el estreñimiento es la patología que prevalece tanto en hombres (34,15%) como en mujeres (36,96%) Siendo el total del 35,48%, seguida de cálculos renales (hombres un 21,95% y mujeres un 30,43%) con un 26,18% del total. En tercer lugar las infecciones de orina con un 15% del total; enfermedades en las cuales se ha demostrado la importancia de una correcta hidratación.
- El 70% de la muestra opina que para tener un buen nivel de hidratación hay que consumir entre 1,5 litros (l) y 2l diarios. Un 26% cree que deben consumir más de 3l y solo un 2% considera que con 0,5l es suficiente.
- No tener sed es el motivo que el 84% de la muestra señala como la razón por la que no tienen mejor hidratación. Otro motivo es la pérdida del gusto a los líquidos (10%) y, en último lugar, la incontinencia urinaria con un 6%.

Conclusiones

Los datos obtenidos a propósito del estudio realizado nos permiten extraer las siguientes conclusiones.

Los ancianos estudiados presentan un estado de hidratación adecuado con una media de 1579 ml al día, por lo que alcanzan el consumo de 1,5l establecido por varios investigadores sin tener en

cuenta la ingesta calórica. No obstante, existe un 40% de encuestados que no llega a esta media y por tanto no están correctamente hidratados.

Casi la totalidad de la muestra considera que es necesario beber entre 1,5l y 2l, por lo que tienen conocimientos adecuados acerca de los requerimientos para una buena hidratación. Valoran su hidratación como buena y suficiente, siendo solo un 20% de la muestra los que reconocen que consume líquido insuficiente.

Casi la totalidad de la muestra coincide en que la hidratación tiene una relación directa sobre la salud, pues son capaces de reconocer que afecciones como el estreñimiento o los cólicos renales, están influenciados por una mala hidratación.

La falta de sed es el principal motivo por el que este grupo de población no bebe más líquido.

Tras la realización de este estudio conocemos que la población anciana independiente considera que mantiene buenos niveles de hidratación, a pesar de que un 40% de la muestra considera que no consume suficiente agua.

Bibliografía

1. Casado Moragón A, Garea Herranz E, Ramos Cordero P, Rodríguez Salazar J y cols. *Guía de buena práctica clínica en Geriatría: Hidratación y salud*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología 2011. Disponible en línea: www.seeg.es.

2. Areli Saldaña Ibarra S y Hernández Guerson E. *Actitudes en la ingesta de bebidas saludables en adultos mayores*. *Psicología y Salud* 2012; 22(1):115-122.

3. European Food Safety Authority. *La European Food Safety Authority (EFSA) publica nuevas recomendaciones para la ingesta de agua en humanos 2016*.

4. Iglesias Rosado C, Villarino Marín AL, Polanco Allué I, Martínez JA, Gargallo M, Moreno Villares JM y cols. *Importancia del agua en la hidratación de la población española: documento FESNAD 2010*, *Nutr Clin Diet Hosp* 2011; 26(1):27-36.

Capítulo 108

Estudio de intervenciones dietéticas en adultos desde el ámbito de la atención primaria

Autores:

Baos Calzado, Rosa María

Díaz Valero, Juan Diego

González de Rivas, María Carmen

ESTUDIO DE INTERVENCIONES DIETÉTICAS EN ADULTOS DESDE EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN:

El sobrepeso y la obesidad es un grave problema de Salud Pública, en 2016 ya 1.600 millones de adultos presentaban sobrepeso y 650 millones son obesos. El exceso de peso es el factor de riesgo cardiovascular de mayor prevalencia y que repercute en otras patologías como Diabetes Mellitus, Hipertensión y dislipemias. El ritmo de vida, acompañado de los malos hábitos o el no aceptar la obesidad como una enfermedad hace que cumplir una dieta equilibrada sea casi imposible por lo que hay que concienciar de la importancia de aprender a comer sano y que sea un hábito en nuestro día a día.

OBJETIVO:

Analizar el efecto de dos intervenciones dietéticas de dieta equilibrada en dos modalidades: con planning de menú diario elaborado por el profesional de enfermería o con pautas generales de alimentación sin menú fijo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio prospectivo durante 18 meses a través de una muestra de 22 pacientes desde la consulta de enfermería de Atención Primaria de una población rural. Dicho estudio se ha llevado a cabo con previo consentimiento informado. Toda la muestra presenta un índice de masa corporal mayor a 25 kg/m². En una primera consulta hemos tomado datos antropométricos del paciente, y se le explica la dieta equilibrada hipocalórica por escrito. A continuación al grupo A se le da un planning de menú diario para 15 días, y al grupo B solo la dieta hipocalórica por escrito para que el propio paciente elabore el menú a su gusto según las instrucciones explicadas en la consulta. El seguimiento del paciente se ha realizado cada 15 días. Al grupo A se le indica menús nuevos en cada visita y al grupo B se refuerzan hábitos y se resuelven dudas del paciente. Al finalizar el seguimiento se ha administrado una encuesta para la valoración de las ventajas e inconvenientes de la dieta realizada.



Grupo A: Menú fijo

Ventajas

- No hay que tomar decisiones
- Evitar comprar comida no permitida
- No tener dudas sobre si lo hago bien o mal
- Fácil de seguir
- Mayor gasto económico

Inconvenientes

- No garantiza adaptación a gustos
- Demasiado rígida Aburrida
- Difícil mantener como hábito
- No se adapta al estilo de vida: trabajo, viajes.

Grupo B: Dieta equilibrada

Ventajas

- Elimina el aburrimiento
- Gran variedad de elaboración de platos
- Menor gasto económico
- Mayor motivación e implicación

Inconvenientes

- Mayor grado de conocimiento
- Se adapta al estilo de vida
- Precisa mayor organización

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del total de muestra de 22 pacientes: 59,09% son hombres y el 40,90% son mujeres. En el seguimiento quincenal durante los primeros seis meses la pérdida de peso fue satisfactoria: el grupo a: entre 1-1,5 kg y el grupo b: entre 800gr -1kg. A medida que fueron pasando los meses las pérdidas de peso han ido disminuyendo a medida que se ha ido alcanzando el peso marcado como objetivo. Del total de la muestra han abandonado la dieta 4 pacientes. A los 12 meses de seguimiento el 81,81% han logrado el objetivo previo marcado. En los seis meses siguientes han seguido pautas de mantenimiento. Según la valoración subjetiva de los pacientes en ambos tipos de dieta existen ventajas e inconvenientes. (Ver tabla anexo)

En general el cumplimiento de la dieta es una ardua tarea donde el eslabón principal es el paciente, y la base principal es afrontar que la obesidad es una enfermedad. Una vez que el paciente asume el problema y lo afronta poniéndose en manos de profesionales como lo es la enfermera de Atención Primaria, el camino puede ser más llevadero para el paciente marcando metas realistas, aprendiendo a comer sano y equilibrado consiguiendo que las modificaciones de alimentación aprendidas se transformen en hábito.

Desde el punto del profesional de enfermería ambas intervenciones dietéticas requieren de una gran implicación del paciente para lograr el cumplimiento pero cierto es que la intervención con planning de menú es más fácil para el paciente, requiere menos tiempo de consulta pero es más difícil mantener los hábitos sanos una vez logrado el objetivo, con el riesgo de recuperar de nuevo el peso alcanzado. Sin embargo la intervención con pauta de alimentación sana requiere un aprendizaje para que el paciente adquiera los conocimientos necesarios para poder elaborar la combinación correcta de alimentación equilibrada, necesitando más tiempo por paciente pero el mayor logro es que los hábitos adquiridos con esta última intervención realizada son más fuertes y con más probabilidad de mantenerlos en el tiempo convirtiéndose en un hábito, por lo que debemos apostar por este modo de educación sanitaria desde la Atención Primaria.

Resumen: *El abordaje de la obesidad y el sobrepeso desde la Atención Primaria es una batalla diaria para el profesional de enfermería en el día a día. Lograr modificar hábitos con la educación sanitaria y una adecuada adherencia al cumplimiento de la dieta desde nuestras consultas es una labor difícil, por lo que en este estudio vamos a analizar dos modalidades de dieta seguidas por nuestros pacientes valorando su ventajas e inconvenientes.*

Palabras Clave: *Dieta; obesidad; estilo de vida saludable.*

Introducción

El sobrepeso y la obesidad es un grave problema de Salud Pública, en 2016 ya 1.600 millones de adultos presentaban sobrepeso y 650 millones son obesos. El exceso de peso es el factor de riesgo cardiovascular de mayor prevalencia y que repercute en otras patologías como Diabetes Mellitus, Hipertensión y dislipemias. El ritmo de vida, acompañado de los malos hábitos o el no aceptar la obesidad como una enfermedad hace que cumplir una dieta equilibrada sea casi imposible por lo que hay que concienciar de la importancia de aprender a comer sano y que sea un hábito en nuestro día a día.

Objetivo

Analizar el efecto de dos intervenciones dietéticas de dieta equilibrada en dos modalidades: con planning de menú diario elaborado por el profesional de enfermería o con pautas generales de alimentación sin menú fijo.

Material y método

Se ha realizado un estudio prospectivo durante 18 meses a través de una muestra de 22 pacientes desde la consulta de enfermería de Atención Primaria de una población rural. Dicho estudio se ha llevado a cabo con previo consentimiento informado. Toda la muestra presenta un índice de masa corporal mayor a 25 kg/m². En una primera consulta hemos tomado datos antropométricas del paciente, y se le explica la dieta equilibrada hipocalórica por escrito. A continuación al grupo A se le da un planning de menú diario para 15 días, y al grupo B solo la dieta hipocalórica por escrito para que el propio paciente elabore el menú a su gusto según las instrucciones explicadas en la consulta. El seguimiento del paciente se ha realizado cada 15 días. Al grupo A se le indica menús nuevos en cada visita y al grupo B se refuerzan hábitos y se resuelven dudas del paciente. Al finalizar el seguimiento se ha administrado una encuesta para la valoración de las ventajas e inconvenientes de la dieta realizada.

Resultados y conclusiones

Del total de muestra de 22 pacientes: 59,09% son hombres y el 40,90% son mujeres. En el seguimiento quincenal durante los primeros seis meses la pérdida de peso fue satisfactoria: el grupo a: entre 1-1,5 kg y el grupo b: entre 800gr -1kg. A medida que fueron pasando los meses las pérdida de peso han ido disminuyendo a medida que se ha ido alcanzando el peso marcado como objetivo.

Del total de la muestra han abandonado la dieta 4 pacientes. A los 12 meses de seguimiento el 81,81% han logrado el objetivo previo marcado. En los seis meses siguientes han seguido pautas

de mantenimiento. Según la valoración subjetiva de los pacientes en ambos tipos de dieta existen ventajas e inconvenientes.

En el grupo A de menú fijo como ventajas: No hay que tomar decisiones, evitar comprar comida no permitida, no tener dudas sobre si lo hago bien o mal, fácil de seguir, mayor gasto económico y como inconvenientes: no garantiza adaptación a gustos, demasiado rígida, aburrida, difícil mantener como hábito, no se adapta al estilo de vida: trabajo, viajes.

En el grupo B, de dieta equilibrada como ventajas: Elimina el aburrimiento, gran variedad de elaboración de platos, menor gasto económico, mayor motivación e implicación. Como inconvenientes: se necesita mayor grado de conocimientos y precisa mayor organización.

En general el cumplimiento de la dieta es una ardua tarea donde el eslabón principal es el paciente, y la base principal es afrontar que la obesidad es una enfermedad. Una vez que el paciente asume el problema y lo afronta poniéndose en manos de profesionales como lo es la enfermera de Atención Primaria, el camino puede ser más llevadero para el paciente marcando metas realistas, aprendiendo a comer sano y equilibrado consiguiendo que las modificaciones de alimentación aprendidas se transformen en hábito.

Desde el punto del profesional de enfermería ambas intervenciones dietéticas requieren de una gran implicación del paciente para lograr el cumplimiento pero cierto es que la intervención con *planning* de menú es más fácil para el paciente, requiere menos tiempo de consulta pero es más difícil mantener los hábitos sanos una vez logrado el objetivo, con el riesgo de recuperar de nuevo el peso alcanzado. Sin embargo la intervención con pauta de alimentación sana requiere un aprendizaje para que el paciente adquiera los conocimientos necesarios para poder elaborar la combinación correcta de alimentación equilibrada, necesitando más tiempo por paciente pero el mayor logro es que los hábitos adquiridos con esta última intervención realizada son más fuertes y con más probabilidad de mantenerlos en el tiempo convirtiéndose en un hábito, por lo que debemos apostar por este modo de educación sanitaria desde la atención primaria.

Bibliografía

1. *La dieta equilibrada. Guía para enfermeras de Atención Primaria*. Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/guía%20ap-dietéticaweb.pdf>.
2. Patrón Farias M. *Obesidad: Guía visual para el cambio de hábitos*. Editorial Akadia. 2016.
3. *Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos* (consenso FESNAD-SEEDO). Rev. Esp. Obes. 2011; vol10. Supl.1. Disponible en: <https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Documento-Consenso-FESNAD-SEEDO-Oct2011.pdf>.

Capítulo 109

Estudio del dolor producido en una gasometría arterial radial (GAR) frente a gasometría arterial humeral (GAH)

Autores:

Tejado Moral, María

Da Silva de Vicente, Gema Natalia

Estudio del dolor producido en una Gasometría Arterial Radial (GAR) frente a Gasometría Arterial Humeral (GAH)

INTRODUCCION

Gasometría arterial: técnica de monitorización respiratoria invasiva que permite, en una muestra de sangre arterial, determinar el pH, las presiones arteriales de oxígeno y dióxido de carbono y la concentración de bicarbonato.

Test de Allen: Maniobra que sirve para valorar la circulación colateral, con el fin de proteger la mano de una posible isquemia en caso de aparición de cualquier complicación. Consiste en la compresión simultánea de las arterias radial y cubital, solicitando al paciente que abra y cierre el puño rápidamente durante 10-15 veces. Al abrir la mano aparecerá palidez de palma y dedos. Se libera la compresión cubital (manteniendo la compresión radial) y en 15 segundos debe restablecerse la circulación y el color de la mano, de no ocurrir esto el Test se considera positivo y no se debe puncionar la arteria radial, eligiendo otra arteria. La elección de pinchar en una arteria radial o braquial, viene dada por las dificultades anatómicas, una vía periférica próxima o costumbre de la propia enfermera. Con este estudio, se pretende comparar el dolor causado en la punción arterial radial (GAR) y braquial/Humeral (GAH) y además, sus posibles consecuencias.



MATERIAL Y METODO

Estudio experimental, aleatorizado y controlado. Muestreo probabilístico sistemático de pacientes reclutados de los servicios de Medicina Interna y Urgencias que requerían Gasometría Arterial (GA). Se ha utilizado la Escala Visual Analógica de 0-10 (EVA 0-10) para la medición del dolor. Se realizó reevaluación del paciente al 3er día para la recogida del resto de variables (hematoma, dolor residual, dolor residual a la palpación, punción nervio adyacente, inflamación de la zona, trombosis arterial, espasmo arterial y zona de punción).



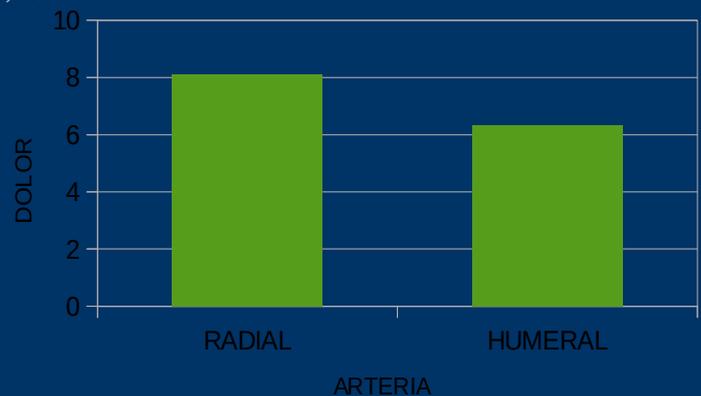
Criterios de inclusión: adulto de 50 a 70 años, hombres y mujeres, que acude a urgencias por Disnea, EPOC reagudizado, Insuficiencia Respiratoria y Fiebre. No debe tener una enfermedad tipo Demencia.

RESULTADOS Durante los meses de julio a diciembre de 2017, se realizaron 123 GAR y 133 GAH (n = 256). La media de percepción del dolor en el grupo de GAR fue de 8,12 y en el grupo de GAH fue de 6,32. La media de percepción del dolor en hombres fue de 7 y en mujeres de 6. No hubo diferencia significativa en el porcentaje de fracasos (punciones arteriales fallidas). Efectos indeseables: hematoma al 3er día: 35,2% en GAR y 18,6% en GAH. Resto de variables sin diferencias significativas o no se han presentado casos.

CONCLUSIONES La GAH es menos dolorosa y tiene menos efectos indeseables que la GAR; los fracasos son similares en ambas técnicas.

OBJETIVO

- Determinar el grado de dolor autoreferido en la GAH frente a la GAR.
- Valorar efectos indeseables



Resumen: El estudio trata sobre la medición del dolor producido durante la gasometría en la arteria radial y en la arteria humeral de pacientes de urgencias y medicina interna de los Hospitales de Tomelloso y Alcázar de San Juan. También se comprobaron los posteriores efectos indeseables producidos por la técnica.

Palabras Clave: Dolor; Gasometría; Arteria radial.

Introducción

Gasometría arterial: técnica de monitorización respiratoria invasiva que permite, en una muestra de sangre arterial, determinar el pH, las presiones arteriales de oxígeno y dióxido de carbono y la concentración de bicarbonato.

Objetivo

- Determinar el grado de dolor autoreferido en la GAH (Gasometría arterial humeral) frente a la GAR (Gasometría arterial radial).
- Valorar efectos indeseables.
- Test de Allen: Maniobra que sirve para valorar la circulación colateral, con el fin de proteger la mano de una posible isquemia en caso de aparición de cualquier complicación. Consiste en la compresión simultánea de las arterias radial y cubital, solicitando al paciente que abra y cierre el puño rápidamente durante 10-15 veces. Al abrir la mano aparecerá palidez de palma y dedos. Se libera la compresión cubital (manteniendo la compresión radial) y en 15 segundos debe restablecerse la circulación y el color de la mano, de no ocurrir esto el Test se considera positivo y no se debe puncionar la arteria radial, eligiendo otra arteria.
- La elección de pinchar en una arteria radial o braquial, viene dada por las dificultades anatómicas, una vía periférica próxima o costumbre de la propia enfermera. Con este estudio, se pretende comparar el dolor causado en la punción arterial radial (GAR) y braquial/Humeral (GAH) y además, sus posibles consecuencias.

Material y Método

Estudio experimental, aleatorizado y controlado. Muestreo probabilístico sistemático de pacientes reclutados de los servicios de Medicina Interna y Urgencias que requerían Gasometría Arterial (GA). Se ha utilizado la Escala Visual Analógica de 0-10 (EVA 0-10) para la medición del dolor. Se realizó reevaluación del paciente al 3er día para la recogida del resto de variables (hematoma, dolor residual, dolor residual a la palpación, punción nervio adyacente, inflamación de la zona, trombosis arterial, espasmo arterial y zona de punción).

Criterios de inclusión: Adulto de 50 a 70 años, hombres y mujeres, que acude a urgencias por Disnea, EPOC reagudizado, Insuficiencia Respiratoria y Fiebre. No debe tener una enfermedad tipo Demencia.

Resultados

Durante los meses de julio a diciembre de 2017, se realizaron 123 GAR y 133 GAH (n = 256). La media de percepción del dolor en el grupo de GAR fue de 8,12 y en el grupo de GAH fue de 6,32. La

media de percepción del dolor en hombres fue de 7 y en mujeres de 6. No hubo diferencia significativa en el porcentaje de fracasos (punciones arteriales fallidas). Efectos indeseables: hematoma al 3er día: 35,2% en GAR y 18,6% en GAH.

Resto de variables sin diferencias significativas o no se han presentado casos.

Conclusiones

La GAH es menos dolorosa y tiene menos efectos indeseables que la GAR; los fracasos son similares en ambas técnicas.

Bibliografía

1. Chernecky CC, Berger BJ. Blood gases, arterial (ABG) - blood. In: Chernecky CC, Berger BJ, eds. *Laboratory Tests and Diagnostic Procedures*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013:208-213.
2. Weinberger SE, Cockrill BA, Mandel J. Arterial blood gases. In: Weinberger SE, Cockrill BA, Mandel J, eds. *Principles of Pulmonary Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap C.
3. Kim HT. Arterial puncture and cannulation. In: Roberts JR, ed. *Roberts and Hedges's Clinical Procedures in Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 20.
4. Lab Tests Online [Internet]. *Washington D.C.: American Association for Clinical Chemistry*; c2001–2017. *Bicarbonate: The Test*; [updated 2016 Jan 26; cited 2017 Mar 19]; [about 4 screens]. Available from: <https://labtestsonline.org/understanding/analytes/co2/tab/test>.
5. Merck Manual Consumer Version [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck & Co., Inc.; c2017. *Overview of Acid-Base Balance*; [cited 2017 Mar 19]; [about 2 screens]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/home/hormonal-and-metabolic-disorders/acid-base-balance/overview-of-acid-base-balance>.

Capítulo 110

Estudio del sueño en técnicos en cuidados auxiliares de enfermería

Autores:

Morales Martín, Ángela

Musa Alí, Bohavid

De la Cruz Alguacil, Patricia

Carrillo Prieto, Esmeralda

ESTUDIO DEL SUEÑO EN TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Autores

INTRODUCCIÓN

Existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Investigaciones recientes parecen sugerir que la desviación de un patrón de sueño intermedio (dormir unas 7-8 horas), se asocia al padecimiento de consecuencias negativas para la salud como problemas de ansiedad, prevalencia incrementada de depresión mayor, problemas cardiovasculares, obesidad, diabetes o trastornos relacionados con el abuso de sustancias. También se ha relacionado con un impacto indeseado en la actividad laboral que incluye pérdida de productividad y resultados adversos de seguridad.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (T.C.A.E.) forma parte del equipo de Enfermería, y es el responsable de prestar al paciente y a su familia los cuidados básicos, directos e integrales. Su papel es clave, pues forma parte imprescindible dentro del equipo multidisciplinar centrándose en la atención integral de las personas. Suelen ser de los primeros profesionales que toman contacto con el paciente y su familia, a través de protocolos de acogida y manteniendo una proximidad constante durante todo el proceso asistencial.

El objetivo de este estudio es determinar las características principales de los procesos del sueño, satisfacción subjetiva y la prevalencia de insomnio en T.C.A.E. de un centro de atención a personas con discapacidad intelectual grave (C.A.D.I.G.) y una residencia para personas mayores.

Key words: *insomnia, sleep survey, sleep quality, shiftwork, health professionals, nursing assistant.*

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico.

Población de estudio: Personal T.C.A.E. de dos centros asistenciales N= 224

Tamaño muestral: n= 107 (nivel de confianza 95%, precisión 3% y proporción 5%). Los profesionales completaron el Cuestionario de Oviedo del Sueño en diciembre de 2017 en sus correspondientes centros de trabajo, de forma anónima y sobre papel, previo consentimiento cumpliendo los criterios definidos en la L.O.P.D. 15/1999. A este cuestionario se añadieron las variables *nombre del centro, edad, sexo, tiempo trabajado en ese centro y tipo de turno (ordinario, antiestrés, fijo o fines de semana)*.

Criterio de inclusión: haber desarrollado labor profesional como T.C.A.E en el centro en el que completa el cuestionario durante al menos un mes de forma continuada.

El Cuestionario de Oviedo del sueño consta de 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnio. Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño.

Se creó una base de datos en Excel, y el análisis de los mismos se realizó con el programa estadístico SPSS. Para determinar la prevalencia de insomnio de la muestra se utilizaron los valores numéricos de los ítems que así determina este Cuestionario siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10.

RESULTADOS

La edad media de los participantes en el estudio fue de 46,45 años, con una desviación típica (DT) de 9,57 teniendo el participante más joven 22 años y el más longevo 65 años. De los sujetos a estudio, el 15% eran varones y el 85% mujeres. El 49,5% de los participantes trabajaban en un C.A.D.I.G. y el 50,5% en un centro para personas mayores.

Con respecto a la satisfacción subjetiva del sueño (SSS) un 34,6% de los TCAE manifestaron un término medio, el 24,3% respondieron estar satisfechos, mientras que el 17,8% refiere estar insatisfecho. Referente al sexo, ningún hombre puntuó su satisfacción con un 1 (muy insatisfecho) frente al 11% de mujeres, el 12,50% con un 2 (bastante insatisfecho) frente al 5,5%, el 12,50% con un 3 (insatisfecho) frente a un 18,70%, el 37,50% con un 4 (término medio) frente a un 34,10%, el 18,50% con un 5 (satisfecho) frente a un 25,30%, el 12,50% con un 6 (bastante satisfecho) frente a un 4,4%, el 6,30% con un 7 (muy satisfecho) frente a un 1,18%.

El 50,5% de los sujetos manifestó haberse despertado al menos una vez debido a la necesidad de orinar.

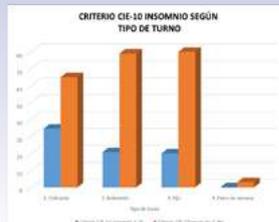
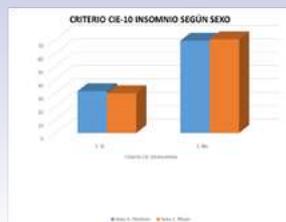
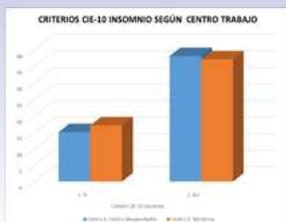
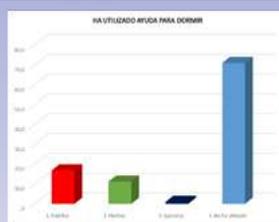
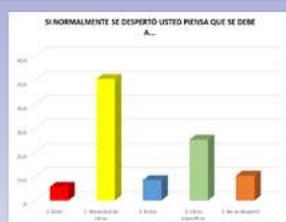
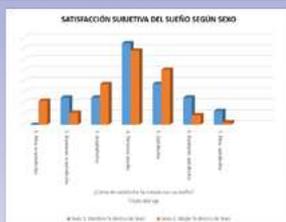
Atendiendo al empleo de algún tipo de ayuda para dormir, el 16,8% de los encuestados refiere haber recurrido al empleo de medicamentos.

El 29,9% de los encuestados presentaron criterios CIE-10 de insomnio. Referente a la gravedad del insomnio, el valor medio obtenido fue 29,51 con una DT de 9,52, siendo la puntuación máxima posible 45.

Desde el punto de vista del sexo, el 31,3% de los hombres cumplían criterios CIE-10 de insomnio frente al 29,7% de las mujeres ($p=0,899$).

Con respecto a los criterios CIE-10 de insomnio por centro en el que desempeñaban su actividad laboral, el 28,3% de los sujetos del C.A.D.I.G. los presentaron frente al 31,2% del centro para personas mayores ($p=0,719$).

En relación a los distintos tipos de turno de trabajo, el 34,7% de los sujetos con *turno ordinario* presentaron criterios CIE-10 de insomnio frente al 20,8% de los que trabajaban en el tipo de *turno antiestrés*, el 20% de los de *turno fijo* y el 0% de los que tenían *turno de fin de semana* ($p=0,352$).



CONCLUSIONES

Las características demográficas de los profesionales sanitarios que participaron en este estudio reflejan el perfil general de las personas que trabajan en nuestro Sistema Sanitario, principalmente mujeres de mediana edad.

Podemos confirmar que el insomnio supone un trastorno del sueño frecuente y con una alta prevalencia en la muestra estudiada. Existe una alta tendencia al uso de ayudas para conciliar el sueño.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo cuando se determinó la prevalencia de insomnio (criterios CIE-10) en la muestra, ni tampoco al relacionar la variable sexo con la satisfacción subjetiva del sueño.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por centro de trabajo cuando se determinó la prevalencia de insomnio (criterios CIE-10) en la muestra. Sería conveniente valorar las posibles diferencias significativas que pudieran darse en estos profesionales en relación a los diferentes tipos de turno de trabajo, centrándose en aquellos que incluyen turno nocturno, ya que numerosos estudios han demostrado que en otros profesionales sanitarios existe mayor prevalencia de trastornos del sueño en este último tipo de turno.

Resumen: Numerosos estudios tratan sobre las consecuencias para la salud en las que puede derivar la alteración del patrón sueño-descanso en diferentes grupos de población.

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico en el que 107 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, profesionales sanitarios con un papel clave en la atención integral de los pacientes, completaron el Cuestionario de Oviedo del sueño. El objetivo fue determinar las características de los procesos del sueño y la prevalencia de insomnio.

Concluimos que el insomnio presentaba una prevalencia considerablemente elevada, con tendencia a la necesidad de distintos métodos de ayuda para dormir.

Palabras Clave: Sleep disorder; Survey; Health professionals.

Introducción

La desviación de un patrón de sueño intermedio (dormir unas 7-8 horas), se ha relacionado con un impacto indeseado en la actividad laboral que incluye pérdida de productividad y resultados adversos de seguridad, además de consecuencias negativas para la salud.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (T.C.A.E.) forma parte del equipo de Enfermería, y es el responsable de prestar al paciente y a su familia los cuidados básicos, directos e integrales. Su papel es clave, pues forma parte imprescindible dentro del equipo multidisciplinar centrándose en la atención integral de las personas. Suelen ser de los primeros profesionales que toman contacto con el paciente y su familia, a través de protocolos de acogida y manteniendo una proximidad constante durante todo el proceso asistencial.

El objetivo de este estudio es determinar las características principales de los procesos del sueño, satisfacción subjetiva del mismo y la prevalencia de insomnio en T.C.A.E. de un centro de atención a personas con discapacidad intelectual grave (C.A.D.I.G.) y una residencia para personas mayores.

Método

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico. La población seleccionada fue el personal T.C.A.E. de dos centros asistenciales (N= 224). El tamaño muestral resultó n= 107 (nivel de confianza 95%, precisión 3% y proporción 5%). Los profesionales completaron el Cuestionario de Oviedo del Sueño en diciembre de 2017 en sus correspondientes centros de trabajo, de forma anónima y sobre papel, previo consentimiento cumpliendo los criterios definidos en la L.O.P.D. 15/1999. A este cuestionario se añadieron las variables nombre del centro, edad, sexo, tiempo trabajado en ese centro y tipo de turno (ordinario, antiestrés, fijo o fines de semana).

Como criterio de inclusión de referencia, los sujetos en estudio debían haber desarrollado su labor profesional como T.C.A.E en el centro en el que se completaba el cuestionario durante al menos un mes de forma continuada.

El Cuestionario de Oviedo del sueño consta de 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnio. Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño.

Se creó una base de datos en Excel, y el análisis de los mismos se realizó con el programa estadístico SPSS. Para determinar la prevalencia de insomnio de la muestra se utilizaron los valores numéricos de los ítems que así determina este Cuestionario siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10.

Resultados

- La edad media de los participantes en el estudio fue de 46.45 años, con una desviación típica (DT) de 9.57, teniendo el participante más joven 22 años y el más longevo 65 años. De los sujetos a estudio, el 15% eran varones y el 85% mujeres. El 49.5% de los participantes trabajaban en un C.A.D.I.G. y el 50.5% en un centro para personas mayores.
- Con respecto a la satisfacción subjetiva del sueño (SSS) un 34,6% de los TCAE manifestaron un término medio, el 24.3% respondieron estar satisfechos, mientras que el 17.8% refiere estar insatisfecho. Referente al sexo, ningún hombre puntuó su satisfacción con un 1 (muy insatisfecho) frente al 11% de mujeres, el 12.50% con un 2 (bastante insatisfecho) frente al 5.5%, el 12.50% con un 3 (insatisfecho) frente a un 18.70%, el 37.50% con un 4 (término medio) frente a un 34.10%, el 18.50% con un 5 (satisfecho) frente a un 25.30%, el 12.50% con un 6 (bastante satisfecho) frente a un 4.4%, el 6.30% con un 7 (muy satisfecho) frente a un 1.18%.
- Atendiendo al empleo de algún tipo de ayuda para dormir, el 16.8% de los encuestados refiere haber recurrido al empleo de medicamentos.
- El 29.9% de los encuestados presentaron criterios CIE-10 de insomnio. Referente a la gravedad del insomnio, el valor medio obtenido fue 29.51 con una DT de 9.52, siendo la puntuación máxima posible 45.
- Desde el punto de vista del sexo, el 31.3% de los hombres cumplían criterios CIE-10 de insomnio frente al 29.7% de las mujeres ($p=0,899$).
- Con respecto a los criterios CIE-10 de insomnio por centro en el que desempeñaban su actividad laboral, el 28.3% de los sujetos del C.A.D.I.G. los presentaron frente al 31.2% del centro para personas mayores ($p=0.719$).
- En relación a los distintos tipos de turno de trabajo, el 34.7% de los sujetos con turno ordinario presentaron criterios CIE-10 de insomnio frente al 20.8% de los que trabajaban en el tipo de turno antiestrés, el 20% de los de turno fijo y ninguno de los que tenían turno de fin de semana ($p=0.352$).

Conclusiones

Las características demográficas de los profesionales sanitarios que participaron en este estudio reflejan el perfil general de las personas que trabajan en nuestro Sistema Sanitario, principalmente mujeres de mediana edad.

Podemos confirmar que el insomnio supone un trastorno del sueño frecuente y con una alta prevalencia en la muestra estudiada. Existe alta tendencia al uso de ayudas para conciliar el sueño.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo o centro de trabajo cuando se determinó la prevalencia de insomnio en la muestra. Tampoco cuando relacionamos la variable sexo con la satisfacción subjetiva del sueño.

Sería conveniente valorar las posibles diferencias significativas que pudieran darse en estos profesionales en relación a los diferentes tipos de turno de trabajo, centrándose en aquellos que incluyen turno nocturno.

Es muy importante valorar las características del sueño en profesionales sanitarios ya que puede relacionarse con peor calidad asistencial y aumento de los riesgos.

Bibliografía

1. Menéndez González M, Ryan Murua P, García Salavarrri B. *Estudio subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes en España*. Arch Med. 2007; 1 (3).

2. Aguado T. *Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios*. Revista Enfermería del Trabajo 2016; 6:1 (12-18).

3. When-Yen L, Shu-Ti C, Huang N, Li-Yin C. *Long work hours and chronic insomnia are associated with needlestick and sharps injuries among hospital nurses in Taiwan: A national survey*. International Journal of Nursing Studies 2016; 64 (130-136).

Capítulo 111

Estudio observacional de la prevalencia de heridas en atención primaria

Autores:

Segador Madrid, Elisabeth

Rodríguez López, Rosa María

Sánchez Colmenar, Sonia

Segovia Félix, Ignacio

Segovia Félix, José Miguel

Estudio observacional de la prevalencia de heridas en atención primaria

Introducción

La historia de la humanidad es una lucha del hombre contra los elementos de modo que la supervivencia ha conllevado numerosas luchas contra el entorno, con las consiguientes lesiones y heridas en su propia persona.

A principios de los años 70 se empezó a ahondar en la investigación sobre heridas para evaluar las ventajas de la cicatrización en ambiente húmedo.

Según la OMS la forma de valorar la calidad asistencial de un centro hospitalario viene dado por la cantidad de ulceraciones que se producen en pacientes hospitalizados con riesgo de ulcerarse, ya sea por edad, sedentarismo o malnutrición.

El abordaje de una herida debe tener en cuenta las necesidades psicológicas del paciente y las etiologías subyacentes asociadas al mismo. De modo que, si todos estos elementos se tratan, muchas heridas evolucionarán hacia la cicatrización.

Objetivo / Hipótesis

Conocer la tipología de las heridas que fueron atendidas en el Centro de Salud III de Ciudad Real

Metodología

Para este trabajo se ha realizado un estudio observacional de tipo analítico y transversal.

Se recogió información de las heridas entre febrero y marzo de 2016. Después, se analizaron los datos obtenidos mediante software informático.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que sufren heridas crónicas son mujeres que trabajan o jubiladas, siendo las de mayor incidencia las heridas quirúrgicas. También se evidencia un gran número de heridas vasculares, sobre todo en pacientes que permanecen mucho tiempo de pie y que se encuentran en la madurez avanzada (de 50 a 60 años).

La diabetes y la obesidad son las enfermedades que más perjudican a la curación de la herida, por lo que también enfermería juega un papel importante en el control de estas enfermedades.

Bibliografía principal

Corella Calatayud, J.M y Col: Breve crónica histórica del cuidado de heridas. Revista enfermería integral valencia [Internet]. 2010
 Tizón-Bouza, E y Col: Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. Dialnet [Internet]. 2013; 20:31-42.
 Manual de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas (Ciudad Real, 2ª Edición, 2008).
 A. Santalla, M.S y Col: Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Clin Invest Gin Obst. [Internet] 2007;34(5):189-96
 ORNELLS GAGO, MANUEL y Col: Evaluación de la tecnología sanitaria. Apósitos basados en cura en ambiente húmedo para heridas crónicas. Gerokomos [Internet]. 2008; 19 (4): 200-206.

Resultados



ENFERMEDADES CONCOMITANTES	MUJER	HOMBRE	PORCENTAJE
obesidad	1	0	1
diabetes	6	3	9,8
enfermedad cardiaca, HTA	15	9	26
enfermedades respiratorias	1	4	5,45
hipotiroidismo	4	1	5,45
alcohol y tabaco	1	2	3,2
otras	1	1	2,2
no enfermedades	28	15	46,9

EDAD	MUJER	HOMBRE	TOTAL	PORCENTAJE
20-30	8	3	11	11,95
31-40	10	4	14	15,2
41-50	8	5	13	14,15
51-60	12	10	22	23,95
61-70	2	7	9	9,8
71-80	6	2	8	8,7
81-90	10	2	12	13,05
Más de 90	0	2	2	2,2
TOTAL	57	35	92	100



Otros resultados

- ✓ Las heridas quirúrgicas curaron más rápido en mujeres que en hombres. Con cura húmeda, las mujeres sanan en 1 semana, los hombres en 2.
- ✓ Las heridas vasculares curaron en ambos pacientes de la misma manera.
- ✓ Las heridas por quemadura curaron antes en hombres y mujeres. Con cura húmeda, los hombres sanaron en 10 días, las mujeres en 15 días.
- ✓ Las úlceras por presión, en este caso, sólo se dieron en mujeres y tuvieron un tiempo de curación de entorno a las 2 semanas.

Resumen: El estudio pretende cuantificar la incidencia y prevalencia de heridas que pueden llegar a ser crónicas sino se tratan bien.

Se realizó un estudio observacional sobre las heridas del centro de Salud III de Ciudad Real y sobre qué factores se relacionaron con los obstáculos para el correcto restablecimiento de una herida, esto es, se estudió la tipología de las heridas que fueron tratadas. Después de analizar los datos, que concluyó que las mujeres fueron las que más heridas crónicas presentaron y que, la diabetes y la hipertensión, fueron las enfermedades que más complicaron el tratamiento y la posterior curación.

Palabras Clave: Heridas; cronicidad; tratamiento.

Introducción

La historia de la humanidad es una lucha del hombre contra los elementos de modo que la supervivencia ha conllevado numerosas luchas contra el entorno, con las consiguientes lesiones y heridas en su propia persona.

A principios de los años 70 se empezó a ahondar en la investigación sobre heridas para evaluar las ventajas de la cicatrización en ambiente húmedo.

Según la OMS la forma de valorar la calidad asistencial de un centro hospitalario viene dado por la cantidad de ulceraciones que se producen en pacientes hospitalizados con riesgo de ulcerarse, ya sea por edad, sedentarismo o malnutrición.

El abordaje de una herida debe tener en cuenta las necesidades psicológicas del paciente y las etiologías subyacentes asociadas al mismo. De modo que, si todos estos elementos se tratan, muchas heridas evolucionarán hacia la cicatrización

Hipótesis

Conocer la tipología de las heridas que fueron atendidas en el Centro de Salud III de Ciudad Real.

Metodología

Para este trabajo se ha realizado un estudio observacional de tipo analítico y transversal. Se recogió información de las heridas entre febrero y marzo de 2016. Después, se analizaron los datos obtenidos mediante software informático.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que sufren heridas crónicas son mujeres que trabajan o jubiladas, siendo las de mayor incidencia las heridas quirúrgicas. También se evidencia un gran número de heridas vasculares, sobre todo en pacientes que permanecen mucho tiempo de pie y que se encuentran en la madurez avanzada (de 50 a 60 años).

La diabetes y la obesidad son las enfermedades que más perjudican a la curación de la herida, por lo que también enfermería juega un papel importante en el control de estas enfermedades.

Bibliografía:

1. Quesada Ramos, C: *Evaluación económica de un nuevo modelo de compra centralizada de apósitos: El caso del País Vasco*. Gerokomos [Internet] 2014; 25(3):118-123.
2. Ornells Gago, Manuel y Col: *Evaluación de la tecnología sanitaria. Apósitos basados en cura en ambiente húmedo para heridas crónicas*. Gerokomos [Internet]. 2008; 19 (4): 200-206.
3. Sarabia Cobo C.M y Castañedo Pfeiffer, C: *¿En qué consiste la presión negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas? Revisión del tema*. Gerokomos [Internet]. 2014; 25 (1): 44-47.
4. Pérez Vega, F.J y Col: *Alternativas al cierre de heridas crónicas mediante injertos de Reverdin y factores de crecimiento en cirugía menor ambulatoria*. Gerokomos [Internet]. 2015; 26 (1):28-33.

Capítulo 112

Estudios urodinámicos para la determinación de problemas del tracto inferior

Autores:

Sepúlveda Garcia, Eduarda María

Núñez Gutiérrez, María del Carmen

Triguero Bocharan, María Teresa

ESTUDIO URODINAMICO PARA DETERMINACION DE PROBLEMAS URINARIOS EN TRACTO INFERIOR

AUTORES:

INTRODUCCION

La urodinamia comprende una serie de técnicas con una metodología cuyos conceptos, parámetros y términos están definidos y homologados. La urodinamia estudia la actividad funcional del tracto urinario inferior en sus dos fases: fase de llenado y fase de vaciado. Los estudios urodinámicos se realizan para conocer de una forma objetiva el estado funcional de la vejiga y los esfínteres, en relación a su capacidad de almacenamiento y evacuación de la orina, con la finalidad de un adecuado diagnóstico para la resolución del problema.

METODOLOGÍA

Personal que interviene: El procedimiento se realizará por una Enfermera, un Auxiliar de Enfermería y un Urólogo.

Información Sanitaria: El enfermero informa al usuario del procedimiento a realizar, preservando la intimidad y solicitando su colaboración.

La exploración se realiza de forma ambulatoria y tendrá una duración de unos 45 a 60 minutos.

El estudio, requiere la colocación de sondas de pequeño calibre y electrodos que nos van a medir las presiones generadas en vejiga, uretra, recto, así como la actividad eléctrica del esfínter uretral

OBJETIVO

Describir el manejo y cuidados de los pacientes sometidos a estudios urodinámicos.

Conocer el funcionamiento y recomendaciones de los dispositivos utilizados en este tipo de estudios.

INDICACIONES

Se suele realizar a pacientes con problemas miccionales en:

Enfermedades neurológicas

Traumatismos medulares

Enfermos con incontinencia de orina

Pacientes con dificultad miccional sin causa orgánica aparente

Bacteriurias crónicas recurrentes sin evidencia de causa orgánica

Pacientes sometidos a intervenciones abdominopelvica que pueda haber comprometido la innervación vesicouretral.

INTERVENCIONES

- Se solicita el consentimiento informado al paciente
- La técnica comenzará cuando el paciente sienta ganas de orinar.
- Se comenzará con una flujometría espontánea. La enfermera le indicara al paciente que orine en un recipiente medidor, sentándose en una silla ergonómica si es mujer o de pie si es hombre. En este examen se mide la fuerza y flujo de la orina denominándose "Uroflow". (FIG 1)
- Se coloca al paciente en posición ginecológica para rasurar a ambos lados del ano si lo precisa y secar muy bien la zona para la colocación de los 2 electrodos (rojos) que transmitirán los impulsos eléctricos al registro de EMG y un tercer electrodo (negro) que irá en el muslo. Los 3 electrodos serán fijados con esparadrapo. (FIG 2)
- El Urólogo realizará un tacto rectal y comprobación de reflejos bulbo cavernosos y maniobra de Valsalva, así como la exploración de la sensibilidad con aguja fina.
- Se coloca sonda vesical y rectal. Cada una de ellas se conectará a su correspondiente transductor y finalmente se purgarán. Las sondas serán fijadas a la piel del paciente con esparadrapo para evitar su salida. (FIG. 3, 4 Y 5)
- Se comprueba si el paciente ha vaciado la vejiga por completo extrayendo con una jeringa de 50 cc y este residuo, si lo hubiera, se añade al recipiente medidor del flujometro, con esto se finalizará la primera parte del estudio.
- Antes de conectar al paciente al equipo de presiones se purgará la bomba de infusión. (FIG 6)
- El paciente se levantará de la cama ginecológica y se pasará a la silla ergonómica.
- Se informa al paciente de que se va a proceder al llenado de la vejiga mediante la introducción de agua estéril a través de la sonda vesical y lo hará mediante bomba de infusión. El paciente debe informar de la primera sensación de ganas de orinar u otras posibles molestias. Mientras, el equipo urodinámico realizará registros de las presiones y se pedirá al paciente que tosa, haga esfuerzos (maniobra de Valsalva) para que queden registrados posibles escapes. (FIG. 6)
- Una vez que el paciente indique la imposibilidad de continuar con el llenado, se detiene la infusión de la bomba y la Enfermera le indicará que orine sin retirar ninguna sonda y ningún electrodo, una vez haya orinado, se pasará al paciente a la camilla para comprobar si queda residuo tras el vaciado espontáneo. Si no hubiese orinado de forma espontánea, la Enfermera procederá a la extracción manual del contenido vesical con jeringa de 50cc o sonda de mayor calibre.
- Todo el volumen extraído de la vejiga irá al recipiente medidor para que sea registrado por el flujómetro.
- Tras la retirada de las sondas y electrodos, quedaría por concluida la prueba.



SALA ESTUDIOS URODINAMICOS



FIG. 1 FLUJOMETRO



FIG. 2 MATERIAL



FIG. 3 TRANSDUCTOR ELECTRODOS



FIG. 4 ELECTRODOS

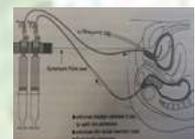


FIG. 5 SONIDAS CONECTADAS

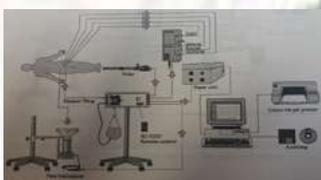


FIG. 5 BOMBA DE INFUSION

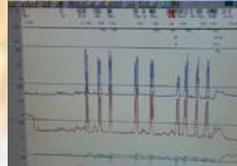


FIG. 6 REGISTRO E. URODINAMICO

CONCLUSIONES

El Estudio urodinámico permite comprobar si hay un buen funcionamiento del tracto urinario, para ello el personal que realiza el estudio debe estar entrenado en esta técnica. Protocolizar las intervenciones nos permite unificar criterios entre los profesionales de Enfermería a cerca de las pautas básicas sobre el manejo de esta técnica, con el fin de evitar complicaciones. Así, logramos aumentar la calidad de los cuidados de Enfermería y facilitar la toma de decisiones.

Resumen: La urodinamia comprende una serie de técnicas con una metodología cuyos conceptos, parámetros y términos están definidos y homologados. La urodinamia estudia la actividad funcional del tracto urinario inferior en sus dos fases: fase de llenado y fase de vaciado. Los estudios urodinámicos se realizan para conocer de una forma objetiva el estado funcional de la vejiga y los esfínteres, en relación a su capacidad de almacenamiento y evacuación de la orina, con la finalidad de un adecuado diagnóstico para la resolución del problema.

Palabras Clave: Urodinamia; flujometría; técnica.

Objetivo

- Describir el manejo y cuidados de los pacientes sometidos a estudios urodinámicos.
- Conocer el funcionamiento y recomendaciones de los dispositivos utilizados este tipo de estudios.

Indicaciones

El estudio urodinámico, se suele realizar a pacientes con problemas miccionales en:

- Enfermedades neurológicas.
- Traumatismos medulares.
- Enfermos con incontinencia de orina.
- Pacientes con dificultad miccional sin causa orgánica aparente.
- Bacteriurias crónicas recurrentes sin evidencia de causa orgánica.
- Pacientes sometidos a intervenciones abdominopélvica que pueda haber comprometido la innervación vesicouretral.

Metodología

- Personal que interviene: El procedimiento se realizará por una Enfermera, un Auxiliar de Enfermería y un Urólogo.
- Información Sanitaria: El enfermero informa al usuario del procedimiento a realizar, preservando la intimidad y solicitando su colaboración.
- La exploración se realiza de forma ambulatoria y tendrá una duración de unos 45 a 60 minutos.
- El estudio, requiere la colocación de sondas de pequeño calibre y electrodos que nos van a medir las presiones generadas en vejiga, uretra, recto, así como la actividad eléctrica del esfínter uretral

Intervenciones

- Se solicita el consentimiento informado al paciente.

- La técnica comenzará cuando el paciente sienta ganas de orinar.
- Se comenzará con una flujometría espontánea. La enfermera le indicará al paciente que orine en un recipiente medidor, sentándose en una silla ergonómica si es mujer o de pie si es hombre. En este examen se mide la fuerza y flujo de la orina denominándose “Uroflow” (Fig. 1).
- Se coloca al paciente en posición ginecológica para rasurar a ambos lados del ano si lo precisa y secar muy bien la zona para la colocación de los 2 electrodos (rojos) que transmitirán los impulsos eléctricos al registro de EMG y un tercer electrodo (negro) que irá en el muslo. Los 3 electrodos serán fijados con esparadrapo.
- El Urólogo realizará un tacto rectal y comprobación de reflejos bulbo cavernosos y maniobra de Valsalva, así como la exploración de la sensibilidad con aguja fina.
- Se coloca sonda vesical y rectal. Cada una de ellas se conectará a su correspondiente transductor y finalmente se purgarán. Las sondas serán fijadas a la piel del paciente con esparadrapo para evitar su salida.
- Se comprueba si el paciente ha vaciado la vejiga por completo extrayendo con una jeringa de 50 cc y este residuo, si lo hubiera, se añade al recipiente medidor del flujómetro, con esto se finalizará la primera parte del estudio.
- Antes de conectar al paciente al equipo de presiones se purgará la bomba de infusión.
- El paciente se levantará de la cama ginecológica y se pasará a la silla ergonómica.
- Se informa al paciente de que se va a proceder al llenado de la vejiga mediante la introducción de agua estéril a través de la sonda vesical y lo hará mediante bomba de infusión. El paciente debe informar de la primera sensación de ganas de orinar u otras posibles molestias. Mientras, el equipo urodinámico realizará registros de las presiones y se pedirá al paciente que tosa, haga esfuerzos (maniobra de Valsalva) para que queden registrados posibles escapes.
- Una vez que el paciente indique la imposibilidad de continuar con el llenado, se detiene la infusión de la bomba y la Enfermera le indicará que orine sin retirar ninguna sonda y ningún electrodo, una vez haya orinado, se pasará al paciente a la camilla para comprobar si queda residuo tras el vaciado espontáneo. Si no hubiese orinado de forma espontánea, la Enfermera procederá a la extracción manual del contenido vesical con jeringa de 50cc o sonda de mayor calibre.
- Todo el volumen extraído de la vejiga irá al recipiente medidor para que sea registrado por el flujómetro.
- Tras la retirada de las sondas y electrodos, quedaría por concluida la prueba.

Conclusiones

El Estudio urodinámico permite comprobar si hay un buen funcionamiento del tracto urinario, para ello el personal que realiza el estudio debe estar entrenado en esta técnica. Protocolizar las intervenciones nos permite unificar criterios entre los profesionales de Enfermería a cerca de las pautas básicas sobre el manejo de esta técnica, con el fin de evitar complicaciones. Así, logramos aumentar la calidad de los cuidados de Enfermería y facilitar la toma de decisiones.

Bibliografía

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M. *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society*. *Neurourol and Urodyn* 2002; 21:167.
2. *ICS: Standardisation of terminology of lower urinary tract function*. *Neurourol. and Urodyn.*, 1988, 7:403-426.
3. El Grupo Español de Urodinámica y de la SINUG. *Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior*. *Actas Actas Urol Esp* v.29 n.1 Madrid ene. 2005.
4. Lloréns Fj, Collado A.: *Flujometría: técnica, aplicaciones y datos*. En *Urodinámica Clínica* 3ª Ed. J. Salinas, J. Romero. Madrid. Ed. Luzán 2002; 5: 137.

Capítulo 113

Evaluación de las órdenes verbales en un servicio de urgencias hospitalarias

Autores:

Almodóvar Mozos, Francisco

Chaves Ramos, Laura

Ruiz González, Flor María

Hernández Arenas, Ángel José

Pérez Jiménez, María del Carmen

García García, Ángel

EVALUACIÓN DE LA ÓRDENES VERBALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA.

INTRODUCCIÓN

La gestión de la seguridad clínica en el servicio de urgencias comprende un amplio espectro de actuaciones, en el que los indicadores de calidad nos permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, en el intento de reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario. El uso de órdenes verbales se ha identificado en la literatura como una práctica poco efectiva que atenta directamente contra la seguridad del paciente. Durante las órdenes verbales se pueden producir una alteración de la comprensión del mensaje, mala transcripción de la orden o falta de claridad del emisor de la orden.

OBJETIVO

Analizar las órdenes de tratamiento verbales que se producen en la unidad de Urgencias Hospitalaria.

Evaluar si existen diferencias entre la orden verbal recibida y el turno de trabajo.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo prospectivo realizado en una unidad de Urgencias Hospitalaria. Se estudiaron las órdenes de tratamiento verbales, entendiéndose como las órdenes de tratamiento escritas en la hoja de enfermería, que posteriormente no aparecían reflejadas en el tratamiento médico. Se elaboró una hoja de recogida de datos que recogía las siguientes variables: sociodemográficas (edad y sexo), motivo de consulta, número de órdenes de tratamiento, número de órdenes verbales, turno de trabajo, orden de medicamento de riesgo, tipo de medicamento, vía de administración y seguimiento del ciclo (escuchar-escribir-leer-confirmar).

Se recogieron las órdenes verbales que se recibieron durante el periodo de estudio y coincidentes con el turno asistencial de los investigadores. A cada paciente se le asignó un código que solo conocía el equipo investigador principal y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidas en una base de datos para su explotación estadística. Se utilizó estadística descriptiva, porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y media, mediana DE y rango intercuartílico para las variables cuantitativas. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS

Se evaluaron las órdenes médicas de 363 pacientes durante el periodo de estudio, donde el 57,5% fueron hombres, figura 1. La edad media de los pacientes se situó en $68,7 \pm 17,4$ con un mínimo de 16 y un máximo de 97 años. Los síntomas por los que consultaron los pacientes mayoritariamente, fueron respiratorios, seguido de código ictus y dolor torácico. La distribución de los pacientes por turno se puede ver en la figura 2. La mediana de órdenes de tratamiento fue de 5 (3-8) con un mínimo de cero y un máximo de 18 órdenes de tratamiento. En la figura 3 se pueden ver el número de órdenes verbales que se emitieron. La media de órdenes verbales se situó en $1,1 \pm 1,7$. El 75% de la muestra recibió menos de 2 órdenes verbales. El 38,8% (38) de las órdenes verbales se emitieron en el turno de tardes, figura 4. La vía intravenosa fue la vía más indicada en la orden verbal. Entre las ordenes verbales se incluían 57 relacionadas con medicamentos de alto riesgo entre los que destacan el cloruro mórfico y la digoxina como los medicamentos de alto riesgo más ordenados. Respecto a los medicamentos de alto riesgo, en ningún caso se usó la técnica del doble chequeo.

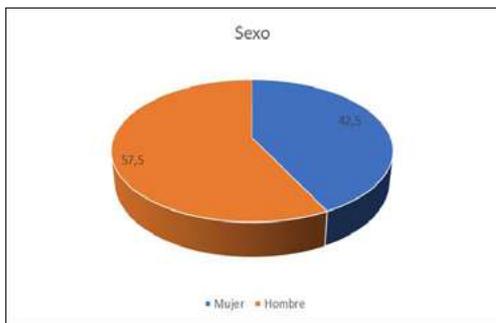


Figura 1

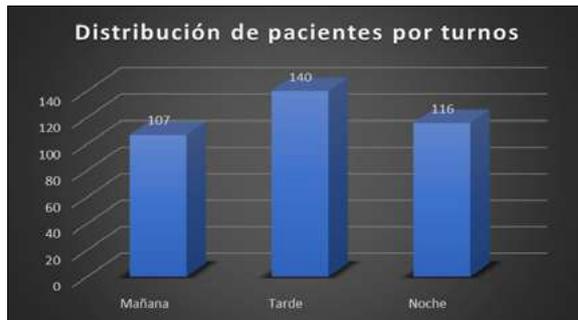


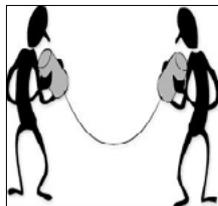
Figura 2



Figura 3



Figura 4



CONCLUSIONES

Existe riesgo relacionado con la seguridad ante el uso de las órdenes verbales. Se necesitaría una protocolización de la comunicación verbal entre profesionales para salvaguardar la seguridad del paciente y la protección jurídica de los profesionales de enfermería.

Resumen: La gestión de la seguridad clínica en el servicio de urgencias comprende un amplio espectro de actuaciones, en el que los indicadores de calidad nos permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, en el intento de reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario. El uso de órdenes verbales se ha identificado como una práctica poco efectiva que atenta contra la seguridad del paciente.

Durante las órdenes verbales se producen alteraciones de la comprensión del mensaje, mala transcripción de la orden o falta de claridad del emisor de la orden.

Palabras Clave: Órdenes; tratamiento; medicamento.

Introducción

Trabajo de investigación sobre las órdenes verbales en un servicio de urgencia hospitalaria, donde se ha comprobado como una práctica poco efectiva que atenta directamente contra la seguridad del paciente.

Objetivo

Analizar las órdenes de tratamiento verbales que se producen en la urgencia hospitalaria y evaluar si existen diferencias entre la orden verbal recibida y el turno de trabajo.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional, descriptivo prospectivo. Se estudian las órdenes verbales, que son aquellas que aparecen en el tratamiento de enfermería, pero no en el tratamiento médico.

La información es recogida durante el periodo correspondiente al turno asistencial de los investigadores. Se elaboró una hoja de recogida de datos que recogía las siguientes variables: socio-demográficas (edad y sexo), motivo de consulta, número de órdenes de tratamiento, número de órdenes verbales, turno de trabajo, orden de medicamento de riesgo, tipo de medicamento, vía de administración y seguimiento del ciclo (escuchar-escribir-leer-confirmar). Se le asigna un código a cada paciente que sólo conoce el investigador y los valores obtenidos fueron introducidos en una base de datos para su explotación estadística. Se utiliza estadística descriptiva, porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y media, mediana DE y rango intercuartílico para las variables cuantitativas. Con el programa SPSS 22.0.

Resultados

Se evaluaron las órdenes médicas de 363 pacientes durante el periodo de estudio, donde el 57,5% fueron hombres.

La edad media de los pacientes se situó en 68,7+17,4 con un mínimo de 16 y un máximo de 97 años. Los síntomas por los que consultaron los pacientes mayoritariamente, fueron respiratorios, seguido de código ictus y dolor torácico.

La mediana de órdenes de tratamiento fue de 5 (3-8) con un mínimo de cero y un máximo de 18 órdenes de tratamiento. La media de órdenes verbales se situó en 1,1+1,7. El 75% de la muestra

recibió menos de 2 órdenes verbales. El 38,8% (38) de las órdenes verbales se emitieron en el turno de tardes. La vía intravenosa fue la vía más indicada en la orden verbal. Entre las ordenes verbales se incluían 57 relacionadas con medicamentos de alto riesgo entre los que destacan el cloruro mórfico y la digoxina como los medicamentos de alto riesgo más ordenados. Respecto a los medicamentos de alto riesgo, en ningún caso se usó la técnica del doble chequeo.

Conclusiones

Existe riesgo relacionado con la seguridad ante el uso de las órdenes verbales. Se necesitaría una protocolización de la comunicación verbal entre profesionales para salvaguardar la seguridad del paciente y la protección jurídica de los profesionales de enfermería.

Bibliografía

1. ISMP España: Instituto para el uso seguro de los medicamentos. (Internet). Seguridad de medicamentos. Prevención de errores de medicación. *Evaluación de las prácticas de seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles* (2007). Otero MJ, Martín MR, Castaño B, en representación del Grupo de Trabajo MSSA. Med Clin (Barc). 2008; 131 (Supl 3):39-47. Disponible en <http://www.ismp-espana.org>.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategias de seguridad del paciente SNS 2015-2020*. (Internet). España. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es>.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Internet) España. Publicaciones 2017. *Boletines sobre errores de medicación*. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2017>.

Capítulo 114

Evolución del peso materno durante la gestación y hasta los 30 días postparto

Autores:

López Pizarro, M^a del Pilar

Núñez-Barranco García, Gema

Ortiz Esquinas, Inma

Carretero Cortés, Irene

Evolución del peso materno durante la gestación y hasta los 30 días postparto

Autores XXXXXXXX, XXXXXXXX, XXXXXXXX, XXXXXXXXXX^a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Introducción

Diversos estudios relacionan la obesidad durante el embarazo con la aparición de complicaciones y peores resultados perinatales. Además es un factor modificable y donde los profesionales de la salud juegan un papel relevante. Actualmente se desconoce que papel juega el embarazo como punto de inflexión en la aparición de la obesidad.

Objetivo Describir la evolución del peso materno a lo largo de la gestación y hasta los 30 días postparto.

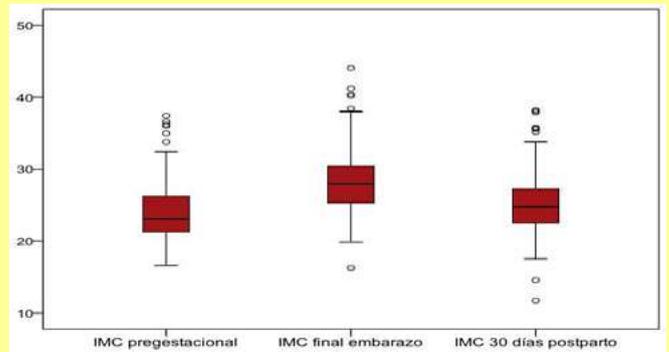
Método

- Estudio de Cohortes prospectivas sobre 248 puérperas que reciben asistencia en el parto durante los meses de octubre de 2017 a enero de 2018 en la Gerencia de Atención Integrada de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX seleccionadas de forma consecutiva.
- Criterios de exclusión: mujeres con recién nacido con muerte fetal anteparto y durante el primer mes tras el nacimiento.
- Las variables resultado principal fueron el Índice de Masa corporal al inicio del embarazo, al finalizar la gestación y a los 30 días postparto, tanto de forma cuantitativa como categorizada.
- Análisis estadístico: SPSS 24.0. Estadística descriptiva por medio de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y media con desviación estándar (DE) para cuantitativas.

Tabla 1. Características de las mujeres a estudio

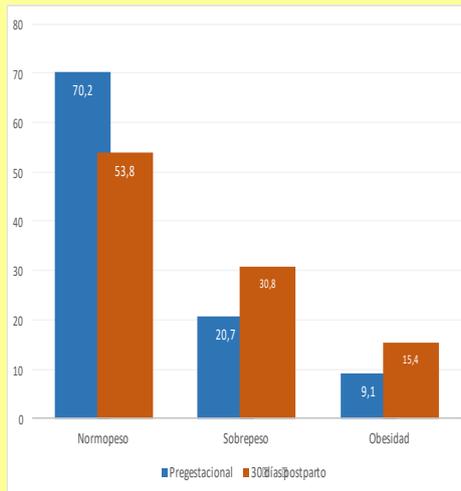
Variables	% (n)	Variables	% (n)
Paridad		Edad Materna	
Nulíparas	45,6% (103)	<35 años	45,6% (103)
Múltiparas	54,4% (135)	>=35 años	54,4% (135)
Estados hipertensivos del embarazo		Prematuridad	
No	98,0% (243)	No	91,5% (227)
Si	2,0% (5)	Si	8,5% (21)
Diabetes		Tipo de gestación	
No	93,1% (231)	Único	96,0% (238)
Si	6,9% (17)	Gemelar	4,0% (10)
Hipotiroidismo		Tipo de parto	
No	87,5% (217)	Eutócico	64,9% (161)
Si	10,5% (31)	Instrumental	10,1% (25)
		Cesárea	25,0% (62)

Gráfico 1. Evolución IMC a lo largo de la gestación y a los 30 días postparto



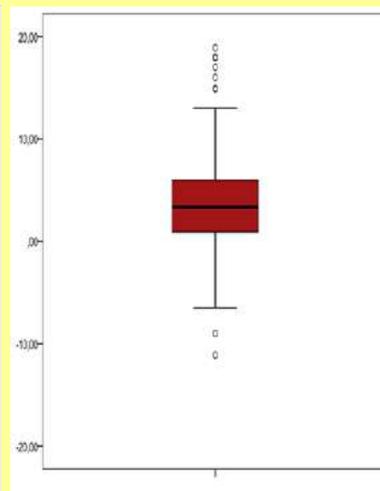
La media del IMC pregestacional fue 23,9 (DE=3,94), al final de la gestación de 28,3 (DE= 4,14) y a los 30 días de 25,2 (DE=4,16).

Gráfico 2. Evolución cualitativa del IMC

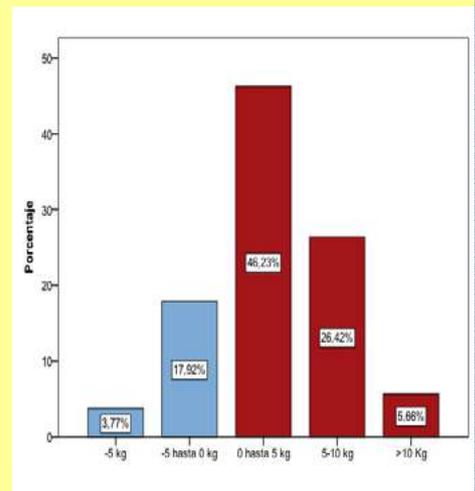


A los 30 días postparto el IMC de un 10,1% de las gestantes ha evolucionado a sobrepeso y un 6,3% a obesas con respecto a sus valores pregestacionales.

Gráfico 3 y 4. Diferencia de peso a los 30 días postparto con respecto al peso pregestacional



La diferencia promedio de recuperación de peso a los 30 días con respecto al peso pregestacional fue de 3,7 kg (DE= 4,7 kg).



El 26,4% permanece con entre 5 a 10 Kg más y un 5,6% hasta con más de 10 Kg con respecto al peso pregestacional.

Conclusiones

Existe un porcentaje elevado de mujeres que a los 30 días postparto no recuperan el peso pregestacional y se convierten en mujeres con sobrepeso y obesas a raíz de su embarazo.

Estas mujeres podrían ser objeto de un seguimiento posterior, incluyéndolas en un programa específico para intentar volver a su peso pregestacional.

Resultados

Resumen: *Objetivo: Describir la evolución del peso materno a lo largo de la gestación y hasta los 30 días postparto.*

Método: Estudio de Cohortes prospectivas sobre 248 puérperas.

Resultados: A los 30 días postparto el IMC de un 10,1% de las gestantes ha evolucionado a sobrepeso y un 6,3% a obesidad con respecto a sus valores pregestacionales.

El 26,4% permanece con entre 5 a 10 Kg más y un 5,6% hasta con más de 10 kg con respecto al peso pregestacional.

Conclusión: Un porcentaje elevado de mujeres se convierten en mujeres con sobrepeso y obesidad a raíz de su embarazo.

Palabras Clave: *Periodo postparto; Índice de masa corporal; obesidad.*

Introducción

Diversos estudios relacionan IMC elevado y el aumento excesivo de peso durante la gestación con la aparición de complicaciones durante el embarazo como pueden ser mayor riesgo de DM gestacional, de preeclampsia y peores resultados perinatales.

Además, es un factor modificable y donde los profesionales de la salud juegan un papel relevante. Se recomienda que el primer momento en el que se debe aconsejar sobre los hábitos alimentarios sea en la visita preconcepcional, dado que es un momento adecuado para valorar la ingesta alimentaria de la mujer y detectar sus necesidades.

La OMS describe la obesidad como la epidemia del siglo XXI. Es una de las principales causas de morbimortalidad y un factor de riesgo para muchas enfermedades. Actualmente se desconoce que papel juega el embarazo como punto de inflexión en la aparición de la obesidad.

Objetivo

Describir la evolución del peso materno a lo largo de la gestación y hasta los 30 días postparto.

Metodología

Estudio de Cohortes prospectivas sobre 248 puérperas que reciben asistencia en el parto durante los meses de octubre de 2017 a enero de 2018 en la Gerencia de Atención Integrada Mancha Centro seleccionadas de forma consecutiva.

Criterios de exclusión: mujeres con recién nacido con muerte fetal anteparto y durante el primer mes tras el nacimiento.

Las variables resultado principal fueron el Índice de Masa Corporal al inicio del embarazo, al finalizar la gestación y a los 30 días postparto, tanto de forma cuantitativa como categorizada.

Análisis estadístico: SPSS 24.0. Estadística descriptiva por medio de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y media con desviación estándar (DE) para cuantitativas.

Resultados

- Características demográficas de la muestra: Un 45,6 % de nulíparas y un 54,4% de multíparas. El 45,6 % tenía más de 35 años.
- Durante la gestación el 2% de las puérperas había sido diagnosticada de estados hipertensivos del embarazo, el 6,9% DM Gestacional y el 10,5% de hipotiroidismo.
- El 96% eran gestación única y el 4% gestación gemelar.
- El 8,5 % de los RN fue pretérmino.
- Con respecto al tipo de parto el 64,9% fue parto eutócico, el 10,1 % instrumental y el 25 % cesárea.
- En cuanto a la evolución del IMC a lo largo de la gestación y el postparto la media de IMC pregestacional fue de un 23,9 (DE=3,94), al final de la gestación de un 28,3 (DE= 4,14) y a los 30 días postparto de un 25,2 (DE=4,16).
- Al comparar de manera categorizada el IMC previo a la gestación y a los 30 días postparto se observa que el 10,1 % de las gestantes ha evolucionado a sobrepeso y el 6,3% a obesidad con respecto a los valores pregestacionales.
- La diferencia promedio de peso a los 30 días postparto fue de un aumento de 3,7 Kg (DE= 4,7 kg) con respecto al peso pregestacional.
- Al mes postparto el 26,4 % de las puérperas ha aumentado entre 5 y 10 Kg, y que un 5,6% permanece con más de 10 Kg con respecto a su peso antes del embarazo.

Conclusión

Existe un porcentaje elevado de mujeres que a los 30 días postparto no recuperan el peso pregestacional y se convierten en mujeres con sobrepeso y obesas a raíz de su embarazo.

Estas mujeres podrían ser objeto de un seguimiento posterior, incluyéndolas en un programa específico para intentar volver a su peso pregestacional.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf (último acceso 30 abril 2018).

2. Fernández Alba JJ, Paublete Herrera MD, González Macías MD, Carral San Laureano F, Carnicer Fuentes C, Vilar Sánchez Á, Torrejón Cardoso R, Moreno Corral LJ. *Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea*. *Nutr Hosp* 2016 Nov 29;33(6):1324-1329.

3. Carrillo SM, Pérez Guillén A, Hernández Hernández RA, Herrera Mogollón HA. *Anthropometric nutritional evaluation of the pregnant women and its relation with the product of the gestation*. *Nutr Hosp*. 2010 Sep-Oct;25(5):832-7.

4. Hernández-Higareda S, Pérez-Pérez OA, Balderas-Peña LM, Martínez-Herrera BE, Salcedo-Rocha AL, Ramírez-Conchas RE. *Maternal metabolic diseases related to pre-pregnancy overweight and obesity in mexican women with high risk pregnancy*. *Cir Cir*. 2017 Jul - Aug;85(4):292-298.

Capítulo 115

Factores relacionados con la malnutrición infantil en España

Autores:

Ortega Santiago, Esperanza

García Díaz del Campo, Celia

Moya López, Lorena

Talavera García, Irene

Valero Carnicel, Sara

FACTORES RELACIONADOS CON LA MALNUTRICION INFANTIL EN ESPAÑA

Moya López Lorena, Valero Carnicel Sara, García Díaz Del Campo Celia, Ortega Santiago Esperanza, Talavera García Irene
Graduadas en enfermería por la Universidad de Castilla- La Mancha, Facultad de Ciudad Real.

INTRODUCCION

El trabajo que enfoca la malnutrición causada por los cambios en la alimentación que ha tenido lugar en los últimos años dentro de una etapa específica, la infancia.

Se enfatiza en la importancia de la alimentación en la infancia por ser la etapa mas importante del ciclo vital para el desarrollo del ser humano.

Considerando que en los últimos años ha aumentado el riesgo de pobreza infantil en España. Valorando las secuelas de estas consecuencias y la intervención de enfermería dentro de esta causa dando importancia a los controles pediátricos y la educación para la salud en la población mas precaria.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es relacionar que las condiciones socioeconómicas y el tipo de políticas desfavorables tienen consecuencias perjudiciales sobre la alimentación y los estilos de vida de la población infantil.



MATERIAL Y METODO

Para elaborar este TFG se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando las palabras clave, criterios de inclusión/ exclusión y el periodo de tiempo de la búsqueda .

Hemos trabajado basándonos en varias fuentes bibliográficas (Google Academico Search, SESPAS, Scielo o Medine Plus Search, Cuiden, Pubmed y Cochrane Plus).

Según estas condiciones obtuvimos la siguiente documentación: 22 artículos, 3 estudios y 2 libros. Con toda la documentación se realizó un estudio estructurado de la información para redactar el trabajo.



RESULTADOS

CAUSAS

El análisis de la información obtenida a través de la revisión bibliográfica nos llevo a definir cinco causas principales para la malnutrición infantil en España. Podemos destacar que algunas de ellas relevaban mayor importancia que otras debido a su nivel de aparición en las distintas fuentes.

- 1. CRISIS ECONOMICA :** La población infantil es muy vulnerable a los efectos de la crisis económicas, ya que se asocian a un aumento de las desigualdades sociales y estas son predictoras de desigualdades en la salud y en la vida adulta.
- 2. ENTORNO:** Puede afectar al desarrollo de autorregulación y el desarrollo cognitivo de la infancia.
- 3. CAMBIOS ALIMENTARIOS:** El 46% de la población española ha cambiado de hábitos alimentarios, hacia la compra de alimentos mas baratos.
- 4. INSEGURIDAD ALIMENTARIA:** Contribuye al consumo de dietas menos variadas y de alimentos preparados.
- 5. RECURSOS SOCIALES:** Muchas personas dependen de los recursos sociales públicos y privados para alimentarse.

CONSECUENCIAS

Obesidad

• La pobreza y la falta de educación son causa de obesidad, y la calidad de la dieta esta muy relacionada.

Enfermedades Cardiovasculares

• La evolución hacia un estilo de vida con mas factores de riesgo producen en la edad adulta ECV, que son la primera causa de muerte en España.

Alteraciones Psíquicas

• Existe evidencia de una peor salud general mental en los menores de familias vulnerables .

Cambios en el desarrollo

• Debido a su sensibilidad puede evaluar el impacto sobre el estado nutricional y la salud debido a procesos socioeconómicos.

PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA MALNUTRICION

La enfermera en el ámbito de la nutrición pediátrica es fundamental para contribuir al logro de la "prevención", "detección" y "corrección" de los posibles factores que influyen en la aparición de dicho problema. Esta actividad la lleva a cabo mediante los siguientes aspectos;

- a) Valoración del estado nutricional en la población infantil:** una de las mas significativas, nos permite clasificar el estado nutricional en dos categorías mediante la recogida de las medidas del niño por medio de la antropometría, percentiles y el consejo nutricional.
- b) Abordaje desde la atención primaria:** los equipos de atención primaria se hallan en una situación idónea para poner en practica para potenciar a la familia y su entorno
- c) Nutrición comunitaria:** se basa en identificar y evaluar programas de intervención nutricional mediante diferentes estrategias orientadas hacia el medio laboral, escolar, colectivos de riesgo o población en general.



PREVENCION

La prevención es uno de los aspectos mas relevantes en este ámbito, por lo que se debe aplicar la prevención a nivel en educación, sanidad y en todo el ámbito nacional, ya que es mas importante favorecer la prevención antes que el tratamiento.

Los efectos son mayores y los costes menores cuando se actúa de forma temprana, por lo que las intervenciones destinadas a menores en situación de pobreza y a sus familiares son efectivas a la hora de reducir las desigualdades.

CONCLUSION

Los deterioros producidos en la sociedad han dado lugar a peores condiciones y cambios importantes en los estilos de vida.

Actualmente, podemos observar carencias y excesos de peso en los niños. Ambos extremos causaran consecuencias negativas.

El niño esta expuesto a situaciones de deprivación psicosocial, afectiva o estrés en el hogar.

La enfermería aporta procedimientos para la detección de estos casos

Resumen: Los primeros años de vida de una persona determinan en gran medida su posterior desarrollo como a lo largo del ciclo vital, ya que determinadas capacidades solo pueden adquirirse durante la infancia, para ello es fundamental una adecuada nutrición.

El incremento de los casos de pobreza infantil en España han derivado en cambios en el entorno del menor, entre ellos podemos destacar cambios en el estilo de vida, principalmente en la dieta.

La crisis económica ha provocado la inseguridad alimentaria de muchos hogares. Esto ha dado lugar a un aumento de la malnutrición en el ámbito de la infancia.

Palabras Clave: Alimentación; obesidad; malnutrición.

La infancia es considerada la fase de desarrollo más importante de todo el ciclo vital. Es un período esencial en la constitución del ser humano, de sus competencias, habilidades y de su manera de relacionarse con el mundo.

Durante la niñez se llevan a cabo importantes procesos de maduración y aprendizaje que son los que le permiten interactuar, integrarse y desarrollar al máximo como persona, por lo tanto, el sano desarrollo infantil se ha relacionado con la disminución de problemas tales como: la obesidad, el sedentarismo, las dificultades en el desarrollo psicomotor, entre otros.

Este periodo es fundamental debido a que determinadas capacidades solo pueden adquirirse en un determinado periodo de la vida; además se determinan habilidades cruciales para el éxito a medio y largo plazo, como son establecer relaciones de apego, aprender a explorar y comunicar, regular las conductas y las emociones.

La alimentación infantil en esta etapa de crecimiento, es una herramienta indispensable para la promoción de la salud, pues es donde se fraguan futuras patologías como diabetes, cáncer de colon e hipertensión.

Cada vez hay más investigaciones que muestran la importancia de una correcta nutrición para el buen desarrollo y salud del niño y adolescente y el impacto para el futuro tanto a nivel personal como comunitario.

Según un informe realizado en el año 2011, el 25% de los menores de dieciséis años sufría malnutrición, según datos de diversas entidades del sector social. La crisis económica ha llevado a muchas familias al desempleo y a la precariedad, y esto ha repercutido en la calidad de vida, viéndose la alimentación afectada directamente. En la encuesta realizada en el mismo año sobre condiciones de vida, el 70% de los encuestados respondía que para reducir su gasto, lo primero que se afectaba era el gasto energético y el 41% cambiaba sus costumbres de consumo en alimentación.

La actual crisis económica ha tenido y tiene un impacto importante en el bienestar de la infancia en España. La intensidad de la pobreza entre la población infantil se habría mantenido estable entre 2004 y 2007, pero a partir del año 2008 habría ido aumentando hasta alcanzar el máximo en 2010 y 2011. Con la llegada de la crisis económica, los niños pobres vieron empeorar en grado alarmante su situación.

El consejo económico y social alertan que casi 3 millones de niños están en riesgo de pobreza y exclusión social. El 30% ya está por debajo del umbral de la pobreza.

En comparación con el resto de los países europeos, España ha pasado a colocarse como el segundo país con la tasa de pobreza infantil más alta.

España es uno de los países miembros de la Unión Europea que menos recursos dedican a política social particularmente destinada a los niños y a las familias. También, a partir de un análisis de las diferentes fuentes de ingresos de los hogares, se ha hecho evidente que las políticas actuales de asistencia social, ayuda a las familias, ayudas por vivienda o supervivencia tienen una capacidad reductora de la pobreza infantil muy pequeña. Únicamente las prestaciones de paro han conseguido incrementar la capacidad de lucha contra la pobreza infantil entre los años 2010 y 2012. En conjunto, los resultados ponen en evidencia la escasa capacidad de la actual política social en España en la lucha contra la pobreza infantil.

La población infantil constituye uno de los grupos más vulnerables de la población en la actual crisis económica, ya que carece de voz propia para opinar sobre las medidas que le afectan directamente y únicamente sufren las consecuencias de la crisis.

El hecho de nacer en un hogar pobre resulta ser la principal fuente de desigualdades a lo largo de la vida de una persona, tendremos que considerar la desigualdad social como variable para explicar las diversas maneras de alimentarse.

Uno de los efectos de la malnutrición radica en el incremento de niños con sobrepeso y obesidad en España, que presenta una cifra del 44,5% en los niños de 6 a 9 años. En 2011 el 19% de los niños españoles eran obesos, cifra que supera el 16% de los Estados Unidos.

Los estragos que provoca la malnutrición que se padecen en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirán alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles, sin embargo, la desnutrición infantil no es solo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones.

Por lo que tendremos que valorar acerca de la precarización en las estrategias alimentarias y en el estado de salud de la población, ya que la principal riqueza de un país reside en su capital humano.

El papel de la enfermería en la malnutrición infantil tiene gran importancia. En primer lugar, la Atención Primaria de Salud (APS) es donde se lleva a cabo el seguimiento y evaluación del estado nutricional. Se realiza por medio de los controles pediátricos es donde se lleva a cabo la evaluación del crecimiento y el desarrollo; es un sensible indicador de salud y nutrición. En segundo lugar, es donde se realiza la educación para la salud.

Por lo tanto, la nutrición comunitaria es una estrategia para reducir la pobreza, eliminar la desnutrición y reducir la mortalidad infantil.

Bibliografía

1. Moro M, Málaga M, Madero L. Asociación Española de Pediatría. *Tratado de Pediatría*. 11ª Edición.
2. Ortiz-Andrellucchi A, Serra-Majem L. *Desnutrición infantil en el mundo: ¿Sentimiento de culpa o vergüenza?* ONG Nutrición sin fronteras, Grupo de Investigación en Nutrición. Departamento de Ciencias clínicas. Universidad de las palmas de Gran Canaria. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). 2007; 5(3):109-114.
3. Bueno M, Sarria A, Pérez-González J.M. *Nutrición en Pediatría*.
4. Sánchez Echenique, M. *Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil*. *Pediatría. Sección de Evaluación y Calidad Asistencia. Atención Primaria*. Servicio Navarro de Salud.
5. Pascual Roig C, González de Castro, L. Informe. *La regresión de los derechos de la infancia en España 2007-2013*. Educo. Cooperación y Educación para la infancia.

Capítulo 116

Fenómeno tracking: Abordaje enfermero

Autores:

Ladero Torrijos, María José

Manzano Silva, Beatriz

Clemente Nieto, Encarnación

FENOMENO TRACKING: ABORDAJE ENFERMERO

Introducción

El término "tracking" es un anglicismo utilizado para referirse al arrastre de la obesidad a lo largo de los años, en concreto el paso de la obesidad infantil a la obesidad en la edad adulta. La obesidad en niños y adolescentes se ha incrementado significativamente a nivel mundial con graves consecuencias para la salud pública. El incremento de la prevalencia en los últimos años, guarda relación con factores ambientales como el sedentarismo y hábitos dietéticos inadecuados, además de elementos internos y externos relacionados con la motivación de seguir conductas saludables.

Existen evidencias que demuestran que el tratamiento multidisciplinar es una vía importante para paliar la obesidad infantil, es por ello que el personal de enfermería en su día a día, tiene la oportunidad de desarrollar funciones de educación para la Salud que contribuyan a mejorar la captación de niños y niñas con sobrepeso, obesidad o factores de riesgo relacionados con estilos de vida no saludables.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con la obesidad infantil, el fenómeno tracking y las principales intervenciones de enfermería para abordar este problema. La búsqueda se realizó en los siguientes recursos: Pubmed, Cochrane, Google Académico y búsqueda manual en revistas de enfermería. Las palabras clave utilizadas fueron childhood, obesity, nursing, educational intervention. Tipo de documentos: Estudios primarios, Revisiones sistemáticas y resúmenes estructurados. Los filtros utilizados fueron: trabajos publicados en los últimos 10 años, en castellano e inglés con intervenciones realizadas en la infancia.

Resultados

Se obtuvieron 16 trabajos que se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos, 2 estudios primarios y 12 revisiones sistemáticas. De los documentos revisados, se considera pertinente señalar la información que a continuación se describe en los gráficos y tablas, para respaldar el papel de enfermería en el abordaje de la obesidad infantil y el fenómeno tracking.

Conclusiones

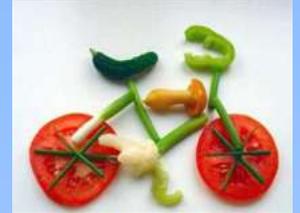
Los profesionales de enfermería participan activamente en todos los aspectos relacionados con la atención clínica a la obesidad desde la prevención, detección de casos, tratamiento y mantenimiento del peso saludable. La educación nutricional y la promoción de la actividad física, junto con la modificación del comportamiento, disminución de las actividades sedentarias y la colaboración de la familia se muestran como las medidas más eficaces encontradas en la literatura para la prevención de la obesidad infantil

Objetivo

Evaluar las intervenciones de enfermería que han mostrado ser eficaces para el abordaje de la obesidad infantil.

Factores de riesgo

Mayor prevalencia en varones	Peso al nacer > 3500 gr
Edad entre 6 y 13 años	Ausencia de lactancia materna
Bajo nivel de instrucción materno	Ingesta elevada de grasa (38% Kcal)
Nivel socioeconómico bajo	Consumo elevado de bollería, embutidos y refrescos
No practicar deporte	Bajo consumo de frutas y verduras
Actividades sedentarias (ver TV más de 3h/día)	Región sur y Canarias



EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud es una herramienta que se utiliza tanto para la prevención como en el tratamiento de la obesidad infantil. Los profesionales de enfermería colaborarán en programas de educación para la salud sobre hábitos saludables, incidiendo en una dieta equilibrada y variada y en el fomento de la actividad física.



EJERCICIO FÍSICO

La práctica de actividad física durante la etapa de formación del niño es importante tanto en el bienestar físico, mental y los aspectos sociales del crecimiento y desarrollo. Cada vez es más común que los niños ocupen su tiempo de ocio en actividades sedentarias como ver la televisión o jugar a los videojuegos.



TRATAMIENTO DIETETICO

La nutrición es un elemento fundamental en el tratamiento de la obesidad infantil y juvenil. Para ello es conveniente ajustar el aporte de energía necesario para que no se produzcan desequilibrios que provoquen el aumento del peso corporal, cuestión que provoca numerosos inconvenientes para los profesionales dedicados a la lucha contra la obesidad.



TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Es necesario destacar el papel que los padres representan en la modificación del estilo de vida de sus hijos. Las interacciones familiares se establecen como una fuente importante de implementar y mantener cambios del estilo de vida.



TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Es necesario contar con un equipo multidisciplinario, que incluya pediatras, enfermeros, nutricionistas, expertos en Educación Física, terapeutas, trabajadores sociales, así como con la colaboración de los padres, profesores y responsables políticos.



Resumen: El término "tracking" es un anglicismo utilizado para referirse al arrastre de la obesidad a lo largo de los años, en concreto el paso de la obesidad infantil a la obesidad en la edad adulta. El incremento de la prevalencia guarda relación con factores ambientales como el sedentarismo y hábitos dietéticos inadecuados, además de elementos internos y externos relacionados con la motivación de seguir conductas saludables. Existen evidencias de que el tratamiento multidisciplinar es una vía importante para paliar la obesidad infantil, es por ello que el personal de enfermería tiene la oportunidad de desarrollar funciones de educación para la Salud.

Palabras Clave: Fenómeno tracking; enfermería; Obesidad pediátrica.

Resultados

Se obtuvieron 16 trabajos que se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos, 2 estudios primarios y 12 revisiones sistemáticas.

De los documentos revisados, se considera pertinente señalar la información que a continuación se describe en los gráficos y tablas, para respaldar el papel de enfermería en el abordaje de la obesidad infantil y el fenómeno tracking.

Objetivos

Evaluar las intervenciones de enfermería que han mostrado ser eficaces para el abordaje de la obesidad infantil.

Factores de riesgo

- Mayor prevalencia en varones.
- Peso al nacer > 3500 gr Edad entre 6 y 13 años.
- Ausencia de lactancia materna.
- Bajo nivel de instrucción materno.
- Ingesta elevada de grasa (38% Kcal).
- Nivel socioeconómico bajo.
- Consumo elevado de bollería, embutidos y refrescos.
- No practicar deporte.
- Bajo consumo de frutas y verduras.
- Actividades sedentarias (ver TV más de 3h/día).
- Región sur y Canarias.

Educación para la salud

La educación para la salud es una herramienta que se utiliza tanto para la prevención como en el tratamiento de la obesidad infantil. Los profesionales de enfermería colaboraran en programas de educación para la salud sobre hábitos saludables, incidiendo en una dieta equilibrada y variada y en el fomento de la actividad física.

Ejercicio físico

La práctica de actividad física durante la etapa de formación del niño es importante tanto en el bienestar físico, mental y los aspectos sociales del crecimiento y desarrollo. Cada vez es más común que los niños ocupen su tiempo de ocio en actividades sedentarias como ver la televisión o jugar a los videojuegos.

Tratamiento dietético

La nutrición es un elemento fundamental en el tratamiento de la obesidad infantil y juvenil. Para ello es conveniente ajustar el aporte de energía necesario para que no se produzcan desequilibrios que provoquen el aumento del peso corporal, cuestión que provoca numerosos inconvenientes para los profesionales dedicados a la lucha contra la obesidad.

Tratamiento cognitivo-conductual

Es necesario destacar el papel que los padres representan en la modificación del estilo de vida de sus hijos. Las interacciones familiares se establecen como una fuente importante de implementar y mantener cambios del estilo de vida.

Tratamiento multidisciplinar

Es necesario contar con un equipo multidisciplinario, que incluya pediatras, enfermeros, nutricionistas, expertos en Educación Física, terapeutas, trabajadores sociales, así como con la colaboración de los padres, profesores y responsables políticos.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería participan activamente en todos los aspectos relacionados con la atención clínica a la obesidad desde la prevención, detección de casos, tratamiento y mantenimiento del peso saludable. La educación nutricional y la promoción de la actividad física, junto con la modificación del comportamiento, disminución de las actividades sedentarias y la colaboración de la familia se muestran como las medidas más eficaces encontradas en la literatura para la prevención de la obesidad infantil.

Bibliografía

1. Abenza Guillamón, J. L., Azorit Jiménez, A. & al., e., (2010). *Documento de consenso sobre la alimentación en Centros educativos*, Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
2. *Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria* (2008). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Cusicuna Quispe Evelin, *Conocimientos de los padres sobre la prevención de la obesidad en escolares en una institución educativa de Lima* (tesis) 2014 [consultado el día 6/05/2016] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4121/1/Quispe_ce.pdf.
4. Allain-Regnault M, Bwibo N, Chigier E, Franzkowiak P, Jeanneret O, Jegede O, et al. *La salud de los jóvenes un desafío para la sociedad*. Informe técnico 731. Organización Mundial de la Salud, Grupo estudio de la OMS; 1986. Report No.: 0509-2507.

Capítulo 117

Fisioterapia respiratoria en bronquiolitis infantil

Autores:

Del Casar Martín, Laura

García Torres, Pedro

Díaz Calamardo, María Ramona

Huertas Valencia, Marcelina

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN BRONQUIOLITIS INFANTIL

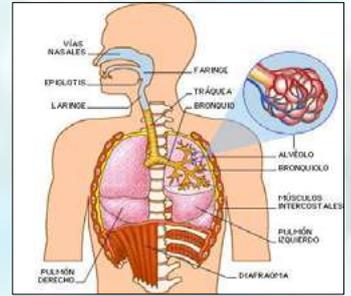
INTRODUCCIÓN

Se denomina bronquiolitis infantil, al primer episodio de infección respiratoria acompañado de dificultad respiratoria con sibilancias y/o crepitaciones en la auscultación, en un paciente menor de 2 años. Causada en el 90% de los casos por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Es la principal infección viral de las vías respiratorias inferiores, provocando inflamación y edema de la submucosa peribronquial y necrosis de las células epiteliales (hipersecreción y broncoespasmo).



OBJETIVOS

- Eliminar las secreciones que se acumulan desde la nariz hasta las zonas más profundas de los pulmones.
- Reducir la obstrucción de las vías aéreas y del trabajo ventilatorio y favorecer el intercambio gaseoso.
- Reducir las secuelas que pueden quedar en las infecciones, como la falta de elasticidad y aparición de cicatrices en el parénquima.
- Mejorar la alimentación y el sueño.
- Evitar complicaciones e ingresos.



METODOLOGÍA

A. Técnicas Espiratorias Lentas

- **Espiración Lenta Prolongada (ELPr)**. Tiene como objetivo expulsar las secreciones bronquiales que hay acumuladas desde los bronquiolos más distales hasta la tráquea para ser expulsados por la boca. Se realiza mediante una presión toraco-abdominal mientras que el niño realiza una espiración, llegando así al volumen residual. Obteniendo mayor volumen espiratorio.

- **Bombero Traqueal Espiratorio (BTE)**. Para conseguir el arrastre de secreciones se realiza una presión a lo largo de la tráquea con el cuello en hiperextensión. Sólo puede realizarse en niños muy pequeños, cuando los cartílagos de su tráquea son muy deformables.



B. Técnica de Espiración Forzada

- **Tos Provocada**. Se basa en el mecanismo de la tos refleja inducido por la estimulación de los receptores mecánicos situados en la pared de la tráquea extra-torácica. Eliminando las secreciones de las vías respiratorias proximales.

C. Técnica de Inspiración Forzada

- **Desobstrucción Rinofaríngea Retrógrada (DRR)**. Al final del tiempo espiratorio, cerrar la boca del niño con la mano, elevando la mandíbula y forzándole a realizar una nasosucción (inspiración forzada por la nariz).



RESULTADOS

Las técnicas de fisioterapia respiratoria han demostrado en la práctica clínica: la descongestión bronquial, disminución de la insuflación pulmonar y aumento del reclutamiento alveolar; que pueden mejorar el estado del paciente, pero sólo inmediatamente después del tratamiento, desapareciendo poco tiempo después.

CONCLUSIONES

La fisioterapia respiratoria aplicada en pacientes pediátricos con bronquiolitis, no ha demostrado según los estudios revisados, ser beneficiosa. Ya que no disminuye la puntuación de la gravedad clínica, los días de estancia hospitalaria ni los días que necesitan dichos pacientes para recuperarse. Además puede provocar efectos adversos como: rotura de costillas, vómitos, desaturación, agitación, desestabilización respiratoria, etc.

Resumen: *Introducción: la bronquiolitis infantil es una infección respiratoria de las vías inferiores en pacientes menores de 2 años, causada mayormente por el Virus Respiratorio Sincitial. Objetivos: mejorar la capacidad respiratoria general y eliminar secreciones. Metodología: uso de diversas técnicas en espiración e inspiración para el arrastre y eliminación de las secreciones. Resultados: la aplicación de técnicas fisioterápicas sólo son efectivas inmediatamente después del tratamiento.*

Conclusiones: la fisioterapia respiratoria en bronquiolitis infantil no es del todo beneficiosa.

Palabras Clave: *Infección; secreciones; espiración.*

Introducción

Se denomina bronquiolitis infantil, al primer episodio de infección respiratoria acompañado de dificultad respiratoria con sibilancias y/o crepitaciones en la auscultación, en un paciente menor de 2 años. Causada en el 90% de los casos por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Es la principal infección viral de las vías respiratorias inferiores, provocando inflamación y edema de la submucosa peribronquial y necrosis de las células epiteliales (hipersecreción y broncoespasmo).

Objetivos

- Eliminar las secreciones que se acumulan desde la nariz hasta las zonas más profundas de los pulmones.
- Reducir la obstrucción de las vías aéreas y del trabajo ventilatorio y favorecer el intercambio gaseoso.
- Reducir las secuelas que pueden quedar en las infecciones, como la falta de elasticidad y aparición de cicatrices en el parénquima.
- Mejorar la alimentación y el sueño.
- Evitar complicaciones e ingresos.

Metodología

A. Técnicas Espiratorias Lentas

- Espiración Lenta Prolongada (ELPr). Tiene como objetivo expulsar las secreciones bronquiales que hay acumuladas desde los bronquiolos más distales hasta la tráquea para ser expulsados por la boca. Se realiza mediante una presión toraco-abdominal mientras que el niño realiza una espiración, llegando así al volumen residual. Obteniendo mayor volumen espiratorio.
- Bombeo Traqueal Espiratorio (BTE). Para conseguir el arrastre de secreciones se realiza una presión a lo largo de la tráquea con el cuello en hiperextensión. Sólo puede realizarse en niños muy pequeños, cuando los cartílagos de su tráquea son muy deformables.

B. Técnica de Espiración Forzada

- Tos Provocada. Se basa en el mecanismo de la tos refleja inducido por la estimulación de los receptores mecánicos situados en la pared de la tráquea extra-torácica. Eliminando las secreciones de las vías respiratorias proximales.

C. Técnica de Inspiración Forzada

- Desobstrucción Rinofaríngea Retrógrada (DRR). Al final del tiempo espiratorio, cerrar la boca del niño con la mano, elevando la mandíbula y forzándole a realizar una nasos- absorción (inspiración forzada por la nariz).

Resultados

Las técnicas de fisioterapia respiratoria han demostrado en la práctica clínica: la descongestión bronquial, disminución de la insuflación pulmonar y aumento del reclutamiento alveolar; que pueden mejorar el estado del paciente, pero sólo inmediatamente después del tratamiento, desapareciendo poco tiempo después.

Conclusiones

La fisioterapia respiratoria aplicada en pacientes pediátricos con bronquiolitis, no ha demostrado según los estudios revisados, ser beneficiosa. Ya que no disminuye la puntuación de la gravedad clínica, los días de estancia hospitalaria ni los días que necesitan dichos pacientes para recuperarse. Además puede provocar efectos adversos como: rotura de costillas, vómitos, desaturación, agitación, desestabilización respiratoria, etc.

Bibliografía

1. Pérez Rodríguez MJ, Otheo De Tejada Barasoain E, Ros Pérez P. *Bronquiolitis en pediatría; puesta en día*. Inf Ter Sis Nac Salud. 2010 Mar.
2. Callejón A, Oliva C, Callejón G, Marrero C, Rodrigues E. *Infección respiratoria por virus respiratorio sincitial*. Bronquiolitis. BSCP Can Ped. 2004; 28 (2 y 3): 249-264.
3. García Lucas I, Pellicer Alonso M, Paniagua Román S, Gálvez Domínguez DM, Arcas Patricio MA, León Castro J. *Fisioterapia en pediatría*. In manual de fisioterapia: Neurología, Pediatría y Fisioterapia Respiratoria. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): MAD S.L; 2004. p.507-534.
4. Güell M. R, Díez J. L, Sanchís J. *Rehabilitación respiratoria y fisioterapia respiratoria. Un buen momento para el impulso*. Arch Bronconeumol. 2008; 44 (1): 35-40.
5. González L, Souto S. *La fisioterapia respiratoria en España: una aproximación a la realidad*. Rev Iberoam Fisioter Kinesol y Kinesiología 2005; 8(2): 45-47.

Capítulo 118

Gestante fumadora y problemas de salud en el recién nacido

Autora:

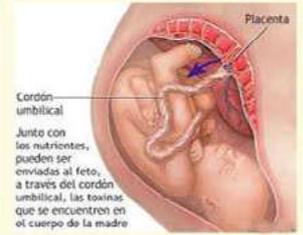
López Ramírez, María Dolores

GESTANTE FUMADORA Y PROBLEMAS DE SALUD EN EL RECIEN NACIDO



INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo la madre le proporciona al bebé oxígeno y nutrientes y también puede transmitirle sustancias químicas nocivas. Cuando ésta fuma, le pasa al bebé en gestación las 7.000 sustancias químicas tóxicas y cancerígenas que se encuentran en los cigarrillos. La OMS considera el Tabaquismo como el factor de riesgo modificable más importante para evitar un resultado adverso en el embarazo.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Feto; de madre obesa, con diabetes gestacional y fumadora de 15 cigarrillos/día; que a las 33 semanas y 2 días de gestación se le detecta bradicardia sinusal que hace necesaria cesárea de urgencia para preservar su integridad ; ingresa en UCI pediátrica tras nacimiento por su gravedad e inmadurez. Varón, 1520g de peso al nacer, Tª 36°C, FC 125 lx', FR 34 r/min, TA 47/27 mmHg; hipoglucemia inicial de 23mg/dl y distrés respiratorio.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Se realiza por el personal de enfermería.

- Cuidados al RN: satisfacción de todas sus necesidades (higiene, confort, nutrición, hidratación, eliminación, seguridad, oxigenación, etc.) con el añadido de su gran vulnerabilidad y fragilidad ocasionada por su inmadurez por su prematuridad, necesidad de ingreso en UCI pediátrica (gran tecnificación y especialización de cuidados), pruebas invasivas y no invasivas, administración de medicación, control de constantes, extracción de analíticas, canalización de vías, colocación de sondas, etc.
- Educación sanitaria a la madre sobre los efectos perjudiciales del tabaco en el desarrollo y salud del feto, en su propia salud y los beneficios de no fumar.

Efectos en las madres

- Dificultad para quedar embarazada
- Placenta que se desprende del útero antes de tiempo y causa sangrado
- Placenta que cubre el cuello uterino y causa complicaciones
- Ruptura de la fuente antes de tiempo
- Embarazo fuera del útero (ectópico)

- Fumar cigarrillos causa estos efectos en la salud.
- El tabaquismo puede causar estos efectos en la salud, pero se necesitan más estudios que confirmen.

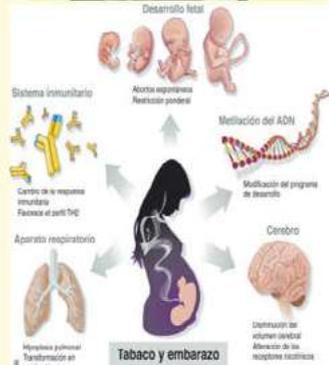
Efectos en los bebés

- Nacer muy pequeño
- Nacer antes de tiempo
- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Muerte del feto
- Muerte del lactante
- Aborto espontáneo
- Ciertos tipos de defectos congénitos como:
 - Labio o paladar hendido
 - Pie zambó
 - Gastroquisis
 - Algunos defectos del corazón



DISCUSIÓN

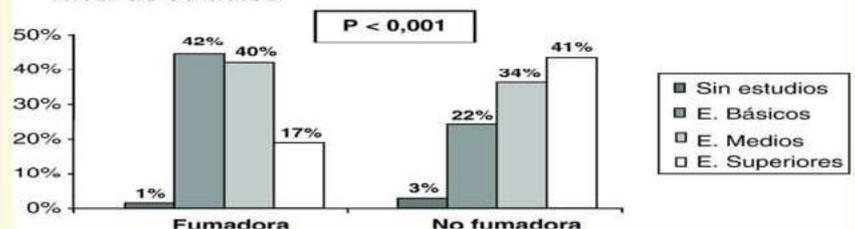
- El consumo de cigarrillos durante el embarazo se considera una de las principales causas de efectos dañinos sobre el bebé.
- Los hijos de madres fumadoras muchas veces nacen prematuros, con bajo peso y menos saludables. Tienen menor función pulmonar, tanto al nacer como a lo largo de su vida. Sufren asma y otras enfermedades pulmonares con más frecuencia Tienen más probabilidades de padecer síndrome de muerte súbita del lactante y suelen tener más malformaciones, trastornos de aprendizaje, problemas de comportamiento, etc. que los de madres no fumadoras.
- El número de mujeres que fuman durante el embarazo es de 12-20% (muchas niegan ser fumadoras). Es más frecuente en mujeres jóvenes, con bajo nivel cultural, madres solteras (15%) y con parejas fumadoras.
- El tabaquismo es la forma de adicción a drogas más común durante el embarazo. Alrededor del 30% de las mujeres dejan de fumar o reducen significativamente el consumo de cigarrillos cuando se enteran que están embarazadas.
- El embarazo es un período especialmente indicado para intervenir sobre el tabaquismo y especialmente receptivo para los cuidados de salud.
- El tabaquismo es un trastorno adictivo considerado como una enfermedad crónica, constituye un serio problema de salud pública y genera unos elevados costes sanitarios.
- La Educación Sanitaria en la escuela y la comunidad, debe sensibilizar y concienciar a las niñas y mujeres jóvenes sobre las consecuencias negativas del consumo de tabaco y otras drogas durante el embarazo y fomentar hábitos saludables.



CONCLUSIONES

El feto se ve seriamente perjudicado en su salud como consecuencia del hábito tabáquico de su madre. Esta merma le acompañará toda su vida, precisará toma de tratamientos e ingresos hospitalarios que generarán un gasto sanitario evitable.

Nivel de estudios



Resumen: El tabaquismo durante el embarazo se considera una de las principales causas de efectos dañinos sobre el bebé. En este trabajo se expone el caso de un recién nacido prematuro, nacido por cesárea de urgencia, de gestante fumadora, seriamente perjudicado en su salud a consecuencia del hábito tabáquico de su madre. Hubiesen sido evitables sus problemas de salud, toma de medicación e ingresos hospitalarios que precisará durante toda su vida. Se debe sensibilizar y concienciar a las niñas y mujeres jóvenes sobre las consecuencias negativas del consumo de tabaco durante el embarazo y fomentar hábitos saludables.

Palabras Clave: Recién nacido prematuro; Embarazo; Tabaquismo.

Introducción

Durante el embarazo la madre le proporciona al bebé oxígeno y nutrientes y también puede transmitirle sustancias químicas nocivas. Cuando ésta fuma, le pasa al bebé en gestación las múltiples sustancias químicas tóxicas y cancerígenas que se encuentran en los cigarrillos. La OMS considera el Tabaquismo como el factor de riesgo modificable más importante para evitar un resultado adverso en el embarazo.

Observación clínica

Feto; de madre obesa, con diabetes gestacional y fumadora de 15 cigarrillos/día; que a las 33 semanas y 2 días de gestación se le detecta bradicardia sinusal que hace necesaria cesárea de urgencia para preservar su integridad ; ingresa en UCI pediátrica tras nacimiento por su gravedad e inmadurez. Varón, 1520 g de peso al nacer, Tª 36 °C, FC 125 lx-, FR 34 r/min, TA 47/27 mmHg; hipoglucemia inicial de 23 mg/dl y distrés respiratorio.

Plan de cuidados enfermeros

Se realiza por el personal de enfermería.

- Cuidados al RN: satisfacción de todas sus necesidades (higiene, confort, nutrición, hidratación, eliminación, seguridad, oxigenación, etc.) con el añadido de su gran vulnerabilidad y fragilidad ocasionada por su inmadurez por su prematuridad, necesidad de ingreso en UCI pediátrica (gran tecnificación y especialización de cuidados), pruebas invasivas y no invasivas, administración de medicación, control de constantes, extracción de analíticas, canalización de vías, colocación de sondas, etc.
- Educación sanitaria a la madre sobre los efectos perjudiciales del tabaco en el desarrollo y salud del feto, en su propia salud y los beneficios de no fumar.

Discusión

- El consumo de cigarrillos durante el embarazo se considera una de las principales causas de efectos dañinos sobre el bebé.
- Los hijos de madres fumadoras muchas veces nacen prematuros, con bajo peso y menos saludables. Tienen menor función pulmonar, tanto al nacer como a lo largo de su vida. Sufren

asma y otras enfermedades pulmonares con más frecuencia Tienen más probabilidades de padecer síndrome de muerte súbita del lactante y suelen tener más malformaciones, trastornos de aprendizaje, problemas de comportamiento, etc. que los de madres no fumadoras.

- El número de mujeres que fuman durante el embarazo es de 12-20% (muchas niegan ser fumadoras). Es más frecuente en mujeres jóvenes, con bajo nivel cultural, madres solteras (15%) y con parejas fumadoras.
- El tabaquismo es la forma de adicción a drogas más común durante el embarazo. Alrededor del 30% de las mujeres dejan de fumar o reducen significativamente el consumo de cigarrillos cuando se enteran que están embarazadas.
- El embarazo es un período especialmente indicado para intervenir sobre el tabaquismo y especialmente receptivo para los cuidados de salud.
- El tabaquismo es un trastorno adictivo considerado como una enfermedad crónica, constituye un serio problema de salud pública y genera unos elevados costes sanitarios.
- La Educación Sanitaria en la escuela y la comunidad, debe sensibilizar y concienciar a las niñas y mujeres jóvenes sobre las consecuencias negativas del consumo de tabaco y otras drogas durante el embarazo y fomentar hábitos saludables.

Conclusiones

El feto se ve seriamente perjudicado en su salud como consecuencia del hábito tabáquico de su madre. Esta merma le acompañará toda su vida, precisará toma de tratamientos e ingresos hospitalarios que generarán un gasto sanitario evitable.

Bibliografía

1. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tabaco-alcohol-embarazo-atencion-primaria-10022163>.
2. <https://www.saludalia.com/enfermedades/tabaco-y-embarazo-efectos-y-prevencion>.
3. <http://www.neumologia-pediatrica.cl/wp-content/uploads/2017/06/tabaquismo.pdf>.

Capítulo 119

Grado de adherencia del enfermo crónico a las recomendaciones prescritas por enfermería

Autores:

Galán Zamora, Aránzazu

Zamora Horcajada, Roberto

Flores López-Ibarra, José María

Barranquero Fuentes, Alicia

Molero Bastante, María

Valdivia Galindo, Edite

Grado de adherencia del enfermo crónico a las recomendaciones prescritas por enfermería

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares actualmente son la primera causa de mortalidad en España y en muchos países desarrollados. El riesgo de sufrir una patología cardiovascular se ve aumentado por diversos factores como sería el síndrome metabólico. El síndrome metabólico se refiere a la agregación de factores de riesgo cardiovascular. Las características principales de este síndrome son la obesidad abdominal, la diabetes, la dislipemia, la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina y la microalbuminuria. La falta de seguimiento del tratamiento por parte del paciente para el control de factores de riesgo cardiovasculares representa un problema para el sistema de salud. Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%, cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, prospectivo realizado en un cupo de Enfermería de un Centro de Salud urbano. La población de estudio fueron los pacientes incluidos en el Programa de Salud Cardiovascular de la zona básica de salud III de Ciudad Real que cuenta con 234 pacientes incluidos en dicho programa. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes. Se excluyeron a pacientes inmovilizados que no podían seguir las recomendaciones de realización de ejercicio, pacientes que presentaban deterioro cognitivo o pérdida de las funciones cognitivas, que dificultarían la obtención de la información y a los nacidos antes del 01/01/1937 y después del 31/12/1977, encontrándose un total de 176 pacientes.

El instrumento de trabajo utilizado fue la 'Encuesta sobre los hábitos de la población gallega' llevada a cabo en la comunidad gallega por la Universidad de A Coruña en el año 2007, la cual incluía variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción), antropométricas (peso, talla e IMC) y un bloque con preguntas relacionadas con la adherencia al tratamiento recomendado en la consulta de enfermería. Dicha encuesta de adherencia se pasaba a los pacientes que acudían a la consulta programada de enfermería para revisión de sus factores de riesgo cardiovasculares.

OBJETIVO

Evaluar el grado de adherencia del enfermo crónico a las recomendaciones dietéticas y de realización de ejercicio prescritas por enfermería.



Figura 1

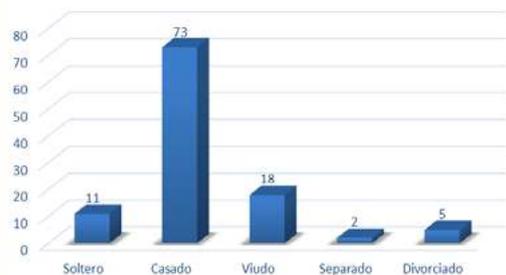
Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las variables cuantitativas. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS en su versión 23.0.

Se solicitó autorización al CEIC para la realización del estudio. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

RESULTADOS

De los 176 pacientes encontrados se obtuvo una muestra total de 110 participantes incluidos en el programa de salud cardiovascular. El 47,3% (52) fueron hombres frente a un 52,7% (58) que fueron mujeres. La edad media de los participantes se situó en $66,5 \pm 8,7$ años con un mínimo de 41 y un máximo de 81 años. El 52,7% (58) se encontraba jubilado o con una invalidez laboral. El nivel de instrucción y el estado civil de la muestra puede verse en la figura 1 y 2. Los antecedentes médicos más destacados pueden verse en la figura 3. La mayoría de los pacientes tenían sobrepeso siguiendo los criterios de la OMS, figura 4. Un 72% (79) de la muestra realiza ejercicio frecuentemente, figura 5. El 61,5% (67) sigue las recomendaciones relacionadas con el consumo de grasas. El 72% (78) come menos de una vez por semana alimentos fritos fuera o dentro de casa. La media de tiempo en años que los pacientes llevaban siguiendo las recomendaciones dietéticas fue de $12,3 \pm 9$ años. Un 48,6% (53) refiere encontrarse mejor o mucho mejor en cuanto a salud percibida con respecto a las personas de su misma edad.

ESTADO CIVIL



ANTECEDENTES MÉDICOS

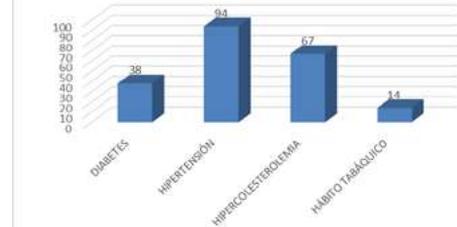


Figura 3

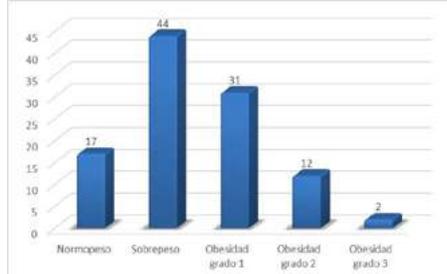


Figura 4

¿Cuántas veces realiza actividad física entre 20-30 minutos que comporten un esfuerzo?

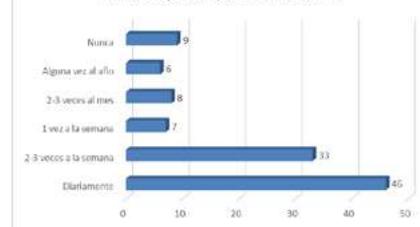


Figura 5

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes que se encuentran en el programa siguen las indicaciones de los profesionales de enfermería en relación a la práctica de ejercicio y cumplimiento de las recomendaciones dietéticas. La mitad de los participantes refieren un estado general de salud mejor o mucho mejor que las personas de su misma edad.

Resumen: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España. Un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas.

El objetivo del trabajo es evaluar el grado de adherencia del enfermo crónico a las recomendaciones dietéticas y de ejercicio prescritas por enfermería.

Se trata de un estudio observacional descriptivo, transversal, prospectivo realizado en un Centro de Salud. Se obtuvo una muestra de 110 participantes.

La mayoría de los pacientes siguen las indicaciones de los profesionales de enfermería. La mitad de los participantes refiere un estado de salud mejor que las personas de su misma edad.

Palabras Clave: Enfermedades Cardiovasculares; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Síndrome Metabólico.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares actualmente son la primera causa de mortalidad en España y en muchos países desarrollados. El riesgo de sufrir una patología cardiovascular se ve aumentado por diversos factores como sería el síndrome metabólico. El síndrome metabólico se refiere a la agregación de factores de riesgo cardiovascular. Las características principales de este síndrome son la obesidad abdominal, la diabetes, la dislipemia, la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina y la microalbuminuria. La falta de seguimiento del tratamiento por parte del paciente para el control de factores de riesgo cardiovasculares representa un problema para el sistema de salud. Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%. Cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada.

Objetivo

Evaluar el grado de adherencia del enfermo crónico a las recomendaciones dietéticas y de realización de ejercicio prescritas por enfermería.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, prospectivo realizado en un cupo de enfermería de un Centro de Salud urbano. La población de estudio fueron los pacientes incluidos en el Programa de Salud Cardiovascular de la zona básica de salud III de Ciudad Real que cuenta con 234 pacientes incluidos en dicho programa. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes. Se excluyeron a pacientes inmovilizados que no podían seguir las recomendaciones de realización de ejercicio, pacientes que presentaban deterioro cognitivo o pérdida de las funciones cognitivas, que dificultarán la obtención de la información y a los nacidos antes del 01/01/1937 y después del 31/12/1977, encontrándose un total de 176 pacientes.

El instrumento de trabajo utilizado fue la "Encuesta sobre los hábitos de la población gallega" llevada a cabo en la comunidad gallega por la Universidad de A Coruña en el año 2007, la cual incluía

variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción), antropométricas (peso, talla e IMC) y un bloque con preguntas relacionadas con la adherencia al tratamiento recomendado en la consulta de enfermería. Dicha encuesta de adherencia se pasaba a los pacientes que acudían a la consulta programada de enfermería para revisión de sus factores de riesgo cardiovasculares.

Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las variables cuantitativas. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS en su versión 23.0.

Se solicitó autorización al CEIC para la realización del estudio. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

Resultados

De los 176 pacientes encontrados se obtuvo una muestra total de 110 participantes incluidos en el programa de salud cardiovascular. El 47,3% (52) fueron hombres frente a un 52,7% (58) que fueron mujeres. La edad media de los participantes se situó en 66,5 +/- 8,7 años con un mínimo de 41 y un máximo de 81 años. La mayor parte de los pacientes referían tener estudios primarios (66). El 52,7% (58) se encontraba jubilado o con una invalidez laboral. Las enfermedades más prevalentes eran la hipertensión arterial (94), la hipercolesterolemia (67), la diabetes (38) y el hábito tabáquico (14). La mayoría de los pacientes tenían sobrepeso siguiendo los criterios de la OMS. Un 72% (79) de la muestra realiza ejercicio frecuentemente, casi la mitad de ellos realizan ejercicio diariamente (46). El 61,5% (67) sigue las recomendaciones relacionadas con el consumo de grasas. El 72% (78) come menos de una vez por semana alimentos fritos fuera o dentro de casa. La media de tiempo en años que los pacientes llevaban siguiendo las recomendaciones dietéticas fue de 12,3 +/- 9 años. Un 48,6% (53) refiere encontrarse mejor o mucho mejor en cuanto a salud percibida con respecto a las personas de su misma edad.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que se encuentran en el programa siguen las indicaciones de los profesionales de enfermería en relación a la práctica de ejercicio y cumplimiento de las recomendaciones dietéticas. La mitad de los participantes refieren un estado general de salud mejor o mucho mejor que las personas de su misma edad.

Bibliografía

1. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. *Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas*. Rev. Cubana de farmacia. 2013; 47- (4): 468-474.
2. Gutiérrez Angulo ML, Lopetegi Uranga P, Sánchez Martín I, Garaigordobil Landazabal M. *Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2*. Rev Calid Asist. 2012; 27 (2): 72-77.
3. Rodríguez-Marín J. *Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica*. Monografías Humanitarias 2004; 8: 101-110.
4. Silva G.E, Galeano E, Correa J.O. *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia*. Acta médica colombiana. 2005; 30 (4): 268-273.

Capítulo 120

Heridas en la población anciana institucionalizada

Autora:

López Fernández-Cañadas, Virginia María

HERIDAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA

Estudio sobre la incidencia y prevalencia de heridas en centros residenciales de mayores

INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería realiza una importante labor en los centros residenciales, siendo el principal responsable en el abordaje y tratamiento de las **heridas** que presentan sus residentes. Prevenir su aparición y disminuir la frecuencia de las mismas, es indispensable para mejorar la calidad de vida **de las personas que las sufren**.

Dichas lesiones suelen dar lugar a **complicaciones** importantes como depresión, contracturas, atrofas, sobreinfección... e incluso conllevan un **aumento de la morbilidad y mortalidad**.

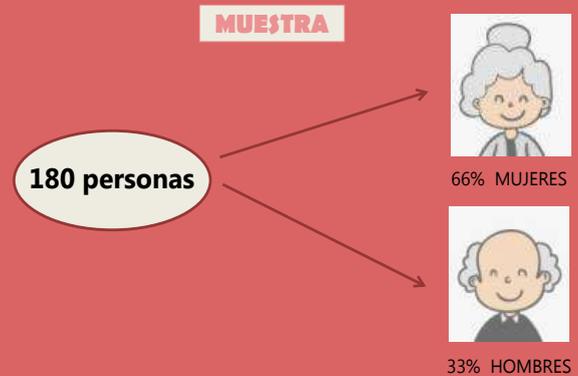
OBJETIVOS



- Determinar la incidencia y prevalencia de heridas en la muestra.
- Clasificar la tipología de heridas encontradas en centros residenciales.
- Estudiar la localización más frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio **descriptivo y transversal**, realizado en una residencia de la comunidad de Castilla-La Mancha.



La recogida de datos se ha realizado a través del registro de curas aportado por el centro. Se ha utilizado el programa estadístico **SPSS** para el análisis de datos con gráficos y tablas.

RESULTADOS

El 30% de los residentes presentan heridas

Gráfico 1. Relación heridas por sexo

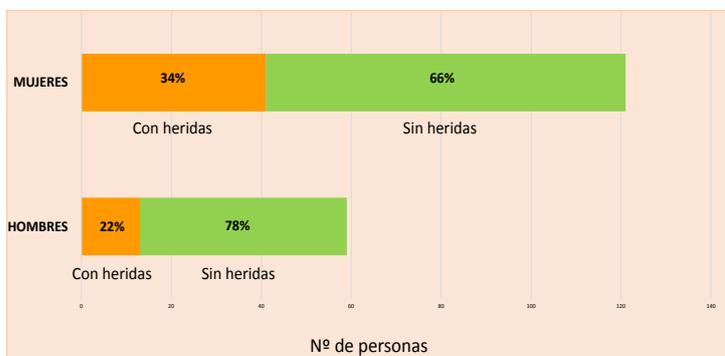


Gráfico 2. Localización más frecuente de las heridas

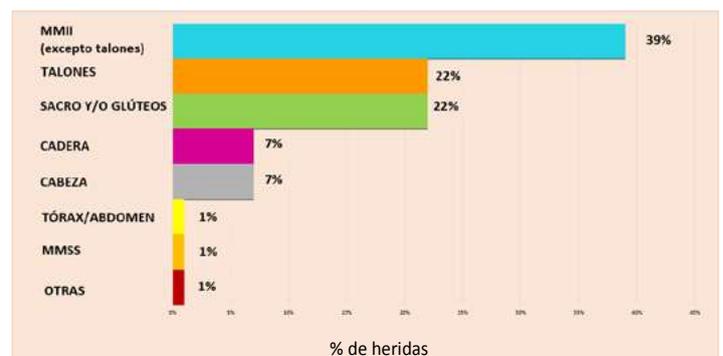


Gráfico 3. Clasificación de heridas por el mecanismo producción



CONCLUSIONES

- El **30% de los residentes presenta herida**, habiendo una mayor incidencia en las **mujeres**, llegando al **34%**.
- El mayor porcentaje de heridas se producen por úlceras, bien por presión, o bien por úlceras vasculares.
- Las localizaciones más frecuentes son en los **miembros inferiores (39%)**, seguido de los talones y el **sacro/glúteos (22%)**.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrer-Solà M, Chirveches-Pérez E, Mollist-Señé G, Molas-Puigvila M, Besolí-Codina A, Jaumira-Areñas E et al. Prevalencia de la heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. Enfermería Clínica. 2009;19(1):4-10.
- Rumbo Prieto JM, Romero Martín M, Bellido Guerrero D, Arantón Areosa L, Raña Lama CD, Palomar Llatas F. Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica sobre deterioro de la integridad cutánea: úlceras y heridas crónicas. An Sist Sanit Navar [30/12/2016, 39(3):49469].
- Breijo Mato Luis Racirt, Pérez Mijares Edelsa, Breijo Madera Guillermo, Padrón Rodríguez Rogelio. Estudio socio-epidemiológico de ancianos accidentados. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014;18(6):1017-1026.
- IMÁGENES: freepik.es. GRÁFICOS: Elaboración propia.

Resumen: El personal de enfermería es el principal responsable en el abordaje y tratamiento de las heridas en los centros geriátricos. El objetivo de este trabajo es determinar la incidencia y prevalencia de heridas, así como la tipología y localización más frecuente. Se realiza un estudio descriptivo y transversal en una residencia de la comunidad de Castilla-La Mancha. Se observa que el 30% de los residentes presenta heridas, con una mayor incidencia en las mujeres. El mayor porcentaje de heridas provienen de úlceras por presión y/o vasculares. La localización más frecuente aparece en los miembros inferiores, llegando al 39%.

Palabras Clave: Herida; Enfermería; Geriátrico.

Introducción

En los centros geriátricos las heridas constituyen un indicador de calidad asistencial. Estas afecciones son un importante problema de salud en las personas mayores, causantes de numerosas consecuencias sociales, sanitarias y económicas. En la mayoría de los casos las heridas son evitables, ya que en su aparición intervienen numerosos factores, tales como la edad, el estado nutricional, la inmovilidad, enfermedades asociadas, etc.

El personal de enfermería realiza una importante labor en los centros residenciales, siendo el principal responsable en el abordaje y tratamiento de las heridas que presentan sus residentes. Prevenir su aparición y disminuir la frecuencia de las mismas, es indispensable para mejorar la calidad de vida de las personas que las sufren.

Dichas lesiones dan lugar a complicaciones importantes como depresión, contracturas, atrofias, sobreinfección e incluso conllevan un aumento de la morbilidad y mortalidad en este grupo de población.

Objetivos

Los objetivos de este estudio son:

- Determinar la incidencia y prevalencia de heridas en la muestra.
- Clasificar la tipología de heridas encontradas en centros residenciales.
- Estudiar la localización más frecuente.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en una residencia de la comunidad de Castilla-La Mancha, durante el mes de enero de 2018.

La población de estudio fueron ancianos mayores de 65 años institucionalizados en una residencia sociosanitaria, donde se estudió a una muestra de 180 residentes con riesgo potencial de heridas, de los cuales el 67% son mujeres y el 33% son hombres.

Los criterios de exclusión fueron:

- Personas institucionalizadas de edad inferior a 65 años.

- Usuarios del servicio de estancias diurnas.

La recogida de datos se adquirió a través del registro de curas aportado por el centro, que engloba sexo y edad, localización, gravedad y procedencia de la herida, tratamiento, frecuencia y evolución de la cura. Posteriormente, se procede al análisis de datos con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20 para la obtención de resultados, gráficos y tablas.

Resultados

En la muestra de 180 residentes institucionalizados, el 30% presenta herida, de los cuales el 33% son hombres y el 67% son mujeres.

Si se establece una relación de las heridas por el sexo, se obtiene que de las 121 mujeres un 34% tienen heridas, a diferencia de los 59 hombres estudiados que sólo las presentan en un 22%.

La localización más frecuente de aparición de heridas se da en los miembros inferiores, con un 39% (exceptuando los talones como miembro inferior). Seguidamente, con un 22%, las heridas en talones y sacro aparecen con la misma frecuencia, a continuación en cadera y cabeza con un 7% y, por último, en tórax/abdomen, miembros superiores y otras localizaciones con un 1%.

Si clasificamos las heridas por el mecanismo de producción, encontramos que el 56% son producidas por úlceras por presión y/o vasculares, el 13% se deben a heridas producidas por tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas, el 12% son consecuencia de caídas y golpes, el 11% proceden de roces provocados por pañal y el 8% restante se deben a otros motivos.

Conclusión

Tras el análisis de los resultados se observa que el 30% de los residentes presenta herida, habiendo mayor incidencia en las mujeres, llegando al 34%.

Prevalece con diferencia un mayor porcentaje de heridas que se producen por úlceras, bien por presión, o bien por úlceras vasculares. Las localizaciones más frecuentes son en los miembros inferiores (39%), seguido de los talones y el sacro/glúteos (22%).

Bibliografía

1. Ferrer-Solà M, Chirveches-Pérez E, Molist-Señé G, Molas-Puigvila M, Besolí-Codina A, Jaumira-Areñas E et al. *Prevalencia de la heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona*. Enfermería Clínica. 2009;19(1):4-10.

2. Rumbo Prieto JM, Romero Martín M, Bellido Guerrero D, Arantón Areosa L, Raña Lama CD, Palomar Llatas F. *Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica sobre deterioro de la integridad cutánea: úlceras y heridas crónicas*. An Sist Sanit Navar [30/12/2016, 39(3):49469].

3. Breijo Mato Luis Racirt, Pérez Mijares Edelsa, Breijo Madera Guillermo, Padrón Rodríguez Rogelio. *Estudio socio-epidemiológico de ancianos accidentados*. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014;18(6):1017-1026.

4. Sancho Á, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria. Atención Primaria. SEGO; 2012;44 (10): 586-94.

Capítulo 121

Hipoglucemia en recién nacido

Autora:

López Ramírez, María Dolores

HIPOGLUCEMIA EN RECIEN NACIDO

INTRODUCCIÓN

La hipoglucemia (HG) neonatal es la presencia en NN de niveles de glucosa en sangre por debajo de 47 mg/dl; debida a un incremento de la utilización de glucosa, un aporte inadecuado de la misma (endógeno o exógeno) o una combinación de ambos; ocurre generalmente cuando falla el proceso normal de adaptación metabólica después del nacimiento.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

RN a término, varón, de madurez adecuada a la edad gestacional (40 semanas y 5 días), 3.860g de peso al nacer, 49 cm, perímetro cefálico 34.5 cm. A la exploración todo normal. Inicia lactancia materna (LM) temprana; al principio algo de dificultad para agarrarse al pecho de la madre; se le ayuda con una pezonera; no dado biberón (LA) todavía.
Al nacer (22:00h) su peso era 3.860g. A las 9:30h su peso era 3.750g (pérdida de 110g respecto al nacimiento). A las 9:30h (siguiente día) su peso era 3.630g (pérdida de 120g respecto al día anterior y de 230g respecto al nacimiento).
No se objetiva sintomatología alguna pero, ante la pérdida de peso que presenta (5.96% del peso inicial), se sospecha pudiera tener glucemia baja (pese a que la madre dice que el niño se agarra bien al pecho y, "piensa", hace buenas tomas, sobre todo desde que tiene la pezonera, porque está tranquilo y no llora); se realiza medición obteniéndose 41mg/dl, constatándose HG.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Se realiza por el personal de enfermería.

- * Se da biberón con 15 ml de leche, para remontar glucemia, y se avisa a Neonatóloga (ve al bebé y deja Tto prescrito). Se mide la glucemia a los 45-50 minutos de terminar el biberón.
- * Se realizan controles glucémicos pre-toma al bebé y se actúa según la siguiente pauta:
 - 1.- Si todos > 47 mg/dl, espaciar controles c/6 horas.
 - 2.- Si algún control < 47 mg/dl, ofrecer 10-15 ml de FA/LM (fórmula adaptada/lactancia materna) y realizar control a los 45-60 minutos.
 - Si sube > 47 mg/dl, continuar controles pre-toma.
 - Si persiste < 47 mg/dl; avisad a Neonatóloga de guardia.
- * Se controla que las ingestas del bebé sean correctas (mediante anamnesis a la madre, cuando da el pecho al bebé, y contaje del sobrante en los biberones, que se le ofrezcan, acabadas las tomas), con la debida frecuencia y sin incidencias (regurgitaciones, vómitos, etc).
- * Se vigila la aparición de cualquier tipo de sintomatología que pudiera presentar.
- * Se controla el peso a diario, con registro del mismo y cálculo de la ganancia o pérdida de peso, respecto a la anotación del día anterior y respecto al peso al nacer, para identificar si la evolución es buena o hay que preocuparse.
- * Se vigilan y se dejan registradas las deposiciones (número, cantidad, aspecto, consistencia, color), y pis que realice.
- * Se realiza Educación Sanitaria a la madre sobre: los cuidados del bebé; lactancia materna, la manera de mejorarla en su caso y beneficios de la misma para su bebé; lactancia artificial; y cuidados de ella en el puerperio. Y se resuelven todas las dudas que le puedan surgir.
- * Se realizan cuidados de higiene a diario: baño del bebé (el primero se realiza a las 24h de nacido), cambio de ropa de cuna, bodys y gorro, cambio de pañales, cura de ombligo.
- * Se toma temperatura; a las 24h de nacido se toma saturación de O₂ en mano derecha y pie izquierdo; y cumplidas las 48h de nacido se realiza la prueba de detección de enfermedades metabólicas (prueba del talón).

DISCUSIÓN

- El período de Recién Nacido (RN) comprende los 28 primeros días de vida. Es un período estresante y de gran riesgo, ya que el neonato (NN) debe adaptarse a la vida en el exterior del útero. Antes de iniciar la alimentación, su mayor recurso energético es la glucosa que tiene almacenada, pero esta se agota rápidamente en situaciones de estrés, como la hipotermia (especialmente sensibles a ella) o la asfixia, por lo que es importante evitar estas situaciones al RN.
- La incidencia de HG en el período neonatal es mayor que en otras edades pediátricas (especialmente en los RNs prematuros o pequeños para su edad gestacional). En RNs a término es de 5-7% y en pre-término del 3'2-14'7%.
- Durante la gestación, el feto recibe un aporte continuo de nutrientes a través de la placenta. Al nacer, se corta el cordón umbilical y, debe adaptarse inmediatamente al nuevo ambiente metabólico de alimentación enteral con leche alternando con períodos de ayuno. En sus primeras 3-4 horas de vida presenta una importante caída de la concentración de glucosa que se asocia a un aumento de los niveles plasmáticos de glucagón.
- Durante el período neonatal, que la glucemia se mantenga en niveles normales va a depender de: la presencia de reservas de glucógeno y grasa adecuadas, de una glucogenolisis y gluconeogénesis efectiva, y de la integración de los cambios adaptativos endocrinos y gastrointestinales con el ayuno y la alimentación.
- Algunos RNs toleran bien la HG sin ningún síntoma clínico. La HG sintomática mantenida o recurrente conduce a una lesión neurológica permanente (desarrollo intelectual más pobre). Se deben realizar controles seriados de glucosa en todos los RNs que tengan síntomas que hagan sospechar HG y a todos los que estén en riesgo: en estos últimos, en la 1ª hora de vida, luego c/2h en 8 h y c/4-6h en las siguientes 24h de vida.
- Entre las causas de HG en el RN está la producida por el inadecuado aporte de glucosa endógeno o exógeno (pre-término, retraso del crecimiento intrauterino, ayuno prolongado, estrés perinatal, policitemia, etc).
- El peso medio del RN oscila entre 3200-3500g. En la 1ª semana de vida se produce una disminución del peso de un 5-10%, y a partir del 7º-10º día se produce la recuperación del peso perdido. Una vez recuperado el peso, la ganancia posterior será aproximadamente de 25g/día durante el primer trimestre.
- El RN debe ser puesto al pecho lo antes posible, así se estimula la producción de leche y se favorece el vínculo madre-hijo. La LM es la alimentación óptima para él, con beneficios nutricionales, inmunológicos, digestivos y metabólicos. El personal de enfermería debe fomentarla y proporcionar información y adiestramiento a las madres. Las tomas deben ser a demanda c/2-4h. Cuando ésta no es posible, el bebé se alimentará con lactancia artificial (LA); suele iniciarse a partir de las 6h posparto con tomas c/3h, y comenzando con 10 ml. Cada día se irá aumentando en 10 ml; pasada una semana, el pediatra y la enfermera darán las siguientes pautas. En otras ocasiones se alimenta con LM y se ofrece ayudas puntuales con biberones (LA) para completar si precisa.
- En el caso clínico que se expone, la considerable pérdida de peso (5.96% respecto al nacimiento), sufrida por el bebé en sus primeras 36h de vida, nos pone sobre la pista de una posible HG (al no presentar síntoma alguno); confirmada con la determinación de glucemia, 41 mg/dl; permite actuar rápidamente; se da biberón y se realizan sucesivos controles glucémicos después de este biberón (58 mg/dl) y pretoma en los sucesivos (62, 60, 57, 51 mg/dl) con estrecha vigilancia de las tomas que realiza. Resuelta la HG, se da de alta al bebé.

CONCLUSIONES

- Se debe sospechar de HG en todos los RNs con riesgo de desarrollarla y tener en cuenta que en algunos se presenta sin sintomatología aparente. Previendo su aparición y controlándola rápidamente, cuando se produce, disminuye de manera importante el riesgo de secuelas neurológicas. La meta ha de ser conseguir mantener los niveles de glucosa por encima de 47 mg/dl. Debe iniciarse para ello una alimentación precoz y c/2-3 horas.



Resumen: La hipoglucemia en neonatos ocurre generalmente cuando falla el proceso normal de adaptación metabólica después del nacimiento. En este trabajo se presenta el caso de un recién nacido que iniciando lactancia temprana y sin sintomatología alguna, la pérdida considerable de peso sufrida en sus primeras horas de vida hacen sospechar hipoglucemia. Constatada ésta, se actúa rápidamente.

Se debe sospechar hipoglucemia en todos los recién nacidos con riesgo de desarrollarla y tener en cuenta que en algunos se presenta sin sintomatología aparente. Previendo su aparición y controlándola rápidamente cuando se produce, disminuye de manera importante el riesgo de secuelas neurológicas.

Palabras Clave: Hipoglucemia; Recién nacido; Lactancia.

Introducción

La hipoglucemia (HG) neonatal es la presencia en neonatos de niveles de glucosa en sangre por debajo de 47 mg/dl, debida a un incremento de la utilización de glucosa, un aporte inadecuado de la misma o una combinación de ambos. Ocurre generalmente cuando falla el proceso normal de adaptación metabólica después del nacimiento.

Observación clínica

Recién nacido (RN) a término, varón, 3860 g de peso al nacer, 49 cm, perímetro cefálico 34.5 cm. A la exploración todo normal. Inicia lactancia materna (LM) temprana. Al principio algo de dificultad para agarrarse al pecho de la madre. Se le ayuda con una pezonera.

Al nacer (22:00 h) pesaba 3860 g. A las 9:30h 3750 g (pérdida de 110 g respecto al nacimiento). A las 9:30 h (siguiente día) 3630 g (pérdida de 120 g respecto al día anterior y de 230 g respecto al nacimiento). No se objetiva sintomatología alguna. Ante la pérdida de peso que presenta (5-6% del peso inicial), se sospecha pudiera tener glucemia baja, pese a que la madre dice que el niño se agarra bien al pecho y “piensa”, hace buenas tomas, está tranquilo y no llora. Se constata HG (41 mg/dl).

Plan de cuidados enfermeros

Se realiza por enfermería.

- Se da biberón (15 ml de leche), para remontar glucemia, y se avisa a Neonatóloga. Se mide la glucemia a los 45-50 minutos.
- Se realizan controles glucémicos pre-toma según la siguiente pauta:
 1. Si todos > 47 mg/dl, espaciar controles c/6 horas.
 2. Ofrecer 10-15 ml de FA/LM (fórmula adaptada/lactancia materna) y realizar control a los 45-60 minutos.
 3. Si sube >47 mg/dl, continuar controles pre-toma.
 4. Si persiste <47 mg/dl, avisar a Neonatóloga de guardia.
 5. Se controla que las ingestas del bebé sean correctas, con la debida frecuencia y sin incidencias.
 6. Se vigila cualquier sintomatología que pudiera presentar.
 7. Se controla el peso a diario con registro del mismo y cálculo de la ganancia o pérdida de peso, respecto a la anotación del día anterior y respecto al peso al nacer.
 8. Se vigilan y se dejan registradas las deposiciones, sus características y pis que realice.
 9. Se realiza Educación Sanitaria a la madre sobre: cuidados del bebé, lactancia materna, manera de mejorarla, beneficios de la misma; lactancia artificial. Y cuidados de ella en el puerperio. Se resuelven todas las dudas que le puedan surgir.

10. Se realizan cuidados de higiene a diario: baño del bebé, cambio de ropa de cuna, bodys y gorro, cambio de pañales, cura de ombligo.
11. Se toma temperatura; a las 24h de nacido se toma saturación de O₂ en mano derecha y pie izquierdo. Y cumplidas las 48h de nacido se realiza la prueba de detección de enfermedades metabólicas.

Discusión

El período de RN es estresante y de gran riesgo, ya que el neonato (NN) debe adaptarse a la vida en el exterior del útero. Antes de iniciar la alimentación, su mayor recurso energético es la glucosa que tiene almacenada, pero esta se agota rápidamente en situaciones de estrés como la hipotermia o la asfixia, por lo que es importante evitar estas situaciones al RN.

La incidencia de HG en el período neonatal es mayor que en otras edades pediátricas.

Durante la gestación, el feto recibe un aporte continuo de nutrientes a través de la placenta. Al nacer debe adaptarse inmediatamente al nuevo ambiente metabólico de alimentación enteral con leche, alternando con períodos de ayuno.

Algunos RNs toleran bien la HG sin ningún síntoma clínico. La HG sintomática mantenida o recurrente, conduce a una lesión neurológica permanente (desarrollo intelectual más pobre). Se deben realizar controles seriados de glucosa en todos los RNs que tengan síntomas que hagan sospechar HG y a todos los que estén en riesgo; en estos últimos, en la 1ª hora de vida, luego c/2h en 8 h y c/4-6h en las siguientes 24h de vida.

Entre las causas de HG en el RN está la producida por el inadecuado aporte de glucosa.

En la 1ª semana de vida, se produce una disminución del peso de un 5-10%, y a partir del 7º-10º día, se produce la recuperación del peso perdido.

El RN debe ser puesto al pecho lo antes posible, así se estimula la producción de leche y se favorece el vínculo madre-hijo. La LM es la alimentación óptima para él. Las tomas deben ser a demanda c/2-4h. Cuando ésta no es posible, el bebé se alimentará con lactancia artificial (LA). Suele iniciarse a partir de las 6h posparto con tomas c/3h y comenzando con 10 ml. Cada día se irá aumentando en 10 ml. Pasada una semana, el pediatra y la enfermera darán las siguientes pautas.

En el caso clínico expuesto, la considerable pérdida de peso (5'96% respecto al nacimiento), sufrida por el bebé en sus primeras 36h de vida, nos pone sobre la pista de una posible HG (al no presentar síntoma alguno). Confirmada con la determinación de glucemia, 41 mg/dl, permite actuar rápidamente, se da biberón y se realizan sucesivos controles glucémicos después de este biberón (58 mg/dl) y pretoma en los sucesivos (62, 60, 57, 51 mg/dl) con estrecha vigilancia de las tomas que realiza. Resuelta la HG, se da de alta al bebé.

Conclusiones

Se debe sospechar HG en todos los RNs con riesgo de desarrollarla y tener en cuenta que en algunos se presenta sin sintomatología aparente. Previniendo su aparición y controlándola rápidamente, cuando se produce, disminuye de manera importante el riesgo de secuelas neurológicas.

Bibliografía

1. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos,-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hipoglucemia-neonatal>.
2. http://www.scp.com.co/precop-ld/precop_files/ano12/SEGUNDO/Hipoglicemia_neonatal.pdf.
3. http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90201475&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=51&ty=1&accion=L&origen=apcontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=51v11n03a90201475pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publi_pdf.

Capítulo 122

Impacto bio-psico-social en la familia ante el diagnóstico de cáncer infantil

Autores:

Rullo Sánchez, Ana María

Botia Portero, Antonio



IMPACTO BIO-PSICO-SOCIAL EN LA FAMILIA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INFANTIL



Autores:

El **cáncer infantil** es una enfermedad crónica, que engloba a diferentes enfermedades, con diferente pronóstico y tratamiento. Hay muchas formas diferentes de cáncer, cada una con un comportamiento absolutamente diferente y que tienen como característica común el que son procesos debidos a la transformación de una célula sana en otra con características de malignidad.

Otros comportamientos característicos son el rápido crecimiento, carácter infiltrante, destrucción de tejidos sanos y la capacidad de emigrar y producir metástasis a distancia.

El cáncer en la edad pediátrica es una afección rara, pero que constituye la segunda causa de mortalidad infantil, sólo superada por los accidentes e intoxicaciones.

- La incidencia del cáncer en los niños es muy baja. El cáncer pediátrico (de 0 a 16 años) es poco frecuente, representa sólo el 3% de todos los cánceres, con una supervivencia en la actualidad de cerca del 80%.
- No se conocen las causas de la mayoría de los cánceres infantiles. Cerca del 5 por ciento de todos los cánceres en los niños son causados por una mutación hereditaria (una mutación genética que puede transmitirse de padres a hijos).
- Se piensa que la mayoría de los cánceres en los niños, así como en los adultos, surgen como resultado de mutaciones en genes que causan un crecimiento celular descontrolado y por último el cáncer. En los adultos, estas mutaciones genéticas reflejan los efectos acumulados del envejecimiento y de la exposición por largo tiempo a las sustancias que causan cáncer. Sin embargo, ha sido difícil la identificación de causas posibles del ambiente en el cáncer infantil, en parte porque el cáncer en niños es raro y en parte porque es difícil determinar a qué pudieron estar expuestos los niños anteriormente en su desarrollo.

Objetivos

La incidencia actual de cáncer infantil, ha hecho que se cree interés en el manejo del paciente oncológico infantil y su familia, ya que suele suponer un gran cambio a nivel fisiológico y psicosocial: el paciente y su familia deben asumir un cambio de vida importante (multifármacos, miedo, cambios en el estilo de vida, ansiedad, absentismo escolar, absentismo laboral, privación de la vida social y extraescolar, etc). Por ello, es necesario plantearse su manejo desde un punto de vista integral y multidisciplinar. El objetivo es que el paciente y su familia adquieran lo más rápido posible sus cambios de hábitos ante su nueva situación y pierdan sus miedos e inseguridades.

Como objetivo general se plantea abordar a la familia y al paciente oncológico infantil desde un punto de vista integral: bio-psico-social

Metodología

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer infantil es una experiencia muy estresante y dolorosa, especialmente para los padres y sin duda, también para la familia. Las reacciones más comunes son la negación de la realidad, ira, culpa, tristeza, miedo, confusión... Estos sentimientos, miedos y preocupaciones son normales, y en ocasiones pueden ser un camino para enfrentarse con la necesaria aceptación ante una situación que nadie ha deseado.

Quando recibimos el diagnóstico de cáncer en un hijo rápidamente a nuestra cabeza acuden todas las ideas y creencias que tenemos sobre la enfermedad, lo que hemos oído o leído y las experiencias cercanas de otras personas que han tenido la enfermedad. También viene casi de forma inmediata la asociación con la muerte, y la idea de que algo muy grave está ocurriendo. Por suerte, el porcentaje de curaciones en los niños es muy elevado, en torno al 80% de los casos, y en la mayoría de ellos es posible la vuelta a una vida normal con sus compañeros, tras unos meses de tratamiento.

Dicho diagnóstico provoca:

- >Cambios en las relaciones de pareja: desajustes en la familia por la forma diferente de reaccionar ante la enfermedad.
- >Cambios en las relaciones con el niño enfermo: modo diferente de enfocar la disciplina de cada uno de los padres, el chantaje de los hijos, y una mayor permisividad hacia el comportamiento de los hijos.
- >Cambios con el resto de la familia: valoran en gran medida la ayuda que los familiares les han proporcionado y se disgustan con algunas reacciones de los familiares: les duele el que no les visiten cuando están en el hospital; que no se preocupen por el estado de salud de sus hijos; que la relación se debilite a medida que avanza la enfermedad.
- > Dificultades ante la vuelta a casa, a la normalidad: del mismo modo que la familia se adapta a la enfermedad, tiene que adaptarse a la vida cotidiana. Hay familias que se adaptan bien en el periodo de hospitalización, pero fracasan cuando al enfermo le dan el alta. También observamos la dificultad de la vuelta a casa después de la hospitalización.
- > Dificultades para realizar actividades lúdicas: hay padres que sienten remordimientos por pasarlo bien y se niegan a distraerse.

Intervenciones

•Buscar apoyos familiares

Cuanto más podamos apoyarnos en familiares, amigos u otros padres que hayan pasado por la misma situación mucho mejor. A pesar de que seguramente costará esfuerzo, se notará el beneficio y nos darán ánimos y tranquilidad. De esta forma se evitará también el aislamiento, que puede ocasionar mucho dolor.

•Expresar sentimientos

Es importante permitir la expresión de miedos y sentimientos. También hay que aceptar que existen momentos malos. Es importante, ya que proporcionará alivio y ofrecerá a las personas del entorno una oportunidad para dar apoyo.

•Hablar de cosas ajenas a la enfermedad

Intentar de que no todas las conversaciones giren en torno a la enfermedad. A veces poder hablar con alguien sobre cualquier cosa ajena a la enfermedad constituye la mejor ayuda.

•Descansar

Es fundamental procurar momentos de descanso y esforzarse en hacer cosas agradables para "cargar pilas" y poder dar lo mejor de uno mismo a su hijo. Esto ayuda a reducir el malestar y el estado de ánimo mejorará.

•Disfrutar de lo positivo

Vivir el aquí y el ahora. Disfrutar de lo positivo que puede haber en cada momento.

•Mantener la actividad cotidiana

Dentro de lo posible, es muy importante que se mantenga la actividad cotidiana, o al menos lo más normal posible, de tal manera que permita no perder el contacto con la realidad exterior, trabajo, familia y amigos. No hay que olvidar que la vida no se limita al hospital, la estancia en él sólo será una situación transitoria que durará más o menos tiempo.

Conclusiones

- Es importante aprender a aceptar aquello que no depende de uno mismo, aquello que no se puede controlar, que no podemos evitar. De nada servirán los avances que se han conseguido en el campo de la oncología infantil si no seguimos las recomendaciones que nos dan los profesionales de este campo.
- La enfermera tiene un papel fundamental en oncología infantil, actuando de eslabón entre el niño, la familia y los restantes miembros del equipo multidisciplinar.
- La oncología infantil debe ser integral y abarcar todos los aspectos de la vida del paciente y su familia, tratando de eliminar aquellos factores negativos y reforzando los aspectos positivos. **"La enfermería es un arte y una ciencia, y ante todo, es humanidad"**



Resumen: El cáncer infantil es una enfermedad crónica, que engloba a diferentes enfermedades, con diferente pronóstico y tratamiento. Hay muchas formas diferentes de cáncer, cada una con un comportamiento absolutamente diferente y que tienen como característica común el que son procesos debidos a la transformación de una célula sana en otra con características demalignidad.

Otros comportamientos característicos son el rápido crecimiento, carácter infiltrante, destrucción de tejidos sanos y la capacidad de emigrar y producir metástasis a distancia.

Palabras Clave: Cáncer infantil; impacto; cuidado.

Introducción

El cáncer infantil es una enfermedad crónica, que engloba a diferentes enfermedades, con diferente pronóstico y tratamiento. Hay muchas formas diferentes de cáncer, cada una con un comportamiento absolutamente diferente y que tienen como característica común el que son procesos debidos a la transformación de una célula sana en otra con características de malignidad.

Otros comportamientos característicos son el rápido crecimiento, carácter infiltrante, destrucción de tejidos sanos y la capacidad de emigrar y producir metástasis a distancia.

La incidencia del cáncer en los niños es muy baja. El cáncer pediátrico (de 0 a 16 años) es poco frecuente, representa sólo el 3% de todos los cánceres, con una supervivencia en la actualidad de cerca del 80%.

- No se conocen las causas de la mayoría de los cánceres infantiles. Cerca del 5 por ciento de todos los cánceres en los niños son causados por una mutación hereditaria (una mutación genética que puede transmitirse de padres a hijos).

- Se piensa que la mayoría de los cánceres en los niños, así como en los adultos, surgen como resultado de mutaciones en genes que causan un crecimiento celular descontrolado y por último el cáncer.

Objetivos

La incidencia actual de cáncer infantil, ha hecho que se cree interés en el manejo del paciente oncológico infantil y su familia, ya que suele suponer un gran cambio a nivel fisiológico y psicosocial: el paciente y su familia deben asumir un cambio de vida importante (multifármacos, miedo, cambios en el estilo de vida, ansiedad, absentismo escolar, absentismo laboral, privación de la vida social y extraescolar, etc). Por ello, es necesario plantearse su manejo desde un punto de vista integral y multidisciplinar.

El objetivo es que el paciente y su familia adquieran lo más rápido posible sus cambios de hábitos ante su nueva situación y pierdan sus miedos e inseguridades.

Como objetivo general se plantea abordar a la familia y al paciente oncológico infantil desde un punto de vista Integral: bio-psico-social.

Metodología

Cuando recibimos el diagnóstico de cáncer en un hijo rápidamente a nuestra cabeza acuden todas las ideas y creencias que tenemos sobre la enfermedad, lo que hemos oído o leído y las experiencias cercanas de otras personas que han tenido la enfermedad.

También viene casi de forma inmediata la asociación con la muerte, y la idea de que algo muy grave está ocurriendo. Por suerte, el porcentaje de curaciones en los niños es muy elevado, en torno al 80% de los casos, y en la mayoría de ellos es posible la vuelta a una vida normal con sus compañeros, tras unos meses de tratamiento.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer infantil es una experiencia muy estresante y dolorosa, especialmente para los padres y sin duda, también para la familia.

Las reacciones más comunes son la negación de la realidad, ira, culpa, tristeza, miedo, confusión. Estos sentimientos, miedos y preocupaciones son normales, y en ocasiones pueden ser un camino para enfrentarse con la necesaria aceptación ante una situación que nadie ha deseado.

Dicho diagnóstico provoca:

- Cambios en las relaciones de pareja: desajustes en la familia por la forma diferente de reaccionar ante la enfermedad.
- Cambios en las relaciones con el niño enfermo: modo diferente de enfocar la disciplina de cada uno de los padres, el chantaje de los hijos, y una mayor permisividad hacia el comportamiento de los hijos.
- Cambios con el resto de la familia: valoran en gran medida la ayuda que los familiares les han proporcionado y se disgustan con algunas reacciones de los familiares: les duele el que no les visiten cuando están en el hospital; que no se preocupen por el estado de salud de sus hijos; que la relación se debilite a medida que avanza la enfermedad .
- Dificultades ante la vuelta a casa, a la normalidad: del mismo modo que la familia se adapta a la enfermedad, tiene que adaptarse a la vida cotidiana. Hay familias que se adaptan bien en el periodo de hospitalización, pero fracasan cuando al enfermo le dan el alta.
- También observamos la dificultad de la vuelta a casa después de la hospitalización.
- Dificultades para realizar actividades lúdicas: hay padres que sienten remordimientos por pasarlo bien y se niegan a distraerse.

Intervenciones

- Buscar apoyos familiares.
- Expresar sentimientos.
- Hablar de cosas ajenas a la enfermedad.
- Descansar.
- Disfrutar de lo positivo.
- Mantener la actividad cotidiana.

Conclusiones

Es importante aprender a aceptar aquello que no depende de uno mismo, aquello que no se puede controlar, que no podemos evitar. De nada servirán los avances que se han conseguido en el campo de la oncología infantil si no seguimos las recomendaciones que nos dan los profesionales de este campo.

- La enfermera tiene un papel fundamental en oncología infantil, actuando de eslabón entre el niño, la familia y los restantes miembros del equipo multidisciplinar.
- La oncología infantil debe ser integral y abarcar todos los aspectos de la vida del paciente y su familia, tratando de eliminar aquellos factores negativos y reforzando los aspectos positivos.
- La enfermería es un arte y una ciencia, y ante todo, es humanidad.

Bibliografía

1. Pietrukowicz MCLC. *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. [Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
2. Woodgate RL. *Social support in children with cancer: a review of the literature*. Journal of Pediatric Oncol Nurs 1999 October; 16(4):201-13.
3. Ganong LH. *Integrative reviews of nursing research*. Res Nurs Health 1997; 10(1):1-11.
4. Rodgers BL, Knafk KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia (PA): WB Saunders; 2000.

Capítulo 123

Impacto de la cesárea sobre la lactancia materna exclusiva

Autores:

Moreno Callejas, Alberto

Márquez Manzano, Francisca

(Moreno Callejas, Alberto; Márquez Manzano, Francisca)

INTRODUCCION.- Existen diversos estudios en los que nos dicen que la lactancia materna exclusiva disminuye considerablemente en los niños nacidos por cesárea.(1) (3)

OBJETIVO.- Nos gustaría poner cifras y evaluar hasta qué punto esta afirmación afecta a nuestro cupo de población que es atendida y da a luz en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS.- Para realizar este estudio cuantitativo se han captado 375 niños provenientes de 369 nacimientos (*)(**), tomando como fecha de inicio el 01/10/15 y como fin el 17/11/16.

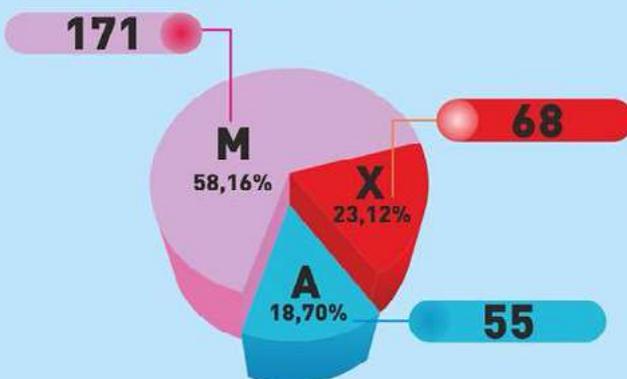
Preguntando a las madres sobre la alimentación de sus hijos en la primera visita a la consulta del pediatra a los 15 días del parto o cesárea con las siguientes preguntas recogidas en documentos como este.

(*) 6 gemelares.- 5 cesareas y 1 parto.

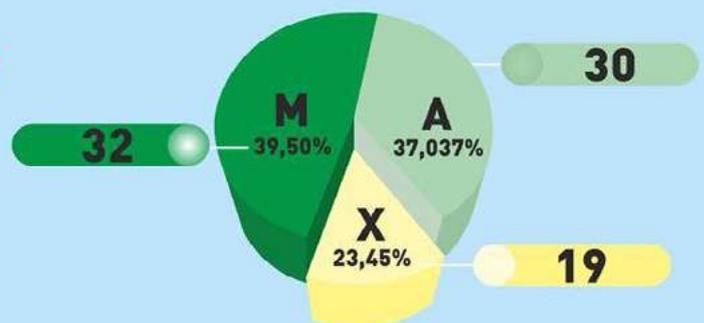
- Cabe destacar que de las 5 cesáreas gemelares captadas 4 optaron por lactancia artificial y 1 por lactancia mixta.-

(**)No se ha captado al 100% de los niños nacido en dicho hospital.

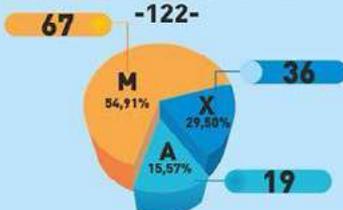
PARTOS -294-



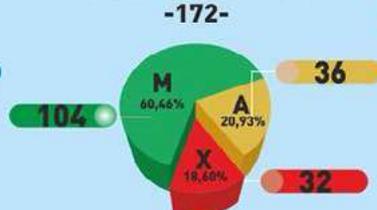
CESÁREAS -81-



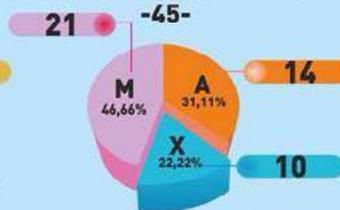
PARTOS PRÍMIPARAS -122-



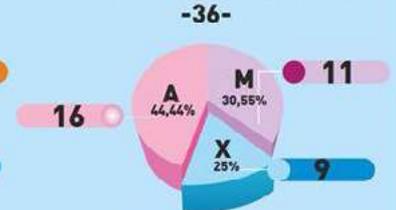
PARTOS MULTÍPARAS -172-



CESÁREAS PRÍMIPARAS -45-



CESÁREAS MULTÍPARAS -36-



Materna.- M Artificial.- A Mixta.- X

EDAD	FECHA DE PARTO	PARTO/ CESAREA	PRIMIPARA / MULTILACTANCIA	M / A / X

CONCLUSIÓN.-

Apoyándonos en los resultados obtenidos y en los estudios analizados podemos señalar que desgraciadamente hay un aumento significativo de niños nacidos por cesárea que se alimentan a través de lactancia artificial.

Queriendo hacer hincapié en la importancia de la información y preparación para la lactancia materna en caso de cesárea.

BIBLIOGRAFÍA:
1) <https://doi.org/10.1016/j.annepid.2014.12.011>
Los niños nacidos por cesárea tienen menos lactancia materna
2) <https://doi.org/10.1016/j.annepid.2014.12.011>
Lactación: Evolución en población, 355-408, Vol. 7, N.º 1, 2011
3) http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0328-97201800100005
Relacionado por cesárea en término en embarazada de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal
Declarada de interés al ser la línea más representativa de efectos del neonatal morbidity
Dr. José M. Carrillo-Cernadas, Dr. Santiago Marín, Dra. Amelita Pérez, Dr. Adolfo Aguirre, Dra. Lucía Pérez, Dr. Pablo Brown, Dra. Florencia A. López Pastor
Servicio de Neonatología, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Instituto Universitario, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Resumen: Este estudio se basa en una encuesta entregada a madres, tanto primíparas como múltiparas, parto y cesáreas, gestaciones múltiples o no para que en la primera consulta con el pediatra después del alta hospitalaria, es decir para que en la consulta de pediatría a los 15 días naturales del parto nos dijese que tipo de lactancia han elegido para su hijo.

Palabras Clave: Cesárea; Parto; Lactancia materna.

Este estudio se lleva a cabo en el Hospital Virgen de Altagracia en Manzanares, con fechas comprendidas entre el 1 de octubre de 2015 hasta el 17 de noviembre de 2016, consiguiendo captar 375 recién nacidos de un total de 369 partos, siendo 6 de estos gemelares.

Hay que destacar que no tenemos el 100% de los partos y cesáreas llevados a cabo en el hospital durante el periodo estudiado.

El estudio comenzó también con un cuestionario que se les daba a las madres que optaban por lactancia artificial exclusiva en planta para intentar ver cual eran las causas por las que no intentaban ofrecer lactancia materna a sus hijos y a la vez en la primera consulta de pediatría después del alta, que es a los 15 días naturales después del parto, se les preguntaba por la lactancia que seguían después de salir del hospital.

En planta ya llamaba la atención el número de cesáreas que optaban por lactancia artificial exclusiva o lactancia mixta que en muchas ocasiones finalizaría siendo artificial casi casi exclusiva, ya que en planta se apoyaba mucho a las madres para que optasen por la lactancia materna pero al llegar a casa....no tendrían ese apoyo y suponíamos que abandonarían la lactancia materna.

Y ya una vez recopilados los datos podemos decir que las cesáreas optan en un porcentaje algo con respecto al parto natural por la lactancia artificial y más aun las múltiparas que las primíparas.

Por lo cual y apoyándonos en esto debemos preparar y ayudar más a las futuras madres concienciando de la dificultad de la lactancia materna, y más aun cuando acaba en cesárea, ya que las madres se preparan para la lactancia materna después del parto, pero después de una cesárea.....todo se complica más, más tiempo hasta la subida de la leche, más molestias, más dolor.....es todo más difícil por ello hay que estar si cabe más encima de ellas con más comprensión y paciencia.

Bibliografía:

1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5614114>. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. Autores: Eduardo Cuestas Montañés, Julio Aparicio Sánchez. Localización: Evidencias en pediatría, ISSN-e 1885-7388, Vol. 7, Nº. 1, 2011.

2. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100005. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Cesarean delivery at term in low risk pregnancies: effects on neonatal morbidity. Dr. José M. Ceriani Cernadasa, Dr. Gonzalo Marianía, Dra. Amorina Pardo, Dr. Adolfo Aguirrea, Dra. Cecilia Pérez, Dr. Pablo Brener, Dra. Florencia A. Cores Ponteá. Servicio de Neonatología, Departamento de Pediatría. Escuela de Medicina, Instituto Universitario. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Capítulo 124

Impacto y prevalencia de la incontinencia urinaria en la mujer

Autores:

Tolosa Gil, Quiteria

García Donate, María Isabel

IMPACTO Y PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es un problema social e higiénico que se presenta de forma muy habitual en las mujeres, con importante impacto físico, social y sexual en las personas que la padecen.

Se define como la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva, interfiriendo en el trabajo y las relaciones personales. Las tasas de prevalencia varían en función del sexo y edad, un 20% las mujeres que lo padecen

OBJETIVOS

- Estudiar la epidemiología y la repercusión sociosanitaria de la incontinencia urinaria en mujeres.
- Evaluar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres.
- Identificar el número de mujeres con incontinencia urinaria y su relación con el tipo y número de partos.

RESULTADOS

- El 97% de los pacientes estudiados obtienen puntuaciones compatibles con incontinencia urinaria,
- El 43,6% tiene pérdidas de orina provocando molestias en el 30,2% de las mujeres.
- A un 35% de la muestra le resulta difícil retener orina.
- Un 13,5% de la muestra pierde orina varias veces al día y un 4,6 continuamente.
- Se encontró relación entre el haber tenido hijos y el tipo de nacimiento.

DISCUSIÓN

- El 35% de la muestra, refiere problemas de incontinencia urinaria.
- Se encuentra relación entre la dificultad de retener orina y el nivel de afectación en calidad por incontinencia urinaria.
- La prevalencia determina que la incontinencia urinaria es un problema relevante en la población objeto de estudio.
- Varios de los factores de riesgo se pueden prevenir, lo que justifica la puesta en marcha de programas coordinados de educación y prevención de la incontinencia urinaria en este grupo de mujeres y en el marco de la atención primaria.

REFERENCIAS

1. Vila MA, Fernández MJ, Florensa E, Orejas V, Dalfó A, Romea R. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Aten Primaria 1997;19:122-6.
2. Gavira FJ, Pérez del Molino J, Valderrama E, Caridad JM, López M, Romero M, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. Aten Primaria 2001;28:97-104.

MÉTODO

- **Tipo de estudio:** estudio observacional y descriptivo, en la zona básica de salud rural, en el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2017.
- **Población de estudio:** muestra de 100 mujeres que acudían a la consulta de enfermería expresando problema de incontinencia.
- **Variables sociodemográficas:** edad, hijos, tipo de alumbramiento.
- **Análisis de la prevalencia de incontinencia:** se les pasa a las mujeres el cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (CACV). El cuestionario identifica a las personas con vejiga hiperactiva, mediante 8 ítems agrupados en dos escalas.
- **Análisis Calidad de vida:** a través del International Consultation Incontinence Questionnaire-Short form (ICIQ-SF), cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida, a través de 3 ítems.
- **Estadística descriptiva:** medidas de frecuencia para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas.
- **Estadística inferencial:** Test de Student, Test de Chi y Correlación de Pearson. Cálculo estadístico: SPSS 15.0.

Resumen: La incontinencia urinaria (IU) es un problema social e higiénico que se presenta de forma muy habitual en las mujeres con gran impacto físico, social y sexual.

Es la pérdida involuntaria de orina de forma objetiva, interfiriendo en el trabajo y las relaciones personales. La prevalencia varía en función del sexo y edad, siendo un 20% las mujeres que lo padecen.

Nuestro objetivo es estudiar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida así como identificar el número de mujeres con incontinencia urinaria y su relación con el tipo y número de partos de una zona rural.

Palabras Clave: pregnancy; urinary incontinence;; postpartum.

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es un problema social e higiénico que se presenta de forma muy habitual en las mujeres, con importante impacto físico, social y sexual en las personas que la padecen.

Se define como la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva, interfiriendo en el trabajo y las relaciones personales. Las tasas de prevalencia varían en función del sexo y edad, siendo un 20% las mujeres que lo padecen.

La prevalencia de IU aumenta en el embarazo y disminuye tras el parto, se detectan mayor número de casos en el posparto reciente. La IUE es el tipo más prevalente. Los factores que influyen son diversos. El parto vaginal aumenta la probabilidad a corto plazo, así como la IU previa al embarazo o alteraciones anatómicas. Un factor de riesgo importante es la primiparidad, ya que el tiempo entre la dilatación y el expulsivo es mayor.

Las guías de práctica clínica sugieren el tratamiento conservador como primera opción, donde se incluyen los EMSP. Este concepto engloba las técnicas que pretenden fortalecer la musculatura perineal y mejorar su control.

Objetivos

- Estudiar la epidemiología y la repercusión sociosanitaria de la incontinencia urinaria en mujeres.
- Evaluar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres.
- Identificar el número de mujeres con incontinencia urinaria y su relación con el tipo y número de partos.

Diseño y metodología

Se trata de un estudio observacional y descriptivo llevado a cabo en la zona básica de salud rural en el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2017. La población de estudio es una muestra de 100 mujeres que acudían a la consulta de enfermería expresando problema de incontinencia.

Las variables sociodemográficas a estudio han sido la edad, número de hijos y tipo de alumbramiento.

Para llevar a cabo el análisis de la prevalencia de incontinencia, se les pasa a las mujeres el cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (CACV). El cuestionario identifica a las personas con vejiga hiperactiva mediante 8 ítems agrupados en dos escalas.

El análisis calidad de vida se realiza a través del International Consultation Incontinence Questionnaire-Short form (ICIQ-SF), cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida, a través de 3 ítems.

La estadística descriptiva es calculada mediante medidas de frecuencia para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas mientras que para el cálculo de la estadística inferencial se utiliza la Test de Student, Test de Chi y Correlación de Pearson. Todos los datos para el cálculo estadístico han sido analizados mediante el programa informático SPSS 15.0.

Resultados

El 97% de los pacientes estudiados obtienen puntuaciones compatibles con incontinencia urinaria. El 43,6% tiene pérdidas de orina provocando molestias en el 30,2% de las mujeres. A un 35% de la muestra le resulta difícil retener orina. Un 13,5% de la muestra pierde orina varias veces al día y un 4,6 continuamente.

Se encontró relación entre el haber tenido hijos y el tipo de nacimiento.

Discusión

El 35% de la muestra estudiada refiere problemas de incontinencia urinaria. Por otro lado se encuentra relación entre la dificultad de retener orina y el nivel de afectación en calidad por incontinencia urinaria.

Así pues, la prevalencia determina que la incontinencia urinaria es un problema relevante en la población objeto de estudio. Se ha podido comprobar que varios de los factores de riesgo se pueden prevenir, lo que justifica la puesta en marcha de programas coordinados de educación y prevención de la incontinencia urinaria en este grupo de mujeres y en el marco de la atención primaria.

Bibliografía:

1. Vila MA, Fernández MJ, Florensa E, Orejas V, Dalfó A, Romea R. *Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria*. Aten Primaria 1997;19:122-6.

2. Gavira FJ, Pérez del Molino J, Valderrama E, Caridad JM, López M, Romero M, et al. *Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud*. Aten Primaria 2001;28:97-104.

3. Glazener CM, MacArthur C, Hagen S, Elders A, Lancashire R, Herbison GP et al. *Twelveyear follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial*. BJOG. 2014;121(1):112-20.

4. Ahlund S, Nordgren B, Wilander EL, Wiklund I, Fridén C. *Is home-based pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(8):909-15.

5. Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Ellström Engh M, Bø K. *Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence: a randomized controlled trial*. Obstet Gynecol.2013;122(6):1231-8.

Capítulo 125

Importancia de la lactancia materna a partir de los 6 meses de edad

Autora:

López Juárez, M^a Pilar

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna.

En ocasiones, a partir de los 6 meses, existe la creencia errónea de que la alimentación complementaria se implementa para sustituir la lactancia materna. Sin embargo, la leche materna sigue siendo el alimento fundamental del niño hasta el año de edad y la alimentación complementaria hace referencia a los nuevos alimentos que complementan a la leche materna, pero no la sustituyen.

OBJETIVOS

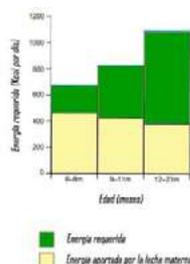
1. Analizar las necesidades nutricionales del bebé de 6 a 24 meses y el aporte calórico de la leche materna madura, la leche de continuación y la leche entera de vaca.
2. Comparar el valor nutricional de la leche materna madura con el de otras papillas recomendadas a partir de los 6 meses.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda sistematizada de artículos científicos en la base de datos Pubmed, limitando la antigüedad máxima a 5 años y usando como palabras clave: "breastfeeding", "childhood nutrition" y "complementary feeding". También se revisaron las publicaciones sobre lactancia materna y alimentación complementaria de la DMS y la AEPED. Y por último se realizó una comparación entre tablas nutricionales de leches y papillas infantiles recomendados a partir de los 6 meses.

RESULTADOS

ENERGÍA REQUERIDA Y ENERGÍA APORTADA POR LA LECHE MATERNA EN BEBÉS DE 6 A 24 MESES

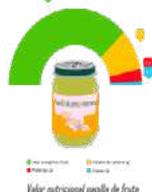


COMPOSICIÓN LECHE MATERNA MADURA, LECHE DE FÓRMULA (CONTINUACIÓN) Y LECHE ENTERA DE VACA



VALORES NUTRICIONALES DE LECHE MATERNA MADURA Y DE OTRAS PAPILLAS INFANTILES (+6 MESES)

	Leche materna (100 ml)	Cereales con gluten (25 g + 100 ml leche continuación 2)	Papilla de papa y manzana ecológica (100 g)	Papilla de verduras, arroz y pollo ecológica (100 g)
Valor energético (Kcal)	75	706	44	66
Hidratos de carbono (g)	7.3	33.7	10	9.5
Proteínas (g)	1.3	4.6	0.3	2.7
Grasas (g)	4.7	7.1	0.1	0.1



CONCLUSIONES

1. La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses y un tercio entre los 12 y los 24 meses.

2. La composición de la leche materna se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso a lo largo de cada toma. Es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aeped.es. (2018). *Preguntas frecuentes sobre lactancia materna* | Asociación Española de Pediatría. [online]. [Último acceso 15 enero 2018]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna#t48n45>
2. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. [online]. [Último acceso 15 enero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
3. Who.int. (2000). *WHO | Complementary feeding: family foods for breastfed children*. [online]. [Último acceso 18 enero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_00.1/en/

Resumen: *La lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna.*

En ocasiones, a partir de los 6 meses, existe la creencia errónea de que la alimentación complementaria se implementa para sustituir la lactancia materna. Sin embargo, la leche materna sigue siendo el alimento fundamental del niño hasta el año de edad y la alimentación complementaria hace referencia a los nuevos alimentos que complementan a la leche materna, pero no la sustituyen.

Palabras Clave: *Breast Feeding; Lactation; Milk, Human.*

Introducción

La lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna.

En ocasiones, a partir de los 6 meses, existe la creencia errónea de que la alimentación complementaria se implementa para sustituir la lactancia materna. Sin embargo, la leche materna sigue siendo el alimento fundamental del niño hasta el año de edad y la alimentación complementaria hace referencia a los nuevos alimentos que complementan a la leche materna, pero no la sustituyen.

Objetivos

1. Analizar las necesidades nutricionales del bebé de 6 a 24 meses y el aporte calórico de la leche materna madura, la leche de continuación y la leche entera de vaca.
2. Comparar el valor nutricional de la leche materna madura con el de otras papillas recomendadas a partir de los 6 meses.

Material y método

Se realiza una búsqueda sistematizada de artículos científicos en la base de datos Pubmed, limitando la antigüedad máxima a 5 años y usando como palabras clave: “breastfeeding”, “childhood nutrition” y “complementary feeding”.

También se revisaron las publicaciones sobre lactancia materna y alimentación complementaria de la OMS y la AEPED.

Y por último se realizó una comparación entre tablas nutricionales de leches y papillas infantiles recomendados a partir de los 6 meses.

Resultados

La leche materna cubre todas las necesidades hasta los 6 meses de edad. A partir de esa edad deben introducirse los alimentos complementarios para que el aporte energético del bebé sea suficiente.

Además de la energía aportada por la leche materna, se requieren:

- 200 kcal más por día en niños de 6-8 meses,
- 300 kcal más por día para niños de 9-11 meses
- y 550 kcal más por día para niños de 12-23 meses de edad.

En cuanto al aporte energético, la leche materna madura aporta 75 Kcal/100 ml, la de continuación (fórmula) 70 Kcal/100 ml y la leche entera de vaca 64 Kcal/100 ml.

La alimentación complementaria introducida a partir de los 6 meses no debe sustituir a la leche materna sino, como su propio nombre indica, debe complementarla, aportando la energía y nutrientes necesarios para el óptimo desarrollo del bebé. Además, le permite experimentar con nuevas texturas y sabores.

Conclusiones

1. La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses y un tercio entre los 12 y los 24 meses.

2. La composición de la leche materna se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso a lo largo de cada toma. Es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

Bibliografía:

1. Aeped.es. (2018). *Preguntas frecuentes sobre lactancia materna*. Asociación Española de Pediatría. [online]. [Último acceso 15 enero 2018]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna#t48n145>.
2. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. [online]. [Último acceso 15 enero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
3. Who.int. (2000). WHO. *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. [online]. [Último acceso 18 enero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_00.1/en/.

Capítulo 126

Importancia de una alimentación adecuada durante la gestación

Autores:

Cortecero Sanz, M^a Cristina

Barrios Rubio, Laura

Rabadán Arévalo, Marta

Céspedes Valero, M^a Ester

Pardo Juárez, Natalia

Sanz Estudillo, Francisca

IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA DURANTE LA GESTACIÓN

Introducción:

La alimentación equilibrada es fundamental para prevenir enfermedades. Por eso en una etapa tan importante como es el embarazo la nutrición es de vital importancia, ya que una aportación adecuada de nutrientes favorece: el correcto crecimiento y desarrollo del bebé, disminuye la probabilidad de tener un bebé de bajo peso, evita malformaciones fetales, disminuyendo la probabilidad de aparición de éstas y evita un parto prematuro.

Objetivo: Evaluar la alimentación durante la gestación.

Material y métodos:

- Se realiza un **estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo** en mujeres de un centro de salud rural en la consulta.
- La población de estudio fueron mujeres sanas embarazadas seleccionando la muestra con **muestro no probabilístico y con selección consecutiva**.
- Elaboramos un instrumento de recogida de datos "ADHOC" que incluía las siguientes variables: primigesta o multigesta, situación laboral, estudios, número de ingestas, edad y grupo o grupos de alimentos que han aumentado o disminuido en el embarazo. Previo se les explicó la forma de responder el cuestionario además de garantizar el anonimato.
- Conseguimos una muestra de **35 mujeres** (100%) sanas que han dado a luz entre septiembre y diciembre de 2017. Supervisadas por el mismo servicio de obstetricia y ginecología.
- Realizamos un estudio estadístico descriptivo de variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes, medias y desviación típica.

Resultados:

GRUPO	Nº DE PACIENTES
[20-25]	4
[25-30]	7
[30-35]	16
[35-40]	5
[40-45]	3

Hemos registrados los datos de 35 pacientes de las cuales hemos obtenido una edad media de 33 años, presenta una varianza de 30,82 y una desviación típica de 5,56 . Estas pacientes han sido divididas en grupos dependiendo de su edad; el mínimo de edad es de 20 y el máximo de 45.

- ✓ El 55% (19 mujeres) eran **primigestas**.
- ✓ El 73% (25 mujeres) **trabajó hasta el quinto mes de embarazo**.

- ✓ El 84% (29 mujeres) reconoció el **aumento de fibra** por estreñimiento en el segundo trimestre.
- ✓ El 43.5% (15 mujeres) refiere haber tomado **5 ingestas diarias**.

Se muestran otros resultados del estudio en la figura 1 y 2



Figura 1: El 70% de la muestra dijo que el alimento que más disminuyeron en la gestación fue el pescado



Figura 2: El 50% de la muestra afirmó que el alimento más aumentado fue el dulce. Manteniéndose sin variación: lácteos, carnes y pescados

Conclusiones:

Tras realizar dicho estudio hemos observado la **falta de información** en las gestantes acerca de la nutrición que deben seguir. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de la importancia de transmitirles una información adecuada desde la **primera consulta** ya que es de vital importancia tanto para la madre como para el bebé.

Resumen: La alimentación es muy importante en todas las etapas de la vida; vamos a hablar de la misma durante la gestación ya que es de vital importancia para el correcto desarrollo del feto evitando de tal manera ciertas malformaciones, bajo peso, etc. que puede conllevar.

Nos proponemos como objetivo evaluar la alimentación en la gestación para ello se realiza un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en mujeres embarazadas. Se elabora un cuestionario para recoger los datos incluyendo ciertas variables que consideramos de interés. Llegando a la conclusión de la falta de información impartida.

Palabras Clave: Alimentación; Embarazo; Saludable.

Introducción

La alimentación equilibrada es fundamental para prevenir enfermedades. Por eso en una etapa tan importante como es el embarazo la nutrición es de vital importancia, ya que una aportación adecuada de nutrientes favorece: el correcto crecimiento y desarrollo del bebé, disminuye la probabilidad de tener un bebé de bajo peso, evita malformaciones fetales, disminuyendo la probabilidad de aparición de éstas y evita un parto prematuro.

Objetivos

Evaluar la alimentación durante la gestación

Material y métodos

- Se realiza un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo en mujeres de un centro de salud rural en la consulta.
- La población de estudio fueron mujeres sanas embarazadas seleccionando la muestra con muestro no probabilístico y con selección consecutiva.
- Elaboramos un instrumento de recogida de datos "ADHOC" que incluía las siguientes variables: primigesta o multigesta, situación laboral, estudios, número de ingestas, edad y grupo o grupos de alimentos que han aumentado o disminuido en el embarazo. Previo se les explicó la forma de responder el cuestionario además de garantizar el anonimato.
- Conseguimos una muestra de 35 mujeres (100%) sanas que han dado a luz entre septiembre y diciembre de 2017. Supervisadas por el mismo servicio de obstetricia y ginecología.
- Realizamos un estudio estadístico descriptivo de variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes, medias y desviación típica.

Resultados

Hemos registrados los datos de 35 pacientes de las cuales hemos obtenido una edad media de 33 años, presenta una varianza de 30,82 y una desviación típica de 5,56 . Estas pacientes han sido divididas en grupos dependiendo de su edad; el mínimo de edad es de 20 y el máximo de 45.

- El 55% (19 mujeres) eran primigestas.
- El 73% (25 mujeres) trabajó hasta el quinto mes de embarazo.
- El 84% (29 mujeres) reconoció el aumento de fibra por estreñimiento en el segundo trimestre.
- El 43.5% (15 mujeres) refiere haber tomado 5 ingestas diarias.

Conclusiones

Tras realizar dicho estudio hemos observado la falta de información en las gestantes acerca de la nutrición que deben seguir. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de la importancia de transmitirles una información adecuada desde la primera consulta ya que es de vital importancia tanto para la madre como para el bebé.

Bibliografía

1. Sánchez-Muniz. F.J. et al. *La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico*. Nutrición Hospitalaria. 2013;28(2):250-274.
2. de la Caridad Cruz Almaguerl. C, Cruz Sánchezll. L, López Menesll. M, González. J.D. *Nutrición y embarazo: Algunos aspectos generales para su manejo en la Atención Primaria de Salud*. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2012:11(1)168-175.
3. Sánchez-Muniz F.J, García-Arias M.T, García Fernández M.C, et al. *Nutrición y Dietética*. Universidad de León. Secretariado de Publicaciones y Medios Audiovisuales; pp. 119- 133. León, 2003.

Capítulo 127

Importancia del diagnóstico precoz en la displasia del desarrollo de cadera

Autores:

Molina Alañón, Eva María

Aguilera Mimbrero, Ana

Martínez Rodríguez, Helena

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA

INTRODUCCIÓN:

La displasia del desarrollo de la cadera es una alteración en el desarrollo y relación anatómica entre el acetábulo y la cabeza femoral. Podemos diferenciar entre subluxación, luxación teratológica o luxación típica de cadera.

Incidencia variable en función del país. En países desarrollados 2 o 3 casos por 1000 niños nacidos vivos, en países en vías de desarrollo entre 4 y 14 por cada 1000 nacidos vivos.

En la etiología intervienen múltiples factores: factores hormonales, mecánicos y genéticos. Además diferenciamos varios factores de riesgo de displasia del desarrollo de la cadera (DDC): presentación podálica, género femenino, embarazo múltiple, primíparas, entre otros.

Es importante saber que tendrá mejor evolución y más probabilidades de éxito del tratamiento cuanto más temprano sea el diagnóstico, debido a que cuanto más tiempo esté la cadera luxada mayor será la deformidad del acetábulo, del fémur y de todas las partes blandas que rodean la articulación, nos podemos encontrar:

Además, este diagnóstico tardío aumenta el riesgo de desarrollo de coxartrosis y modificación de la mecánica articular, una vez que el niño camina observamos una hiperlordosis lumbar, marcha en tredelemburg.

OBJETIVO:

Analizar y describir los diferentes métodos de diagnóstico de la DDC en función de la edad del niño y su tratamiento correspondiente lo antes posible para mejorar su pronóstico y evitar las complicaciones propias de un diagnóstico y tratamiento tardío.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión bibliográfica de abordaje cualitativo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos de Scielo y Medline. Como fuentes secundarias se ha realizado una revisión en la revista sanitaria Elsevier. Las palabras clave utilizadas son displasia de la cadera, articulación coxofemoral, luxación, diagnóstico.

RESULTADOS

El diagnóstico y el tratamiento variará en función de la edad del niño:

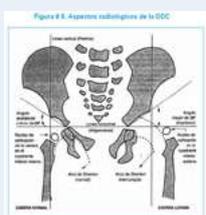
DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO EN EL NEONATO: exploración física en screening neonatal

- Limitación de la abducción por contractura de aductores (inferior a 60 grados).
- Asimetría de pliegues glúteos e inguinales. Maniobra de Ortolani: para detectar la luxación de la cadera.
- Maniobra de Barlow: prueba inversa a la anteriormente mencionada, ya que intenta luxar la cadera.
- Signo de telescopaje al no encontrarse la cabeza femoral en el acetábulo.
- Signo de Allis: acortamiento de la extremidad luxada.
- En caso de dudas o existencia factores de riesgo → ECOGRAFÍA (útil en los primeros 3 meses)

DIAGNÓSTICO A PARTIR DE LOS 3 MESES

El signo más característico será LA LIMITACIÓN DE LA ABDUCCIÓN. Las maniobras de Ortolani y Barlow pueden dar negativas a pesar de DDC. La prueba de imagen de elección= RADIOGRAFÍA
Parámetros radiológicos a tener en cuenta:



DIAGNÓSTICO DESPUÉS DE LA MARCHA

SIGNOS CLÍNICOS: limitación en la abducción y asimetría de los miembros inferiores (signo de Allis). La alteración de la marcha diagnosticará la displasia del desarrollo de cadera en esta etapa: marcha en Trendelemburg por insuficiencia glútea o marcha de Ánade o pato en luxaciones bilaterales.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MENORES DE 6 MESES



ARNÉS DE PAVLIK: mantendrá la reducción de la cadera, el niño se mantendrá con una flexión de cadera (90°) y rodilla, este arnés permite una movilidad activa dentro de la zona de seguridad (abducción mínima de 30° que evita la reluxación y máxima de 60° para evitar la necrosis avascular). Al final del tratamiento → radiografías para ver si se mantiene la reducción y valorar el desarrollo acetabular.

TRATAMIENTO DE 6 A 18 MESES: en los casos en los que no ha funcionado el arnés o en diagnósticos tardíos.

1° realizamos una artrografía para valorar si la reducción va a ser cerrada o abierta (la interposición de obstáculos anatómicos favorece la aparición de necrosis avascular)
2° tracción continua con abducción progresiva preoperatoria
3° reducción con anestesia general
4° comprobación clínica y radiológica
5° colocación de un yeso con flexión de 90° y una abducción entre 30-70°. Tras la retirada del yeso el niño continuará con férulas de abducción hasta la deambulación.

TRATAMIENTO A PARTIR DE 18 MESES

Reducción quirúrgica abierta, yeso pelvipédico posterior para estabilizar la cadera. En caso de no desarrollarse de forma normal el acetábulo → osteotomías femorales y/o acetabulares para evitar la aparición de una futura coxartrosis.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico precoz de la DDC es fundamental para poder realizar el tratamiento lo antes posible, obteniendo unos resultados muchos más satisfactorios y evitando complicaciones como la coxartrosis, luxación, subluxación, claudicación en la marcha o necrosis avascular de la cabeza femoral. Cuando el diagnóstico se realiza antes de los 6 meses de vida, la probabilidad de curación con el tratamiento conservador es de un 90-95%.

Resumen: *En la displasia del desarrollo de cadera (DDC) es importante saber que tendrá mejor evolución y más probabilidades de éxito del tratamiento cuanto más temprano sea el diagnóstico, debido a que cuanto más tiempo esté la cadera luxada mayor será la deformidad del acetábulo, del fémur y de todas las partes blandas que rodean la articulación. Para ello, podemos diferenciar el diagnóstico y tratamiento en función de la edad del niño.*

Además, hay que tener en cuenta que un diagnóstico tardío aumenta el riesgo de desarrollo de coxartrosis y modificación de la mecánica articular del niño que camina.

Palabras Clave: *Displasia de la cadera; luxación; diagnóstico.*

Introducción

La displasia del desarrollo de la cadera es una alteración en el desarrollo y relación anatómica entre el acetábulo y la cabeza femoral. Podemos diferenciar entre subluxación, luxación teratológica o luxación típica de cadera.

La incidencia es variable en función del país. En países desarrollados suele ser de 2 o 3 casos por 1000 niños nacidos vivos, mientras que en los países en vías de desarrollo oscilan entre 4 y 14 por cada 1000 nacidos vivos.

En la etiología de la displasia de cadera intervienen múltiples factores: factores hormonales, mecánicos y genéticos. Además podemos diferenciar varios factores de riesgo de DDC: presentación podálica, género femenino, embarazo múltiple, primíparas, entre otros.

Objetivos

Analizar y describir los diferentes métodos de diagnóstico de la DDC en función de la edad del niño y su tratamiento correspondiente lo antes posible para mejorar su pronóstico y evitar las complicaciones propias de un diagnóstico y tratamiento tardío.

Material y métodos

Se trata de una revisión bibliográfica de abordaje cualitativo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos de Scielo y Medline. Como fuentes secundarias se ha realizado una revisión en la revista sanitaria Elsevier. Las palabras clave utilizadas son displasia de la cadera, articulación coxofemoral, luxación, diagnóstico.

Resultados

El diagnóstico y el tratamiento varían en función de la edad del niño:

Diagnóstico

1. El diagnóstico en el neonato: exploración física en screening neonatal.

En el neonato, dentro del screening neonatal se realizará una exploración clínica para valorar la presencia de DDC, en ella tendremos en cuenta:

- Limitación de la abducción por contractura de aductores (inferior a 60 grados). Es el signo más importante en el diagnóstico de niños mayores de 2-3 meses.
- Asimetría de pliegues glúteos e inguinales. Signo tardío.
- Maniobra de Ortolani: se realiza para detectar la luxación de la cadera.
- Maniobra de Barlow: es una prueba inversa a la anteriormente mencionada.
- Signo de telescopaje al no encontrarse la cabeza femoral en el acetábulo.
- Signo de Galeazzi o Allis: acortamiento de la extremidad luxada, suele aparecer de forma tardía.

En caso de dudas al realizar la exploración física en el niño o si existen factores de riesgo se realizará una ecografía estática y dinámica, útil en los primeros 3 meses de vida ya que permite ver estructuras no osificadas, evaluando el desarrollo del acetábulo y la estabilidad de la cadera.

2. Diagnóstico a partir de los 3 meses de edad

A partir de los 3 meses el signo más característico será la limitación de la abducción. Las maniobras de Ortolani y Barlow pueden dar negativas a pesar de la presencia de DDC.

La prueba de imagen de elección será la radiografía aportándonos datos sobre la posición de la cabeza femoral frente al acetábulo.

3. Diagnóstico después de la marcha.

Los signos clínicos que nos solemos encontrar en esta etapa será una limitación en la abducción, junto con una asimetría de los miembros inferiores (signo de Allis). Pero va a ser la alteración de la marcha lo que diagnostique la displasia del desarrollo de cadera en esta etapa. Observaremos una marcha en Trendelenburg por insuficiencia glútea o marcha de Ánade o pato en luxaciones bilaterales.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento será conseguir un desarrollo normal del acetábulo y conseguir y mantener la reducción de la articulación coxofemoral evitando complicaciones como la necrosis avascular.

1. Para el tratamiento en los menores de 6 meses.

Se utilizará el arnés de Pavlik que conseguirá mantener la reducción de la cadera mediante la maniobra de Ortolani, el niño se mantendrá con una flexión de cadera (90°) y rodilla, este arnés permite una movilidad activa dentro de la zona de seguridad (abducción mínima de 30° que evita la reluxación y máxima de 60° para evitar la necrosis avascular). Tras finalizar el tratamiento es necesaria la realización de radiografías para ver si se mantiene la reducción y valorar el desarrollo acetabular.

2. Tratamiento de 6 a 18 meses.

En los casos en los que no ha funcionado el arnés o en diagnósticos tardíos. Primero realizaremos una artrografía para valorar si la reducción va a ser cerrada o abierta ya que la interposición de obstáculos anatómicos favorece la aparición de necrosis avascular, en caso afirmativo

la reducción será abierta. Antes de comenzar la reducción abierta o cerrada se realizará una tracción continua con abducción progresiva preoperatoria. Tras la reducción con anestesia general se realizará una comprobación clínica y radiológica de la reducción y se colocará un yeso con una flexión de 90° y una abducción entre 30-70°. Tras la retirada del yeso el niño continuará con férulas de abducción hasta la deambulación.

3. Tratamiento a partir de 18 meses:

Cuanto mayor sea el niño más frecuente será que necesitemos realizar una reducción quirúrgica abierta, tras la reducción se colocará un yeso pelvipédico durante unos 3 meses para estabilizar la cadera.

En caso de no desarrollarse de forma normal el acetábulo se deberá realizar osteotomías femorales y/o acetabulares para evitar la aparición de una futura coxartrosis.

Conclusión

El diagnóstico precoz de la DDC es fundamental para poder realizar el tratamiento lo antes posible, obteniendo unos resultados muchos más satisfactorios y evitando complicaciones como la coxartrosis, luxación, subluxación, claudicación en la marcha o necrosis avascular de la cabeza femoral. Cuando el diagnóstico se realiza antes de los 6 meses de vida, la probabilidad de curación con el tratamiento conservador es de un 90-95%.

Bibliografía:

1. Baudet Carrilloa E M., C. Revenga Giertychb, Bulo Concellón M P. *Displasia del desarrollo de la cadera*. Rev Soc Andaluza Traumatol Ortop 2001; 21:195-206. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-andaluza-traumatologia-ortopedia-130-articulo-displasia-del-desarrollo-cadera-13025097>.
2. Moraleda L., Albiñana J., Salcedo M., González-Moran G. *Displasia del desarrollo de la cadera*. Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2013;57:67-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-displasia-del-desarrollo-cadera-51888441512001701>.
3. Silva-Caicedo O., Garzón-Alvarado DA. *Antecedentes, historia y pronóstico de la displasia del desarrollo de la cadera*. Rev Cubana Invest Bioméd v.30 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002011000100010&script=sci_arttext&lng=en.
4. MazziGonzalezDePradaE. *Displasia del desarrollo de la cadera*. Rev. bol. ped. v.50 n.1 La Paz 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752011000100014&script=sci_arttext.

Capítulo 128

Incapacidad temporal. Propuesta de alta medica de mutuas colaboradoras

Autores:

Sánchez Higuera, M^a del Prado

Ramírez De Orol, Miguel Angel

Valiente Sobrino, Liliana

INCAPACIDAD TEMPORAL. PROPUESTA DE ALTA MEDICA DE MUTUAS COLABORADORAS

Autores:

Introducción

La incapacidad laboral se define como la situación en la que un trabajador, por motivo de enfermedad o accidente, no puede realizar su trabajo habitual. De hecho, las tres cuartas partes del absentismo laboral se deben a enfermedad o accidente. Según su duración, puede ser de carácter transitorio (incapacidad temporal o IT) o indefinido (incapacidad permanente o IP), la cual se tramita una vez transcurridos 18 meses desde el comienzo de la IT, o bien desde el momento en que se prevé que, dada la naturaleza de la enfermedad o lesión del trabajador, éste no podrá desarrollar su trabajo habitual.

Objetivos

Dar a conocer el proceso de las propuestas de alta médica de la mutua de trabajo en la inspección de Ciudad Real.

Evaluar los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de Castilla la Mancha

Aspectos legales

La Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por la que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social), define el concepto de incapacidad temporal en su artículo 169 como:

“Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

a) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días.....”

La gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración se regulan en el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio.

Mutuas de trabajo

Las mutuas son entidades colaboradoras con la Seguridad Social formadas por asociaciones privadas de empresarios, constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de este, tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con alcance establecidos en la Ley General de Seguridad Social

Conclusion

La incapacidad es un indicador de resultado sanitario, un indicador de calidad de vida y un indicador de gestión sanitaria. Es necesario dar respuesta a las demandas de datos sobre incapacidad que, desde las entidades, las direcciones y las jefaturas de gestión sanitaria se formulan, entendiendo la enorme utilidad de conocer los datos sobre incapacidad de un determinado proceso y su área de presentación como indicador de resultado sanitario y de ayuda a la toma de decisiones en la gestión, tanto clínica como sanitaria.

Metodología

En los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes cuya cobertura corresponda a una mutua, los médicos adscritos a la misma y cuando consideren que el paciente no está impedido para el desarrollo de su trabajo elaborarán la propuesta de alta médica. La mutua comunicará al mismo tiempo al paciente la valoración realizada. La propuesta de alta médica de la mutua como entidad colaboradora en la gestión de la incapacidad temporal (IT), es un documento con información clínica del paciente que se encuentra en situación de IT. La propuesta de alta es enviada a la Inspección Médica por correo electrónico protegido con código de seguridad. El departamento administrativo guarda el documento de propuesta de alta médica en archivo digital e imprime el mismo para ser trasladado a las Enfermeras Subinspectoras.

La revisión de la propuesta de alta es realizada por el Equipo de Enfermeras Subinspectoras, que deben comprobar que cada propuesta de alta enviada a la Inspección médica de Ciudad Real cumple criterios de calidad antes de proceder a comunicar a los Facultativos de Atención Primaria que la Mutua propone el alta médica del paciente.

Propuesta de alta

Las mutuas a través de los médicos dependientes de las mismas elaborarán la propuesta de alta médica en base a la situación actual del paciente, podrán realizar exámenes y reconocimientos médicos; con la información obtenida elaboran la propuesta de alta médica considerando que el paciente no está impedido para la realización de su trabajo.

La propuesta de alta irá dirigida a la Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud (ISMP) de Ciudad Real por correo electrónico. La propuesta de alta médica es entregada al Equipo de Enfermeras Subinspectoras para su trámite. Las Enfermeras Subinspectoras de la Gerencia de Coordinación e Inspección de Ciudad Real, deben revisar las propuestas de alta de las mutuas antes de ser remitidas a los Facultativos de Atención Primaria. La ISMP debe comunicar a la mutua en un plazo de cinco días hábiles de la recepción de la propuesta de alta la estimación de la misma, con el alta médica del paciente, o su denegación, en este caso debe acompañar informe médico que justifique la permanencia de la incapacidad temporal del paciente.

Requerimientos de una propuesta de alta

- 1.- Edad.
- 2.- Profesión.
- 3.- Descripción de tareas habituales y requerimientos de las mismas.
- 4.- Diagnóstico.
- 5.- Fecha de baja médica.
- 6.- Antecedentes médicos.
- 7.- Anamnesis.
- 8.- Exploración física en la fecha de la propuesta de alta.
- 9.- Evolución.
- 10.- Tratamiento.
- 11.- Pruebas complementarias y derivaciones a especialistas.

Informe final

Tras la revisión por parte del Equipo de Enfermeras Subinspectoras de las propuestas de alta médicas, y en el caso de reunir todos y cada uno de los contenidos, la propuesta de alta será tenida en cuenta y el Equipo de Enfermeras Subinspectoras procederá a:

- Revisar historia clínica de Atención Primaria (hoja MEAP) del paciente.
- Revisar historia clínica de Especializada (FEA).
- Revisar informes asociados de datos clínicos del paciente.

Después de la revisión de datos clínicos si se encuentran patologías o situaciones de salud que limiten la capacidad funcional del paciente para la realización de su trabajo, y bajo supervisión del Inspector Médico, se confirma la baja justificando la discrepancia. Esta actuación es comunicada al Facultativo de Atención Primaria.

En el caso de no encontrar justificación en la historia del paciente para mantener la situación de IT, se envía al Facultativo de Atención Primaria propuesta del alta médica.

El Facultativo puede pronunciarse admitiendo la propuesta de alta de la mutua, o confirmando la baja indicando que el paciente debe continuar en incapacidad temporal.

La situación de continuar en incapacidad temporal debe justificarse en la historia clínica del paciente indicando las causas que justifican la discrepancia a la propuesta de alta de la mutua, señalando las atenciones y controles médicos que considere necesarios realizar. Una vez que dicha información es remitida por el Facultativo de Atención Primaria a la Inspección Médica se trasladada a la mutua correspondiente de forma inmediata.

Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Datos acumulados hasta junio 2017
Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social



Gráfico 1. Duración media de la baja laboral



Gráfico 2. Incidencia media mensual x 1000 trabajadores



Gráfico 3. Numero de procesos iniciados

Resumen: *En los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes cuya cobertura corresponda a una mutua, los médicos adscritos a la misma y cuando consideren que el paciente no está impedido para el desarrollo de su trabajo elaborarán la propuesta de alta médica. Comunicando al mismo tiempo al paciente la valoración realizada.*

La propuesta de alta médica de la mutua es un documento con información clínica del paciente que se encuentra en situación de IT. La propuesta de alta es enviada a la Inspección Médica por correo electrónico protegido con código de seguridad.

Palabras Clave: *Incapacidad; mutuas; propuestas.*

Las mutuas son entidades colaboradoras con la Seguridad Social formadas por asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de este, tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con alcance establecidos en la Ley General de Seguridad Social.

Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social tienen por objeto el desarrollo entre otras actividades la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes (enfermedad y accidente no laboral) de los pacientes.

Las mutuas a través de los médicos dependientes de las mismas elaborarán la propuesta de alta médica en base a la situación actual del paciente, podrán realizar exámenes y reconocimientos médicos; con la información obtenida elaboran la propuesta de alta médica considerando que el paciente no está impedido para la realización de su trabajo.

La propuesta de alta irá dirigida a la Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud de Ciudad Real por correo electrónico a una cuenta de correo para exclusiva comunicación con las mutuas.

La Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud debe comunicar a la mutua en un plazo de cinco días hábiles desde el siguiente de la recepción de la propuesta de alta la estimación de la misma, con el alta médica del paciente, o su denegación, en este caso debe acompañar informe médico que justifique la permanencia de la incapacidad temporal del paciente.

Una vez que la propuesta de alta médica ha sido descargada, archivada digitalmente e imprimida por el Departamento de Administración de la Gerencia de Inspección y Coordinación de Ciudad Real es entregada al Equipo de Enfermeras Subinspectoras para su trámite.

Las Enfermeras Subinspectoras de la Gerencia de Coordinación e Inspección de Ciudad Real, deben revisar las propuestas de alta de las mutuas antes de ser remitidas a los Facultativos de Atención Primaria. En la última Reunión de Mutuas e Inspección Médica de la provincia de Ciudad Real, se acordó dentro del punto 1 los requerimientos básicos de una propuesta de alta para ser admitida como tal por parte de la Inspección Médica, estos contenidos imprescindibles junto con los datos personales del paciente, son:

- 1.- Edad.
- 2.- Profesión.
- 3.- Descripción de tareas habituales y requerimientos de las mismas.

- 4.- Diagnóstico.
- 5.- Fecha de baja médica.
- 6.- Antecedentes médicos.
- 7.- Anamnesis.
- 8.- Exploración física en la fecha de la propuesta de alta.
- 9.- Evolución.
- 10.- Tratamiento.
- 11.- Pruebas complementarias y derivaciones a especialistas.

Cada mutua aporta la información en sus modelos habituales de propuesta de alta médica.

Tras la revisión por parte del Equipo de Enfermeras Subinspectoras de las propuestas de alta médicas, en el caso de no reunir alguno de los criterios, se informará a la mutua correspondiente de la ausencia del dato que debe incluir como contenido imprescindible, no se enviará la propuesta de alta al Facultativo de Atención Primaria.

En el caso de reunir todos y cada uno de los contenidos, la propuesta de alta será tenida en cuenta y el Equipo de Enfermeras Subinspectoras procederá a:

- Revisar historia clínica de Atención Primaria (hoja MEAP) del paciente.
- Revisar historia clínica de Especializada (FEA).
- Revisar informes asociados de datos clínicos del paciente.

Después de la revisión de datos clínicos se pueden encontrar patologías o situaciones de salud que limiten la capacidad funcional del paciente para la realización de su trabajo, en ese caso y bajo supervisión del Inspector Médico se contesta a la propuesta de alta de la mutua indicando que se confirma la baja justificando la discrepancia basada en los informes médicos encontrados en la historia clínica del paciente. Esta actuación es comunicada al Facultativo de Atención Primaria así como el envío de la propuesta de alta para su valoración.

En el caso de no encontrar justificación en las anotaciones de la historia del paciente para mantener la situación de incapacidad temporal, la propuesta se enviará al Facultativo de Atención Primaria indicando que ante la ausencia de datos clínicos en la historia del paciente que justifiquen la situación de incapacidad temporal, debe contestar en el plazo de cuatro días indicando aquellas limitaciones que presente el paciente para la realización de su trabajo. Para un mayor control del proceso se bloquea la emisión del parte de confirmación.

El Facultativo puede pronunciarse admitiendo la propuesta de alta de la mutua, a través del la expedición del parte de alta médica o confirmando la baja indicando que el paciente debe continuar en incapacidad temporal.

La situación de continuar en incapacidad temporal debe justificarse en la historia clínica del paciente indicando las causas que justifican la discrepancia a la propuesta de alta de la mutua señalándolas atenciones y controles médicos que considere necesarios realizar.

Una vez que dicha información es remitida por el Facultativo de Atención Primaria a la Inspección Médica se trasladada a la mutua correspondiente de forma inmediata.

Bibliografía:

1. Esteban López, S., Abellán Hervás, M. J., *A propósito de la Incapacidad Temporal (I.T.)*, Marzo 2001, Medicina de Familia (And) Vol. 2, N.º 1, <http://samfyc.es/Revista/PDF/v2n1/059-063.pdf>.
2. Navarro Peñalver, A., *Valoración médica de la incapacidad laboral por los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MA-TEPSS)*, Madrid 2014. Medicina y Seguridad del Trabajo, vol.60 supl.1, http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000500005&script=sci_arttext&lng=pt.
3. Ramos Muñoz, R., *Aspectos de metodología de evaluación y gestión sanitaria de la incapacidad temporal tras publicación de Real Decreto 625/2014 y Ley 35/2014*, Madrid abr./jun. 2015, Medicina y Seguridad del Trabajo, vol.61 no.239.

Capítulo 129

Indicaciones y resultados de la histeroscopia diagnóstica

Autores:

Simarro Bustamante, Cristina

Carrero Ruiz, Sofía

INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Autores

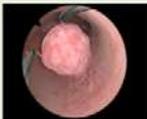
Introducción

La histeroscopia es una técnica endoscópica que permite la visualización del canal endocervical y la cavidad uterina. En la mayor parte de los centros se realiza siguiendo la técnica de acceso por vaginoscopia y según Bettocchi, de manera ambulatoria y sin anestesia, con suero salino como medio de distensión. Puede tener una faceta diagnóstica y otra terapéutica, incluidos diversos procedimientos quirúrgicos menores, que la mayoría de las pacientes toleran perfectamente, constituyendo un procedimiento sencillo, seguro y con una alta eficacia para reconocer, evaluar y tratar las alteraciones intrauterinas.

Objetivos

Valorar las indicaciones y las complicaciones de pacientes sometidos a histeroscopia diagnóstica y estudio anatomopatológico.

Estudiar la correlación entre la descripción ecográfica y los hallazgos de la histeroscopia diagnóstica.



VARIABLE	PARIDAD	VALOR P
Intensidad del dolor durante la prueba	Nulíparas	0,05
	Múltiparas	
Intensidad del dolor después de la prueba	Nulíparas	0,1
	Múltiparas	

Tabla 1

VARIABLE	NORMA		PREMENOPAUSI		POSTMENOPAUSI		VALOR P
	L	CA	L	CA	L	CA	
Intensidad del dolor durante la prueba	5,5±2,6	5,8±2,2	5,5±2,6	5,8±2,2	6,5±2,3	6,5±2,3	0,08
Intensidad del dolor después de la prueba	2,3±1,6	2,4±1,3	2,3±1,6	2,4±1,3	2,8±1,6	2,8±1,6	0,2

CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ECOGRAFÍA PARA EL MIOMA	95 % I.C.		
	Prevalencia de la enfermedad	Limite inferior	Limite superior
Sensibilidad	100,00%	0,03%	3,91%
Especificidad	90,68%	84,83%	84,51%
Valor predictivo positivo	6,25%	0,33%	32,29%
Valor predictivo negativo	100,00%	96,80%	99,94%

Tabla 3

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo realizado en pacientes a quien se realizó ecografía e histeroscopia diagnóstica en consulta ambulatoria de Ginecología durante el año 2015 en un hospital comarcal. La población diana fueron las mujeres a las que se realizó ambas pruebas diagnósticas. No se realizó ningún tipo muestreo al incluirse todas las mujeres estudiadas. La información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas y de una pequeña encuesta elaborada para evaluar la satisfacción con el procedimiento. Se contemplaron las siguientes variables: edad, ciclo menstrual, paridad, complicaciones (dolor, sangrado, náuseas y vómitos), indicación, hallazgos por ecografía y por histeroscopia diagnóstica.

A cada paciente se le asignó un código que solo conocía el investigador principal, y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 22.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables se ha hecho mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis tras comprobar la normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Resultados

Se realizó la prueba a 163 mujeres con una edad media de 47 DE 10 años IC 95% (45,7-48,3). El 7,1% fueron nulíparas y el 92,9% múltiparas. Las características del ciclo menstrual pueden verse en el gráfico 1.

El motivo más frecuente de petición de la prueba puede verse en el gráfico 2. En los casos de sospecha ecográfica de pólipo o mioma submucoso se visualizó por histeroscopia. Los hallazgos de ambas pruebas pueden verse en el gráfico 3 y 4. Entre las complicaciones más frecuentes se encontró el sangrado 83,4% (136) y el dolor 100% de los pacientes. No se aplicó anestesia local cervical previa a la realización de la histeroscopia. A todos los pacientes se les recomendó en la consulta previa, la toma de un antiinflamatorio no esteroideo una hora antes de la prueba. Los datos relacionados con la intensidad del dolor pueden verse en el gráfico 5. No se encontraron diferencias significativas al comparar la intensidad del dolor antes y después de la prueba con la toma o no de analgésicos, $P = 0,62$ y $P = 0,68$ respectivamente.

La relación entre en la intensidad del dolor durante y después de la prueba según la paridad y el ciclo menstrual pueden verse en la tabla 1 y 2.

Aunque el 100% de las pacientes se encontraba satisfecha con el trato recibido, un 27% (44) cree que se podría mejorar el procedimiento. A un 92,6% (151) y un 73% (119) le parecía bien que la enfermera conversara con la paciente y que el médico le explicara todo el proceso de la intervención.

La sensibilidad de la ecografía transvaginal varía según los trabajos entre el 67 y 92% y la especificidad entre el 21 y 97%. La histeroscopia diagnóstica es la prueba de referencia. Los datos de sensibilidad y especificidad en nuestro estudio pueden verse en la tabla 3 y 4.

CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ECOGRAFÍA PARA EL POLIPO	95 % I.C.		
	Prevalencia de la enfermedad	Limite inferior	Limite superior
Sensibilidad	72,22%	46,41%	89,29%
Especificidad	64,08%	55,56%	71,83%
Valor predictivo positivo	20,31%	11,67%	32,58%
Valor predictivo negativo	94,79%	87,70%	98,07%

Tabla 4



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

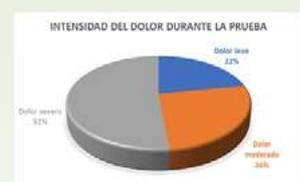


Figura 5



Conclusión

La histeroscopia se mostró como una técnica segura, la complicación mayor fue el dolor que manifestaron en diferente grado todas las pacientes. En nuestro medio, la valoración macroscópica de la cavidad uterina no mostró buena correlación con los resultados de la histeroscopia, siendo la prueba más específica que sensible.

Resumen: Este trabajo buscaba saber cuales son las indicaciones por las que se decide hacer una histeroscopia y si existe relación en lo que se ve por ecografía con los hallazgos de la histeroscopia.

La principal causa por la que se decide hacer la prueba es por sospecha de pólipo seguido de la metrorragia. Esta es una prueba en la que no se utiliza anestesia por eso las pacientes en la valoración que hacen del dolor un 52% nos habla de un dolor intenso. La valoración macroscópica de la cavidad uterina no mostro buena correlación con los resultados de la histeroscopia.

Palabras Clave: Histeroscopia; pólipo; dolor.

Introducción

La histeroscopia es una técnica endoscópica que permite la visualización del canal endocervical y la cavidad uterina.

En la mayor parte de los centros se realiza siguiendo la técnica de acceso por vaginoscopia y según Bettocchi, de manera ambulatoria y sin anestesia, con suero salino como medio de distensión. Puede tener una faceta diagnóstica y otra terapéutica, incluidos diversos procedimientos quirúrgicos menores, que la mayoría de las pacientes toleran perfectamente, constituyendo un procedimiento sencillo, seguro y con una alta eficacia para reconocer, evaluar y tratar las alteraciones intrauterinas.

Objetivos

Valorar las indicaciones y las complicaciones de pacientes sometidos a histeroscopia diagnóstica y estudio anatomopatológico.

Estudiar la correlación entre la descripción ecográfica y los hallazgos de la histeroscopia diagnóstica.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo realizado en pacientes a quien se realizó ecografía e histeroscopia diagnóstica en consulta ambulatoria de Ginecología durante el año 2015 en un hospital comarcal. La población diana fueron las mujeres a las que se realizó ambas pruebas diagnósticas. No se realizó ningún tipo muestreo al incluirse todas las mujeres estudiadas. La información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas y de una pequeña encuesta elaborada para evaluar la satisfacción con el procedimiento. Se contemplaron las siguientes variables: edad, ciclo menstrual, paridad, complicaciones (dolor, sangrado, náuseas y vómitos), indicación, hallazgos por ecografía y por histeroscopia diagnóstica.

Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables se ha hecho mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis tras comprobar la normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Resultados

Se realizó la prueba a 163 mujeres con una edad media de 47 DE 10 años IC 95% (45,7-48,3). El 7,1% fueron nulíparas y el 92,9% multíparas.

En los casos de sospecha ecográfica de pólipo o mioma submucoso se visualizó por histeroscopia. Entre las complicaciones más frecuentes se encontró el sangrado 83,4% (136) y el dolor 100% de los pacientes. No se aplicó anestesia local cervical previa a la realización de la histeroscopia. No se encontraron diferencias significativas al comparar la intensidad del dolor antes y después de la prueba con la toma o no de analgésicos, $P = 0,62$ y $P = 0,68$ respectivamente.

Aunque el 100% de las pacientes se encontraba satisfecha con el trato recibido, un 27% (44) cree que se podría mejorar el procedimiento. A un 92,6% (151) y un 73% (119) le parecía bien que la enfermera conversara con la paciente y que el médico le explicara todo el proceso de la intervención.

La sensibilidad de la ecografía transvaginal varía según los trabajos entre el 67 y 92% y la especificidad entre el 21 y 97%.

Conclusiones

La histeroscopia se mostró como una técnica segura, la complicación mayor fue el dolor que manifestaron en diferente grado todas las pacientes. En nuestro medio, la valoración macroscópica de la cavidad uterina no mostró buena correlación con los resultados de la histeroscopia, siendo la prueba más específica que sensible.

Bibliografía

1. Bettocchi S. *Office Hysteroscopy*. Endo-Press, Tuttlingen, 1999.
2. Tirso Pérez Medina, Enrique Cayuela Font. *Histeroscopia Diagnóstica y Terapéutica*.
3. American Cancer Society. *Cancer Facts And Figures: 2006*. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2006.

Capítulo 130

Índice de masa corporal (IMC) y depresión en ancianos institucionalizados

Autores:

Tolosa Gil, Quiteria

García Donate, María Isabel

Índice de masa corporal (IMC) y depresión en adultos institucionalizados

INTRODUCCIÓN

La depresión en los ancianos constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias.

Tanto la depresión como los problemas de peso son comunes, y están aumentando las preocupaciones de salud pública. La relación entre ambos puede ser diferente en los adultos de edad avanzada en comparación con los adultos más jóvenes, porque las limitaciones funcionales y comorbilidades médicas relacionadas con el envejecimiento pueden llevar a un cambio de peso y también se asocia con el cambio del estado de ánimo. Sin embargo, muchos estudios transversales que exploran la asociación entre el IMC y la depresión no se han realizado con las personas de edad avanzada institucionalizadas.

Por lo tanto, nuestro estudio puede ser útil para aclarar la asociación entre el IMC y la depresión en este grupo de edad.

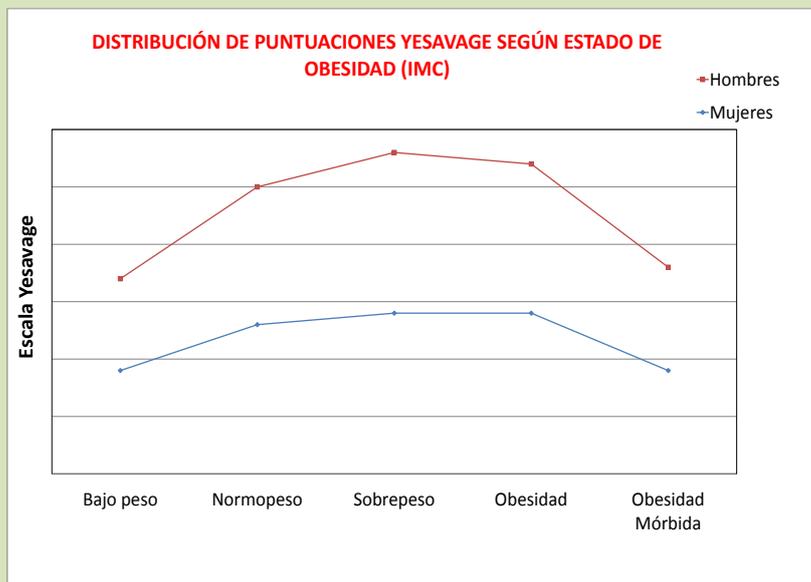
DISEÑO Y MÉTODO

La población de estudio está formada por una muestra de 110 hombres y mujeres (n=110) mayores de 65 años que viven en una Residencia geriátrica de la tercera edad de Albacete, y que tienen o no un diagnóstico previo de depresión. Se trata de un estudio observacional transversal donde se ve la relación existente entre obesidad y depresión. Ambas variables serán calculadas mediante el IMC y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, adaptada y validada en español.

OBJETIVO

Conocer si existe relación entre el IMC y depresión en ancianos Institucionalizados en la provincia de Albacete

RESULTADOS



DISCUSIÓN

Controlamos las variables sociodemográficas clave y confirmamos que el IMC tenía un efecto cuadrático sobre los síntomas depresivos, los cuales fueron los más altos en los grupos con bajo peso y severamente obesos. Por el contrario, los grupos con peso normal y con sobrepeso tenían los niveles de depresión más bajos, y había una diferencia entre hombres y mujeres

CONCLUSIONES

Este estudio muestra que debemos enfocarnos más en la salud mental de las personas más allá de la asociación positiva entre la obesidad y la depresión

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002;12(10):620–30.
2. Noh J-W, Kwon YD, Park J, Kim J. Body mass index and depressive symptoms in middle aged and older adults. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(1):310. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/310>
3. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. Int J Obes [Internet]. 2008;32(6):881–91. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/ijo.2008.54>

Resumen: Los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% y el 35% de los ancianos. Éstos están aumentando las preocupaciones de salud pública. La relación puede ser diferente en comparación con los adultos más jóvenes, porque las limitaciones funcionales y comorbilidades relacionadas con el envejecimiento pueden llevar a un cambio de peso y de ánimo. Sin embargo, muchos estudios que exploran la asociación entre el IMC y la depresión no se han realizado con las personas de edad avanzada institucionalizadas.

Por lo tanto, nuestro estudio puede ser útil para conocer si existe relación entre el IMC y depresión en ancianos Institucionalizados

Palabras Clave: elderly; obesity; depression.

Introducción

La depresión en los ancianos constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias.

Tanto la depresión como los problemas de peso son comunes, y están aumentando las preocupaciones de salud pública. La relación entre el peso y la depresión puede ser diferente en los adultos de edad avanzada en comparación con los adultos más jóvenes, porque las limitaciones funcionales y comorbilidades médicas relacionadas con el envejecimiento pueden llevar a un cambio de peso y también se asocia con el cambio del estado de ánimo. Sin embargo, muchos estudios transversales que exploran la asociación entre el IMC y la depresión no se han realizado con las personas de edad avanzada institucionalizadas

Por lo tanto, un estudio basado en la población de residencias de la tercera edad de la provincia de Albacete puede ser útil para aclarar la asociación entre el IMC y la depresión en este grupo de edad. Además, la mayoría de los estudios se han centrado en las personas con sobrepeso. Así, hay una necesidad de encuesta sobre los individuos con sobrepeso y con peso inferior a realizarse. Este análisis explora toda la gama de clases de IMC, sobrepeso u obesidad, peso normal y con bajo peso, y se estratificó por sexo

Objetivo

Conocer si existe relación entre el IMC y depresión en ancianos Institucionalizados en la provincia de Albacete

Diseño y método

La población de estudio está formada por una muestra de 110 hombres y mujeres mayores de 65 años que viven en una Residencia geriátrica de la tercera edad de Albacete, y que tienen o no un diagnóstico previo de depresión. Se trata de un estudio observacional transversal donde se ve la relación existente entre obesidad y depresión. Ambas variables serán calculadas mediante el IMC y la escala de depresión geriátrica de Yasevage, adaptada y validada en español.

A todos los candidatos se les informó sobre el objetivo del estudio. Se incluyeron a personas mayores de 65 años, que aceptaron ser incluidos en el trabajo y que no presentaran ninguno de los

criterios de exclusión. Se consideraron criterios de exclusión: pacientes con alteración psiquiátrica grave no depresiva o con déficit motor y/o sensorial severo que impidiese la evaluación prevista. La recogida de datos se realizó por una enfermera entrenada para ello. Se les pesó y midió a todos con la misma báscula y metro calibrados y homologados. Se les pasó la GDS de Yesavage de la misma manera. Ambas variables serán calculadas mediante el IMC y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, adaptada y validada en español.

Resultados

El nivel de síntomas depresivos medido fue mayor para los hombres que para las mujeres. El valor más alto entre los que tenían bajo peso (media (DE) = 10,4 (6,1)) seguida por obesidad mórbida (media (DE) = 8,4 (5,4)), normopeso (media (SD) = 7,3 (5,5)) y sobrepeso (Media (SD) = 7,2 (5,1)). La depresión fue más baja entre los individuos con normopeso (Media (SD) = 7.0 (5.0)). Las diferencias entre las puntuaciones de los diferentes grupos de IMC fueron significativas ($p < 0,05$).

Conclusiones

Este estudio muestra que debemos enfocarnos más en la salud mental de las personas más allá de la asociación positiva entre la obesidad y la depresión.

Bibliografía

1. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. *Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación*. Medifam. 2002;12(10):620-30.
2. Noh J-W, Kwon YD, Park J, Kim J. *Body mass index and depressive symptoms in middle aged and older adults*. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(1):310. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/310>.
3. Atlantis E, Baker M. *Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies*. Int J Obes [Internet]. 2008;32(6):881-91. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/ijo.2008.54>.
4. de Wit LM, van Straten A, van Herten M, Penninx BWJH, Cuijpers P. *Depression and body mass index, a u-shaped association*. BMC Public Health. 2009;9:14.
5. Abou Abbas L, Salameh P, Nasser W, Nasser Z, Godin I. *Obesity and symptoms of depression among adults in selected countries of the Middle East: a systematic review and meta-analysis*. Clin Obes [Internet]. 2015;5(1):2-11. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/cob.12082>.

Capítulo 131

Influencia de la formación de los profesionales de enfermería en el control del neumotaponamiento en cuidados intensivos

Autores:

Porras Flor, Vanessa

Linde Ruiz, Nuria

Introducción:

- ⊙ La mayoría de los pacientes críticos requieren intubación orotraqueal para aislar la vía aérea y asegurar una ventilación mecánica eficaz.
- ⊙ El cuidado de la vía aérea es una parte muy importante dentro de las funciones de enfermería en cuidados intensivos.
- ⊙ Un aspecto del manejo de la vía aérea es el control y mantenimiento de una adecuada presión del neumotaponamiento o manguito traqueal.



Objetivos:

- Analizar el control de la presión del neumotaponamiento en una unidad de cuidados intensivos en pacientes con ventilación mecánica.
- Comprobar si la formación a los profesionales de enfermería mejorara el control del neumotaponamiento.

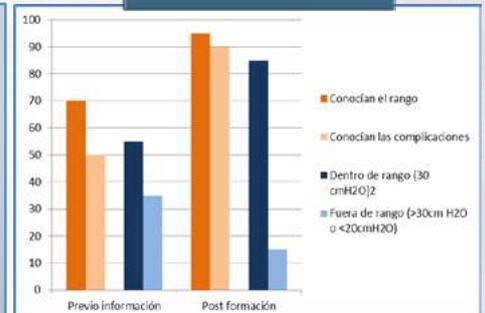
Material y métodos:

- ⊙ Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de una serie de casos consecutivos en los que se recogió información retrospectivamente. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes ingresados en la Unidad de Críticos del Hospital "The Queen Elisabeth Hospital" en Birmingham desde Diciembre del 2016 hasta Mayo del 2017.
- ⊙ Las presiones del neumotaponamiento analizadas se obtuvieron a través de un manómetro de presión "portex" y un documento de registro en el que se anotaba la frecuencia de las medidas de presión del balón del neumotaponamiento en centímetros de agua (cmH2O) y la constancia gráfica de su comprobación.
- ⊙ Las variables estudiadas fueron: número de paciente intubados y número de medidas que fueron categorizadas como dentro de rango (20-30 cmH2O), y fuera de rango (máxima >30 cmH2O y mínima <20cmH2O).
- ⊙ Por lo tanto, dicho estudio se dividió en dos cortes: un primer corte previo a la formación y registro de los rangos de presión del neumotaponamiento y un segundo corte posterior a la formación dada y registro de rangos de presión.

Resultado:

- ⊙ Se obtuvo un total de 50 mediciones.
- ⊙ En el primer corte previo a la formación, un 70% de los profesionales de enfermería conocían los rangos del control del neumotaponamiento, pero sólo un 55% conocía las complicaciones de no tener el manguito en los niveles adecuados de presión.
- ⊙ La gráfica de este primer corte nos mostró que sólo el 65% de los registros realizados mantenían la presión del manguito comprendida entre 20-30cm H2O, contra un 35% que estaba fuera de la misma (>30 y <20cmH2O).
- ⊙ Tras la formación dada por los investigadores, un 96% del personal de enfermería conocían los rangos del manguito y un 90% conocían las complicaciones de no tener dicha presión entre los valores normales. Dicha formación, obtuvo un resultado satisfactorio del 85% de los registros, los cuales indicaron que el manguito estaba dentro del rango adecuado y sólo un 15% estuvo fuera del mismo (entre estos últimos interfirieron otros problemas adversos, tal como problemas con el manómetro y tubo orotraqueal).

Gráfica:



Conclusiones:

Una formación adecuada hacia los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, demostró una mejoría notoria en el resultado del mismo. La formación sobre las complicaciones de no tener las presiones adecuadas, aseguraron un mejor resultado, favoreciendo así la ventilación mecánica y evitando broncoaspiraciones que podrían provocar infecciones como la neumonía. Esto aseguró una ventilación más eficaz.

Bibliografía:

- Nseir S, Brisson H, Marquette CH, Chaud P, Di Pompeo C, Diarra M, et al. Variations in endotracheal cuff pressure in intubated critically ill patients: prevalence and risk factors. Eur J Anaesthesiol. 2009; 26: 229-234.
- Mentha S, Mickiewicz M. Pressure in large volumen, low pressure cuffs: Its significance, measurement and regulation. Int Care Med. 1985;11:265-272.
- Granja C, Faraldos S, Laguna P, Gois L. Control de la presión del balón del neumotaponamiento como método de prevención de lesiones laringotraqueales en pacientes críticos intubados. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2002;49:137-40.

Resumen: La mayoría de los pacientes críticos requieren intubación orotraqueal para aislar la vía aérea y asegurar una ventilación mecánica eficaz. El cuidado de la vía aérea es una parte muy importante dentro de las funciones de enfermería en cuidados intensivos.

Un aspecto del manejo de la vía aérea es el control y mantenimiento de una adecuada presión del neumotaponamiento o manguito traqueal.

Palabras Clave: Neumotaponamiento; intubación orotraqueal; manguito traqueal.

Nos planteamos como objetivos analizar el control de la presión del neumotaponamiento en una unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica y por otro si la formación de los profesionales de enfermería mejorara el control del neumotaponamiento.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de una serie de casos consecutivos en la Unidad de Críticos del Hospital "The Queen Elisabeth Hospital" en Birmingham desde Diciembre del 2016 a Mayo 2017.

Las presiones del neumotaponamiento analizadas se obtuvieron a través de un manómetro de presión "portex" y un documento de registro en el que se anotaba la frecuencia de las medidas de presión del balón del neumotaponamiento en centímetros de agua (cm H₂O) y la constancia gráfica de su comprobación.

Las variables estudiadas fueron número de pacientes intubados y número de medidas que fueron categorizadas como dentro de rango o fuera de rango que fue (máxima 30cm H₂O).

Por lo tanto, dicho estudio se dividió en dos cortes: Un primer corte previo a la formación y registro de los rangos de presión del neumotaponamiento y un segundo corte posterior a la formación dada y registro de rangos de presión.

Como resultado se obtuvo un total de 50 mediciones.

En el primer corte previo a la formación, un 70% de los profesionales de enfermería conocían los rangos del control del neumotaponamiento, pero sólo un 55% conocía las complicaciones de no tener el manguito en los niveles adecuados de presión.

La gráfica de este primer corte nos mostró que sólo el 65% de los registros realizados mantenían la presión del manguito comprendida entre 20-30 cm H₂O, contra un 35% que estaba fuera de la misma (>30 cm H₂O y <20 cm H₂O). Tras la formación dada por los investigadores, un 96% del personal de enfermería conocían los rangos del manguito y un 90% conocían las complicaciones de no tener dicha presión entre los valores normales. Dicha formación, obtuvo un resultado satisfactorio del 85% de los registros, los cuales indicaron que el manguito estaba dentro del rango adecuado y sólo un 15% estuvo fuera del mismo (entre estos últimos interfirieron otros problemas adversos, tal como problemas con el manómetro y tubo orotraqueal).

Conclusion

Una formación adecuada hacia los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, demostró una mejoría notoria en el resultado del mismo. La formación sobre las complicaciones de no tener las presiones adecuadas, aseguraron un mejor resultado, favoreciendo así la ventilación mecánica y evitando broncoaspiraciones que podrían provocar infecciones como la neumonía. Esto aseguró una ventilación más eficaz.

Bibliografía

1. Nseir S, Brisson H, Marquette CH, Chaud P, Di Pompeo C, Diarra M, et al. *Variations in endotracheal cuff pressure in intubated critically ill patients: prevalence and risk factors*. Eur J Anaesthesiol. 2009; 26: 229-234.
2. Mentha S, Mickiewicz M. *Pressure in large volumen, low pressure cuffs: its significance, measurement and regulation*. Int Care Med. 1985;11:265-272.
3. Granja C, Faraldos S, Laguna P, Gois L. *Control de la presión del balón del neumataponamiento como método de prevención de lesiones laringotraqueales en pacientes críticos intubados*. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2002; 49:137-40.

Capítulo 132

Influencia del autocontrol de glucemia capilar en la HbA1C

Autores:

González de Rivas, María del Carmen

Díaz Valero, Juan Diego

Baos Calzado, Rosa María

INFLUENCIA DEL AUTOCONTROL DE GLUCEMIA CAPILAR EN LA HbA1c

INTRODUCCIÓN

Actualmente en España hay más de 5 millones de personas que padecen DM tipo 2.

Según los resultados del Test FINDRISK, el 19% de la población en Castilla-La Mancha presenta un riesgo alto/muy alto de desarrollar DM tipo 2 en los próximos diez años.

En Atención Primaria se realiza el control del paciente diabético mediante perfiles de glucemia capilar realizados con un glucómetro y a través de mediciones de HbA1c, siendo ésta más fiable, ya que aporta una visión retrospectiva de los niveles de glucemia durante los últimos 3-4 meses.

OBJETIVOS

Analizar el nivel de control de glucemia medido por la cifra de HbA1c en dos grupos de pacientes con DM tipo II >75 años en tratamiento con ADO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo realizado entre enero y diciembre de 2017, en pacientes >75 años diagnosticados de DM tipo II en tratamiento con dieta, ejercicio y ADO.

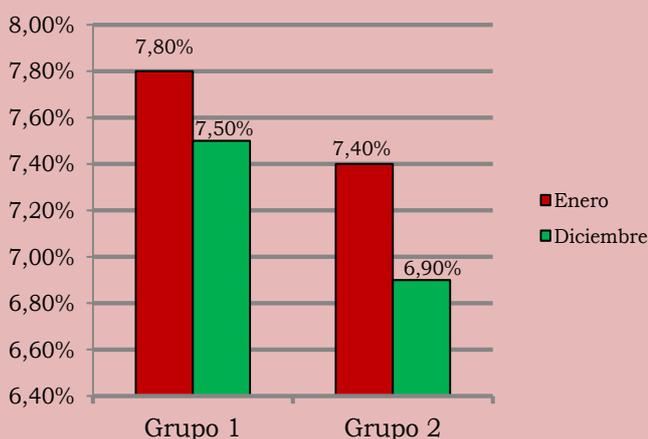
Se obtiene una muestra de 64 pacientes (47.5% hombres, 52.5% mujeres) que se dividen en dos grupos de forma aleatoria.

-Al grupo 1 se les asignó un glucómetro para que realizasen controles aleatorios de glucemia capilar.

-Al grupo 2 se les citó en consulta una vez al mes para que la Enfermera realizase la medición de glucemia.

A ambos se les ha medido cada 4 meses la HbA1c.

HbA1c



RESULTADOS

Los datos más significativos que podemos extrapolar de nuestro estudio fueron:

- El grupo 1 experimentó un descenso de 0.30% en las cifras de HbA1c en 1 año.
- El grupo 2 experimentó un descenso de 0.50% en las cifras de HbA1c en 1 año.

CONCLUSIONES

Los datos del estudio evidencian un mayor descenso en las cifras de HbA1c entre los paciente que acudieron periódicamente a la consulta programada de Enfermería, destacando la importancia de la educación sanitaria que se daba en dicha visita.

Un alto porcentaje de pacientes del grupo 1 refieren comer en función al resultado de la glucemia y no en base a los consejos dietéticos prescritos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018 Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S13-S27
- Múnera M, Restrepo M, Gómez L, Mesa D, Ramírez B. Hemoglobina glicosilada A1c vs glucemia plasmática en ayunas de pacientes ambulatorios de un laboratorio médico. Rev. Salud pública 2011; 13(6): 980-989.

Resumen: Actualmente en España hay más de 5 millones de personas que padecen DM tipo 2.

Según los resultados del Test FINDRISK, el 19% de la población en Castilla-La Mancha presenta un riesgo alto/muy alto de desarrollar DM tipo 2 en los próximos diez años. En Atención Primaria se realiza el control del paciente diabético mediante perfiles de glucemia capilar realizados con un glucómetro y a través de mediciones de HbA1c, siendo ésta más fiable, ya que aporta una visión retrospectiva de los niveles de glucemia durante los últimos 3-4 meses.

Palabras Clave: Autocontrol; HbA1c; enfermería.

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo realizado entre enero y diciembre de 2017, en pacientes >75 años diagnosticados de DM tipo II en tratamiento con dieta, ejercicio y ADO. Se obtiene una muestra de 64 pacientes (47.5% hombres, 52.5% mujeres) que se dividen en dos grupos de forma aleatoria.

–Al grupo 1 se les asignó un glucómetro para que realizasen controles aleatorios de glucemia capilar.

–Al grupo 2 se les citó en consulta una vez al mes para que la Enfermera realizase la medición de glucemia. A ambos se les ha medido cada 4 meses la HbA1c.

Los datos más significativos que podemos extrapolar de nuestro estudio fueron:

–El grupo 1 experimentó un descenso de 0.30% en las cifras de HbA1c en 1 año.

–El grupo 2 experimentó un descenso de 0.50% en las cifras de HbA1c en 1 año.

Conclusiones

Los datos del estudio evidencian un mayor descenso en las cifras de HbA1c entre los paciente que acudieron periódicamente a la consulta programada de Enfermería, destacando la importancia de la educación sanitaria que se daba en dicha visita. Un alto porcentaje de pacientes del grupo 1 refieren comer en función al resultado de la glucemia y no en base a los consejos dietéticos prescritos.

Bibliografía

1. American Diabetes Association. *Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018*. Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S13–S27

2. Múnera M, Restrepo M, Gómez L, Mesa D, Ramirez B. *Hemoglobina glicosilada A1c vs glucemia plasmática en ayunas de pacientes ambulatorios de un laboratorio médico*. Rev. Salud pública 2011; 13(6): 980-989.

Capítulo 133

Intervenciones en casos de violencia de género con dependencia emocional

Autora

Chaparro León, María

INTERVENCIONES EN CASOS DE VIOLENCIA DE GENERO CON DEPENDENCIA EMOCIONAL.

Autores:

INTRODUCCIÓN

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la «Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer». En su artículo 1 la define como «todo acto de violencia por razones de sexo que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada» A todas estas formas de violencia se les denomina «violencia de género», que es aquella ejercida por los hombres contra las mujeres. Una de las formas más frecuentes de este tipo de violencia es la ejercida por el marido o compañero sentimental. Es la que se denomina habitualmente «violencia doméstica» o «violencia contra la mujer en la pareja» La violencia de género no sólo se manifiesta a través de la violencia física, sino también a través violencia psicológica, que reduce la autoestima y aumenta la culpabilidad de la víctima.



OBJETIVOS

- Establecer pautas comunes al personal de enfermería para el abordaje de las mujeres que sufren violencia de género con dependencia emocional.
- Sensibilizar a los/as profesionales sanitarios sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.
- Dotar a los/as profesionales de los conocimientos, habilidades e instrumentos necesarios y adecuados para comprender el estado psicológico de dependencia emocional de la víctima hacia su maltratador

MÉTODOLÓGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de las guías publicadas por el Ministerio de Sanidad, y por los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas que abordaran el manejo de la violencia de género con dependencia emocional. También se buscó en bases de datos en castellano: Cuiden, Biblioteca Virtual de la Salud y búsqueda manual en revistas de enfermería en Castellano con las palabras clave: (Violencia, Violencia doméstica, Abuso sexual, Dependencia emocional) En la tabla 1 y 2 se resumen los principales aspectos relacionados con la dependencia emocional.

Cuando la violencia de género va acompañada de DEPENDENCIA EMOCIONAL estamos hablando de una relación nociva, pero atrapante para ambos. La víctima no puede cortar con ese vínculo, porque se siente culpable del accionar de su victimario.

Tabla 1

La dependencia emocional es la necesidad afectiva extrema que algunas personas sienten en sus relaciones de pareja. Esta necesidad hace que se enganchen demasiado de las personas de las que dependen. El patrón más habitual de relación de pareja de un dependiente emocional es el de sumisión e idealización hacia el compañero, por la baja autoestima que suele tener. Es importante entender y comprender la dependencia emocional, para poder comprender porque la mujer maltratada sigue al lado de su maltratador.

Tabla 2

INTERVENCIONES

En las tablas 3 y 4 se resumen las principales intervenciones recomendadas para el personal sanitario a la hora de abordar situaciones de violencia de género con dependencia emocional.

Siempre verlas solas, que el maltratador nunca este con ellas durante las entrevistas u otros cuidados. Nunca juzgarlas. Porque lo primero que debemos comprender es que por la dependencia emocional no son capaces de dejar a su pareja, de denunciarlo, y en muchas ocasiones de reconocer el propio maltrato. Escucharlas, y hacerles saber que no están solas, que las creemos, y que la sociedad las apoyará Intentar explicarles que el maltrato nunca es justificado: ellas creen que son las culpables de causar esas reacciones en su agresor

Tabla 3

- Darles las opción de la denuncia, e intentar que entiendan que es importante que denuncien estos hechos.
- Informarlas de que puede llevarse a cabo desde el propio centro sanitario la denuncia activando el protocolo, y que le garantizaremos seguridad: para muchas mujeres dar el paso de ir a la comisaría de policía a contarles por el maltrato que está pasando les cuesta más, que contárselo a su enfermera o a su médico.
- Recomendarles que vayan al Centro de la mujer a pedir ayuda psicológica, ya que la dependencia emocional, debe ser trabajada con psicólogos especializados, que le ayudaran a ver la realidad, ya que esta dependencia emocional le impide a la mujer maltratada ver la gravedad y peligro que todo este maltrato conlleva.
- Derivarlas a psicólogos de nuestro centro, si los tuviesen.
- Aconsejarle que se ponga en contacto con asociaciones múltiples, donde miles de mujeres que han pasado por este proceso trabajan para ayudar a otras, junto con expertos en el tema.
- Hablarle del teléfono 016 y explicarles que no queda nunca registrado en la factura de teléfono. Y puede llamar para pedir consejo o ayudar sin que su maltratador sepa que ha llamado

Tabla 4

CONCLUSIONES

La violencia contra las mujeres incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico, ambiental y sexual, y la dominación y aislamiento, que suelen pasar inadvertidos Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos; además, se extienden al conjunto de la sociedad. Las mujeres maltratadas acuden habitualmente a los servicios sanitarios, por lo que los centros de salud y los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser un lugar privilegiado para la prevención, la detección precoz y el abordaje inicial de la mujer maltratada

Resumen: La violencia de género no sólo se manifiesta a través de la violencia física, sino también a través violencia psicológica, que reduce la autoestima y aumenta la culpabilidad de la víctima. Los objetivos son: Establecer pautas comunes para el abordaje y sensibilizar a los/as profesionales sanitarios en violencia de género con dependencia emocional. La metodología se basa en conocer la violencia de género acompañada de dependencia emocional para entender y comprender la dependencia emocional. Se darán diferentes pautas y consejos para conocer, ver, entender y saber tratar a las mujeres víctimas de violencia de género con dependencia emocional.

Palabras Clave: Codependencia; Violencia Doméstica; Violencia de Género.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la «Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer». En su artículo 1 la define como «todo acto de violencia por razones de sexo que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada». A todas estas formas de violencia se les denomina «violencia de género», que es aquella ejercida por los hombres contra las mujeres. Una de las formas más frecuentes de este tipo de violencia es la ejercida por el marido o compañero sentimental. Es la que se denomina habitualmente «violencia doméstica» o «violencia contra la mujer en la pareja».

La violencia de género no sólo se manifiesta a través de la violencia física, sino también a través violencia psicológica, que reduce la autoestima y aumenta la culpabilidad de la víctima.

Objetivos

Establecer pautas comunes al personal de enfermería para el abordaje de las mujeres que sufren violencia de género con dependencia emocional, sensibilizar a los/as profesionales sanitarios sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud y dotar a los/as profesionales de los conocimientos, habilidades e instrumentos necesarios y adecuados para comprender el estado psicológico de dependencia emocional de la víctima hacia su maltratador.

Metodología

Se basa en los principales aspectos relacionados con la dependencia emocional: Cuando la violencia de género va a acompañada de dependencia emocional estamos hablando de una relación nociva, pero atrapante para ambos. La víctima no puede cortar con ese vínculo, porque se siente culpable del accionar de su victimario.

La dependencia emocional es la necesidad afectiva extrema que algunas personas sienten en sus relaciones de pareja. Esta necesidad hace que se enganchen demasiado de las personas de las que dependen. El patrón más habitual de relación de pareja de un dependiente emocional es el de sumisión e idealización hacia el compañero, por la baja autoestima que suele tener. Es importante entender y comprender la dependencia emocional, para poder comprender porque la mujer maltratada sigue al lado de su maltratador.

Para ver a las víctimas de violencia de género se recomienda:

- Siempre verlas solas, que el maltratador nunca este con ellas durante las entrevistas u otros cuidados, nunca juzgarlas, porque lo primero que debemos comprender es que por la depen-

dencia emocional no son capaces de dejar a su pareja, de denunciarlo, y en muchas ocasiones de reconocer el propio maltrato.

- Escucharlas, y hacerles saber que no están solas, que las creemos, y que la sociedad las apoyará.
- Intentar explicarles que el maltrato nunca es justificado (ellas creen que son las culpables de causar esas reacciones en su agresor).
- Darles las opción de la denuncia e intentar que entiendan que es importante que denuncien estos hechos.
- Informarlas de que puede llevarse a cabo desde el propio centro sanitario la denuncia activando el protocolo, y que le garantizaremos seguridad (para muchas mujeres dar el paso de ir a la comisaría de policía a contarles por el maltrato que está pasando les cuesta más, que contárselo a su enfermera o a su médico).
- Recomendarles que vayan al Centro de la mujer a pedir ayuda psicológica, ya que la dependencia emocional, debe ser trabajada con psicólogos especializados, que le ayudarán a ver la realidad, ya que esta dependencia emocional le impide a la mujer maltratada ver la gravedad y peligro que todo este maltrato conlleva. Derivarlas a psicólogos de nuestro centro, si los tuviesen.
- Aconsejarle que se ponga en contacto con asociaciones múltiples, donde miles de mujeres que han pasado por este proceso trabajan para ayudar a otras, junto con expertos en el tema, hablarle del teléfono 016 y explicarles que no queda nunca registrado en la factura de teléfono, y que puede llamar para pedir consejo o ayuda sin que su maltratador sepa que ha llamado.

Conclusiones

Las mujeres maltratadas acuden habitualmente a los servicios sanitarios, por lo que los centros de salud y los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser un lugar privilegiado para la prevención, la detección precoz y el abordaje inicial de la mujer maltratada.

Bibliografía

1. Isabel Ruiz-Pérez / Juncal Plazaola-Castaño / Pilar Blanco-Prietob / Juana María González-Barrancoc / Pilar Ayuso-Martínd / María Isabel Montero-Piñare, y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. *La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria*. Gac Sanit. 2006;20(3):202-8.
2. Mata N, Ruiz I. *Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria* [tesina máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002.
3. Fernández Alonso MC. *Violencia doméstica: ¿Conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?* Aten Primaria. 2004;34:125-7.

Capítulo 134

La alimentación y el ejercicio en la diabetes mellitus gestacional

Autora:

Moreno Pérez, Helena

LA ALIMENTACION Y EL EJERCICIO EN LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una intolerancia a los carbohidratos que provoca un exceso de azúcar en la sangre (hiperglucemia) que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo. Está relacionada con una gran variedad de consecuencias negativas para la salud de las pacientes y sus hijos/as a corto y largo plazo. Actualmente, la prevalencia de la DMG es cada vez mayor, por lo que es relevante la evaluación de estrategias para su prevención, como es el caso de la combinación de ejercicios y régimen dietético, queriendo conocer también qué asesoramiento dietético es el mejor.



OBJETIVOS

- Analizar los resultados de distintos planes de asesoramiento dietético en casos de DMG para conocer cuál es el más beneficioso.
- Conocer las consecuencias adversas de la DMG para la salud asociadas en la madre y el lactante.
- Evaluar los resultados de la combinación de ejercicio y dieta en embarazadas para prevenir la DMG o sus efectos nocivos.



MÉTODO → Se hicieron búsquedas en la biblioteca Cochrane sobre la Diabetes Mellitus Gestacional y el embarazo, seleccionando las revisiones que databan del año 2012 al 2018. Se utilizaron las palabras clave “Diabetes Mellitus” AND “Gestacional”, “Diabetes Gestacional” AND “ejercicio”, “Diabetes Gestacional” AND “dieta”.

RESULTADOS



Atendiendo a los resultados de las 11 revisiones sistemáticas seleccionadas por su validez y actualidad, se puede decir que:

- Las pacientes con DMG tienen mayor riesgo de desarrollar presión arterial (PA) elevada y pre eclampsia (PA elevada con edema y proteína en la orina) en el embarazo.
- Los recién nacidos pueden tener mayor tamaño que para su edad gestacional. En consecuencia, pueden sufrir lesiones en el parto o provocarlas a la madre durante el mismo. Además, tienen más probabilidad de nacer por un parto inducido o cesárea.
- Las pacientes y los recién nacidos tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud a largo plazo (por ejemplo, diabetes tipo 2 o discapacidad).

En cuanto a su **PREVENCIÓN**, si analizamos los resultados sobre los beneficios del ejercicio físico y dieta en la mujer embarazada, vemos que:

- Los estudios que han evaluado los distintos planes de asesoramiento dietético para los casos de DMG no indican diferencias claras en los resultados, excepto una posible reducción de la cesárea en las pacientes que recibieron una dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension: Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión) en comparación con una dieta de control.
- No se vieron diferencias entre una dieta con índice glucémico (IG) bajo a moderado versus una dieta con IG moderado a alto o una dieta con restricción calórica versus una dieta sin restricción calórica en la inducción del trabajo de parto y la hipoglucemia neonatal.
- Se necesitan grandes ensayos controlados aleatorios adicionales para evaluar los efectos de diferentes tipos de asesoramiento dietético para las pacientes con DMG para mejorar los resultados de salud a corto y largo plazo de ellas y sus recién nacidos.
- Se aprecia una reducción en el riesgo de DMG en el grupo de intervención de régimen dietético y ejercicio físico en comparación con el grupo estándar. También hubo una reducción en el riesgo de cesárea.
- Respecto a la evolución del lactante, no hubo diferencias notables respecto a la hipoglucemia neonatal y adiposidad en la niñez. Sin embargo, hubo evidencia de menos aumento de peso gestacional en el grupo de intervención con régimen dietético en comparación con el grupo control.



CONCLUSIONES

- El asesoramiento dietético es la estrategia principal para el tratamiento de la DMG, sin embargo, todavía no está claro qué tipo de asesoramiento es mejor.
- La evidencia de calidad moderada indica un menor riesgo de DMG y cesárea con las intervenciones que combinan régimen dietético y ejercicio físico durante el embarazo, así como una reducción del aumento de peso gestacional, en comparación con la atención estándar.
- Los ensayos que hay hasta ahora se ven limitados por la variable calidad metodológica, la escasez de ensayos realizados y el tamaño insuficiente de las muestras.



Resumen: La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una intolerancia a los carbohidratos que provoca un exceso de azúcar en la sangre (hiperglucemia) que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo⁽¹⁾. Está relacionada con una gran variedad de consecuencias negativas para la salud de las pacientes y sus lactantes a corto y largo plazo.

Las intervenciones como la alimentación sana y la actividad física tienen como objetivo ayudar a las pacientes a que mantengan los niveles de glucosa en sangre dentro del rango pretendido y mejorar los resultados de salud de la madre y el recién nacido⁽²⁾.

Palabras Clave: Diabetes Gestacional; Ejercicio; Dieta.

Introducción

La diabetes gestacional (DMG) es la intolerancia a la glucosa que se detecta por primera vez en el embarazo y que generalmente se soluciona después del parto⁽²⁾.

Durante el embarazo, las hormonas placentarias (estrógeno, cortisol, lactógeno placentario, prolactina y somatotropina) generan un estado de resistencia a la insulina a fin de proporcionar al feto una nutrición suficiente. En las pacientes con DMG, el aumento de la resistencia a la insulina acompañado de una insuficiente liberación compensatoria de la misma limita el transporte de la glucosa hacia las células, lo que produce una hiperglucemia materna. Esto, a su vez, puede provocar hiperglucemia fetal que estimula la producción de insulina y permite que ingrese una mayor cantidad de glucosa y aminoácidos dentro de las células, con lo cual aumenta el metabolismo y, en última instancia, se produce un exceso de alimentación fetal⁽⁵⁾.

Los principales factores de riesgo (FR) para el desarrollo de DMG son:

- FR no modificables: Origen étnico (africanos, hispanos, del sur de Asia o de Asia Oriental, indoamericanos y habitantes de las islas del Pacífico), edad materna avanzada, peso al nacer materno alto o bajo, gran número de partos, síndrome del ovario poliquístico, antecedentes de un neonato macrosómico o de un mortinato, antecedentes de DMG y antecedentes familiares de primer grado de parentesco con DMG o diabetes tipo 2.
- FR modificables: Obesidad o sobrepeso de la madre e inactividad física antes o durante el primer trimestre de embarazo, entre otros

Actualmente, la prevalencia de la DMG es cada vez mayor, por lo que es relevante la evaluación de estrategias para su prevención, como es el caso de la combinación de ejercicios y régimen dietético, queriendo conocer también qué asesoramiento dietético es el mejor.

Objetivos

- Analizar los resultados de distintos planes de asesoramiento dietético en casos de DMG para conocer cuál sería el más beneficioso para la paciente y su lactante.
- Evaluar los resultados de la combinación de ejercicio y dieta en embarazadas para prevenir la DMG
- Conocer las consecuencias adversas para la salud asociadas en la madre y el lactante.

Método

Se hicieron búsquedas en la biblioteca Cochrane sobre la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) y el embarazo, seleccionando solo las revisiones que databan en el periodo de 2010-2018. Se utilizaron las palabras clave Diabetes Mellitus AND Gestacional, Diabetes Gestacional AND ejercicio, Diabetes Gestacional AND dieta.

Resultados

Atendiendo a los resultados de las 10 revisiones sistemáticas seleccionadas por su validez y actualidad, se puede decir que:

- Las pacientes con DMG tienen un mayor riesgo de desarrollar presión arterial elevada y pre eclampsia (presión arterial elevada con edema y proteína en la orina) durante el embarazo.
- Los recién nacidos pueden tener mayor tamaño que para su edad gestacional, y a consecuencia de esto, tener lesiones durante el parto (rotura de huesos o daño a nervios) o provocar lesiones a la madre en el mismo. Además, tienen más probabilidad de nacer por un parto inducido o cesárea.
- Las pacientes y los recién nacidos tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud a largo plazo (enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, discapacidad, etc.).
- En cuanto a su prevención, si analizamos los resultados sobre los beneficios del ejercicio físico y el asesoramiento dietético en la mujer embarazada, vemos que:
- Se logró apreciar una reducción en el riesgo de DMG y cesárea en el grupo de intervención de régimen dietético y ejercicio durante el embarazo en comparación con el grupo estándar, así como una reducción del aumento del peso gestacional. En cambio, no hubo diferencias claras en los trastornos hipertensivos del embarazo, la mortalidad perinatal, el tamaño grande para la edad gestacional, el traumatismo perineal, la hipoglucemia neonatal o la adiposidad en la niñez.
- Los estudios que han evaluado los distintos planes de asesoramiento dietético para los casos de DMG no indican diferencias claras en los resultados, excepto una posible reducción de la cesárea en las pacientes que recibieron una dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension: Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión) en comparación con una dieta control.
- No se observaron diferencias: entre una dieta con IG bajo a moderado versus una dieta con IG moderado a alto en la inducción del trabajo de parto; o una dieta con restricción calórica versus una dieta sin restricción calórica en la inducción del trabajo de parto y la hipoglucemia neonatal.

Conclusiones

Las intervenciones en el estilo de vida son la estrategia terapéutica primaria para muchas mujeres con DMG (2).

El asesoramiento dietético es una de las estrategias principales para el tratamiento de la DMG, sin embargo, todavía no está claro qué tipo de asesoramiento es mejor.

Se puede apreciar un menor riesgo de DMG y cesárea con las intervenciones que combinan régimen dietético y ejercicio físico durante el embarazo, así como una reducción del aumento de peso gestacional en comparación con la atención estándar.

Los ensayos que hay hasta ahora están limitados por la calidad metodológica, la escasez de ensayos realizados y el tamaño insuficiente de las muestras. Se necesitan grandes ensayos controlados aleatorios adicionales para evaluar el efecto del ejercicio y alimentación controlada para las pacientes con DMG para mejorar los resultados de salud a corto y a largo plazo de ellas y sus recién nacidos.

Bibliografía

1. Han S, Middleton P, Shepherd E, Van Ryswyk E, Crowther C. *Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las pacientes con diabetes mellitus gestacional*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 2. Art. No.: CD009275. DOI: 10.1002/14651858.CD009275.

2. Brown J, Alwan N, West J, Brown S, McKinlay C, Farrar D, Crowther C. *Intervenciones en el estilo de vida para el tratamiento de las pacientes con diabetes mellitus gestacional*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 5. Art. No.: CD011970. DOI: 10.1002/14651858.CD011970.

3. Shepherd E, Gomersall J, Tieu J, Han S, Crowther C, Middleton P. *Intervenciones con ejercicios y régimen dietético combinados para la prevención de la diabetes mellitus gestacional*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 11. Art. No.: CD010443. DOI: 10.1002/14651858.CD010443.

4. Brown J, Ceysens G, Bouvain M. *Ejercicio para embarazadas con diabetes gestacional para mejorar los resultados maternos y fetales*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 6. Art. No.: CD012202. DOI: 10.1002/14651858.CD012202.

5. Tieu J, Shepherd E, Middleton P, Crowther C. *Intervenciones de asesoramiento alimentario durante el embarazo para prevenir la diabetes mellitus gestacional*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 1. Art. No.: CD006674. DOI: 10.1002/14651858.CD006674.

Capítulo 135

La atención sanitaria al parto en diferentes escenarios: Una propuesta de mejora

Autores:

Vivar López-Bueno, Silvia

Gómez Gutiérrez, María José

Camacho Dorado, Elena

La atención sanitaria al parto en diferentes escenarios: una propuesta de mejora

1 INTRODUCCIÓN

En relativamente poco tiempo la asistencia al parto ha sufrido un gran cambio: de partos en el ambiente familiar y atendidos por matrona del lugar que causaban una gran tasa de mortalidad; a partos altamente tecnificados y medicalizados llevados a cabo en el hospital. Sin embargo aunque el cambio fue enfocado para mejorar la seguridad y lo logró, cada vez son más las madres que optan por el parto domiciliario. Es importante descubrir qué les lleva a tomar esta decisión para poder mejorar la atención hospitalaria. Este estudio pretende desvelar los pros y contras de ambos escenarios con el fin de arrojar información científica útil que permita a los profesionales y madres tener información actualizada, con la finalidad de poder formar una **conjunción de los puntos fuertes de ambos escenarios para lograr la mejora de la asistencia sanitaria al parto.**

2 OBJETIVOS

Comparar en hospital y domicilio:

- ▶ Tasa de cesáreas
- ▶ Tasa de morbilidad
- ▶ Tasa de episiotomías
- ▶ Satisfacción de la mujer tras el parto

3 MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cochrane, PubMed, Cuiden, Scielo y Medes Medicina en español)

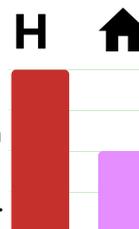
Sólo se han tenido en cuenta estudios con suficiente base científica y publicados entre los años 2010 y 2017.

4 RESULTADOS

Cesáreas

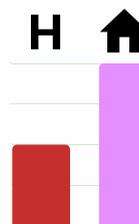
La OMS recomienda una tasa de cesáreas de 10-15%. En el año 2012 la tasa fue del 25%.

En cuanto a la comparativa, todos los estudios consultados demuestran una mayor tasa de cesáreas en partos hospitalarios y significativamente menor en los inicialmente domiciliarios que se trasladaron al hospital para realizar cesárea.



Morbimortalidad

La mayor parte de los estudios consultados muestran mejores resultados en partos hospitalarios. Aunque otros realizados en países donde el parto domiciliario está bien consolidado, muestran resultados similares.



Episiotomías

El Ministerio de Sanidad recomienda una tasa <15%. En el año 2011, la tasa fue del 45%.

En referencia a la comparativa, todos los estudios muestran menor tasa de episiotomías en partos domiciliarios.



Satisfacción de la mujer

Los estudios demuestran que la satisfacción de la mujer aumenta a medida que disminuye el grado de intervención e instrumentalización en el parto.



5 CONCLUSIONES

El análisis de los estudios y cada uno de los parámetros analizados muestran aspectos a mejorar en el ámbito hospitalario (episiotomías, cesáreas innecesarias y satisfacción de la mujer) para lograr ofrecer una atención sanitaria al parto de calidad. **El avance debe dirigirse hacia una menor intervención e instrumentalización del parto y hacia respetar la decisión de la madre siempre y cuando sea posible,** puesto que ésto se traduce en mejores resultados obstétricos, neonatales y de satisfacción materna.

Bibliografía

- British Medical Journal. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England prospective cohort study, 2011.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. 2011. Actualizado en 2015. nº 476. ISSN 1074-861X
- Eileen K. Hutton PhD, Adriana Cappelletti BHSc, Angela H. Reitsma RM MSc, Julia Simioni MSc, Jordyn Horne BSc, Caroline McGregor BSc, Rashid J. Ahmed Bsc. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. CMAJ, 2015
- Wax, JR., Lucas, FL, Lamont, M et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth VS planned hospital births: a metaanalysis. American Journal of Obstetrics Gynecology . 2010
- M. J. Aguilar Cordero, I. Sáez Martín, M. J. Menor Rodríguez, N. Mur Villar4, M. Expósito Ruiz, A. Hervás Pérez y J. L. González Mendoza. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. Nutrición Hospitalaria. 2013;28(3):920-926

Resumen: *El drástico cambio del parto desde el domicilio al hospital ha generado desde el comienzo controversia, ya que aunque aumentó la seguridad materna y neonatal, partir de ese momento se incrementó significativamente la tasa de cesáreas y episiotomías y se dejó de lado el aspecto emocional. Para dar respuestas científicas y actuales a los profesionales y madres en estos aspectos, se hace necesario la creación de este documento, con el objetivo de que los profesionales puedan ofrecer prácticas de calidad y las mujeres puedan tener conocimiento sobre la evidencia científica que existe referente a cada parámetro cambiante en ambos escenarios.*

Palabras Clave: *Parto en casa (home birth); parto hospitalario (hospital birth); cesárea (cesareans).*

Introducción

En los últimos años y en un tiempo relativamente corto hemos asistido a un gran cambio en la asistencia al parto; desde partos llevados a cabo en el ambiente familiar y atendidos por matrona del lugar, los cuales causaban una marcada mortalidad; a partos altamente tecnificados y medicalizados llevados a cabo en el hospital, los cuáles mejoraron significativamente esta tasa. Sin embargo, en los últimos años, cada vez son más las madres que optan por el parto domiciliario, dejando de lado la seguridad que les ofrece el hospital. Es importante descubrir qué les lleva a tomar esta decisión para poder mejorar la atención hospitalaria, y poder ofrecerles lo que buscan. Aquí es donde nace la justificación de este estudio, el cual pretende desvelar los pros y contras de ambos escenarios con el fin de arrojar información científica, actual y útil, que permita a los profesionales y madres tener información actualizada y veraz, con la finalidad de poder formar una conjunción de los puntos fuertes de ambos escenarios para lograr la mejora de la asistencia sanitaria al parto.

Objetivos

El objetivo general de este estudio es analizar tanto de forma cualitativa como cuantitativa diferentes aspectos tanto del parto hospitalario, como del parto domiciliario para poder de esta forma valorar los pros y los contras de cada corriente.

Los objetivos específicos del presente estudio son comparar en el hospital y en el domicilio:

1. Tasa de cesáreas
2. Tasa de morbilidad
3. Tasa de episiotomías
4. Tasa de satisfacción de la mujer tras el parto.

Material y método

Este estudio trata de una revisión bibliográfica, y para recabar la información necesaria se utilizaron diferentes bases de datos: Cochrane, PubMed, Cuiden, Scielo y Medes Medicina en español.

Sólo se tuvieron en cuenta estudios escritos en inglés o español, con suficiente evidencia científica y publicados entre los años 2010 y 2017.

Resultados

- Cesáreas

En el año 2012 la tasa de cesáreas de España fue del 21.8 %. Esta cifra supera considerablemente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indica que una tasa aceptable de cesáreas está entre el 10% y el 15%, y señala que en ningún caso debería superar el 15%.

Un estudio fue publicado en 2011 en la British Medical Journal, se llevó a cabo en Inglaterra en un grupo de 64.538 mujeres, y únicamente recoge partos de bajo riesgo. Los resultados determinaron un porcentaje de 11% de cesáreas en partos hospitalarios, y un porcentaje de 2.7% de cesáreas en partos que inicialmente fueron domiciliarios⁽¹⁾.

Otros estudios similares, como el publicado en la revista "The American College of Obstetricians and Gynecologists" en el año 2011 muestran cifras similares: 5% en partos domiciliarios, frente a 9,3% en partos hospitalarios⁽²⁾.

- Morbimortalidad

El estudio publicado en la revista "The American College of Obstetricians and Gynecologists" revela una tasa de 2 muertes neonatales en todos los nacidos cada 1000 partos en partos planificados en domicilio, frente a 0,9 muertes neonatales en todos los nacidos por cada 1000 partos en partos planificados en hospital⁽²⁾.

Asimismo, en otro de los estudios consultados encontramos una tasa de muerte fetal o neonatal de 1.5 por cada 1000 en partos domiciliarios, mientras que en partos hospitalarios la tasa fue de 0.94 por cada 1000 partos⁽³⁾.

En cuanto a la morbilidad materna, los estudios consultados recogen resultados similares, obteniéndose menor morbilidad en partos hospitalarios.

- Episiotomías

La OMS recomienda que la tasa de episiotomías no debería superar el 30%, y el Ministerio de Sanidad apunta que la tasa debería ser inferior al 15%. Sin embargo, en el año 2011 se recogió en España una tasa de 42%.

En general, todos los estudios consideran que el parto hospitalario está directamente relacionado con un parto más instrumentalizado, por lo tanto presenta mayores tasas de episiotomía que los partos domiciliarios o en unidades obstétricas no hospitalarias, tales como las casas de partos (1),(2),(4). Hemos de recalcar, que en este caso no hemos encontrado ningún estudio que demuestre que la tasa de episiotomía es más alta en parto domiciliario que en hospitalarios.

- Satisfacción de la mujer tras el parto

El hecho de que las mujeres no quieran que su parto sea ya programado rutinariamente y sistemáticamente instrumentalizado y medicalizado antes de que éste ocurra, la encontramos en algunos estudios que demuestran que las madres se han sentido más satisfechas después de un parto natural, que después de un parto medicalizado.

Así lo demuestra el siguiente estudio descriptivo y transversal del año 2012 realizado en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada, cuyo objetivo fue identificar el grado de satisfacción de la mujer sobre la atención al parto, el acompañamiento durante el mismo, y la duración de la lactancia

materna. Los resultados mostraron que el parto por vía vaginal sin epidural fue el que más satisfacción provocó a las madres (86,8%); mientras que el parto vaginal con epidural provocó menos satisfacción a las madres (47,4%)⁽⁵⁾.

Conclusiones

El análisis de los estudios y cada uno de los parámetros analizados muestran aspectos a mejorar en el ámbito hospitalario (episiotomías, cesáreas innecesarias y satisfacción de la mujer) para lograr ofrecer una atención sanitaria al parto de calidad. El avance debe dirigirse hacia una menor intervención e instrumentalización del parto y hacia respetar la decisión de la madre en la medida de lo posible, puesto que esto se traduce en mejores resultados obstétricos, neonatales y de satisfacción materna.

Bibliografía

1. British Medical Journal. *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England prospective cohort study*. 2011.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Committee opinion*. 2011. Actualizado en 2015. nº 476. ISSN 1074-861X.
3. Eileen K. Hutton PhD, Adriana Cappelletti BHSc, Angela H. Reitsma RM MSc, Julia Simioni MSc, Jordyn Horne BSc, Caroline McGregor BSc, Rashid J. Ahmed BSc. *Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies*. CMAJ, 2015.
4. Wax, JR. Lucas, FL. Lamont, M et al. *Maternal and newborn outcomes in planned home birth VS planned hospital births: a metaanalysis*. American Journal of Obstetrics Gynecology. 2010.
5. M. J. Aguilar Cordero, I. Sáez Martín, M. J. Menor Rodríguez, N. Mur Villar, M. Expósito Ruiz, A. Hervás Pérez y J. L. González Mendoza. *Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia*. Nutrición Hospitalaria. 2013;28(3): 920-926.

Capítulo 136

La importancia de la enfermería en la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) para la prevención de upp en el paciente neonatal y pediátrico

Autores:

Monteagudo García, Ángela

Tapiador Aceñero, María Teresa

Herrera del Campo, María

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN EL USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE NEONATAL Y PEDIÁTRICO

INTRODUCCIÓN

Hasta hace relativamente poco no se tenía la concepción en la población pediátrica y neonatal de que pudieran aparecer UPP, pero debido al avance de las nuevas tecnologías para mejorar el estado de salud del niño como es el caso de la VMNI obliga a tener un aumento de presión en determinadas zonas de la cara y de la nariz favoreciendo aparición de UPP y es aquí donde la intervención de la enfermera es de vital importancia para la prevención de estas úlceras.

OBJETIVOS:

- ✓ Conocer las medidas de prevención por parte de la enfermería para reducir las UPP en el paciente sometido a cualquier modalidad de VMNI.
- ✓ Colocación de apósitos hidrocoloides.
- ✓ Fijar la mascarilla, prons, o mascarilla con el arnés para mínima fuga posible poniendo protección en los principales puntos de presión.
- ✓ Programar descansos breves para aliviar la

METODOLOGÍA

Revisión de bibliografía bases de datos Pubmed, Cielo y Cochrane, revisando artículos sobre este tema. Páginas webs oficiales, guías clínicas de UPP. La búsqueda se utilizó durante los meses de junio a octubre del 2017 utilizando palabras claves como úlceras por presión, prevención, ventilación mecánica no invasiva. Operadores Booleanos utilizados and/or. Estudio descriptivo transversal. Se registró una muestra de 48 pacientes, 13 pediátricos y 35 neonatales de diferentes edades gestacionales.



Enrojecimiento de la zona por sobre presión de mascarilla total face. Se toman las medidas de almohadillado y protección de la zona.



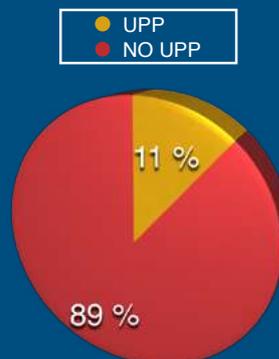
La enfermera procede al almohadillado y protección de zonas donde la mascarilla ejerce mayor presión



Paciente neonatal con CPAP y mascarilla de la talla S (rosa) y protecciones de almohadillado con apósito hidrocoloide en mejillas, glabella y labio superior y almohadillado en la parte superior del frontal.

RESULTADOS

Tan solo un 11% de la muestra tuvieron úlceras por presión pese a la utilización de apósitos hidrocoloides y de almohadillado en las principales zonas de contacto, consiguiendo su curación entre 3 a 6 días, tras curas y programando descansos, si el paciente lo permite entre diferentes tipos de VMNI para minimizar la presión, como puede ser alternar GNAF con CPAP



CONCLUSIONES

La presencia del personal de enfermería, así como de la elección por parte de esta del tipo de dispositivo que utilizaremos, su colocación y tolerancia, los controles de eficacia son determinante para el éxito de la VMNI sin ningún tipo de herida ni úlcera por presión. Las UPP son evitables con unos cuidados de enfermería apropiados, por lo que protocolarizar estos cuidados es fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

López-Herce Cid, J; Calvo Rey, C; et al .Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. (4aEd.) Madrid: Publimed, 2013 . /- Hernández Martínez, A; Gómez Salgado, J; Enfermería del Recién Nacido en Riesgo y Procedimientos Neonatales. Enfermería del Niño y del Adolescente, vol.III. Madrid : Enfo Ediciones; 2008./ -Esquinas Rodríguez, A. Guía Esencial de Metodología en Ventilación Mecánica no Invasiva. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010/Grupo de trabajo VMNI del HGUOCR. Manual de Ventilación Mecánica no Invasiva. Ciudad Real. Diputación de Ciudad Real; 2011 /Vento M, Moro M. Eds. De guardia en Neonatología. Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales. 2a Edición. Madrid. Ergon. 2008.

Resumen: Hasta hace relativamente poco no se tenía la concepción en la población pediátrica y neonatal de que pudieran aparecer UPP, pero debido al avance de las nuevas tecnologías para mejorar el estado de salud del niño como es el caso de la VMNI obliga a tener un aumento de presión en determinadas zonas de la cara y de la nariz favoreciendo aparición de UPP y es aquí donde la intervención de la enfermera es de vital importancia para la prevención de estas úlceras.

Palabras Clave: Úlcera por presión; Neonato; Ventilación mecánica no invasiva.

Se realizó un estudio con revisión de bibliografía bases de datos Pubmed, Cielo y Cochrane, revisando artículos sobre este tema, páginas webs oficiales y guías clínicas de UPP.

La búsqueda se realizó durante los meses de junio a octubre del 2017 utilizando palabras claves como úlceras por presión, prevención, ventilación mecánica no invasiva. Operadores Booleanos utilizados and/or. Estudio descriptivo transversal. Se registro una muestra de 48 pacientes, 13 pediátricos y 35 neonatales de diferentes edad gestacionales

Los objetivos del trabajo fueron:

- Conocer las medidas de prevención por parte de la enfermería para reducir las UPP en el paciente sometido a cualquier modalidad de VMNI.
- Colocación de apósitos hidrocoloides.
- Fijar la mascara, prons, o mascarilla con el arnés para mínima fuga posible poniendo protección en los principales puntos de presión.
- Programar descansos breves para aliviar la presión

Tan solo un 11% de la muestra tuvieron úlceras por presión pese a la utilización de apósitos hidrocoloides y de almohadillado en las principales zonas de contacto, consiguiendo su curación entre 3 a 6 días, tras curas y programando descansos, si el paciente lo permite entre diferentes tipos de VMNI para minimizar la presión, como puede ser alternar GNAF con CPAP

La presencia del personal de enfermería, así como de la de la elección por parte de esta del tipo de dispositivo que utilizaremos, su colocación y tolerancia , los controles de eficacia son determinante para el éxito de la VMNIV sin ningún tipo de herida ni ulcera por presión. Las UPP son evitables con unos cuidados de enfermería apropiados, por lo que protocolarizar estos cuidados es fundamental.

Bibliografía:

1. López-Herce Cid, J; Calvo Rey, C; et al. *Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos*. (4ªEd.) Madrid: Publimed, 2013 .
2. Hernández Martínez, A; Gómez Salgado, J; *Enfermería del recién nacido en riesgo y procedimientos neonatales*. Enfermería del Niño y del Adolescente, vol.III. Madrid: Enfo Ediciones; 2008.
3. Esquinas Rodríguez, A. *Guía Esencial de Metodología en Ventilación Mecánica no Invasiva*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.

4. Grupo de trabajo VMNI del HGUCR. *Manual de Ventilación Mecánica no Invasiva*. Ciudad Real. Diputación de Ciudad Real;2011

5. Vento M, Moro M. Eds. *De guardia en Neonatología. Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales*. 2ª Edición. Madrid. Ergon. 2008.

Capítulo 137

La intimidad en pacientes ingresados en una UCI

Autores:

Muñoz-Torrero Peña, Alicia

Garrido Avileo, Anastasio

Padilla Morales, Mónica

Rubio García, María Nuria

LA INTIMIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI

AUTORES:

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo. La normativa de la unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de intimidad que resulta inherente a toda hospitalización. El sentimiento de pudor acompaña siempre a la intimidad personal; la persona siente vergüenza al encontrarse desnuda frente a extraños. Siendo la intimidad un imperativo fundamental del ser humano, está claro que la rutina de los cuidados no justifica que prioricemos la atención sanitaria y excluyamos el bienestar personal de los pacientes frente a las situaciones que afectan directamente a su intimidad. Coincidiendo con la higiene diaria, o cuando son examinados por cualquier miembro del equipo de salud, se nota la incomodidad en los gestos de los pacientes, que se sonrojan y voltean la cara lejos de la mirada de quienes lo observan, y en el afán por querer cubrirse, ya sea con sus manos o con la sábana.

OBJETIVO

El objetivo principal fue indagar sobre qué piensan y sienten los pacientes ingresados en una UCI de adultos cuando su cuerpo es expuesto desnudo frente al equipo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y ámbito: Se realizó un estudio Observacional descriptivo y prospectivo en una UCI de un Hospital de segundo nivel. La población de estudio la formaron los pacientes ingresados en la unidad durante el periodo de estudio.

Muestreo: Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes. Se incluyeron aquellos pacientes con capacidad de comunicación que tras el consentimiento informado aceptaron participar en el estudio.

Instrumento de medida y variables: Se elaboró un instrumento de recogida de datos que contaba con las siguientes variables: sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios), motivo de ingreso y siete preguntas que abordaban aspectos relacionados con la desnudez y el mantenimiento de su intimidad durante la estancia en la unidad.

Análisis de datos: Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 43 participantes, el 39,5% (17) fueron mujeres frente a un 60,5% (26) que fueron hombres. El motivo de ingreso puede verse en la figura 1. Un 46,5% (20) contaba con estudios secundarios o universitarios. La edad media de la muestra fue de $61 \pm 12,8$ años. No hubo diferencias entre la edad y el sexo, $p = 0,7$. El 69,8% (30) entiende que por motivos de los cuidados que recibe debe mantenerse desnudo. El 79,1% (34) se sentiría mejor si tuviera un camión o pijama durante el ingreso. Destaca que un 44,2% (19) de los pacientes no ha sido informado de los motivos por los que debe mantenerse sin ropa. El 95,3% (41) refiere que los miembros del equipo son atentos en el mantenimiento de la intimidad. El resto de respuestas de los participantes puede verse en las figuras 2, 3 y 4. Respecto al sentimiento de pudor durante la higiene, las mujeres tienen mayor sentimiento de vergüenza según el sexo del profesional que realiza esta tarea, 64,7% versus 34,6%, $p = 0,05$. Las mujeres elegirían un profesional del mismo sexo para las tareas de higiene, $p = 0,03$, figura 5. El 88,2% (15) de las mujeres y el 65,4% (17) de los hombres se sienten incómodos al estar desnudos y tener miradas de muchos desconocidos.



Figura 1



Figura 2

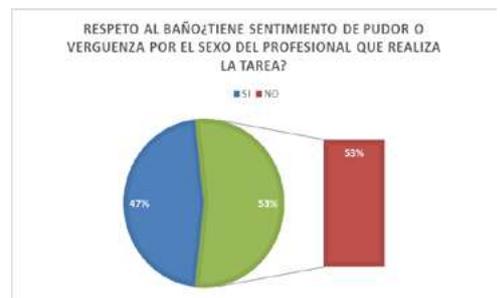


Figura 3

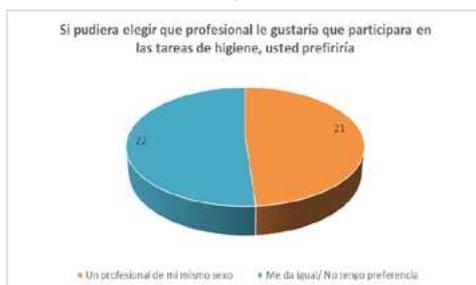


Figura 4



Figura 5



Figura 6

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes entrevistados manifiestan sentimientos de vergüenza e incomodidad cuando su cuerpo está desnudo y expuesto a otras miradas. Respetar y mantener la intimidad debe ser un objetivo de los profesionales de enfermería tratando de conseguir un cuidado humanizado.

Resumen: La UCI es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo que favorece la pérdida de intimidad del paciente, afectando a su bienestar.

El objetivo es indagar sobre qué piensan y sienten los pacientes ingresados en una UCI de adultos al exponerse desnudos frente al equipo terapéutico. Estudio observacional, descriptivo prospectivo mediante preguntas relacionadas con la desnudez y la intimidad. El 88,2% de las mujeres y el 65,4% de los hombres se sienten incómodos al exponerse desnudos.

Mantener la intimidad del paciente proporcionándole el cuidado humanizado necesario para una estancia más confortable debe ser objetivo de los profesionales de enfermería.

Palabras Clave: Desnudez; Intimidad; Cuidado.

Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo. La normativa de la unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de intimidad que resulta inherente a toda hospitalización. El sentimiento de pudor acompaña siempre a la intimidad personal; la persona siente vergüenza al encontrarse desnuda frente a extraños. Siendo la intimidad un imperativo fundamental del ser humano, está claro que la rutina de los cuidados no justifica que prioricemos la atención sanitaria y excluyamos el bienestar personal de los pacientes frente a las situaciones que afectan directamente a su intimidad. Coincidiendo con la higiene diaria, o cuando son examinados por cualquier miembro del equipo de salud, se nota la incomodidad en los gestos de los pacientes, que se sonrojan y voltean la cara lejos de la mirada de quienes los observan, y en el afán por querer cubrirse, ya sea con sus manos o con la sábana.

Objetivo

El objetivo principal fue indagar sobre qué piensan y sienten los pacientes ingresados en una UCI de adultos cuando su cuerpo es expuesto desnudo frente al equipo terapéutico.

Material y métodos

El tipo de estudio que se realizó fue observacional, descriptivo y prospectivo, y se llevó a cabo en una UCI de un Hospital de segundo nivel. La población de estudio la formaron los pacientes ingresados en la unidad durante el periodo de estudio. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes. Se incluyeron aquellos pacientes con capacidad de comunicación que tras el consentimiento informado aceptaron participar en el estudio.

En cuanto al instrumento de medida y variables, se elaboró una recogida de datos que contaba con las siguientes variables: sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios), el motivo de ingreso y siete preguntas que abordaban aspectos relacionados con la desnudez y el mantenimiento de su intimidad durante la estancia en la unidad.

Se desarrolló un análisis de datos en el que los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0. En él las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número

total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se hizo mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados

Se obtuvo una muestra total de 43 participantes, el 39,5% (17) fueron mujeres frente a un 60,5% (26) que fueron hombres. El motivo de ingreso en su mayoría, un 77%, fue por patología médica; el resto quirúrgica. El 46,5% de los pacientes entrevistados (20) contaba con estudios secundarios o universitarios. La edad media de la muestra fue de $61 \pm 12,8$ años. No hubo diferencias entre la edad y el sexo, $p = 0,7$. El 69,8% (30) entiende que por motivos de los cuidados que recibe debe mantenerse desnudo. El 79,1% (34) se sentiría mejor si llevara puesto un camisón o pijama durante el ingreso. En la obtención de los resultados, destaca que un 44,2% (19) de los pacientes no ha sido informado de los motivos por los cuales debe mantenerse sin ropa. Por otro lado tenemos que, el 95,3% (41) refiere que los miembros del equipo son atentos en el mantenimiento de la intimidad. La respuesta de los participantes respecto al sentimiento de pudor durante la higiene fue que las mujeres tienen mayor sentimiento de vergüenza según el sexo del profesional que realiza esta tarea, 64,7% versus 34,6%, $p = 0,05$. Además, las mujeres elegirían un profesional del mismo sexo para las tareas de higiene, $p = 0,03$. Por último, decir que el 88,2% (15) de las mujeres y el 65,4% (17) de los hombres se sienten incómodos al estar desnudos y tener miradas de muchos desconocidos.

Discusión

Con todo ello, la conclusión a la que llegamos es que la mayoría de los pacientes entrevistados manifiestan sentimientos de vergüenza e incomodidad cuando su cuerpo está desnudo y expuesto a otras miradas. Por tanto, respetar y mantener la intimidad de todos y cada uno de los pacientes debe ser un objetivo de los profesionales de enfermería, tratando siempre de conseguir un cuidado humanizado.

Bibliografía

1. Amorós SM, Arévalo MJ, Maqueda M, Pérez E. *Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos*. *Enferm Intensiva*. 2008;19(4):193-203.
2. Del Barrio M, Lacunza MM, Armendáriz AC, Margall MA, Asiain MC. *Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en la unidad de cuidados intensivos. Estudio fenomenológico*. *Enferm Intensiva*. 2001;12(3):135-45.
3. Blanca-Gutiérrez JJ, Sáez-Naranjo R, Fernández-Díaz ME, Muñoz-Segura R, Caraballo-Núñez MA, Hervas-Padilla J. *La intimidad del paciente y su familia en el hospital en función de la diversidad cultural: análisis de esta necesidad sentida*. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0262.php>.

Capítulo 138

La marcha nórdica en personas de la tercera edad

Autores:

Ruiz Mazoteras, Jorge Luis

Ruiz Mazoteras, Salvador



INTRODUCCIÓN/INTRODUCTION

- La **marcha nórdica (MN)**, definida como "caminar escandinavo con bastones" en su forma actual, fue inventada en la década de 1920 por un finlandés como un entrenamiento de verano para esquiadores. NW es la forma de caminar utilizando bastones especialmente diseñados con el fin de activar la parte superior del cuerpo al caminar. MN combina esquí, marcha atlética y trekking.
- NW es una de las formas de actividad física de mayor desarrollo entre las personas mayores en Europa, especialmente entre los mayores de 65. Al usar los bastones, se pueden activar los músculos de la parte superior del cuerpo. La MN no sobrecarga las articulaciones.



OBJETIVOS/OBJECTIVES

- El objetivo de este poster es ver los efectos beneficiosos que proporciona la marcha nórdica en las distintas patologías, concretando en pacientes de la tercera edad.
- El objetivo secundario es ver la eficacia de la marcha nórdica como herramienta de tratamiento terapéutico.



MÉTODO/METHOD

- La búsqueda para este trabajo se ha realizado mediante una búsqueda on-line en las bases de datos de Pubmed (Mesh), Cocharne, PEDro y SportDiscus. No se ha utilizado filtros de fechas ni idiomas debido a la poca cantidad de estudios realizados sobre este tema.
- Los términos utilizados la búsqueda son: "nordic walking", "physical rehabilitation" y "elder".

RESULTADOS/RESULTS

- MN es un método seguro y uno de los más efectivos para mejorar la actividad física del paciente en:
 1. Enfermedades cardiovasculares que incluyen enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad arterial periférica
 2. Etapas tempranas del síndrome metabólico, preferiblemente con hipertensión arterial estable y dislipidemia, pero sin diabetes.
 3. Primeras etapas de la enfermedad de Parkinson.
 4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
 5. Reducir la depresión en mujeres con el Síndrome de Sjögren.
- La marcha nórdica proporciona una manera fácil, segura, efectiva, agradable y económica de mejorar la actividad física en los ancianos.

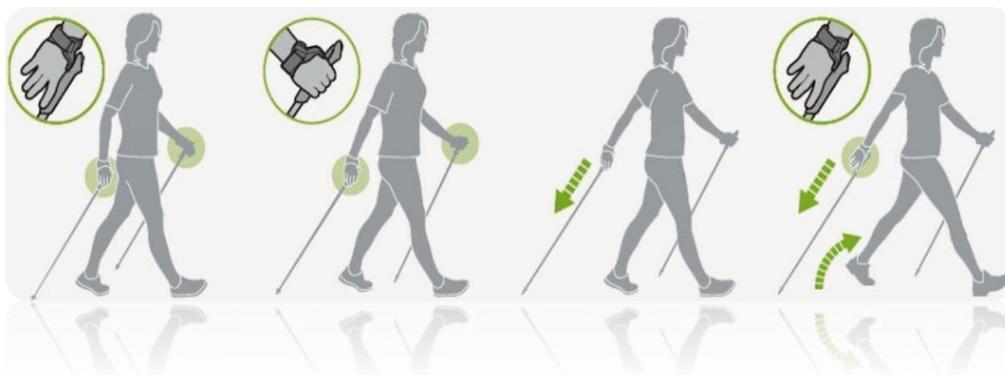
Los estudios revisados utilizaron todos el siguiente programa de MN, que por lo tanto se supone que es el más efectivo, el entrenamiento se llevó a cabo durante 1 h, dos o tres veces por semana, durante un mínimo de 3 meses. Además, los efectos positivos observados después del entrenamiento generalmente se mantienen durante 6-9 meses después del final del entrenamiento

CONCLUSIONES/CONCLUSIONS

- La rehabilitación terapéutica significa proporcionar una mejora de la capacidad de ejercicio y la salud general de las personas discapacitadas y la restauración de las personas mayores a un lugar útil en la sociedad. Por tanto, la marcha nórdica proporciona una forma segura y efectiva para mejorar la actividad física en los ancianos

REFERENCIAS/REFERENCES

- Wilhelm, A., Neureuther, C., Mittermaier, R. and Recio, E. (2009). *Manual practica de nordic walking*. Madrid: Tutor.
- Skórkowska-Telichowska, K., Kropielnicka, K., Bulińska, K., Pilch, U., Woźniowski, M., Szuba, A. and Jasiński, R. (2016). Nordic walking in the second half of life. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(6), pp.1035-1046.



Resumen: La Marcha Nórdica consiste en andar con unos bastones especialmente diseñados para el desarrollo de esta actividad física, con el objetivo de optimizar el esfuerzo físico realizado en el movimiento biomecánico de nuestro cuerpo al andar. Esto se consigue gracias a la implicación del tren superior, que se suma a las piernas y cadera aumentando la eficacia del desplazamiento, aumentando la velocidad, recorriendo más distancia que en condiciones normales y fatigándose menos en una misma distancia recorrida dado que el esfuerzo queda más repartido, haciéndolo en distintos grupos musculares. Por todo esto resulta especialmente útil en la tercera edad

Palabras Clave: Nordic walking; Physical rehabilitation; Elder.

Introducción

La marcha nórdica (MN), definida como "caminar escandinavo con bastones" en su forma actual, fue inventada en la década de 1920 por un finlandés como un entrenamiento de verano para esquiadores. NW es la forma de caminar utilizando bastones especialmente diseñados con el fin de activar la parte superior del cuerpo al caminar. MN combina esquí, marcha atlética y trekking. NW es una de las formas de actividad física de mayor desarrollo entre las personas mayores en Europa, especialmente entre los mayores de 65. Al usar los bastones, se pueden activar los músculos de la parte superior del cuerpo. La MN no sobrecarga las articulaciones.

Objetivos

El **objetivo principal** es ver los efectos beneficiosos que proporciona la marcha nórdica en las distintas patologías, concretando en pacientes de la tercera edad.

El **objetivo secundario** es ver la eficacia de la marcha nórdica como herramienta de tratamiento terapéutico.

Método

La búsqueda para este trabajo se ha realizado mediante una búsqueda on-line en las bases de datos de Pubmed (Mesh), Cocharne, PEDro y SportDiscus. No se ha utilizado filtros de fechas ni idiomas debido a la poca cantidad de estudios realizados sobre este tema.

Resultados

- MN es un método seguro y uno de los más efectivos para mejorar la actividad física del paciente en: 1. Enfermedades cardiovasculares que incluyen enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad arterial periférica. 2. Etapas tempranas del síndrome metabólico, preferiblemente con hipertensión arterial estable y dislipidemia, pero sin diabetes. 3. Primeras etapas de la enfermedad de Parkinson. 4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 5. Reducir la depresión en mujeres con el Síndrome de Sjögren.
- La marcha nórdica proporciona una manera fácil, segura, efectiva, agradable y económica de mejorar la actividad física en los ancianos.

- Los estudios revisados utilizaron todos el siguiente programa de MN, que por lo tanto se supone que es el más efectivo, el entrenamiento se llevó a cabo durante 1 h, dos o tres veces por semana, durante un mínimo de 3 meses. Además, los efectos positivos observados después del entrenamiento generalmente se mantienen durante 6-9 meses después del final del entrenamiento.

Conclusiones

La rehabilitación terapéutica significa proporcionar una mejora de la capacidad de ejercicio y la salud general de las personas discapacitadas y la restauración de las personas mayores a un lugar útil en la sociedad. Por tanto, la marcha nórdica proporciona una forma segura y efectiva para mejorar la actividad física en los ancianos.

Bibliografía

1. Wilhelm, A., Neureuther, C., Mittermaier, R. and Recio, E. (2009). *Manual práctico de nordic walking*. Madrid: Tutor.
2. Skórkowska-Telichowska, K., Kropielnicka, K., Bulińska, K., Pilch, U., Woźniewski, M., Szuba, A. and Jasiński, R. (2016). *Nordic walking in the second half of life*. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(6), pp.1035-1046.
3. Min-Sun Song, RN., Yong-Kwon Yoo, Chan-Hun Choi, Nam-Cho Kim, RN. (2012) *Effects of Nordic Walking on Body Composition, Muscle Strength, and Lipid Profile in Elderly Women*.

Capítulo 139

La presencia de los padres durante los procedimientos endoscópicos a los niños: Percepciones, satisfacción y actitudes en los padres y en el personal sanitario

Autores:

Serrano Moya, Natalia

Rabanal Marcos, Marta

Cuevas Jiménez, Luz María

LA PRESENCIA DE LOS PADRES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS A LOS NIÑOS: PERCEPCIONES, SATISFACCIÓN Y ACTITUDES EN LOS PADRES Y EN EL PERSONAL SANITARIO

INTRODUCCIÓN

La presencia familiar durante los procedimientos invasivos y dolorosos llevados a cabo en niños se ha evaluado en los servicios de urgencias con resultados favorables para los niños y los padres en términos de reducción de la ansiedad. Sin embargo, los padres suelen ser reacios a estar presentes en los procedimientos más invasivos. La presencia familiar durante los procedimientos endoscópicos es poco frecuente y aún no se han evaluado sus posibles beneficios para los niños.

OBJETIVO

Determinar la actitud de los padres y de los profesionales de la salud hacia la presencia de los padres durante los procedimientos endoscópicos invasivos, evaluando sus percepciones, así como las de los niños

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional prospectivo a 49 pacientes pediátricos ambulatorios en las instalaciones endoscópicas del hospital General de Tomelloso. Se entregó una encuesta por escrito a los familiares de los niños que fueron explorados con endoscopia gastrointestinal alta y/o baja bajo sedación con propofol, llevada a cabo por el equipo de endoscopia sin anestesta. Los profesionales de la salud que llevaron a cabo el examen también proporcionaron sus percepciones al igual que los propios niños.

RESULTADOS

49 PACIENTES



Procedimientos

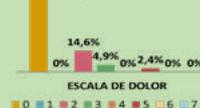


Dolor percibido por el paciente



PERSONAL SANITARIO

Dolor causado por el procedimiento en el personal sanitario

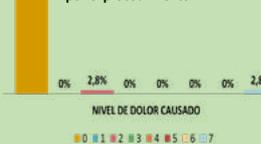


Grado de satisfacción del personal sanitario



FAMILIARES

Opinión de los padres respecto al dolor causado por el procedimiento



Satisfacción general de los familiares



Todos los pacientes (100%) están de acuerdo con la presencia de sus padres.

Con respecto al personal, en el 96.2% y el 100% de los casos, las enfermeras y los médicos declararon sentirse bien al permitir que los padres estuvieran presentes durante la endoscopia. Los miembros del personal declararon estar dispuestos a estar presentes durante la endoscopia como padres en el 77% y el 100%, respectivamente, para las enfermeras y los médicos.

EVALUACIONES GENERALES

- ❖ El tipo de procedimiento endoscópico no afectó las percepciones de los familiares.
- ❖ No se demostró asociación entre el dolor reportado por los niños y el percibido por los padres (Spearman Rho = 0.211) o profesionales (Rho = 0.152).
- ❖ Las evaluaciones proporcionadas por médicos y enfermeras no fueron significativamente diferentes.
- ❖ El nivel educativo de los familiares no influyó en las percepciones o puntajes de satisfacción.
- ❖ Todos los familiares declararon adecuado el poder proporcionarles la oportunidad de estar presentes durante los exámenes endoscópicos llevados a cabo a su descendencia.

CONCLUSIONES

- ❖ La presencia familiar facilita los procedimientos endoscópicos invasivos llevados a cabo en niños y es beneficioso para ellos.
- ❖ Los miembros del personal aceptan ampliamente la presencia de los padres en la sala de endoscopia cuando se explora a los niños.
- ❖ La presencia de los padres reduce la ansiedad en los niños sometidos a la endoscopia.
- ❖ Los padres están dispuestos a repetir la experiencia de acompañar a sus hijos en los exámenes endoscópicos.

Resumen: La endoscopia gastrointestinal es una técnica segura con mínimas complicaciones, además de una herramienta de diagnóstico útil para la población pediátrica. La presencia de los padres durante la realización de este procedimiento no había sido estudiada, sólo su presencia en urgencias, cuidados intensivos y en procedimientos dentales. Por este motivo, llevamos a cabo un estudio observacional prospectivo para determinar la actitud de los padres y de los sanitarios sobre la presencia de éstos durante las endoscopias a los niños. Comprobamos que su presencia es muy beneficiosa para ellos, reduciendo su nivel de ansiedad y ampliamente aceptada por el personal sanitario.

Palabras Clave: Niño; presencia padres; endoscopia.

Introducción

La presencia de padres que acompañan a los niños durante los procedimientos invasivos está aumentando como una nueva intervención para reducir la ansiedad de los niños y facilitar la realización de las intervenciones requeridas.

A pesar de no tener mucha experiencia sobre esto, los efectos beneficiosos de la presencia parental se han demostrado en varios entornos de atención médica, incluidos los departamentos de urgencias, las unidades de cuidados intensivos y los procedimientos dentales. Sin embargo, algunos padres podrían ser reacios a estar presentes en los procedimientos más invasivos.

Los exámenes endoscópicos son ampliamente reconocidos como procedimientos invasivos y estresantes, tanto para adultos como para niños. Por lo tanto, la presencia de los padres durante la endoscopia pediátrica surge como una estrategia beneficiosa probable para niños y padres.

Sin embargo, las ventajas potenciales de la presencia parental en los procedimientos endoscópicos aún no se han evaluado por lo que realizamos este estudio para poder comprobarlo.

Objetivo

Determinar las actitudes de los padres y los profesionales de la salud hacia la presencia parental durante los procedimientos endoscópicos invasivos.

Evaluar las percepciones y la satisfacción de todos los componentes del estudio (incluidos los padres, los niños y el personal) con la presencia de los padres en entornos de endoscopia gastrointestinal.

Método

Estudio observacional prospectivo realizado en pacientes ambulatorios pediátricos consecutivos (de 3 a 15 años de edad) atendidos en una unidad de endoscopia del Hospital General de Tomelloso.

Los padres fueron invitados a estar presentes durante la endoscopia, siempre y cuando los niños estuvieran de acuerdo.

Todas las endoscopias se llevaron a cabo bajo sedación con propofol, proporcionada por el equipo de endoscopia, sin implicación anestésica.

Los niños fueron admitidos y dados de alta directamente a su casa sin necesidad de hospitalización. Después del procedimiento, se realizó una encuesta, proporcionada a los padres / familiares,

miembros del personal y niños con un folleto, para evaluar varios aspectos relacionados con la presencia de los padres:

Sección 1:

- Datos demográficos y antecedentes médicos.
- Tipo de procedimiento endoscópico (gastroscoopia, colonoscopia o ambas) y dosis de sedación proporcionadas.

Sección 2:

- Deseo de tener padres presentes durante la endoscopia.
- Dolor causado por el procedimiento:
- Escala EVA para niños menores de 6 años.
- Escala de 0 a 10 para niños mayores de 6 años.

Sección 3:

- Relación y nivel educativo.
- Experiencias previas en la atención de procedimientos invasivos.
- Dolor que percibieron causado por el procedimiento.
- Información y atención recibida durante / durante el procedimiento.
- Satisfacción con su presencia en la sala de endoscopia.
- Voluntad de repetir, si es necesario.

Sección 4:

- Categoría profesional
- Dolor que percibieron como causado por el procedimiento.
- Evaluar si la presencia de los padres facilitó el procedimiento.
- Satisfacción general de la presencia relativa.
- Elección propia si tuvieran la oportunidad de acompañar a su descendencia.

Resultados

Cuarenta y nueve pacientes ambulatorios pediátricos (57% mujeres, edad media $9,6 \pm 2,7$, rango 3-15 años, 98% caucásicos) fueron explorados en presencia de un familiar, que acompañó a los niños durante la canalización venosa periférica, endoscopia sedada y recuperación de los niños y luego completó un cuestionario. Setenta y ocho por ciento de las encuestas fueron respondidas por la madre, el 18% por el padre y el 4% por un pariente diferente. El 92% de los niños fueron sometidos a gastroscoopia, el 4% a colonoscopia y el 6% a ambas. El tipo de procedimiento endoscópico no afectó las percepciones de los familiares. No se demostró asociación entre el dolor reportado por los niños y el percibido por los padres (Spearman Rho = 0.211) o profesional (Rho = 0.152). Antes del alta, los niños y los padres evaluaron el dolor general durante el procedimiento en una escala de 0 a 10.

Las puntuaciones medias fueron 0.49 ± 1.2 , 0.25 ± 1.2 , respectivamente. Tanto los padres como el personal consideraron que la presencia de los padres fue beneficiosa para los niños en 93% y 96%, respectivamente, y facilitaron el examen en el 59% de los casos, según ambos grupos.

Los padres informaron estar contentos o muy contentos con su propia presencia durante la endoscopia en el 18.4% y el 63.3% de los casos, respectivamente. El nivel educativo, la presencia previa en procedimientos invasivos en niños y la relación paterna / materna no cambiaron significativamente las percepciones proporcionadas. El tipo de procedimiento endoscópico no afectó las percepciones de los familiares. Todos los familiares (100%) consideraron adecuado darles la oportunidad de estar presentes durante los exámenes endoscópicos llevados a cabo a su descendencia.

Con respecto al personal, en el 96.2% y el 100% de los casos, las enfermeras y los médicos declararon estar satisfechos al permitir que los padres estuvieran presentes durante la endoscopia. Los miembros del personal declararon estar dispuestos a estar presentes durante la endoscopia como padres en el 77% y el 100%, respectivamente, para las enfermeras y los médicos.

Conclusiones

- La presencia familiar facilita los procedimientos endoscópicos invasivos llevados a cabo en niños y es beneficioso para ellos.
- El personal sanitario acepta ampliamente la presencia de los padres en la sala de endoscopias cuando se explora a los niños.
- La presencia de los padres reduce la ansiedad en los niños sometidos a la endoscopia.
- Los padres están dispuestos a repetir la experiencia de acompañar a sus hijos en los exámenes endoscópicos.

Bibliografía

1. Julián-Gómez L1, Barrio J, Izquierdo R, Gil-Simón P, Cuesta SG, Atienza R, de la Serna C, Pérez-Miranda M, Fernández-Orcajo P, Alcalde C, Caro-Patón A. *A retrospective study of pediatric endoscopy as performed in an adult endoscopy unit*. Rev Esp Enferm Dig. 2010 Feb;102(2):100-7
2. Rasti-Emad-Abadi R1, Naboureh A2, Nasiri M3, Motamed N4, Jahanpour F1. *The Effects of Pre-anesthetic Parental Presence on Preoperative Anxiety of Children and their Parents: A Randomized Clinical Trial Study in Iran*. Iran J Nurs Midwifery Res. 2017 Jan-Feb;22(1):72-77. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14.
3. Sadeghi A, Khaleghnejad Tabari A, Mahdavi A, Salarian S, Razavi SS. *Impact of parental presence during induction of anesthesia on anxiety level among pediatric patients and their parents: a randomized clinical trial*. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017 Feb 20;12:3237-3241. doi: 10.2147/NDT.S119208. eCollection 2017
4. Erhaze EK, Dowling M, Devane D. *Parental presence at anaesthesia induction: A systematic review*. Int J Nurs Pract. 2016 Aug;22(4):397-407. doi: 10.1111/ijn.12449. Epub 2016 Jun 7. Review.

Capítulo 140

La vivencia diaria del paciente en tratamiento en hospital de día oncohematológico

Autores:

Panea Pizarro, Isabel

Martos Sánchez, Almudena

Lucas Caballero, Marina

Laderas Díaz, Estibaliz

Ruiz Céspedes, María José

PANEA PIZARRO, I.; MARTOS SÁNCHEZ, A.; LUCAS CABALLERO, M.; LADERAS DÍAZ, E.; RUÍZ CÉSPEDES, M.J.
Unidad De Salud Mental – G.A.I. Ciudad Real Hospital General Universitario de Ciudad Real

isabelpanea.pizarro@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad oncológica y su tratamiento, ocasiona en los pacientes una alteración del estado de ánimo, una afectación en las actividades básicas diarias (ABVD) y un impacto en su calidad de vida.



OBJETIVOS

Determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico y/o cirugía oncológica.



Conocer el impacto que tiene en el estado de ánimo.



Determinar la relación entre calidad de Vida y otros factores (sociodemográficos, etc.) .



METODOLOGÍA



Participaron una muestra incidental de 36 pacientes oncológicos, entre 28 y 88 años, siendo 20 mujeres y 16 hombres.



Se entrevistaron a los pacientes en el Hospital de Día en una reunión con el profesional de Enfermería previo al tto.



Se aplicaron los instrumentos de evaluación del estudio: Cuestionario EuroQoL-5D, Escala de depresión de Hamilton, Barthel, índice ECOG y escala de resiliencia.

RESULTADOS



No existieron diferencias significativas en la calidad de vida entre ambos sexos. **(P=0,495)**



Si existieron diferencias significativas en la resiliencia entre ambos sexos. Mujeres: 77,55 (DE:15,57) Vs Hombres: 87,25 (DE:10,71) **(P=0,041)**



Si existieron relaciones significativas entre la calidad de vida y el estado de ánimo (Correlación Bivariada R=- 0,475). **(P=0,03)**



Si existieron relaciones significativas entre el estado de ánimo y la escala ECOG (Correlación Bivariada R=- 0,336). **(P=0,045)**



Si existieron relaciones significativas entre la valoración subjetiva del dolor y la calidad de vida. **(P=0,01)**



No se aprecia que la presencia del dolor esté relacionada con el desempeño de las actividades de la vida diaria, el estado de ánimo ni la resiliencia.

CONCLUSIONES

La calidad de vida era satisfactoria. La mayoría no presentó problemas de movilidad, cuidado personal ni ABVD.



>50% son mujeres de mediana edad con nivel socioeconómico medio y normalmente amas de casa o jubiladas.



Más del 50% presentaron dolor.



Sin embargo, en la autopercepción de un 66.7%, refieren estar deprimidos o con ansiedad.

1) Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. Atención Primaria 2006;38:21-28. [Fecha de consulta: 07/19, 2017].
2) Miralles Bassedá R, Esperanza Sanjuán A. Instrumentos y escalas de valoración. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de Geriátría para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología editores; 2007. [Fecha de consulta: 07/19, 2017].
3) Ramos-Brieva JA, Cordero Villafañal A. Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1986; 14(4):324-334. [Fecha de consulta: 07/19, 2017].
4) Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQoL-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. Aten Primaria 2001. 2015; 28(6):425-430. [Fecha de consulta: 07/20, 2017].
5) Sánchez D, Robles MA. 14-item Resilience Scale (RS-14): Psychometric Properties of the Spanish Version. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. 2015;40(2):103-113. [Fecha de consulta: 07/20, 2017].

Resumen: La enfermedad oncológica y su tratamiento, ocasiona en los pacientes una alteración del estado de ánimo, una afectación en las actividades básicas diarias (ABVD) y un impacto en su calidad de vida. Pretendemos con nuestro estudio; determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico y/o cirugía oncológica y conocer el impacto que tiene en su estado de ánimo.

Palabras Clave: Calidad de vida; estado de ánimo; Enfermedad Oncológica.

Participaron una muestra incidental de 36 pacientes oncológicos, entre 28 y 88 años, siendo 20 mujeres y 16 hombres. Se entrevistaron a los pacientes en el Hospital de Día en una reunión con el profesional de Enfermería previo al tto.

Se aplicaron los instrumentos de evaluación del estudio: Cuestionario EuroQol-5D,

Escala de depresión de Hamilton, Barthel, índice ECOG y escala de resiliencia.

No existieron diferencias significativas en la calidad de vida entre ambos sexos.

Sí existieron diferencias significativas en la resiliencia entre ambos sexos, entre la calidad de vida y el estado de ánimo, entre el estado de ánimo y la escala ECOG y entre la valoración subjetiva del dolor y la calidad de vida.

No se aprecia que la presencia del dolor esté relacionada con el desempeño de las actividades de la vida diaria, el estado de ánimo ni la resiliencia.

Más del 50% presentaron dolor, sin embargo, en la autopercepción de un 66.7%, refieren estar deprimidos o con ansiedad. Más del 50% son mujeres de mediana edad con nivel socioeconómico medio y normalmente amas de casa o jubiladas.

Podemos concluir que la calidad de vida era satisfactoria y que la mayoría no presentó problemas de movilidad, cuidado personal ni ABVD.

Bibliografía

1. Nabal M, Pascual A, Llombart A. *Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas*. Atención Primaria 2006;38:21-28. [Fecha de consulta: 07/19, 2017].

2. Miralles Basseda R, Esperanza Sanjuán A. *Instrumentos y escalas de valoración. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología editores; 2007. [Fecha de consulta: 07/19, 2017].

3. Ramos-Brieva JA, Cordero Villafafila A. *Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1986; 14(4):324-334. [Fecha de consulta: 07/19, 2017].

4. Herdman M, Badia X, Berra S. *EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care*. Aten Primaria 2001. 2015; 28(6):425-430. [Fecha de consulta: 07/20, 2017].

5. Sánchez D, Robles MA. *14-item Resilience Scale (RS-14): Psychometric Properties of the Spanish Version*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. 2015;40,(2):103-113. [Fecha de consulta: 07/20, 2017].

Capítulo 141

Laringitis aguda en paciente pediátrico: A propósito de un caso

Autores:

Álvarez Paniagua, Sonia

Abril Béjar, Juana

Sánchez-Molero Martín, Prado

Zapata García, Luis

LARINGITIS AGUDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

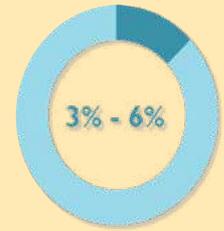
INTRODUCCIÓN

La laringitis aguda es una causa frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en la infancia. Suele afectar a niños de 6 meses a 3 años de edad y es raro en mayores de 6 años. Su incidencia estimada en menores de 6 años es del 3-6 %.

Se caracteriza por la presencia en grado variable de tos perruna, afonía, estridor y dificultad respiratoria. Estos síntomas son debidos a diferentes grados de obstrucción laríngea, provocada por la presencia de edema subglótico.

El diagnóstico es clínico y no suelen ser necesarias pruebas complementarias.

La escala más empleada para evaluar la gravedad de la laringitis es la escala de Westley.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niño de 3 años que acude a urgencias pediátricas por ronquera, tos perruna y estridor que se agravan con el llanto, agitación y posición horizontal. Asimismo, refiere fiebre moderada y síntomas catarrales de 30 horas de evolución. A su llegada, se toman constantes siendo las mismas: temperatura 38,3°C, frecuencia cardíaca 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 37 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 93% respirando aire ambiente y peso 15 kg. Durante la exploración se observan tiraje subcostal, taquipnea, estridor inspiratorio y leve hipoventilación a la auscultación respiratoria. No cianosis, no tiraje intercostal, no disfgaia ni babeo. Buena coloración de la piel y mucosas. Consciente, orientado y colaborador.

Se valora la gravedad del cuadro respiratorio utilizando la escala de Westley obteniendo una puntuación de 5 por lo que se insta tratamiento con dexametasona oral y adrenalina nebulizada. Se observa una gran mejoría y tras 4 horas de observación se da el alta con unas medidas generales.



PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	Estado respiratorio: ventilación (0403)	Monitorización respiratoria (3350)
	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410)	Manejo de las vías aéreas (3140)
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)	Análisis de la situación sanitaria (6520)
Temor (00148)	Nivel de miedo (1210)	Escucha activa (4920)

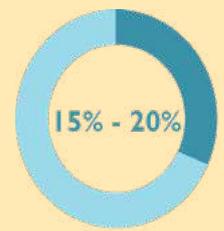
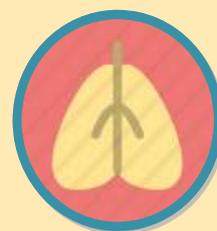
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La laringitis aguda o crup representa aproximadamente el 15-20% de las enfermedades respiratorias. El 70% de ellas están producidas por el virus parainfluenza tipo1 y la gran mayoría pueden ser tratadas de forma ambulatoria.

Es de vital importancia vigilar y valorar la dificultad respiratoria para lo cual la escala más utilizada es la de Westley que valora el estridor inspiratorio, retracciones, ventilación, cianosis y nivel de conciencia.

Se recomendarán medidas generales de tratamiento en el domicilio tales como: humidificar el ambiente, bajar la fiebre con antitérmicos, estimular la ingesta hídrica y favorecer un entorno de tranquilidad.

Se debe realizar educación para la salud enseñando signos y síntomas de gravedad que deben vigilar Y por los cuales se debe acudir a urgencias.



Resumen: La laringitis aguda es una causa frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en la infancia. Suele afectar a niños de 6 meses a 3 años de edad y es raro en mayores de 6 años. Es de vital importancia vigilar y valorar la dificultad respiratoria para lo cual la escala más utilizada es la de Westley que valora el estridor inspiratorio, retracciones, ventilación, cianosis y nivel de conciencia. Presentamos un caso clínico de un niño de 3 años con laringitis aguda donde se elabora un plan de cuidados de enfermería según taxonomía NANDA.

Palabras Clave: Cuidados de enfermería; Laringitis; Pediatría.

Introducción

La laringitis aguda es una causa frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en la infancia.

Suele afectar a niños de 6 meses a 3 años de edad y es raro en mayores de 6 años. Su incidencia estimada en menores de 6 años es del 3-6 %.

Se caracteriza por la presencia en grado variable de tos perruna, afonía, estridor y dificultad respiratoria. Estos síntomas son debidos a diferentes grados de obstrucción laríngea, provocada por la presencia de edema subglótico.

El diagnóstico es clínico y no suelen ser necesarias pruebas complementarias. La escala más empleada para evaluar la gravedad de la laringitis es la escala de Westley.

Observación clínica

Niño de 3 años que acude a urgencias pediátricas por ronquera, tos perruna y estridor que se agravan con el llanto, agitación y posición horizontal. Asimismo, refiere fiebre moderada y síntomas catarrales de 30 horas de evolución. A su llegada, se toman constantes siendo las mismas: temperatura 38,3°C, frecuencia cardiaca 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 37 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 93% respirando aire ambiente y peso 15 kg. Durante la exploración se observan tiraje subcostal, taquipnea, estridor inspiratorio y leve hipoventilación a la auscultación respiratoria. No cianosis, no tiraje intercostal, no disfagia ni babeo. Buena coloración de la piel y mucosas. Consciente, orientado y colaborador.

Se valora la gravedad del cuadro respiratorio utilizando la escala de Westley obteniendo una puntuación de 5 por lo que se instaura tratamiento con dexametasona oral y adrenalina nebulizada. Se observa una gran mejoría y tras 4 horas de observación se da el alta con unas medidas generales.

Plan de cuidados

Se establecen los principales diagnósticos enfermeros:

- 00032 Patrón respiratorio ineficaz

NOC: 0403 Estado respiratorio:ventilación

0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

NIC: 3350 Monitorización respiratoria

3140 Manejo de las vías aéreas

- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud

NOC: 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedades

NIC: 6520 Análisis de la situación sanitaria

- 00148 Temor

NOC: 1210 Nivel de miedo

NIC: 4920 Escucha activa

Discusión y conclusiones

La laringitis aguda o crup representa aproximadamente el 15-20% de las enfermedades respiratorias. El 70% de ellas están producidas por el virus parainfluenza tipo1 y la gran mayoría pueden ser tratadas de forma ambulatoria.

Es de vital importancia vigilar y valorar la dificultad respiratoria para lo cual la escala más utilizada es la de Westley que valora el estridor inspiratorio, retracciones, ventilación, cianosis y nivel de conciencia.

Se recomendarán medidas generales de tratamiento en el domicilio tales como: humidificar el ambiente, bajar la fiebre con antitérmicos, estimular la ingesta hídrica y favorecer un entorno de tranquilidad.

Se debe realizar educación para la salud enseñando signos y síntomas de gravedad que deben vigilar y por los cuales se debe acudir a urgencias.

Bibliografía

1. Herdman TH, editor. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Madrid: Elsevier; 2010.

2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 4ªed. Madrid: Elsevier; 2009.

3. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5ªed. Madrid: Elsevier; 2009.

4. Sánchez Martín M, Calvo Rey C. *Laringitis, epiglotitis y traqueobronquitis*. En: Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez AJ, Barreda Bonis AC, Menéndez Suso JJ, Ruiz Dominguez JA, coordinadores. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*. 6ªedición. Madrid: Panamericana;2017. p.1365-1367.

Capítulo 142

Listado de verificación quirúrgica. Un paso hacia la cirugía segura

Autores:

Madueño Moreno, Silvia

Madueño Moreno, José Luis

Listado de verificación quirúrgica (LVQ)

Un paso hacia la cirugía segura

SILVIA MADUEÑO MORENO Y JOSE LUIS MADUEÑO MORENO

INTRODUCCIÓN: La “Seguridad del Paciente” se define como la “ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”. El listado de verificación pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas.

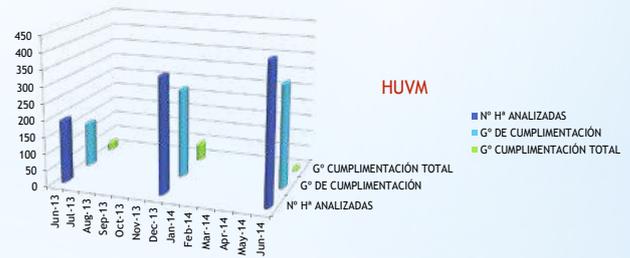
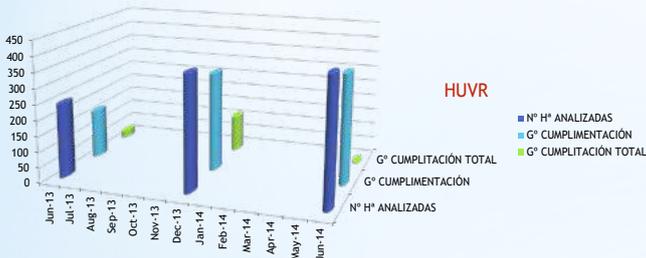
OBJETIVO: Conocer el grado de aplicación del listado, percepción de los profesionales sobre su utilización y utilidad para prevenir efectos adversos, seguridad desde el punto de vista del paciente.

RESULTADOS:

Implantación y cumplimentación del listado de verificación quirúrgica.

Según un estudio realizado en los hospitales Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) y Hospital Universitario Virgen de Macarena (HUVM). Se revisaron 1.964 LVQ en HUVM y en HUVR en junio de 2013, y en junio del 2014. Se obtuvo un porcentaje de cumplimentación del 65,8, 86,2 y 88% en el HUVR, y del 70,9, 77,2 y 75% en el HUVM. De estos LVQ, en el HUVR estaban cumplimentados en su totalidad un 15,1% (basal), pasando de un 36,6 ($p < 0,001$) a un 89,8% ($p < 0,001$) en la última medición. En el HUVM se cumplimentaron totalmente un 15,6% (basal), pasando de un 18,3 ($p = 0,323$) a un 29,4% ($p = 0,001$) en la última medición

MATERIAL Y MÉTODO: El trabajo realizado consiste en una revisión bibliográfica de documentos (estudios científicos y revisiones bibliográficas). La información se recopiló utilizando el buscador google académico mediante la búsqueda de la primera palabra clave “listado de verificación quirúrgica” y añadiendo las demás (enfermera de quirófano, seguridad del paciente y efectos adversos) para afinar la búsqueda



Percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad del LVQ.

Hospital Universitario de Navarra. Se diseñó un cuestionario para la valoración del grado de utilización y la utilidad del LVQ. El cuestionario constó de 10 ítems (5 de utilización y 5 de utilidad), al que se añadieron 4 preguntas de control y una pregunta abierta para que el profesional expresara su opinión de forma libre. La tasa de respuesta fue del 73% (entre el 51 y el 88%, según perfil profesional).

Descripción de la aplicación del LVQ a partir de ítems verificables por el paciente.

Este estudio fue realizado en el Hospital General de Medeillín. Un total de 246 pacientes aceptaron participar en el estudio. Se preguntó por aspectos de la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en ese hospital.

Perfil profesional	Utilidad media	Ayudó a prevenir errores, %	Herramienta de mejora de comunicación, %	Gustaría que aplicasen LVQ, %	Confianza en el centro, %
Anestesta	6.5	17.9	42.9	67.9	89.3
Cirujano	4.7	6.4	36.2	55.3	78.7
Enfermera quirófano	7.1	23.5	20.6	79.4	61.8
Total (IC 95%)	6.58 (6.2-9.9)	11.2 (6.2-16.3)	32.5 (25.2-39.9)	68 (60.7-75.4)	74.6 (67.7-81.4)
Valor de p de los test estadísticos en la comparación entre perfiles	0.021	0.043	0.362	0.082	0.132

	Si	%	No	%
Cuando estaba en la sala de cirugía y antes de que le dieran anestesia (antes de que lo(a) durmieran) le preguntaron:				
1. ¿Cuál es su nombre completo?	245	99,59	1	0,41
2. ¿En qué sitio de su cuerpo era la cirugía?	229	93,09	17	6,91
3. ¿Qué cirugía le iban a hacer?	229	93,09	17	6,91
4. ¿Si ya había firmado el consentimiento informado?	246	100,00	0	0
5. ¿Le marcaron el sitio donde lo iban a operar con marcador o cinta?	219	82,02	27	10,98
6. ¿Le preguntaron si tiene alergia a algo o a algún medicamento?	244	99,19	2	0,81
7. ¿Todas las personas que estaban en la sala se presentaron, le dijeron su nombre completo y la función que tenían durante la cirugía?	211	85,77	35	14,23
8. ¿Lo(a) llamaron por su nombre?	244	99,19	2	0,81
9. ¿Le dijeron en qué parte del cuerpo lo(a) iban a operar?	228	92,68	18	7,32
10. ¿Le dijeron qué cirugía le iban a hacer?	228	92,68	18	7,32
11. ¿Cuándo supo que iba a ser operado en este hospital ¿tuvo temores relacionados con la posibilidad de que se cometieran errores durante la cirugía?	54	21,95	192	78,05

CONCLUSIONES: Podemos decir que el LVQ está mayoritariamente implantado en los hospitales que han sido objeto de estos estudios, aunque no se cumplimenta siempre ni de forma homogénea en todos sus apartados.

Los profesionales dieron una utilidad media al uso del LVQ de 6.6 puntos en una escala de 0 (ninguna utilidad) a 10 (máxima utilidad) y en un 68% querían que usaran el LVQ con ellos mismos en caso de tener que someterse a una intervención. La comunicación entre profesionales es un elemento importante, el LVQ nació para su realización conjunta por los profesionales implicados ya que hay apartados en los que necesariamente todos los participantes (enfermeras, anestesistas y cirujanos) tienen que comentar los posibles eventos críticos que pueden pasar al paciente durante la intervención.

Cabe destacar, que para llevar a cabo el LVQ, es imprescindible la participación del paciente. El hecho de la implicación de este para la verificación de los ítems da al propio paciente seguridad en el entorno, los profesionales y la intervención que se les va a realizar.

BIBLIOGRAFIA:

- World Health Organization. International Classification for Patient safety (CISP) v 1.1 [Internet]. [publicado enero 2009; acceso 18-11-2010]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- A. Vázquez, Luque-Ramírez JM, Del Nozal-Nalda M, Barroso-Gutierrez C, Román-Fuentes M, Vilaplana-García A. Efectividad de una intervención para mejorar la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital de tercer nivel. Rev Calid Asist. 2016;31(S):24-28
- Rodrigo-Rincón MI, Turapu-León B, Zabalza-López P, Martín -Vizcaina MP, de la Fuente-Calixto A, Villalgorido-Ortín P, Domenech-Mañero L, Gost-Garde J. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Rev Cal Asist. 2011;26(6):380-385
- Collazos C, Bermudez L, Quintero A, Quintero LE, Díaz MM. Verificación de la lista de chequeo para la seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. REV COLOMB ANESTESIOLOG. 2013;41(2):109-113

Resumen: Durante la última década se han hecho numerosos esfuerzos mejorar la “seguridad del paciente”. Desde la OMS se han lanzado diferentes campañas relacionadas con este tema, finalmente, en 2008 lanzó el segundo reto mundial sobre seguridad del paciente “La cirugía segura salva vidas” que tiene como objetivo mejorar la seguridad quirúrgica de los pacientes. Para ello desarrollaron el listado de verificación quirúrgica (LVQ), el cual pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas.

Palabras Clave: Listado de verificación quirúrgica; Efectos adversos.; Seguridad del paciente.

Introducción

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica de documentos (estudios científicos y revisiones bibliográficas), obtenidos de google académico mediante la búsqueda de las palabras clave

Objetivo

Conocer el grado de aplicación del listado, percepción de los profesionales sobre su utilización y utilidad para prevenir efectos adversos, seguridad desde el punto de vista del paciente.

Material y métodos

Implantación y cumplimentación del listado de verificación quirúrgica.

Estudio realizado en los hospitales Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) y Hospital Universitario Virgen de Macarena (HUVVM). Revisaron 1.964 LVQ en HUVVM y en HUVR en junio (basal) y diciembre de 2013, y en junio del 2014. Se obtuvo un porcentaje de cumplimentación del 65,8, 86,2 y 88% en el HUVR, y del 70,9, 77,2 y 75% en el HUVVM. De estos LVQ, en el HUVR estaban cumplimentados en su totalidad un 15,1% (basal), pasando de un 36,6 ($p < 0,001$) a un 89,8% ($p < 0,001$) en la última medición. En el HUVVM se cumplimentaron totalmente un 15,6% (basal), pasando de un 18,3 ($p = 0,323$) a un 29,4% ($p = 0,001$) en la última medición. No se había definido con claridad la figura de coordinador del LVQ, lo que limitaba la calidad de la cumplimentación del registro, pasando de ser un trabajo a desarrollar en equipo, a una verificación personal e independiente de los criterios de seguridad incluidos en el LVQ. En la actualización del procedimiento se incluyó la creación de la figura del coordinador del LVQ, que recayó en la enfermera circulante del quirófano.

Percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad del LVQ.

Hospital Universitario de Navarra. Se diseñó un cuestionario para la valoración del grado de utilización y la utilidad del LVQ. El cuestionario constó de 10 ítems (5 de utilización y 5 de utilidad), se añadieron 4 preguntas de control y una pregunta abierta para que el profesional expresara su opinión de forma libre. La tasa de respuesta fue del 73% (entre el 51 y el 88%, según perfil profesional). El 95,7% de los profesionales manifestó utilizar siempre o casi siempre el LVQ cuando se interviene a un paciente quirúrgicamente. Los profesionales otorgaron al LVQ una utilidad media de 6,6 puntos (escala, 0-10), el 11,6% manifestó que gracias al LVQ se habían evitado errores, el 32,5% consideró que es una herramienta que mejora la comunicación entre los profesionales, y al 68% le gustaría que se cumplimentase el LVQ si ellos mismos fuesen a ser intervenidos. Los profesionales que con-

testaron que gracias al LVQ se consiguió evitar errores otorgaron valores de utilidad 1,4 puntos por encima de la media, al 100% les gustaría que se utilizase el LVQ en ellos mismos y el 63,2% consideró que mejoraba la comunicación. No hubo diferencias en la utilidad en función de la experiencia profesional o el sexo.

Descripción de la aplicación del LVQ a partir de ítems verificables por el paciente.

Estudio realizado en el Hospital General de Medellín. Un total de 246 pacientes aceptaron participar en el estudio. Se preguntó por aspectos de la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en ese hospital. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes.

¿Cuál es su nombre completo? Respuestas: Si 245(99,59%) No 1 (0,41%)

¿En qué sitio de su cuerpo era la cirugía? Respuestas: Si 229 (93,09%) No 17 (6,91%)

¿Qué cirugía le iban a hacer? Respuestas: Si 229 (93,09 %) No 17 (6,91%)

¿Si ya había firmado el consentimiento informado? Respuestas: Si 246 (100,00%) No 0 (0%)

¿Le marcaron el sitio donde lo iban a operar con marcador o cinta? Respuestas: Si 219 (82,02%) No 27 (10,98%)

¿Le preguntaron si tiene alergia a algo o a algún medicamento? Respuestas: 244 (99,19%) No 2 (0,81%)

¿Todas las personas que estaban en la sala se presentaron, le dijeron su nombre completo y la función que tenían durante la cirugía? Respuestas: Si 211(85,77%) No 35 (14,23%)

¿Lo(a) llamaron por su nombre? Respuestas: Si 244(99,19%) No 2 (0,81%)

¿Le dijeron en qué parte del cuerpo lo(a) iban a operar? Respuestas: Si 228 (92,68%) No 18(7,32%)

¿Le dijeron qué cirugía le iban a hacer? Respuestas: Si 228 (92,68%) No 18 (7,32%)

¿Cuándo supo que iba a ser operado en este hospital ¿tuvo temores relacionados con la posibilidad de que se cometieran errores durante la cirugía? Respuestas: Si 54 (21.95%) No 192 (78.05%)

Conclusión

Podemos decir que el LVQ está mayoritariamente implantado en los hospitales que han sido objeto de estos estudios, aunque no se cumplimenta siempre ni de forma homogénea en todos sus apartados.

Los profesionales dieron una utilidad media al uso del LVQ de 6.6 puntos en una escala de 0 (ninguna utilidad) a 10 (máxima utilidad) y en un 68% querrían que usaran el LVQ con ellos mismos en caso de tener que someterse a una intervención. La comunicación entre profesionales es un elemento importante, el LVQ nació para su realización conjunta por los profesionales implicados ya que hay apartados en los que necesariamente todos los participantes (enfermeras, anestesistas y cirujanos) tienen que comentar los posibles eventos críticos que pueden pasar al paciente durante la intervención.

Cabe destacar, que para llevar a cabo el LVQ, es imprescindible la participación del paciente. El hecho de la implicación de este para la verificación de los ítems da al propio paciente seguridad en el entorno, los profesionales y la intervención que se les va a realizar.

Bibliografía:

1. World Health Organization. *International Classification for Patient safety (CISP) v 1.1* [Internet]. [publicado enero 2009; acceso 18-11-2010]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
2. A. Vázquez, Luque-Ramirez JM, Del Nozal-Nalda M, Barroso-Gutierrez C, Román-Fuentes M, Vilaplana-Garcia A. *Efectividad de una intervención para mejorar la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital de tercer nivel*. Rev Calid Asist. 2016;31(S):24-28.
3. Rodrigo-Rincón MI, Turapu-León B, Zabalza-López P, Martín-Vizcaina MP, de la Fuente-Calixto A, Villalgordo-Ortín P, Domenech-Mañero L, Gost-Garde J. *Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica*. Rev Cal Asist. 2011;26(6):380-385.
4. Collazos C, Bermudez L, Quintero A, Quintero LE, Díaz MM. *Verificación de la lista de chequeo para la seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente*. Rev Colomb Anestesiología. 2013;41(2):109-113.

Capítulo 143

Malformación de Chiari

Autores:

Sánchez-Gil Izquierdo, Irene

Sánchez Puertas, María

García Morales, Sandra

Ballesteros Benito, M^a Isabel

Porrás Sánchez - Escribano, Cristina

MALFORMACION DE CHIARI. CASO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones de Chiari son defectos estructurales en el cráneo y el cerebelo, la parte del cerebro que controla el equilibrio. Normalmente el cerebelo y partes del tronco encefálico están encima de un orificio en el cráneo que permite el paso de la médula espinal (conocido como foramen magno). Cuando parte del cerebelo se extiende por debajo del foramen magno al conducto raquídeo superior, se llama una malformación de Chiari.

La mayoría resultan de defectos estructurales en el cerebro y la médula espinal que ocurren durante el desarrollo fetal.. Pueden también aparecer más adelante si hay un drenaje excesivo del líquido cefalorraquídeo de las áreas lumbares o torácicas de la columna debido a una lesión traumática, enfermedad o infección . Hay cuatro tipos. En la actualidad el aumento en el uso de imágenes diagnósticas ha demostrado que estas malformaciones pueden ser mucho más comunes.

SIGNOS Y SINTOMAS

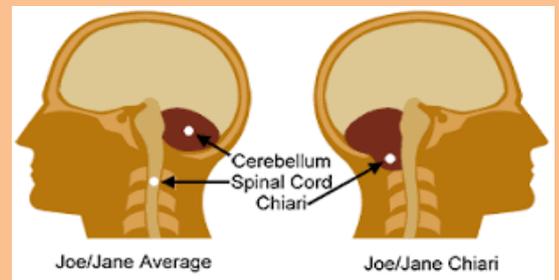
- Muchos pacientes afectados por esta anomalía no tienen signos ni síntomas,
- Dolor de cuello, cabeza y/o de pecho.
 - Dificultades para tragar, que pueden causar náuseas, atragantamiento o vómitos
 - Dificultades para hablar
 - Movimientos oculares rápidos o problemas en la vista, fotofobia o visión borrosa
 - Problemas auditivos como acúfenos o pérdidas auditivas
 - Debilidad, pérdida de sensibilidad, adormecimiento, hormigueo en MMII

DIAGNOSTICO

- Es difícil establecer el diagnóstico pues suelen ser pacientes asintomáticos. Se establece mediante:
- RM
 - Rx
 - TAC
 - Respuesta auditiva provocada del tronco encefálico

TRATAMIENTO

- **Cirugía**
- La cirugía es el único tratamiento disponible para aliviar los síntomas o detener la evolución del daño en el sistema nervioso central.



CASO CLINICO

Varón de 58 años con cuadro progresivo de dolor cervical alto con sensación de hormigueo en miembros superiores y atrofia progresiva de las manos. Presenta lesión cutánea en hombro derecho por quemadura. No refiere antecedentes previos de interés. En la exploración presenta alteraciones en la sensibilidad de extremidades superiores con dificultad para diferenciar el frío y el calor. Reflejos disminuidos en los brazos y discreta pérdida de fuerza en MMII. En escasas ocasiones refiere problemas para tragar ciertos alimentos. En la RM craneocervical, se observa un descenso de las amígdalas cerebelosas que se introducen por el agujero magno con compresión de la región bulbo-medular

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
(00046) Deterioro de la integridad cutánea	1102 Curación de la herida por primera intención	2316 Administración de mediación tópica 3660 Cuidados de las heridas 3590 Vigilancia de la piel
(00088) Deterioro de la ambulación	0208 Movilidad	0222 Terapia de ejercicios. equilibrio
(00132) Dolor agudo	1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos.
(00103) Deterioro de la deglución	0913 Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales	3200 Precauciones para evitar la aspiración
(00155) Riesgo de caídas	0202 Equilibrio	6490 Prevención de caídas 6610 Identificación de riesgos

CONCLUSION

El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose una descompresión de la fosa posterior, resecaando parte del hueso occipital, abriendo el agujero magno y realizando una resección del arco de la primera y segunda vértebras cervicales. La evolución del paciente fue favorable no presentando ninguna complicación postoperatoria. Clínicamente el paciente persiste con las alteraciones sensitivas pero ha comenzado a mejorar la fuerza de las manos.

BIBLIOGRAFÍA

- National Institute of neurological disorders and stroke
https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/malformaciones_de_chiari.htm
Federación Española Malformación de Chiari y patologías asociadas.
<http://www.femacpa.com/index.asp?iden=11>
NNNconsults
<https://www.nnnconsult.com>

Resumen: La malformación de Chiari es una enfermedad congénita ligada al cromosoma X. Se produce cuando el cerebelo desciende a través del foramen magnum y comprime el tronco encefálico provocando una herniación cerebral.

Durante el siglo XIX y principios del XX, la prevalencia de la enfermedad se estimaba en 1:1000. Sin embargo, el uso de métodos diagnósticos por imágenes ha aumentado el caso de personas afectadas.

Es una de las enfermedades raras más comunes en España, sufriendola alrededor de 5600 personas.

En este artículo exponemos un caso clínico, desde el inicio de la sintomatología hasta la intervención clínica que fue necesaria.

Palabras Clave: Malformación de Chiari; Enfermedades raras; Enfermedad neurológica.

Introducción

La malformación de Chiari es un defecto de la estructura del cerebelo, el cual es la parte del cerebro encargado del equilibrio. Normalmente el cerebelo se encuentra en la parte posterior del cráneo, por encima de la columna vertebral. Cuando se padece esta malformación el espacio que ocupa el cerebelo es demasiado pequeño o tiene una forma anormal, llegando a comprimirse este e incluso afectando a parte del tronco encefálico (la parte del cerebro que controla los nervios de la cara, la boca, la garganta, el cuello y la columna vertebral), llegando a un orificio en forma de embudo ubicado debajo del cráneo llamado "foramen magnum" por el cual solo suele pasar la médula espinal.

Las malformaciones de Chiari tienen una variedad de causas diferentes. La mayoría resultan de defectos estructurales en el cerebro y la médula espinal que ocurren durante el desarrollo fetal.

Aunque también pueden aparecer más adelante si hay un drenaje excesivo del líquido cefalorraquídeo de las áreas lumbares o torácicas de la columna debido a una lesión traumática, enfermedad o infección. Existen cuatro tipos.

En la actualidad el uso de imágenes diagnósticas han demostrado que estas malformaciones pueden ser mucho más comunes.

Clínica

Los síntomas que se pueden manifestar al padecer esta malformación son:

- Dolor de cabeza, es un signo distintivo de las malformaciones de Chiari, especialmente después de una tos, estornudo o distensión muscular repentina.
- Dolor en el cuello.
- Problemas de audición o de equilibrio.
- Debilidad o insensibilidad muscular.
- Mareo.

- Dificultad para tragar o para hablar, que pueden ocasionar náuseas, atragantamiento o vómitos.
- Zumbido en los oídos (tinnitus o acúfeno).
- Curvatura de la columna vertebral (escoliosis).
- Insomnio.
- Depresión.
- Problemas de coordinación de las manos y de habilidad motriz fina.

Diagnóstico

En la actualidad no hay una prueba que determine esta malformación, la gran mayoría de los casos se ha diagnosticado en pacientes asintomáticos, durante el estudio de estos por otra patología aguda o crónica concomitante. Es una patología de difícil identificación a priori, pero hay algunas pruebas que tras la sospecha de esta malformación son de gran utilidad para llegar al diagnóstico definitivo. Estas son:

- RM.
- Rx.
- TAC.
- Respuesta auditiva provocada del tronco encefálico.

Tratamiento

Como algunas malformaciones son asintomáticas y no interfieren con la vida cotidiana, no se establece un tratamiento, sí que se lleva un seguimiento mediante revisiones periódicas realizándose una RM, para identificar cualquier avance que precise intervención.

En otros casos los síntomas se tratan con medicamentos y hay casos que el único tratamiento que existe es la cirugía, tanto para aliviar los síntomas como para detener la evolución del daño cerebral. La cirugía más común para tratar la malformación de Chiari es la descompresión de la fosa posterior.

Caso clínico

Varón de 58 años con cuadro progresivo de dolor cervical alto con sensación de hormigueo en miembros superiores y atrofia progresiva de las manos. Presenta lesión cutánea en hombro derecho por quemadura. No refiere antecedentes previos de interés.

En la exploración presenta alteraciones en la sensibilidad de extremidades superiores con dificultad para diferenciar el frío y el calor. Reflejos disminuidos en los brazos y discreta pérdida de fuerza en MMII.

En escasas ocasiones refiere problemas para tragar ciertos alimentos.

En la RM craneocervical, se observa un descenso de las amígdalas cerebelosas que se introducen por el agujero magno con compresión de la región bulbo-medular.

La opción clínica más favorable para el paciente fue la intervención quirúrgica, la cual acepta.

Plan de cuidados

La acción terapéutica desde Enfermería basándonos en algunos de los diagnósticos de la taxonomía NANDA, va orientada a proporcionar los cuidados que precisa el paciente de manera integral, abordando aspectos como la cicatrización de la lesión que presenta el paciente, realización de terapia de ejercicios para disminuir el deterioro de la ambulación, o ejecutar las medidas necesarias para un buen control del dolor tras la IQ.

Así como otras medidas para prevenir complicaciones derivadas de esta patología, como las aspiraciones y las caídas, disminuyendo los riesgos.

Conclusión

El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose una descompresión de la fosa posterior, resecaando parte del hueso occipital, abriendo el agujero magno y realizando una resección del arco de la primera y segunda vértebras cervicales.

La evolución del paciente fue favorable no presentando ninguna complicación postoperatoria.

Clínicamente el paciente persiste con las alteraciones sensitivas pero ha comenzado a mejorar la fuerza de las manos.

En muchos casos, la cirugía es el único tratamiento disponible para aliviar los síntomas o detener la evolución del daño en el sistema nervioso central. La cirugía puede mejorar o estabilizar los síntomas en la mayoría de las personas, como fue en el caso del paciente expuesto anteriormente.

Puede ser necesaria más de una operación para tratar la afección

Bibliografía

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Malformación de Chiari (NINDS)*. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/malformaciones_de_chiari.htm.
2. Federación Española Malformación de Chiari y patologías asociadas. *Malformación de Chiari*. Disponible en: <http://femacpa.com>.
3. *Malformación de Arnold Chiari* | Institut Chiari de Barcelona [Internet]. Institut Chiari & Sirin-gomielia & Escoliosis de Barcelona. Disponible en: <https://institutchiaribcn.com/arnold-chiari>.
4. NNNConsult. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>.

Capítulo 144

Manejo de la bolsa de Bogotá en el abdomen abierto

Autores:

Martín-Doimeadios Trujillo, Luis

Moreno Trenado, Vanessa

Barrios Moreno, Sofía

Martínez Gómez, José Luis

Trujillo Ruiz, Cristina

Calero Pareja, Asunción

MANEJO DE LA BOLSA DE BOGOTÁ EN EL ABDOMEN ABIERTO

INTRODUCCIÓN

La **bolsa de Bogotá (BB)**, fue creada por **Borraez** en Colombia en los años 20 se utiliza en pacientes con laparotomía contenida (LC) para tratar el manejo de la sepsis abdominal, cirugía de control de daños, presencia de síndrome compartimental y en la pérdida de la pared abdominal o dificultad para el cierre de la misma. Consiste en la fijación a la fascia o piel de una bolsa de polivinilo o un material similar, que provee de una cobertura atraumática a las vísceras expuestas y permite su visualización y monitorización constante.

Borraez añadió posteriormente a su técnica otra lámina de polietileno fenestrada con el objetivo de eliminar las adherencias víscera-parietales.

El **objetivo** de esta técnica es superar la etapa crítica de indicación de abdomen abierto (AA), resulta muy importante identificar las ventajas e inconvenientes de su uso, por ser una técnica muy utilizada en las Unidades de Cuidados Críticos y conocer el manejo que enfermería debe tener en este procedimiento debido a la gran importancia que tiene su intervención para que el proceso tenga éxito.

METODOLOGÍA

De acuerdo con los objetivos de nuestro estudio, hemos hecho una **revisión bibliográfica digital** de artículos relacionados con las ventajas de utilizar la bolsa de Bogotá en los casos de abdomen abierto y artículos sobre cuidados de enfermería, **priorizando los que tratan sobre cuidados de enfermería**. Esta búsqueda ha servido para mejorar y actualizar los conocimientos de esta técnica. Hemos utilizado los buscadores digitales: *Pubmed, The Cochrane Database of Reviews, SCIELO y ELSEVIER*.

Criterios de inclusión



- Revisiones bibliográficas acerca del tema.
- Artículos sobre las ventajas de la utilización de la bolsa de Bogotá
- Artículos sobre las complicaciones de dicha técnica.
- Artículos sobre el manejo de enfermería de esta técnica.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos actuales (fecha corte 2015).

Criterios de exclusión



- Artículos sobre contenido puramente médico, sin contenido de cuidados enfermeros.
- Artículos anteriores a 2015.

Palabras clave: *Cuidados Críticos/ Critical Care, Laparotomía/ Laparotomy, Músculos Abdominales/ Abdominal Muscles.*

RESULTADOS

Se han identificado un total de 8 publicaciones acordes con nuestro estudio, de las cuales hemos priorizado 2; debido a ser los estudios mas actuales y que abordan mejor el tema elegido, ya que abarcan el tema desde el punto de vista de los cuidados de enfermería y aportan las ventajas y los inconvenientes de esta técnica; los cuales han sido los objetivos de nuestro trabajo. Hemos rechazado las otras 6 publicaciones. Estos dos artículos son revisiones bibliográficas que hablan de las ventajas e inconvenientes del uso de esta técnica y los cuidados enfermeros que hay que realizar en ella, cuyos resultados hemos sintetizado en estos dos cuadros.

VENTAJAS

- Permite el control hemodinámico e hidroelectrolítico.
- Disminución de la presión abdominal en el síndrome compartimental.
- Facilitación del cierre definitivo del abdomen.
- Visualización directa de la herida
- Permite un drenaje periódico de la cavidad y prevención de la evisceración.
- Disminución de la mortalidad por casos de abdomen agudo, apendicitis secundaria y pancreatitis aguda.
- Bajo coste económico.

INCONVENIENTES

- Gran riesgo de infección, requiere un manejo totalmente estéril.
- Necesidad de conocimientos muy especializados para la técnica.
- Producción de abundante exudado.



CONCLUSIONES

Tras analizar los datos y artículos seleccionados, podemos confirmar que la bolsa de Bogotá posee más ventajas que inconvenientes, lo que avala que sea una de las técnicas más utilizadas en pacientes con AA. Se ha demostrado en varios estudios, que facilita que estos pacientes superen la fase crítica con el menor número de complicaciones favoreciendo el cierre definitivo del abdomen y disminuyendo la mortalidad. Queda probado, que es de vital importancia que enfermería conozca la técnica para minimizar el riesgo de infecciones iniciales haciendo un manejo totalmente estéril y aplique cuidados especializados para que el proceso tenga éxito.

Resumen: La bolsa de Bogotá es un dispositivo creado en los años 20 para mejorar la supervivencia de los pacientes con abdomen abierto. En la actualidad es un dispositivo muy utilizado en las unidades de cuidados críticos siendo una técnica muy utilizada y necesitando un manejo cuidadoso.

Tras una revisión bibliográfica digital podemos concluir que entre las ventajas que nos proporciona esta técnica están: mejor cicatrización de la herida y cierre precoz o disminución de las evisceraciones, estas ventajas superan a los inconvenientes.

A pesar de todo requiere una manipulación estéril y unos cuidados de enfermería muy específicos para evitar infecciones.

Palabras Clave: Cuidados Críticos; Laparotomía; Músculos Abdominales.

Introducción

La bolsa de Bogotá (BB), fue creada por Borraez en Colombia en los años 20 se utiliza en pacientes con laparotomía contenida (LC) para tratar el manejo de la sepsis abdominal, cirugía de control de daños, presencia de síndrome compartimental y en la pérdida de la pared abdominal o dificultad para el cierre de la misma. Consiste en la fijación a la fascia o piel de una bolsa de polivinilo o un material similar, que provee de una cobertura atraumática a las vísceras expuestas y permite su visualización y monitorización constante.

Borraez añadió posteriormente a su técnica otra lámina de polietileno fenestrada con el objetivo de eliminar las adherencias víscera-parietales.

El objetivo de esta técnica es superar la etapa crítica de indicación de abdomen abierto (AA), resulta muy importante identificar las ventajas e inconvenientes de su uso, por ser una técnica muy utilizada en las Unidades de Cuidados Críticos y conocer el manejo que enfermería debe tener en este procedimiento debido a la gran importancia que tiene su intervención para que el proceso tenga éxito.

Metodología

De acuerdo con los objetivos de nuestro estudio, hemos hecho una revisión bibliográfica digital de artículos relacionados con las ventajas de utilizar la bolsa de Bogotá en los casos de abdomen abierto y artículos sobre cuidados de enfermería, priorizando los que tratan sobre cuidados de enfermería. Esta búsqueda ha servido para mejorar y actualizar los conocimientos de esta técnica. Hemos utilizado los buscadores digitales: Pubmed, The Cochrane Database of Reviews, SCIELO y ELSEVIER.

Criterios de inclusión:

- Revisiones bibliográficas acerca del tema.
- Artículos sobre las ventajas de la utilización de la bolsa de Bogotá.
- Artículos sobre las complicaciones de dicha técnica.
- Artículos sobre el manejo de enfermería de esta técnica.

- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos actuales.

Criterios de exclusión:

- Artículos sobre contenido puramente médico, sin contenido de cuidados enfermeros.

Resultados

Se han identificado un total de 8 publicaciones acordes con nuestro estudio, de las cuales hemos priorizado 2; debido a ser los estudios mas actuales y que abordan mejor el tema elegido, ya que abarcan el tema desde el punto de vista de los cuidados de enfermería y aportan las ventajas y los inconvenientes de esta técnica; los cuales han sido los objetivos de nuestro trabajo. Hemos rechazado las otras 6 publicaciones. Estos dos artículos son revisiones bibliográficas que hablan de las ventajas e inconvenientes del uso de esta técnica y los cuidados enfermeros que hay que realizar en ella.

Ventajas: Permite el control hemodinámico e hidroelectrolítico, disminución de la presión abdominal en el síndrome compartimental, facilitación del cierre definitivo del abdomen, visualización directa de la herida, permite un drenaje periódico de la cavidad y prevención de la evisceración, disminución de la mortalidad por casos de abdomen agudo, apendicitis secundaria y pancreatitis aguda y bajo coste económico.

Inconvenientes: Gran riesgo de infección, requiere un manejo totalmente estéril, necesidad de conocimientos muy especializados para la técnica y producción de abundante exudado.

Los cuidados de enfermería indicados en esta técnica son los siguientes:

- Retirar la bolsa ante la presencia de tejido de granulación en los bordes de la misma.
- Realizar siempre sondaje nasogástrico e instauración de nutrición parenteral en caso de utilización por pancreatitis aguda.
- Cubrir la bolsa con gasas estériles para absorber el exudado y mantener la zona seca.
- Controlar las constantes del paciente al igual que su estado hemodinámico.
- Manejo estéril de la herida en toda manipulación.
- Evitar la maceración de la piel manteniendo la zona seca.
- En presencia de fisuras en los bordes de la herida utilizar Maltropen (malla de espuma de poliuretano) para cubrirla.

Conclusiones

Tras analizar los datos y artículos seleccionados, podemos confirmar que la bolsa de Bogotá posee más ventajas que inconvenientes, lo que avala que sea una de las técnicas más utilizadas en pacientes con AA. Se ha demostrado en varios estudios, que facilita que estos pacientes superen la fase crítica con el menor número de complicaciones favoreciendo el cierre definitivo del abdomen y disminuyendo la mortalidad.

Queda probado, que es de vital importancia que enfermería conozca la técnica para minimizar el riesgo de infecciones iniciales haciendo un manejo totalmente estéril y aplique cuidados especializados para que el proceso tenga éxito.

Bibliografía:

1. Manterola. C, Moraga. J, Urrutia. S. *Laparostomía contenida con bolsa de Bogotá. Resultados de una serie de casos*. Cir Esp 2011;89:379-85 - DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.01.010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-laparostomia-contenida-con-bolsa-bogota--S0009739X11000650>.
2. Brox Jiménez. A, Ruiz Luque. V, Torres Arcos. C, Parra Membrives. P, Díaz Gómez. D, Gómez Bujedo. L, Márquez Muñoz. M. *Experiencia con la técnica de la bolsa de Bogotá para el cierre temporal del abdomen*. Cir Esp 2007;82:150-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-experiencia-con-tecnica-bolsa-bogota-13109518>.
3. Mejía Rendón. G, Mejía Pérez. S. *Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto*. Cirujano General. Vol 34 Núm 1 Enero-Marzo 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n1/v34n1a8.pdf>.

Capítulo 145

Manejo del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla (PTR).

Paso previo a la elaboración de plan de cuidados

Autores:

Correal Puime, Julián

Rivero González, Ana

Cofrade Delgado, Virginia

Sánchez Rodríguez, Pilar

Erencia Serrano, Josefa

Núñez Delgado, Cristina

MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA (PTR) . PASO PREVIO A LA ELABORACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Consideramos fundamental para la elaboración de un plan de cuidados de Enfermería ante el dolor postoperatorio, conocer las mejores técnicas anestésicas a las que puede optar el paciente y el grado de control de estas sobre este tipo de dolor. Actualmente, diversos estudios han demostrado que los bloqueos de n. periféricos pueden tener un efecto beneficioso en el control del dolor tras artroplastia de rodilla, cuando menos comparable a la analgesia epidural e incluso con menos efectos indeseables que ésta (1, 2). En este sentido, la medicina basada en la evidencia (3) sugiere que la técnica analgésica de elección, para el control del dolor postoperatorio en PTR hasta el momento, por su eficacia y seguridad, es el bloqueo femoral asociado a analgésicos endovenosos (grado A de evidencia).

MUESTRA Y METODOS

Realizamos un estudio prospectivo, observacional en que se incluyen 85 pacientes sometidos a intervención de Prótesis Total de Rodilla (PTR). En dicha muestra analizamos cual es la técnica anestésica más eficaz frente al dolor postoperatorio. Para ello se comparan tres técnicas; catéter Epidural con infusión continua durante 48h, Bloqueo Femoral y Perfusión Continua de Morfina y analizamos la intensidad del dolor según escala visual analógica (EVA) a las 24 horas y 48 horas.



RESULTADOS

Del total de intervenciones de PTR realizadas, como técnica anestésica se optó por el Bloqueo del Nervio Femoral en 78 pacientes, el catéter Epidural se eligió en 5 ocasiones y la perfusión continua de Morfina en tan solo 2 ocasiones.

Con el Bloqueo del Nervio Femoral en el postoperatorio, conseguimos un EVA medio a las 24 h de 3,53 y a las 48 horas de 1,8. Frente al catéter epidural que el EVA medio fue a las 24 H y a las 48 h respectivamente de 1 y 3,2. Mediante la perfusión continua de Morfina el valor medio de EVA a las 24 H fue de 2,5 y de 3 a las 48 H.



CONCLUSIONES

En nuestro Hospital a buen criterio y como sugiere la medicina basada en la evidencia, la técnica de elección en la intervención quirúrgica de Prótesis Total de Rodilla (PTR) es el Bloqueo del Nervio Femoral, repitiéndose en el 91 % de los casos.

De las tres técnicas, el catéter epidural es el que mejor valor EVA medio obtiene a las 24 horas, obteniendo un valor de 1, pero es en el dolor a las 48 Horas donde el Bloqueo del N. Femoral ofrece el mejor EVA medio, situándose en 1.8. Dado que se considera un dolor controlado, un dolor con un EVA por debajo de 4, podemos concluir que con dicha técnica obtenemos un resultado muy satisfactorio frente al control del dolor postoperatorio en la intervención de PTR circunstancia que debemos tener en cuenta de cara a nuestro plan de cuidados Enfermeros

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fowler SJ, Symons J, Sabato S, Myles PS. Epidural analgesia compared with peripheral nerve blockade after major knee surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Br J Anaesth.* 2008;100(2):154-64. (Pubmed)
- 2.- Zaric D, Boysen K, Christiansen C, Christiansen J, Stephensen S, Christensen B. A comparison of epidural analgesia with combined continuous femoral-sciatic nerve blocks after total knee replacement. *Anesth Analg.* 2006; 102(4):1240-6. (Pubmed).
- 3.- PROSPECT (Postoperative Specific Pain Management) recommendations for postoperative pain Management for total knee arthroplasty. Disponible en: <http://www.postoppain.org/frameset.htm>. Consultado a 28 de Marzo de 2009.

Resumen: Es clave para elaborar un plan de cuidados enfermero en cuanto al dolor agudo postoperatorio, en la intervención de Prótesis total de rodilla, conocer las diferentes técnicas anestésicas que tenemos. Estamos ante una de las intervenciones que peores resultados obtiene en cuanto a manejo de dolor postoperatorio.

Mediante este trabajo, pretendemos ver que técnica anestésica, entre catéter epidural, bloqueo nervioso y perfusión continua de morfina, nos ofrece mejores resultados en cuanto al dolor postoperatorio.

Para ello mediante la escala visual analógica (EVA) medimos el dolor a las 24 horas y a las 48 horas después de la intervención

Palabras Clave: Dolor; postoperatorio; medición del dolor.

Introducción

Consideramos fundamental para la elaboración de un plan de cuidados de Enfermería ante el dolor postoperatorio, conocer las mejores técnicas anestésicas a las que puede optar el paciente y el grado de control de estas sobre este tipo de dolor. Actualmente, diversos estudios han demostrado que los bloqueos de n. periféricos pueden tener un efecto beneficioso en el control del dolor tras artroplastia de rodilla, cuando menos comparable a la analgesia epidural e incluso con menos efectos indeseables que ésta. En este sentido, la medicina basada en la evidencia sugiere que la técnica analgésica de elección, para el control del dolor postoperatorio en PTR hasta el momento, por su eficacia y seguridad, es el bloqueo femoral asociado a analgésicos endovenosos (grado A de evidencia).

Muestra y métodos

Realizamos un estudio prospectivo, observacional en que se incluyen 85 pacientes sometidos a intervención de Prótesis Total de Rodilla (PTR). En dicha muestra analizamos cual es la técnica anestésica más eficaz frente al dolor postoperatorio. Para ello se comparan tres técnicas; catéter Epidural con infusión continua durante 48h, Bloqueo Femoral y Perfusión Continua de Morfina y analizamos la intensidad del dolor según escala visual analógica (EVA) a las 24 horas y 48 horas.

Resultados

Del total de intervenciones de PTR realizadas, como técnica anestésica se optó por el Bloqueo del Nervio Femoral en 78 pacientes, el catéter Epidural se eligió en 5 ocasiones y la perfusión continua de Morfina en tan solo 2 ocasiones.

Con el Bloqueo del Nervio Femoral en el postoperatorio, conseguimos un EVA medio a las 24 h de 3,53 y a las 48 horas de 1,8. Frente al catéter epidural que el EVA medio fue a las 24 H y a las 48 h respectivamente de 1 y 3,2. Mediante la perfusión continúa de Morfina el valor medio de EVA a las 24 H fue de 2,5 y de 3 a las 48 H.

Conclusiones

En nuestro Hospital a buen criterio y como sugiere la medicina basada en la evidencia, la técnica de elección en la intervención quirúrgica de Prótesis Total de Rodilla (PTR) es el Bloqueo del Nervio Femoral, repitiéndose en el 91 % de los casos.

De las tres técnicas, el catéter epidural es el que mejor valor EVA medio obtiene a las 24 horas, obteniendo un valor de 1, pero es en el dolor a las 48 Horas donde el Bloqueo del N. Femoral ofrece el mejor EVA medio, situándose en 1.8. Dado que se considera un dolor controlado, un dolor con un EVA por debajo de 4, podemos concluir que con dicha técnica obtenemos un resultado muy satisfactorio frente al control del dolor postoperatorio en la intervención de PTR circunstancia que debemos tener en cuenta de cara a nuestro plan de cuidados Enfermeros

Bibliografía

1. Fowler SJ, Symons J, Sabato S, Myles PS. *Epidural analgesia compared with peripheral nerve blockade after major knee surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials*. Br J Anaesth. 2008;100(2):154-64. (Pubmed).
2. Zaric D, Boysen K, Christiansen C, Christiansen J, Stephensen S, Christensen B. *A comparison of epidural analgesia with combined continuous femoral-sciatic nerve blocks after total knee replacement*. Anesth Analg. 2006; 102(4):1240-6. (Pubmed).
3. *PROSPECT (Postoperative Specific Pain Management) recommendations for postoperative pain Management for total knee arthroplasty*. Disponible en: <http://www.postoppain.org/frameset.htm>. Consultado a 28 de Marzo de 2009.

Capítulo 146

Manejo del drenaje ventricular externo (D.V.E)

Autores:

Terriza Cabrera, Nuria M^a

Martínez Gómez, Carolina

Sánchez González, M^a José

Terán Boabén, Marta

Rivero Merino, Irene

Díaz Barajas, Nuria

Manejo y cuidados del drenaje ventricular externo. (DVE).

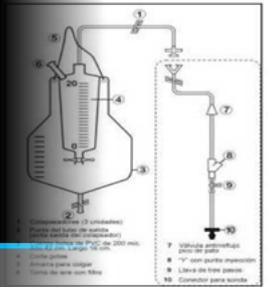


Figura 1. Sistema de recolección de líquido. Presenta los componentes: izquierda, colector propiamente tallo; derecha, línea intermedia de conexión.

OBJETIVOS

Conocer la importancia de los cuidados de enfermería para la prevención de complicaciones potenciales en el paciente portador de DVE (Infección, hemorragia, fuga, desplazamiento, colapso ventricular etc.).

Actualización de conocimientos . Descripción de equipo y procedimientos.

METODOLOGÍA

- Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, Cochrane, Scielo, Google Académico, palabras clave: líquido cefalorraquídeo, catéter intraventricular, prevención, complicaciones.
- Revisión protocolo Servicio Aragonés de Salud, Hospital de Zaragoza.

INTERVENCIONES.

Descripción del sistema del DVE.

Cuidados de Enfermería.

Procedimientos DVE.

Complicaciones, factores de riesgo de infección

DVE

- Colocación de un catéter en el asta frontal del ventrículo lateral, preferiblemente en el hemisferio no dominante.
- El catéter puede estar conectado con un transductor que permite la monitorización continua de la presión intracraneal (PIC)
- Permite la descompresión del sistema cerebral al facilitar el drenaje exterior del líquido cefalorraquídeo (LCR) y permite la administración de antibióticos intraventriculares, fibrinolíticos, contrastes...
- PIC: valores normales 10-15mmHG, considerándose HTIC valores de PIC mayores de 20mmhg.

Descripción DVE

- Sistema cerrado, hermético, con gotero y receptáculo no colapsable.
- Toma de aire con filtro antibacteriano.
- Válvula antirreflujo en la línea pre receptáculo.

Línea intermedia:

- Llave de tres vías para conexión con transductor. No realizar medición sistemática.
- Prolongaciones laterales de la línea con tapón de goma para la infusión de medicamentos y extracción de LCR para muestras.
- Válvula antirreflujo unidireccional.
- Clips plásticos incorporados en la línea para cierre transitorio.

Bolsa colectora:

- Colector proximal no colapsable, graduado y con llave de paso. Suele tener capacidad para unos 125ml LCR
- Filtros antibacterianos a la entrada y salida de la bolsa colectora.

(Figura 1)

Cuidados de enfermería

Manipular el sistema lo menos posible. MUY IMPORTANTE.

ASEPSIA del personal previa a su manipulación; higiene de manos, guantes estériles y mascarilla. Técnica estéril.

- ✓ Colocar y fijar correctamente la cámara de goteo.
- ✓ Cabecera del paciente a 30-35° salvo contraindicación
- ✓ **Sistema a cero:** tomando como referencia el C.A.E (conducto auditivo externo) anatómicamente coincide con el agujero interventricular de Monro y ventrículos, colocamos el transductor del sistema a ese nivel. (Medición PIC).
- ✓ La **altura** del sector proximal de la cámara rígida de recolección (LEVEL) estará determinada por criterio médico: "Abierto a cero" coincidirá en altura 0° transductor y parte superior de la cámara rígida.
- ✓ Si la orden es "abierto a +10, +15...cm H2O subiremos el nivel de la parte rígida en la medida indicada
- ✓ Colocar la bolsa de recogida por debajo del nivel del paciente, colgada, no apoyada, cambiarla cuando estén llenas ¾ partes
- ✓ El nivel de LCR debe oscilar en el punto donde se corta la columna líquida para comprobar la permeabilidad del sistema
- ✓ Vigilar, posición y fijación del catéter, integridad y esterilidad del sistema y conexiones
- ✓ Vigilar presencia de coágulos o detritus en el LCR.
- ✓ Registrar débito, aspecto y color por turno.
- ✓ Mantener abierto excepto orden médica, en el caso de movilización del paciente, pinzar el tiempo indispensable y volver a poner a nivel.
- ✓ **Vigilancia neurológica y GCS**

Procedimientos

ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VÍA INTRATECAL.

- Tapón de goma más cercano al catéter. Previo lavado clohexidina. Eliminar previamente volumen similar LCR.
- Clampar de 1 a 3h

TOMA DE MUESTRA A TRAVÉS DEL CATÉTER DVE.

- Volumen 3-5cc
- Muestra para microbiología en una segunda fase. Mantener en estufa a 36° o temperatura ambiente. No refrigerar.
- Recoger muestra antes de instaurar antibioterapia.

Complicaciones, factores de riesgo de infección

COMPLICACIONES:

Hemorragia en el sitio de colocación.

Sifonaje; colapso ventricular.

Disfunción del sistema; obstrucción, rotura o desconexión

Infecciosas: **Factores de riesgo:**

- ✓ Tiempo transcurrido desde la inserción del catéter.
- ✓ Presencia de hemorragia (intraventricular y subaracnoidea).
- ✓ Traumatismo craneal con fractura.
- ✓ Fístula de LCR alrededor de la entrada del catéter además de las manipulaciones del sistema.



CONCLUSIONES.

Los beneficios que aporta el dispositivo DVE son considerables a ser un sistema coste económico relativamente bajo que nos permite tanto la medición de la presión intracraneal (PIC) como el control de la hidrocefalia y drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR). Debemos seguir pautas que optimicen el manejo clínico de este dispositivo a efectos de disminuir la incidencia de infecciones y complicaciones asociadas al mismo.

BIBLIOGRAFIA.

- Manejo drenajes ventriculares. Protocolo Z2-329-12 Servicio aragonés de salud. Sector Zaragoza 2.
- Cuidados de enfermería en el manejo del drenaje ventricular. Toledano Blanco R. Domínguez Núñez D. Revista Páginasenferg.com Volumen I Número 02 Junio 2009.
- Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica. Dres. Pedro Grille, Gonzalo Costa, Alberto Biestro, Saúl Wajskopf. Rev Med Urug 2007; 23:50-55.

Resumen: Mediante el presente trabajo se pretende conocer y revisar la importancia de los cuidados de enfermería para la prevención de complicaciones potenciales en el paciente portador de drenaje ventricular externo (DVE) (Infección, hemorragia, fuga, desplazamiento, colapso ventricular etc.).

Los beneficios que aporta el dispositivo DVE son considerables a ser un sistema coste económico relativamente bajo que nos permite tanto la medición de la presión intracraneal (PIC) como el control de la hidrocefalia y drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR). Debemos seguir pautas que optimicen el manejo clínico de este dispositivo a efectos de disminuir la incidencia de infecciones y complicaciones asociadas.

Palabras Clave: Derivaciones líquido cefalorraquídeo; Presión intracraneal; Toma de muestras.

Introducción

Si algo caracteriza al paciente crítico, aparte de su situación basal de extrema gravedad y elevado riesgo y compromiso vital, es el elevado número de instrumentaciones, manipulaciones e implantaciones de cuerpos extraños y dispositivos tanto externos como internos, por monitorización, fines diagnósticos o para facilitar el manejo terapéutico. Sin embargo el empleo de estos dispositivos conlleva muchos riesgos y complicaciones. Habitualmente las complicaciones infecciosas son las que producen los efectos adversos más graves.

El drenaje ventricular externo (DVE), consiste en la colocación de un catéter en el asta frontal del ventrículo lateral, preferiblemente en el hemisferio no dominante. El catéter puede estar en línea con un transductor que permite la monitorización continua de la presión intracraneal (PIC), al mismo tiempo que permite la descompresión del sistema cerebral al facilitar el drenaje exterior del líquido cefalorraquídeo y permite la administración de antibióticos intraventriculares, fibrinolíticos, contrastes... Su colocación está indicada para el cuidados de enfermos neurológicos o neuroquirúrgicos complicados, como pacientes con hidrocefalia, hemorragias intraventriculares, tumores cerebrales que cursan con edema...

El personal de enfermería debe estar capacitado para el manejo, vigilancia y cuidado del paciente portador de DVE, así evitar la incidencia de posibles complicaciones.

Metodología

- Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, Cochrane, Scielo, Google Académico.
- Revisión protocolo Servicio Aragón de Salud, Hospital de Zaragoza.

Intervenciones

Descripción del sistema:

- Sistema cerrado, hermético, con gotero y receptáculo no colapsable.
- Toma de aire con filtro antibacteriano. Válvula antirreflujo en la línea pre receptáculo.

Línea intermedia:

- Llave de tres vías para conexión con transductor. No realizar medición sistemática.
- Prolongaciones laterales de la línea con tapón de goma para la infusión de medicamentos y extracción de LCR para muestras.
- Válvula antirreflujo unidireccional.
- Clips plásticos incorporados en la línea para cierre transitorio.

Bolsa colectora:

- Colector proximal no colapsable, graduado y con llave de paso. Suele tener capacidad para unos 125ml LCR
- Filtros antibacterianos a la entrada y salida de la bolsa colectora.

Cuidados del Catéter:

- Manipular el sistema lo menos posible. *Muy importante.*
- Asepsia del personal previa a su manipulación; higiene de manos, guantes estériles y mascarilla. Técnica estéril.
- Colocar y fijar correctamente la cámara de goteo.
- Cabecera del paciente a 30-35º salvo contraindicación
- Sistema a cero: tomando como referencia el conducto auditivo externo (CAE) que anatómicamente coincide con el agujero interventricular de Monro y ventrículos, colocamos el transductor del sistema a ese nivel, para la medición de la presión intracraneal, (PIC).
- La altura del sector proximal de la cámara rígida de recolección (LEVEL) estará determinada por criterio médico: "Abierto a cero" coincidirá en altura 0º transductor y parte superior de la cámara rígida.
- Si la orden es "abierto a +10, +15 cm H₂O" subiremos el nivel de la parte rígida en la medida indicada
- Colocar la bolsa de recogida por debajo del nivel del paciente, colgada, no apoyada, cambiarla cuando estén llenas ¾ partes
- El nivel de LCR debe oscilar en el punto donde se corta la columna líquida para comprobar la permeabilidad del sistema
- Vigilar, posición y fijación del catéter, integridad y esterilidad del sistema y conexiones
- Vigilar presencia de coágulos o detritus en el LCR.
- Registrar débito, aspecto y color por turno.
- Mantener abierto excepto orden médica, en el caso de movilización del paciente, pinzar el tiempo indispensable y volver a poner a nivel.
- Vigilancia neurológica y escala de coma de Glasgow.

Procedimientos

Administración de fármacos vía intratecal

- Tapón de goma más cercano al catéter. Previo lavado clorhexidina. Eliminar previamente volumen similar LCR.
- Clampar de 1 a 3h.

Toma de muestra a través del catéter DVE

- Volumen 3-5cc
- Muestra para microbiología en una segunda fase. Mantener en estufa a 36º o temperatura ambiente. No refrigerar.
- Recoger muestra antes de instaurar antibioterapia.
- Complicaciones:
- Hemorragia en el sitio de colocación.
- Sifonaje; colapso ventricular.
- Disfunción del sistema; obstrucción, rotura o desconexión
- Infecciosas: Factores de riesgo:
- Tiempo transcurrido desde la inserción del catéter.
- Presencia de hemorragia (intraventricular y subaracnoidea).
- Traumatismo craneal con fractura.
- Fístula de LCR alrededor de la entrada del catéter además de las manipulaciones del sistema.

Conclusiones

Los beneficios que aporta el dispositivo DVE son considerables a ser un sistema coste económico relativamente bajo que nos permite tanto la medición de la presión intracraneal (PIC) como el control de la hidrocefalia y drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR). Debemos seguir pautas que optimicen el manejo clínico de este dispositivo a efectos de disminuir la incidencia de infecciones y complicaciones asociadas al mismo.

Bibliografía

1. M.A. Utande, J. Orduna, M. Barrera et al. *Manejo de los drenajes ventriculares*, Servicio Aragonés de Salud, Sector Zaragoza 2. ID Protocolo Z2-329-12.
2. L. López-Amor, et al. *Complicaciones infecciosas relacionadas con el drenaje ventricular externo. Incidencia y factores de riesgo*. Hospital Universitario Central de Oviedo.
3. P. Grille, G. Acosta, A. Biestro, S. Wajskopf. *Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos*. Guía práctica. Rev Med Urug 2007; 23:50-55.

Capítulo 147

Manejo del niño con alergia al huevo y vacuna triple vírica

Autores:

Abril Béjar, Juana

Álvarez Paniagua, Sonia

Sánchez-Molero Martín, Prado

Zapata García, Luis

MANEJO DEL NIÑO CON ALERGIA AL HUEVO Y VACUNA TRIPLE VÍRICA

INTRODUCCIÓN

El huevo es uno de los alimentos que con más frecuencia ocasiona alergias en los primeros años de vida, sobre todo las proteínas OVM (ovomucoide) y OVA (ovoalbúmina) presentes en la clara. Las vacunas afectadas por esta alergia son la triple vírica, la antigripal, la fiebre amarilla, la hepatitis A, la rabia y la encefalitis centroeuropea.

Las reacciones que tienen lugar en niños menores de dos años, suelen ocurrir con la primera toma de huevo, lo que indica una sensibilización previa. Los datos de prevalencia son heterogéneos y la frecuencia se torna inferior cuando son precisas pruebas cutáneas o IgE específicas, disminuyendo si se requieren pruebas de provocación necesarias para un correcto diagnóstico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 12 meses que acude a consulta pediátrica de atención primaria para administración de vacunas. La madre refiere que presentó días previos erupción eritematosa y pruriginosa peribucal extendida a cuello y parte alta del tórax con remisión espontánea. Se remite a pediatra y hospital, posponiendo la administración de vacuna Triple Vírica.

Tras realizársele en la unidad de alergología pruebas cutáneas con huevo y proteínas, obteniéndose valor negativo a ovoalbúmina y ovomucoide, acude de nuevo a consulta.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Diagnóstico NANDA: (00186) Disposición para mejorar el estado de inmunización m/p expresa deseos de mejorar el estado de inmunización.

NOC: { - Estado inmune (0702)
- Conducta de vacunación (1900)

NIC: Manejo de la inmunización / vacunación (6530)

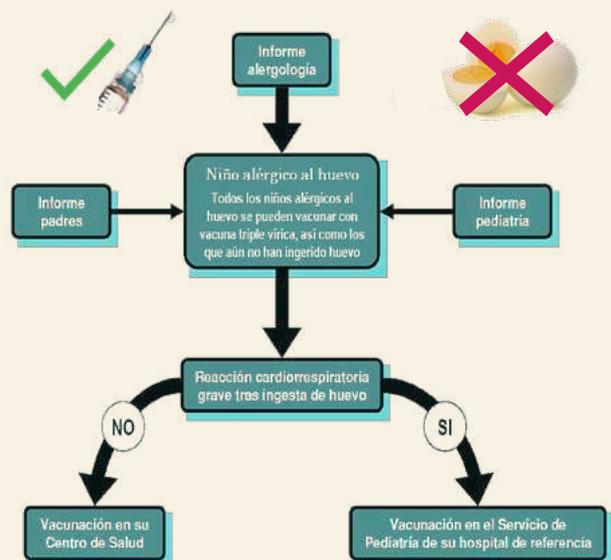
Actividades: { - Anotar antecedentes médicos y de alergias.
- Conocer contraindicaciones absolutas de vacunación.
- Identificar las técnicas de administración apropiadas.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

No existe contraindicación para la administración de vacunas correspondientes a la edad según calendario: Triple Vírica (cultivada en fibroblastos de embrión de pollo), Neumococo conjugada y Meningitis C.

En alergia al huevo de naturaleza no anafiláctica, los niños no tienen riesgo especial de desarrollar hipersensibilidad; de hecho, las tasas de verdaderas reacciones alérgicas son de 0,5 - 1 / 1 000 000 dosis.

La mayoría de episodios anafilácticos consecuentes a la vacuna Triple Vírica son debidos a la gelatina que contienen y no a las proteínas del huevo. No es necesario realizar test cutáneos previos a la vacunación ya que no predicen qué niños desarrollarán una reacción de hipersensibilidad inmediata.



Resumen: El huevo ocasiona alergias los primeros años de vida. Las vacunas relacionadas con ello son triple vírica, antigripal o fiebre amarilla.

Presentamos el caso clínico de una niña de 12 meses con esta alergia que acude a consulta para administración de vacunas. No existe contraindicación para administrarle la Triple Vírica dado su cultivo en fibroblastos de embrión de pollo, asociándose episodios anafilácticos a la gelatina que contiene. En alergia no anafiláctica, los niños no tienen riesgo especial de hipersensibilidad; siendo las tasas verdaderas 0,5 - 1 / 1000000 dosis. No es necesario realizar test cutáneos previos a la vacunación.

Palabras Clave: Hipersensibilidad; Huevos; Vacunas.

Introducción

El huevo es uno de los alimentos que con más frecuencia ocasiona alergias en los primeros años de vida, sobre todo las proteínas OVM (ovomucoide) y OVA (ovoalbúmina) presentes en la clara. Las vacunas afectadas por esta alergia son la triple vírica, la antigripal, la fiebre amarilla, la hepatitis A, la rabia y la encefalitis centroeuropea.

Las reacciones que tienen lugar en niños menores de dos años suelen ocurrir con la primera toma de huevo, lo que indica una sensibilización previa. Los datos de prevalencia son heterogéneos y la frecuencia se torna inferior cuando son precisas pruebas cutáneas o IgE específicas, disminuyendo si se requieren pruebas de provocación necesarias para un correcto diagnóstico.

Con la presentación del caso se pretenden describir las principales intervenciones de Enfermería en la consulta de Atención al Niño Sano relacionadas con la administración de las vacunas que corresponden a la edad según calendario SESCO. Para ello utilizamos la clasificación de diagnósticos NANDA, de resultados NOC y de intervenciones NIC.

Observación clínica

Niña de 12 meses que acude a consulta pediátrica de atención primaria para administración de vacunas. La madre refiere que presentó días previos erupción eritematosa y pruriginosa peribucal extendida a cuello y parte alta del tórax con remisión espontánea. Por ello decidió acudir a Urgencias del Hospital General, donde le realizaron analítica, con posterior remisión a la Unidad de Alergología, la cual solicitó analítica específica al huevo y proteína vacuna, obteniéndose valor negativo a ovoalbúmina y ovomucoide.

El día en que acude a consulta de Enfermería del niño sano de Atención Primaria para revisión, se le administra la vacuna triple vírica de acuerdo a lo establecido en los protocolos ya que no existe contraindicación.

Plan de cuidados enfermero

Principal diagnóstico NANDA

- (00186) Disposición para mejorar el estado de inmunización m/p expresa deseos de mejorar el estado de inmunización.

Principales resultados (NOC)

- (0702) Estado inmune
- (1900) Conducta de vacunación

Principales intervenciones (NIC)

- (6530) Manejo de la inmunización / vacunación

Principales actividades

- Anotar antecedentes médicos y de alergias.
- Conocer contraindicaciones absolutas de vacunación.
- Identificar las técnicas de administración apropiadas.

Discusión y conclusiones

No existe contraindicación para la administración de vacunas correspondientes a la edad según calendario: Triple Vírica (cultivada en fibroblastos de embrión de pollo), Neumococo conjugada y Meningitis C.

En alergia al huevo de naturaleza no anafiláctica, los niños no tienen riesgo especial de desarrollar hipersensibilidad; de hecho, las tasas de verdaderas reacciones alérgicas son de 0,5 - 1 / 1 000 000 dosis.

La mayoría de las reacciones anafilácticas tras la administración de la vacuna Triple Vírica son debidas a la gelatina que contienen y no a las proteínas del huevo. No es necesario realizar test cutáneos previos a la vacunación ya que no predicen qué niños desarrollarán una reacción de hipersensibilidad inmediata.

Bibliografía:

1. Echeverría Zudaire L, Ortigosa del Castillo L, Alonso Lebrero E, Álvarez García FJ, Cortés Álvarez N, García Sánchez N, Martorell Aragonés A. *Documento de consenso sobre la actitud ante un niño con una reacción alérgica tras la vacunación o alergia a componentes vacunales*. An Pediatr (Barc) 2015; 83: 63.e1-63.e10 - Vol. 83 Núm.1 DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.11.002.
2. Comité Asesor de Vacunas de la Comunidad de Madrid. *Evaluación del protocolo de vacunación en alérgicos al huevo con vacuna triple vírica. Recomendaciones del Comité de Expertos en Vacunas de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, años 2007-2010.
3. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en línea de la aep. Sarampión. 2018.
4. Fernández Cuesta LM, González Rodríguez F, Huerta González I, Quesada Gutiérrez L. *Vacunación del niño alérgico a componentes de las vacunas*. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2011.

Capítulo 148

Mapa geográfico sobre la incidencia de la enfermedad vascular que precisa ingreso en la provincia de Ciudad Real

Autores:

Monzón Ferrer, Adrián

Oliver Pérez, Antonio

Tapiador Gómez, Gema

Aparicio Ortega, M^a Teresa

Díaz Almansa, M^a José

Gómez Barriuso, Yanitza

MAPA GEOGRÁFICO SOBRE LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD VASCULAR QUE PRECISA INGRESO EN LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL

Autores:

INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular periférica está cada vez más extendida en España. El actual estilo de vida de la población dentro de los países industrializados propicia el aumento de las enfermedades cardiovasculares, la dieta poco saludable, inactividad física, tabaquismo e hipertensión, son los principales factores de riesgo que tienen en común estas enfermedades. Las actuales prioridades estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre enfermedades cardiovasculares incluyen la prevención, tratamiento y seguimiento para reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad en la población.¹ Conocer la distribución geográfica de la enfermedad vascular en nuestro entorno puede ayudarnos a implementar medidas preventivas más adecuadas.

OBJETIVO

Conocer la distribución geográfica de la enfermedad vascular que precisa intervención en nuestra provincia.

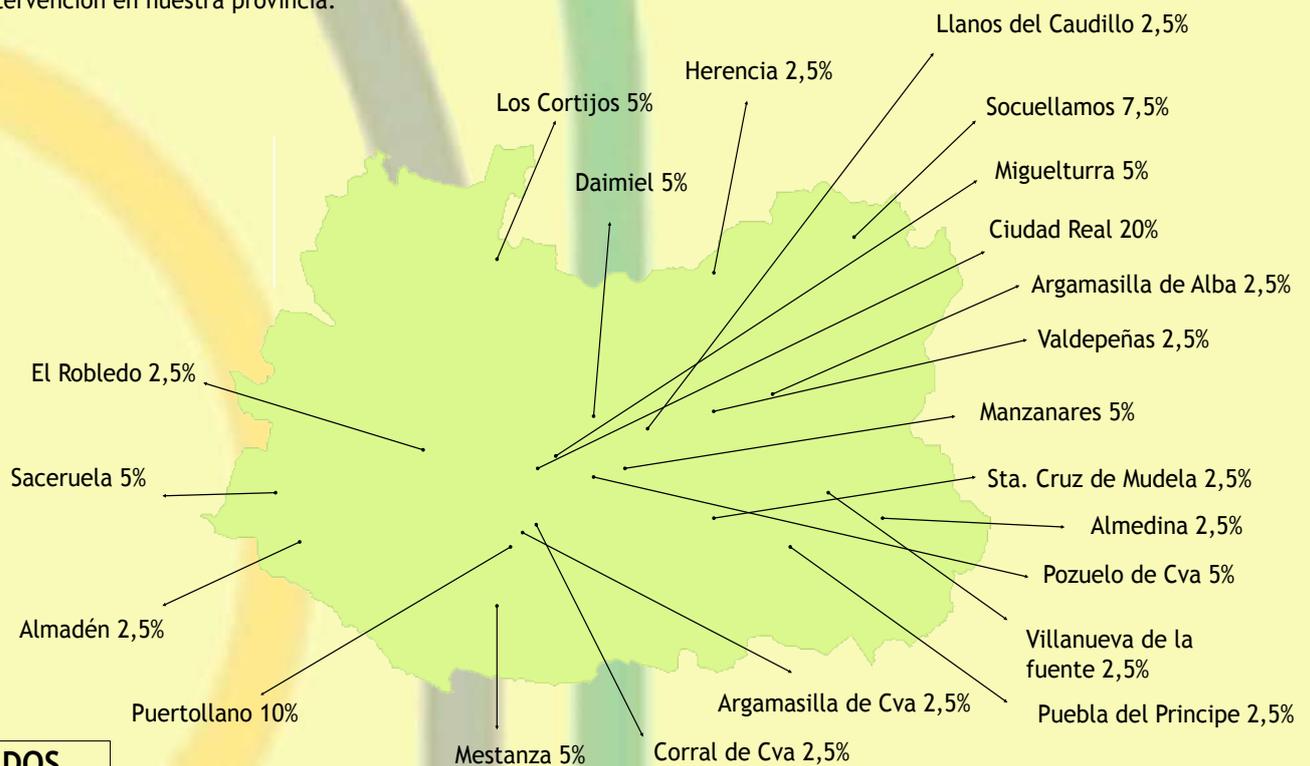
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional descriptivo

Periodo de estudio: Del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2017

Población a estudio: Pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascular en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascular) del Hospital General U. de Ciudad Real.

Se recogieron los datos a través de un cuestionario "ad hoc" sobre las características y localidad de residencia de los pacientes ingresados en la unidad de referencia.



RESULTADOS

La edad media de los pacientes estudiados es de 64,50 en hombres y 73,50 en mujeres. Las ciudades de la provincia de más de 25.000 habitantes congregan el 37,5 % de los pacientes con enfermedad vascular, siendo el ámbito rural (60%) el predominante en la enfermedad vascular. La distribución geográfica en la provincia de Ciudad Real tiene una tendencia noreste y sureste.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra. 2008
2. Pranav S. Garimella, M.D., M.P.H.1 and Alan T. Hirsch, M.D. Peripheral Artery Disease and Chronic Kidney Disease: Clinical Synergy to Improve Outcomes. 2015.

CONCLUSIONES

La enfermedad vascular tiene una mayor incidencia en el ámbito rural, siendo en la provincia de Ciudad Real más habitual en la mitad derecha de la provincia. Conocer la distribución de la enfermedad vascular puede favorecer la realización de intervenciones sanitarias desde los centros de salud de las poblaciones de mayor riesgo, que disminuya un problema que tiende a incrementar su incidencia.

Resumen: La enfermedad vascular periférica está cada vez más extendida en España. El actual estilo de vida dentro de los países industrializados propicia el aumento de las enfermedades cardiovasculares, la dieta poco saludable, inactividad física, tabaquismo e hipertensión, son los principales factores de riesgo que tienen en común estas enfermedades. Conocer la distribución geográfica de la enfermedad vascular en nuestro entorno puede ayudarnos a implementar medidas preventivas más adecuadas. Las ciudades de la provincia de más de 25.000 habitantes congregan el 37,5 % de los pacientes con enfermedad vascular, siendo el ámbito rural (60%) el predominante en la enfermedad vascular.

Palabras Clave: Enfermedad; Vascular; factores de riesgo.

Introducción

La enfermedad vascular periférica está cada vez más extendida en España. El actual estilo de vida de la población dentro de los países industrializados propicia el aumento de las enfermedades cardiovasculares, la dieta poco saludable, inactividad física, tabaquismo e hipertensión, son los principales factores de riesgo que tienen en común estas enfermedades. Las actuales prioridades estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre enfermedades cardiovasculares incluyen la prevención, tratamiento y seguimiento para reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad en la población. Conocer la distribución geográfica de la enfermedad vascular en nuestro entorno puede ayudarnos a implementar medidas preventivas más adecuadas.

Objetivo

Conocer la distribución geográfica de la enfermedad vascular que precisa intervención en nuestra provincia.

Material y método

- Tipo de estudio: Observacional descriptivo
- Periodo de estudio: Del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2017
- Población a estudio: Pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascular en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascular) del Hospital General U. de Ciudad Real.
- Se recogieron los datos a través de un cuestionario “ad hoc” sobre las características y localidad de residencia de los pacientes ingresados en la unidad de referencia.

Resultados

La edad media de los pacientes estudiados es de 64,50 en hombres y 73,50 en mujeres. Las ciudades de la provincia de más de 25.000 habitantes congregan el 37,5 % de los pacientes con enfermedad vascular, siendo el ámbito rural (60%) el predominante en la enfermedad vascular. La distribución geográfica en la provincia de Ciudad Real tiene una tendencia noreste y sureste.

Conclusiones

La enfermedad vascular tiene una mayor incidencia en el ámbito rural, siendo en la provincia de Ciudad Real más habitual en la mitad derecha de la provincia. Conocer la distribución de la enfermedad vascular puede favorecer la realización de intervenciones sanitarias desde los centros de salud de las poblaciones de mayor riesgo, que disminuya un problema que tiende a incrementar su incidencia.

Bibliografía

1. OMS. *Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Ginebra. 2008
2. Pranav S. Garimella, M.D., M.P.H.1 and Alan T. Hirsch, M.D. *Peripheral Artery Disease and Chronic Kidney Disease: Clinical Synergy to Improve Outcomes*. 2015
3. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. *Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: Análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS*. Rev Española Cardiol. 2011;64(4):295-304.

Capítulo 149

Medicación de alto riesgo prácticas seguras con heparinas, insulinas y anticoagulantes orales

Autores:

Palacios Ortiz, María Dolores

Palacios Carretero, Patricia

MEDICACIÓN DE ALTO RIESGO

Prácticas seguras con Heparinas, Insulinas y Anticoagulantes Orales



AUTORAS: MARIA DOLORES PALACIOS ORTIZ, PATRICIA PALACIOS CARRETERO

INTRODUCCIÓN

Los errores en la administración de medicación son una de las amenazas para la seguridad del paciente. Existe un grupo de medicación llamado de "alto riesgo" cuya atención debe ser prioritaria, ya que en caso de no ser bien administrados, se puede causar un daño grave o incluso mortal para el paciente.

OBJETIVOS

- Identificar los errores descritos en el uso de heparinas, insulinas y anticoagulantes orales.
- Disminuir la tasa de incidentes de seguridad asociado al uso de estos fármacos
- Conocer las prácticas seguras y protocolos para prevenir errores de medicación por parte del personal de enfermería, y llevar a cabo una buena formación, en la administración de dichos medicamentos, en el cuidador principal y el propio paciente.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de acceso libre y gratuito (PUBMED, COCHRANE) relacionados con la seguridad en medicación de alto riesgo, con publicación igual o posterior a 2004.

MEDICAMENTOS

HEPARINAS Y OTROS ANTITROMBÓTICOS



ANTICOAGULANTES ORALES



INSULINAS



ERRORES DETECTADOS

-GENERALES:

- Errores en etiquetado o rotulación, además de en el almacenaje.
- Errores en dilución, contaminación de viales.
- Programación incorrecta de bombas de infusión, y cálculo erróneo de dosis.
- Confusión de dosis o prescripciones de dosis incorrectas.
- Falta de detección de interacciones medicamentosas.
- Errores de cantidad de fármaco, administración por vía errónea o incorrecta identificación del paciente.
- Sobredosificación por ajuste inapropiado en el paciente geriátrico.

-HEPARINAS Y ANTICOAGULANTES ORALES:

- Sobredosificación en pacientes con INR elevado. Duplicidad terapéutica.
- Mal control de INR.
- Confusión con distintos tipos de heparinas.

-INSULINAS

- Confusión con insulinas.
- Existencia de viales multidosis.
- Confusión entre tipos y concentraciones de insulina, así como marca comercial.
- Confusión entre los diferentes modos de acción de la insulina (rápida, lenta, intermedia).
- Utilización incorrecta de dispositivos o plumas.
- Administración de insulina con la misma pluma para varios pacientes.

PRÁCTICAS SEGURAS

-Adquirir presentaciones debidamente etiquetadas, prestar atención al almacenamiento.

-Etiquetar correctamente indicando: paciente, fármaco, volumen, dosis y vía de administración.

-Prescribir por nombre comercial para evitar confusiones.

-Disminuir el número de presentaciones disponibles.

-Nombres comerciales parecidos o formas similares bien señalizadas, identificadas y separadas.

-Separar insulinas de heparinas.

-Establecer protocolos de dosificación y administración para administraciones intermitentes o perfusiones. estandarizar la administración.

-Estandarizar dosis y seguimiento con protocolos que contemplen edad, diversos perfiles patológicos y sobre todo INR.

-Educación para la salud implicando al paciente y cuidador en el tratamiento. Entregar al paciente esquemas de dosificación, asegurándonos de su entendimiento.

-Revisar siempre envase y caducidades.

CONCLUSIONES

- EL USO DE ESTE TIPO DE MEDICACIÓN ES MUY FRECUENTE EN ÁMBITO HOSPITALARIO, INSTITUCIONES SANITARIAS Y EN DOMICILIOS, Y PUEDE SER POTENCIALMENTE MUY LESIVO CUANDO EXISTEN CARENCIAS DE PRECAUCIONES Y CONOCIMIENTO.
- DEBEMOS CONOCER, SEÑALAR E IDENTIFICAR, Y ALMACENAR CORRECTAMENTE ESTE GRUPO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.
- EL USO DE UNA BUENA PRAXIS Y DE UNOS PROTOCOLOS ADECUADOS DE ADMINISTRACIÓN CONTRIBUYE A DISMINUIR EL RIESGO DE ERRORES DE MEDICACIÓN, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- EDUCAR AL PACIENTE Y A LOS CUIDADORES PRINCIPALES EN EL CORRECTO USO Y ADMINISTRACIÓN DE DICHS FÁRMACOS, ASÍ COMO DE LOS RIESGOS POTENCIALES DE SU MALA UTILIZACIÓN, MINIMIZA LA PROBABILIDAD DE ERRORES EN EL USO DE ESTOS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas Seguras Simples. Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales [monografía en internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. PRÁCTICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, Período 2015-2020 [monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- Villafarina Barroso A, Rodríguez Pérez B, Ortiz Rodríguez O. Seguridad del paciente con el uso del medicamento: evidencias y estrategia. 1ª ed. Laboratorio de las prácticas innovadoras en Polimedición y Salud; 2015.
- Otero López MJ. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. Rev. Esp. Salud Publica. 2004; 78(3): 323-339.

Resumen: El uso de este tipo de medicación es muy frecuente y puede ser potencialmente lesivo cuando existen carencias en forma de administración y almacenamiento.

El uso de buena praxis y de protocolos adecuados contribuye a disminuir el riesgo de errores garantizando la seguridad del paciente.

Educar al paciente y a los cuidadores principales en el correcto uso de este grupo de medicamentos, así como de los riesgos potenciales de su mala utilización, minimiza la probabilidad de errores.

Palabras Clave: Efectos de los fármacos (drug effects); Guía de Práctica Clínica (Practice Guideline).; Grupos de riesgo (Risk Groups).

Introducción

Los errores en la administración de medicación son una de las amenazas para la seguridad del paciente, además de una mala praxis dentro de las labores de enfermería.

Existe un grupo de medicación llamada de "alto riesgo", cuya atención debe ser prioritaria, ya que, en caso de no ser bien administrados pueden ser causantes de un daño grave, irreversible o incluso mortal para el paciente.

Objetivos

1. Identificar los errores descritos en el uso de heparinas, insulinas y anticoagulantes.
2. Disminuir la tasa de incidentes de seguridad de este grupo de medicamentos.
3. Conocer las prácticas seguras y protocolos para prevenir errores por parte del personal sanitario y llevar a cabo una buena formación en el cuidador principal y paciente.

Método

Para llevar a cabo este propósito, se diseñó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PUBMED, COCHRANE), y se seleccionaron cinco documentos de acceso libre y gratuito con publicación igual o posterior a 2004.

Medicamentos

Heparinas y otros antitrombóticos, insulinas y anticoagulantes orales.

Errores detectados

Generales

- Errores en etiquetado o rotulación, además de en almacenamiento.
- Errores en dilución, contaminación de viales.
- Programación incorrecta de bombas de infusión, y cálculo erróneo de dosis.

- Confusión de dosis o preinscripciones incorrectas.
- Falta de detección de interacciones medicamentosas.
- Errores de cantidad de fármaco, administración por vía errónea o incorrecta identificación del paciente.
- Sobre dosificación por ajuste inapropiado en el paciente geriátrico.

Heparinas y anticoagulantes orales

- Sobre dosificación en pacientes con INR elevado. Duplicidad terapéutica.
- Mal control de INR.
- Confusión con los distintos tipos de heparinas.

Insulinas

- Confusión con heparinas.
- Existencia de viales multidosis.
- Confusión entre tipos y concentraciones, modos de acción de la insulina.
- Utilización incorrecta de dispositivos o plumas.

Prácticas seguras

- Adquirir presentaciones debidamente etiquetadas, prestar atención al almacenamiento.
- Etiquetar correctamente indicando: paciente, fármaco, volumen, dosis y vía de administración.
- Prescribir por nombre comercial para evitar confusiones.
- Disminuir el número de presentaciones disponibles.
- Nombres comerciales parecidos o formas similares bien señalizadas, identificadas, y separadas.
- Separar insulinas de heparinas.
- Establecer protocolos de dosificación y administración para administraciones intermitentes o perfusiones, estandarizar la administración.
- Estandarizar dosis y seguimiento con protocolos que contemplen e4dad diversos perfiles patológicos y sobre todo INR.
- Educación para la salud implicando la paciente y al cuidador en el tratamiento. Entregar al paciente esquemas de dosificación, asegurándonos de su entendimiento.
- Revisar siempre envase y caducidades.

Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Prácticas Seguras Simples. Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales* [monografía en internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de

Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>.

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo* [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>.

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, Periodo 2015-2020* [monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.

4. Villafarina Barroso A, Rodríguez Pérez B, Ortiz Rodríguez O. *Seguridad del paciente con el uso del medicamento: Evidencias y estrategia*. 1ª ed. Laboratorio de las prácticas innovadoras en Polimedición y Salud; 2015.

5. Otero López MJ. *Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales*. Rev. Esp. Salud Publica. 2004; 78(3): 323-339.

Capítulo 150

Método 5p (reducación postural propioceptiva perineal)

Autores:

Montañez Saldaña, Laura

González Pérez, María

MÉTODO 5P (REDUCACIÓN POSTURAL PROPIOCEPTIVA PERINEAL)



DEFINICIÓN: Es una técnica diseñada por Chantal Fabre-Clergue (matrona y sexóloga) para el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico mediante la reeducación postural y del equilibrio del cuerpo. Además de la musculatura del suelo pélvico también se trata a la vez la musculatura abdominal y diafragmática.

OBJETIVOS:

- Ayudar en embarazadas a mejorar la postura y el equilibrio que se alteran durante el embarazo.
- Recuperación en el postparto del suelo pélvico, así como tratar las complicaciones como adherencias de la cicatriz, falta de elasticidad de la cicatriz, recuperar el tono de los músculos perineales, incontinencias urinarias etc.
- Fortalecer el suelo pélvico, la musculatura abdominal evitando patologías que relacionadas con su debilitamiento y normalizar el tono de la musculatura diafragmática.
- Ayudar a los pacientes que sufren problemas de estreñimiento, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapso pélvico, vaginismo, etc. a mejorando sus síntomas y aumentando su autoestima y calidad de vida, así como la prevención de dichas patologías.
- Tomar conciencia d de nuestro cuerpo, mejorando la propiocepción así como el equilibrio y la alineación corporal, mejorando la postura.
- Mejorar nuestra respiración diafragmática y costal.

METODOLOGIA:

Es un método que fomenta el estímulo de la cadena de enderezamiento y por ello la gestión de las presiones torácico-lumbares. Este ejercicio no tiene contraindicaciones, excepto aquellos pacientes que presenten algún problema de rodilla o tobillo, por la dificultad del ejercicio. El método está indicado tanto para hombres como para mujeres, incluso en el embarazo(a partir del 2º trimestre), y resulta un complemento para el resto de técnicas o tratamientos que se lleven a cabo en la rehabilitación del suelo pélvico. Con el método 5p podemos tratar: Incontinencia urinaria, Incontinencia fecal, hipotonías e hipertónicas perineales, prolapso pélvico, vaginismo, estreñimiento, síndrome miofascial pélvico etc.

Como complemento en personas que salen a correr, para preparar el entrenamiento, y después para evitar los pequeños problemas que pueda conllevar este deporte. No hay protocolos precisos en cuanto al tiempo de realización del ejercicio, aumentando los beneficios con una práctica habitual. El método consiste de tres ejercicios que se realizan encima de un tronco que sirve de base de apoyo dura e inestable. Los dos primeros ejercicios se realizarán durante un mínimo de 20 minutos para poder empezar a sentir algún cambio (Fase 2 y 4) y el último ejercicio (fase 5) que debe realizarse 5 minutos como máximo. Los ejercicios están diferenciados por varios niveles no pudiendo pasar al siguiente sin conciencia de cambios o modificaciones.

Materiales necesarios:



- El tronco sin barnizar .
- Una banda elástica.
- Puede ser necesario una alfombrilla para no escurrirnos.

FASES DEL MÉTODO:

1ª FASE

Nos colocamos de pie y cerrando los ojos hacemos una exploración de nuestro cuerpo, desde los pies hasta la cabeza siendo conscientes de como están colocadas cada una de las articulaciones de nuestro cuerpo, para conocer como es nuestra postura y nuestra respiración. Una vez que hemos realizado el autoexamen de nuestra postura y respiración tomamos nota mental de aquella cosas que detectemos en nuestra postura y en nuestra respiración que no son correctas.

2ª FASE

Colocamos el tronco por la parte curva hacia arriba y nos subimos al tronco, y mirando hacia el frente nos colocamos con los pies a la altura de los hombros con las rodillas semiflexionadas realizamos una retroversión de la pelvis, y hombros hacia atrás. Mantendremos el mayor tiempo posible la postura subidos al tronco(se ira aumentando progresivamente hasta 20 min)



3ª FASE

Nos bajamos del tronco y volvemos a realizar la fase 1 y observamos si hemos mejorado la postura respecto al principio del ejercicio en aquellas cosas que no eran correctas

4ª FASE

Nos subimos al tronco con la parte plana hacia arriba (posición surf) y mantendremos arriba del tronco la misma postura que en la fase 2,, cuando vayamos dominando el equilibrio en esta posición, empezaremos a hacer ciclos de 5 respiraciones diafragmáticas,(sin cerrar las costillas durante la espiración) descansando entre ellas, Si nos resultara difícil mantener el equilibrio podremos apoyarnos en una pared (se realizará de forma progresiva hasta los 20 min)



5ª FASE

Pondremos una cinta en la parte central del tronco atada con dos nudos, cogeremos uno de los extremo de la banda elástica con las dos manos y en la posición surf, mientras realizamos las respiraciones de la fase 4 ,durante la fase de espiración subiremos los brazos agarrando la banda hasta la altura de los hombros. Se puede realizar con dos bandas una para cada mano. Esta ultima fase no realizarla mas de 5 min y evitarla en embarazadas.



CONCLUSIONES: Con el Método 5P trabajamos los músculos abdominales y se reequilibran las tensiones musculares de todo el cuerpo, mejorando el diafragma y músculos de la esfera pélvica. Trabajamos el equilibrio general mejorando el eje central del cuerpo mejorando así la postura.

Resumen: Es una técnica diseñada por Chantal Fabre-Clergue (matrona y sexóloga) para el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico mediante la reeducación postural y del equilibrio del cuerpo. Se trata a la vez la musculatura del suelo pélvico, la musculatura abdominal y diafragmática.

Está indicado en hombres, mujeres e incluso en el embarazo (a partir del 2º trimestre), y como complemento para el resto de tratamientos que se lleven a cabo en la rehabilitación del suelo pélvico.

El método consiste de tres ejercicios que se realizan encima de un tronco que sirve de base de apoyo dura e inestable

Palabras Clave: Embarazo; Incontinencia urinaria; Ejercicio.

Objetivos

- Ayudar en embarazadas a mejorar la postura y el equilibrio que se alteran durante el embarazo.
- Recuperación en el postparto del suelo pélvico, así como tratar las complicaciones como adherencias de la cicatriz, falta de elasticidad de la cicatriz, recuperar el tono de los músculos perineales, incontinencias urinarias etc.
- Fortalecer el suelo pélvico, la musculatura abdominal evitando patologías que relacionadas con su debilitamiento y normalizar el tono de la musculatura diafragmática.
- Ayudar a los pacientes que sufren problemas de estreñimiento, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapsos pélvicos, vaginismos, etc. ha mejorar sus síntomas y aumentar su autoestima y calidad de vida, así como la prevención de dichas patologías.
- Tomar conciencia de nuestro cuerpo, mejorando la propiocepción así como el equilibrio y la alineación corporal, mejorando la postura.
- Mejorar nuestra respiración diafragmática y costal.

Metodología

Es un método que fomenta el estímulo de la cadena de enderezamiento y por ello la gestión de las presiones torácico-lumbares. Este ejercicio no tiene contraindicaciones, excepto aquellos pacientes que presenten algún problema de rodilla o tobillo, por la dificultad del ejercicio, El método está indicado tanto para hombres como para mujeres, incluso en el embarazo(a partir del 2º trimestre), y resulta un complemento para el resto de técnicas o tratamientos que se lleven a cabo en la rehabilitación del suelo pélvico. Con el método 5p podemos tratar: Incontinencia urinaria, Incontinencia fecal, hipotonías e hipertónicas perineales, prolapsos pélvicos, vaginismo, estreñimiento, síndrome miofascial pélvico etc.

Como complemento en personas que salen a correr, para preparar el entrenamiento, y después para evitar los pequeños problemas que pueda conllevar este deporte.

No hay protocolos precisos en cuanto al tiempo de realización del ejercicio, aumentando los beneficios, con una práctica habitual.

El método consiste de tres ejercicios que se realizan encima de un tronco que sirve de base de apoyo dura e inestable.

Los dos primeros ejercicios se realizarán durante un mínimo de 20 minutos para poder empezar a sentir algún cambio (Fase 2 y 4)

Y el último ejercicio (fase 5) que debe realizarse 5 minutos como máximo. Los ejercicios están diferenciados por varios niveles no pudiendo pasar al siguiente sin conciencia de cambios o modificaciones.

Materiales necesarios:

- El tronco sin barnizar.
- Una banda elástica.
- Puede ser necesario una alfombra para no escurrirnos.

Fases del método:

1ª Fase: Nos colocamos de pie y cerrando los ojos hacemos una exploración de nuestro cuerpo, desde los pies hasta la cabeza siendo conscientes de cómo están colocadas cada una de las articulaciones de nuestro cuerpo, para conocer como es nuestra postura y nuestra respiración. Una vez que hemos realizado el autoexamen de nuestra postura y respiración tomamos nota mental de aquellas cosas que detectemos en nuestra postura y en nuestra respiración que no son correctas.

2ª Fase: Colocamos el tronco por la parte curva hacia arriba y nos subimos al tronco, y mirando hacia el frente nos colocamos con los pies a la altura de los hombros con las rodillas semiflexionadas realizamos una retroversión de la pelvis, y hombros hacia atrás.

Mantendremos el mayor tiempo posible la postura subidos al tronco (se irá aumentando progresivamente hasta 20 min).

3ª Fase: Nos bajamos del tronco y volvemos a realizar la fase 1 y observamos si hemos mejorado la postura respecto al principio del ejercicio en aquellas cosas que no eran correctas.

4ª Fase: Nos subimos al tronco con la parte plana hacia arriba (posición surf) y mantendremos arriba del tronco la misma postura que en la fase 2, cuando vayamos dominando el equilibrio en esta posición, empezaremos a hacer ciclos de 5 respiraciones diafragmáticas, (sin cerrar las costillas durante la espiración) descansando entre ellas, Si nos resultara difícil mantener el equilibrio podremos apoyarnos en una pared (se realizará de forma progresiva hasta los 20 min).

5ª Fase: Pondremos una cinta en la parte central del tronco atada con dos nudos, cogeremos uno de los extremo de la banda elástica con las dos manos y en la posición surf, mientras realizamos las respiraciones de la fase 4, durante la fase de espiración subiremos los brazos agarrando la banda hasta la altura de los hombros. Se puede realizar con dos bandas una para cada mano. Esta última fase no realizarla más de 5 min y evitarla en embarazadas.

Conclusiones

Con el Método 5P trabajamos los músculos abdominales y se reequilibran las tensiones musculares de todo el cuerpo, mejorando el diafragma y músculos de la esfera pélvica. Trabajamos el equilibrio general mejorando el eje central del cuerpo mejorando así la postura.

Bibliografía

1. Laura Rojas, *Fisioterapeuta especializada en suelo pélvico*. In Ejercicios de core En suelo firme [internet] [18 de agosto de 2015; citado en Abril de 2018]. Disponible en: <https://www.ensuelofirme.com/el-metodo-5p-en-la-reeducacion-del-suelo-pelvico/>.
2. Fabre-Clergue, *Anatomía simplificada del periné femenino*. 1ª edición: Autor-Editor; Enero 2015.
3. Institutosuelopélvico [internet] [2017; citado en Abril 2018]. Disponible en: <http://www.institutosuelopelvico.es/isp-tecnicas-especializadas/>.
4. Fisiovicetto.com [internet]. [Citado en Abril 2018] Disponible en: <http://www.fisiovicetto.com/metodo5p/>.

Capítulo 151

Métodos no farmacológicos en el alivio del dolor durante el parto

Autores:

Manzano Silva, Beatriz

Ladero Torrijos, María José

Clemente Nieto, Encarnación

Métodos no farmacológicos en el alivio del dolor durante el parto

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es un reto fisiológico y psicológico para la mujer, que cuando se inicia, suele ir acompañado de emociones contradictorias como temor y ansiedad, excitación y alegría. La tensión y el miedo pueden contribuir a aumentar la sensación dolorosa, dificultando la evolución del parto y distorsionando la vivencia del nacimiento. Es necesario individualizar el tratamiento efectivo y satisfactorio del dolor para cada mujer. A muchas mujeres les gustaría evitar los métodos farmacológicos o invasivos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, lo que puede contribuir a la popularidad de los métodos complementarios para el manejo del dolor.

METODOLOGIA

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Epistemonikos. Se incluyeron revisiones sistemáticas y metanálisis que abordaran los efectos de las terapias complementarias y alternativas para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. El estudio del alivio del dolor en el parto con métodos no farmacológicos fue el principal criterio de inclusión. Se limitó la búsqueda a los últimos 10 años. No hubo limitación en cuanto al idioma de búsqueda. La estrategia de búsqueda se realizó con las palabras clave: Obstetrics labour AND pain AND complementary medicine OR alternative medicine.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 18 revisiones sistemáticas que se ajustaban a los criterios de inclusión. Los fundamentos de las técnicas no farmacológicas pueden verse en la tabla 1. Y el resumen de la evidencia puede verse en la tabla 2.

Tabla 1

Inmersión en Agua

La utilización de agua caliente durante la dilatación induce a la mujer relajación, reduce la ansiedad, estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina, acorta la dilatación y aumenta la satisfacción y la sensación de control.

Inyecciones de Agua Estéril

Esta forma de analgesia consiste en la administración intradérmica o subcutánea de agua estéril (0,1-0,5 ml), estas inyecciones deben realizarse a ambos lados de la base de la columna vertebral, dentro del área conocida como rombo de Michaelis. Se entiende que esta administración bloquea la transmisión de los estímulos dolorosos causados por el parto, y por tanto puede disminuir en cierto modo el dolor de parto.

Acupuntura

La acupuntura es una técnica de medicina tradicional china que trata de la inserción y la manipulación de agujas en el cuerpo con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente. Los puntos de acupuntura utilizados para reducir el dolor durante el parto se encuentran localizados en manos, pies y orejas.

Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS)

La TENS es una técnica fisioterapéutica que trata de controlar el dolor mediante la teoría de la barrera. Basándose en que los impulsos emitidos por el aparato consiguen bloquear los estímulos dolorosos.

Hipnosis

La hipnosis parece ser un estado de la atención concentrada limitada, reducción de la percepción de los estímulos externos y una mayor respuesta a las sugerencias. Las mujeres pueden aprender a autohipnotizarse, lo que puede ser utilizado durante el trabajo de parto para reducir el dolor de las contracciones.

La Aromaterapia

La aromaterapia es el uso de aceites esenciales, se basa en los poderes curativos de las plantas. Los estudios que han investigado los efectos psicológicos y fisiológicos de los aceites esenciales no mostraron efectos sobre parámetros fisiológicos, como la presión arterial o la frecuencia cardíaca, pero mostraron mejoría psicológica del estado de ánimo y de los niveles de ansiedad.

La Homeopatía

El principio del tratamiento es que la substancia homeopática estimulará el cuerpo y las funciones curativas, con lo que se alcanzará un estado de equilibrio con alivio de los síntomas. Se propone que la homeopatía estimula determinados procesos fisiológicos de la mujer, que al funcionar bien le permiten hacer frente al trabajo de parto y aliviarla y relajarla emocionalmente, lo que puede reducir su dolor.

Distracción

Se define como centrar la atención del paciente en estímulos diferentes a la sensación dolorosa. Como beneficios se encuentran que aumenta la tolerancia del paciente al dolor y la calidad de la sensación se hace más aceptable. Aumenta su autocontrol sobre el dolor y disminuye su intensidad.

Musicoterapia

La musicoterapia tiene efectos positivos durante el proceso de parto, principalmente en lo que respecta al dolor, condicionado muchas veces por diferentes emociones como miedo, estrés o ansiedad.

Posición, movimientos rítmicos y danzaterapia:

Implica el conocimiento del cuerpo y sus necesidades de ejercicio y reposo. Una persona acostumbrada a la autoescucha personal, por ejemplo una practicante de yoga, detecta rápidamente cuando su posición es causa de dolor y cómo utilizar o contrarrestar posturas para aliviar el dolor.

CONCLUSIONES

Actualmente, no existe suficiente evidencia sobre la satisfacción con el alivio del dolor o el sentido del afrontamiento del trabajo de parto y el uso de terapias complementarias. No hay suficientes pruebas acerca de los beneficios de la música, el masaje, la relajación, los sonidos uniformes, la acupresión, la aromaterapia, la hipnosis, ni pruebas acerca de la efectividad del masaje u otros tratamientos complementarios. Pocos tratamientos complementarios han sido sometidos a estudios científicos adecuados.

OBJETIVOS

Examinar los efectos de las terapias complementarias y alternativas para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto, recogiendo sus fundamentos, características y evidencia científica actual respecto a su uso.

Seleccionados 80 trabajos



62 excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión o estar duplicados



18 artículos seleccionados

Tabla 2

Título	Autores, año	CONCLUSIONES
Acupuncture or acupressure for induction of labour	Smith CA et al, 2017	No hubo un beneficio claro de la acupuntura y la acupresión
Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence	Levett KM et al, 2014	No hubo un beneficio claro de la acupuntura y la acupresión
Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: a literature review.	Hall HG, et al, 2012	Se necesitan estudios de investigación adicionales antes de hacer recomendaciones para la práctica clínica
Aromatherapy for pain management in labour	Smith CA et al, 2011	Existe una falta de estudios que evalúen la función de la aromaterapia para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto
Complementary and alternative therapies for pain management in labour.	Smith CA, et al, 2006	La acupuntura y la hipnosis pueden ser beneficiosas para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto
Homeopathy for induction of labour	Smith CA et al, 2003	No hay pruebas suficientes para recomendar el uso de la homeopatía como método de inducción
Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour	Smith CA et al, 2012	El masaje puede tener un papel en la reducción del dolor y la mejora de la experiencia emocional del trabajo de las mujeres. Sin embargo, hay una necesidad de más investigación
Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—the Brazilian nurse midwives' view	Vargens OM, et al, 2013	El estudio presenta pautas para mejorar los fundamentos teóricos y las estrategias para establecer prácticas acordes con la atención humanizada.
Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour	Khianman B, et al, 2012	Hay algunas pruebas de que la relajación durante el embarazo reduce el estrés y la ansiedad.
Relaxation techniques for pain management in labour	Smith CA, et al, 2011	La relajación y el yoga pueden tener una función en el alivio del dolor, aumentar la satisfacción con el alivio del dolor y reducir la tasa de parto vaginal asistido. No hubo pruebas suficientes para la función de la analgesia musical ni la audioanalgesia
Systematic review of yoga for pregnant women: current status and future directions	Curtis K et al, 2012	El presente artículo sugiere que un programa de yoga prenatal produce beneficios durante el embarazo y durante todo el trabajo de parto y en los resultados del parto.
Hypnosis for induction of labour	Nishi D et al, 2014	No hubo pruebas disponibles de ECA para evaluar el efecto de la hipnosis para la inducción del trabajo de parto
Hypnosis for pain management during labour and childbirth	Madden K et al, 2016	La hipnosis puede reducir el uso general de analgesia durante el trabajo de parto, pero no el uso epidural. No se encontraron diferencias claras entre las mujeres en el grupo de hipnosis y las de los grupos de control por su satisfacción con el alivio del dolor
Intradermal sterile water injections for the relief of low back pain in labour -- a systematic review of the literature.	Fogarty V, 2008	Las inyecciones intradérmicas de agua estéril poseen beneficios analgésicos para las mujeres que experimentan dolor lumbar en el parto.
Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour	Derry S et al, 2012	Se encontró poca evidencia sólida de que el agua estéril sea eficaz para el dolor lumbar o cualquier otro dolor en el trabajo de parto.
Sterile water injection for labour pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	Hutton EK et al 2009	Se deben realizar ECA de gran tamaño para validar hallazgos con respecto al impacto de las inyecciones de agua estéril en la disminución del dolor en el parto.
The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour: a review of the evidence.	Bedwell C et al, 2011	Hay pruebas limitadas de que la TENS reduce el dolor en el trabajo de parto y no parece tener ningún impacto en otros resultados para las madres o los bebés.
Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour	Dowswell T et al, 2009	pruebas limitadas de que la TENS reduce el dolor durante el parto

Resumen: El trabajo de parto es un reto fisiológico y psicológico para la mujer, que cuando se inicia, suele ir acompañado de emociones contradictorias como temor y ansiedad, excitación y alegría. La tensión y el miedo pueden contribuir a aumentar la sensación dolorosa, dificultando la evolución del parto y distorsionando la vivencia del nacimiento.

A muchas mujeres les gustaría evitar los métodos farmacológicos o invasivos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, lo que puede contribuir a la popularidad de los métodos complementarios para el manejo del dolor.

Palabras Clave: Terapias alternativas dolor en el parto; Trabajo de parto; Técnicas no farmacológicas.

Introducción

Con esta revisión bibliográfica pretendemos mostrar al profesional de enfermería diferentes métodos alternativos para el alivio del dolor de parto recogiendo sus fundamentos, características y evidencia científica actual respecto a su uso.

Objetivos

- Examinar los efectos de las terapias complementarias y alternativas para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.
- Describir conocimientos y prácticas en el manejo del dolor en el parto.
- Fomentar en los profesionales de enfermería una visión integral de la mujer gestante en donde se vincule el conocimiento científico y la enfermería transcultural.
- Reflexión sobre el papel enfermero ante el manejo del dolor en el proceso de parto y postparto.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos PubMed, Cochrane, Google Académico, SCIELO.

Resultado

Inmersión en Agua

La utilización de agua caliente durante la dilatación induce a la mujer relajación, reduce la ansiedad, estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina, acorta la dilatación y aumenta la satisfacción y la sensación de control.

Inyecciones de Agua Estéril

Esta forma de analgesia consiste en la administración intradérmica o subcutánea de agua estéril (0,1-0,5 ml), estas inyecciones deben realizarse a ambos lados de la base de la columna vertebral, dentro del área conocida como rombo de Michaelis. Se entiende que esta administración bloquea la transmisión de los estímulos dolorosos causados por el parto, y por tanto puede disminuir en cierto modo el dolor de parto.

Acupuntura

La acupuntura es una técnica de medicina tradicional china que trata de la inserción y la manipulación de agujas en el cuerpo con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente.

Los puntos de acupuntura utilizados para reducir el dolor durante el parto se encuentran localizados en manos, pies y orejas.

Hipnosis

La hipnosis parece ser un estado de la atención concentrada limitada, reducción de la percepción de los estímulos externos y una mayor respuesta a las sugerencias.

Las mujeres pueden aprender a autohipnotizarse, lo que puede ser utilizado durante el trabajo de parto para reducir el dolor de las contracciones.

Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS)

La TENS es una técnica fisioterápica que trata de controlar el dolor mediante la teoría de la barrera.

Basándose en que los impulsos emitidos por el aparato consiguen bloquear los estímulos dolorosos.

La Aromaterapia

El uso de aceites esenciales, basado en los poderes curativos de las plantas. Los estudios que han investigado los efectos psicológicos y fisiológicos de los aceites esenciales no mostraron efectos sobre parámetros fisiológicos, como la presión arterial o la frecuencia cardíaca, pero mostraron mejoría psicológica del estado de ánimo y de los niveles de ansiedad.

La Homeopatía

El principio del tratamiento es que la sustancia homeopática estimulará el cuerpo y las funciones curativas, con lo que se alcanzará un estado de equilibrio con alivio de los síntomas. Los remedios utilizados durante el trabajo de parto se administran de acuerdo con los tipos de dolor que se experimenten y el estado emocional de la mujer. Se propone que la homeopatía estimula determinados procesos fisiológicos de la mujer, que al funcionar bien le permiten hacer frente al trabajo de parto y aliviarla y relajarla emocionalmente, lo que puede reducir su dolor.

Distracción

Se define como centrar la atención del paciente en estímulos diferentes a la sensación dolorosa. Como beneficios se encuentran que aumenta la tolerancia del paciente al dolor y la calidad de la sensación se hace más aceptable. Aumenta su autocontrol sobre el dolor y disminuye su intensidad.

Musicoterapia

Tiene efectos positivos durante el proceso de parto, principalmente en lo que respecta al dolor, condicionado muchas veces por diferentes emociones como miedo, estrés o ansiedad.

Posición, movimientos rítmicos y danzaterapia

Implica el conocimiento del cuerpo y sus necesidades de ejercicio y reposo. Una persona acostumbrada a la autoescucha personal, por ejemplo una practicante de yoga, detecta rápidamente cuando su posición es causa de dolor y cómo utilizar o contrarrestar posturas para aliviar el dolor.

Ventajas de los cuidados no farmacológicos:

- Aumenta el umbral del dolor y la tolerancia (permite reducir dosis de analgésicos o no usar).
- Mejora la relación enfermero-paciente.
- Alivia al paciente y relaja al enfermero.
- Fomenta la participación del paciente e independencia en los autocuidados.
- Disminuye la automedicación.
- Es fácil de enseñar.
- Es una actividad independiente de enfermería.
- Fomenta estilos de vida saludables.
- Es ecológico.

Conclusiones

El dolor de parto es un dolor agudo, de inicio y final bien definido y de una gran variabilidad individual. Este hecho explica el que para algunas mujeres sea posible aguantar el dolor de parto apoyándose únicamente en sus recursos mientras que otras prefieran, necesiten o demanden la administración de analgésicos u otras formas de moderación del dolor. En este caso, el profesional tiene la obligación de saber responder a esta demanda, incluyendo cualquier tipo de terapia o tratamiento farmacológico o alternativo.

Tras esta revisión hemos encontrado poca evidencia científica sobre algunas de estas terapias. Valoramos la necesidad de investigar en este campo del dolor del parto, en especial respecto a las terapias alternativas, ya que sería muy interesante que se pudieran incorporar a las carteras de servicios de nuestros sistemas sanitarios si se demuestra su efectividad.

Bibliografía

1. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. *Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
2. Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. *Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
3. Maceiras Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. *La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Avalia-t 2007;/03.

Capítulo 152

Micropigmentación areola-pezón tras mastectomía

Autores:

Hervás de los Galanes, Cristina

Díaz Patiño, José Javier

Fraile Pérez, María Mercedes

Ruiz Lumbreras, Francisca

MICROPIGMENTACION AREOLA – PEZON TRAS MASTECTOMIA

DEFINICION

La micropigmentación de areola – pezón consiste en un tatuaje que a diferencia de los habituales se hace en la piel a menor profundidad y usando una pomada anestésica. En él se emplean tonos marrones y rojizos que imitan el color de las areolas y buscan resultado armónico con la piel de la paciente. Antes de culminar con la micropigmentación la paciente debe pasar por varias fases:

- ✘ Primera Fase: En el caso de la reconstrucción con expansor y prótesis, se le coloca a la paciente un expansor, que transcurridos unos 3 meses se sustituyen por una prótesis mamaria en una segunda intervención realizándose además una simetrización de las mamas mediante un procedimiento de elevación, reducción o aumento.
- ✘ Segunda Fase: No se reconstruye aun el pezón es conveniente dejar pasar un tiempo para que las mamas caigan de forma natural y establezcan el resultado
- ✘ Tercera Fase: Es la tercera intervención en torno a los 6 meses desde la primera intervención cuando el cirujano reconstruye el pezón, utilizando tejido de la propia mama con anestésico local. Desde ese momento deben transcurrir otros 3 meses para poder proceder a la micro pigmentación de la zona

OBJETIVO

- ✘ Recuperar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida de las mujeres que se les ha reconstruido la mama tras un proceso oncológico
- ✘ Mejorar la autoestima, confianza y relación con el entorno
- ✘ Lograr un pezón y areola similares en tamaño, color, textura y posición
- ✘ Culminar un largo camino en la reconstrucción mamaria, mejorando su imagen corporal



MATERIAL

- ✘ Anestésico Tópico (lidocaína/prilocaina)
- ✘ Plantilla similar a la areola contralateral
- ✘ Dermografo
- ✘ Pigmentos de varias tonalidades
- ✘ Agujas circulares
- ✘ Suero fisiológico y gasas para limpieza de la zona.

Actualmente existen unidades gestionadas cien por cien por enfermer@s, en las cuales se realiza esta técnica. Se realizará a los 3 meses tras la reconstrucción mamaria



RESULTADO

- ✘ De unos 25.000 mil casos nuevos diagnosticados cada año de cáncer de mama, se estima que al 30 – 40 % de estas pacientes se les practica la micro pigmentación.
- ✘ Es una técnica sencilla, indolora, en todos los casos sin efectos secundarios ni complicaciones, con resultados estéticos satisfactorios inmediatos y cuyo tiempo medio empleado en la técnica es de unos 65 minutos
- ✘ Pasado un año desde la micro pigmentación, es frecuente volver a citar a la paciente por posible aclaramiento del dibujo y la necesidad de retoque



CONCLUSION

En la mayoría de los casos que se usa esta técnica se logra la recuperación total de la imagen corporal de la paciente tanto a nivel físico como psíquico, sintiendo el proceso como finalizado.

Resumen: Técnica que se utiliza para la reconstrucción areola - pezón, en pacientes que han sufrido una mastectomía y que tras varias fases se le ha reconstruido la mama con una prótesis. Su principal objetivo es recuperar la imagen corporal de la paciente y con ello la mejora de la autoestima, confianza y relación con el entorno.

Palabras Clave: mama; micropigmentación; areola.

Introducción

La micropigmentación de areola-pezón consiste en un tatuaje que a diferencia de los habituales se hace en la piel a menor profundidad y usando una pomada anestésica. En él se emplean tonos marrones y rojizos que imitan el color de las areolas y buscan resultado armónico con la piel de la paciente. Antes de culminar con la micropigmentación la paciente debe pasar por varias fases:

- **Primera Fase:** En el caso de la reconstrucción con expansor y prótesis, se le coloca a la paciente un expansor, que transcurridos unos 3 meses se sustituyen por una prótesis mamaria en una segunda intervención realizándose además una simetrización de las mamas mediante un procedimiento de elevación, reducción o aumento.
- **Segunda Fase:** No se reconstruye aun el pezón es conveniente dejar pasar un tiempo para que las mamas caigan de forma natural y estabilicen el resultado.
- **Tercera Fase:** Es la tercera intervención en torno a los 6 meses desde la primera intervención cuando el cirujano reconstruye el pezón, utilizando tejido de la propia mama con anestésico local. Desde ese momento deben transcurrir otros 3 meses para poder proceder a la micropigmentación de la zona.

Objetivo

- Recuperar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida de las mujeres que se les ha reconstruido la mama tras un proceso oncológico.
- Mejorar la autoestima, confianza y relación con el entorno.
- Lograr un pezón y areola similares en tamaño, color, textura y posición.
- Culminar un largo camino en la reconstrucción mamaria, mejorando su imagen corporal.

Material

- Anestésico Tópico (lidocaína/prilocaina).
- Plantilla similar a la areola contralateral.
- Dermógrafo.
- Pigmentos de varias tonalidades.
- Agujas circulares.
- Suero fisiológico y gasas para limpieza de la zona.

Actualmente existen unidades gestionadas cien por cien por enfermeros, en las cuales se realiza esta técnica. Se realizará a los 3 meses tras la reconstrucción mamaria.

Resultado

- De unos 25.000 mil casos nuevos diagnosticados cada año de cáncer de mama, se estima que al 30 - 40 % de estas pacientes se les practica la micro pigmentación.
- Es una técnica sencilla, indolora, en todos los casos sin efectos secundarios ni complicaciones, con resultados estéticos satisfactorios inmediatos y cuyo tiempo medio empleado en la técnica es de unos 65 minutos.
- Pasado un año desde la micro pigmentación, es frecuente volver a citar a la paciente por posible aclaramiento del dibujo y la necesidad de retoque.

Conclusion

En la mayoría de los casos que se usa esta técnica se logra la recuperación total de la imagen corporal de la paciente tanto a nivel físico como psíquico, sintiendo el proceso como finalizado.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. *Micropigmentación de areola y pezón, el punto final a la reconstrucción mamaria*. 17 de Febrero 2017. <https://secpre.org/blog/item/micropigmentaci%C3%B3n-de-areola-y-pez%C3%B3n-el-punto-final-a-la-reconstrucci%C3%B3n-mamaria>.
2. Fundación Dialnet. *Micropigmentación. Pinceladas de autoestima tras el cáncer de mama*. María Antonia López García, María Dolores Hernández Sánchez, Lourdes Chantar Ruiz, Carmen Muñoz García. Localización: *Inquietudes: Revista de enfermería*, ISSN-e 1135-2086, Año 20, Nº. 49, 2015, págs. 44-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5408068>.
3. Sobotta. *Atlas de Anatomía*. Ed. Médica Panamericana. Ed. 20ª. 1993.

Capítulo 153

Monitorización continua de glucosa

Autora:

Gómez Martín, Patricia

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES?

- La monitorización continua de glucosa (MCG) es un sistema de vigilancia intensiva de la glucemia que permite dibujar la curva completa de la glucemia de una persona durante las 24h del día.

¿EN QUÉ CONSISTE?

- Consiste en un dispositivo que se inserta y usa debajo de la piel durante un número específico de días que puede leer y registrar lecturas de glucosa cada pocos minutos.
- Mide la glucosa en el líquido intersticial.
- Realiza alrededor de 290 mediciones de glucosa al día.

OBJETIVO

- Conocer en qué consiste la MCG.
- Identificar todos los sistemas de MCG que existen en el mercado en la actualidad.

PARTES

SENSOR

- Pieza desechable con un pequeño alambre que se inserta bajo la piel.



RECEPTOR

- Dispositivo que muestra las lecturas de glucosa.



TRANSMISOR

- Pieza reutilizable que captura las lecturas del sensor y las envía a otro dispositivo para poder verlas.



MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión de todos los manuales de MCG que están comercializados.
- Recopilación de la información aportada por profesionales dedicados al análisis e interpretación de los datos de los dispositivos descargados en sus respectivas plataformas digitales
- Recogida de las distintas opiniones de los usuarios de estos sistemas en sus blogs, publicaciones, etc...

RESULTADO DE LOS ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS QUE EXISTEN EN EL MERCADO

DEXCOM G4 Y G5 (NOVALAB)

- El dexcom G5 presenta un transmisor que envía datos directamente a un smartwatch o un teléfono móvil... también a un receptor.
- Oficialmente, los sensores Dexcom G5 duran 7 días, pero se pueden "alargar" hasta los 12-15 días.
- Posee una gran integración con otros dispositivos: Animas Vibe, apple...
- Su MARD (ajuste sobre medición glucosa en sangre) ronda el 10% y muy estable hasta los 12-15 días.

FREESTYLE (Abbott)

- Es el más barato del mercado, permitiendo obtener valores de glucosa durante 14 días sin necesidad de Calibraciones.
- No es un medidor continuo como tal (es un MFG: monitorización flash de glucosa), ya que hay que acercar el lector al sensor para lograr una medición, por lo que proporciona lectura a demanda. (últimas 8 h)
- No tiene alarmas ni modifica la infusión de insulina.
- Aunque si cuenta con flechas de tendencia, que ayudan mucho a la gestión en tiempo real.

ENLITE y GUARDIAN CONNECT (Medtronic)

- **ENLITE:** asociado a la bomba de insulina (640g), permitiendo suspender la infusión de forma predictiva y autónoma. Sus sensores duran 6 días. Asociado a la Bomba 670g permite la infusión de insulina en hiperglucemia previamente señalada.
- **GUARDIAN CONNECT:** es igual al sistema ENLITE sin estar asociado a la bomba de insulina.

EVERSENSE (Roche)

- A destacar, además de su sistema de inserción, su duración (90 días) y un excelente MARD cercano al 11% de manera estable.
- El transmisor se puede conectar y desconectar a demanda.
- En 2018, se pondrá en funcionamiento una nueva versión que amplíe la duración del sensor hasta los 180 días.

CONCLUSIONES

- 1.- La MCG es la principal herramienta del usuario para controlar la diabetes (aunque no sustituye las mediciones capilares).
- 2.- Los estudios hablan de éxito en la reducción de la HbA1c y el número de hipoglucemias, también se asocia a una mayor satisfacción global y mejora de algunos parámetros relacionados con la calidad de vida.
- 3.- A la hora de elegir un sistema MCG hay que tener en cuenta la duración del transmisor en relación a su coste; así como factores psicosociales y educación diabetológica del paciente.
- 4.- La valoración detallada de los resultados de monitorización, por parte del paciente conjuntamente con el equipo sanitario, permitirán un ajuste óptimo del tratamiento y facilitarán conseguir el objetivo de control metabólico.

Resumen: La monitorización continua de glucosa (MCG) es un sistema utilizado para el control de la GLUCOSA como parte del tratamiento de la DIABETES INSÍPIDA que permite conocer la glucemia de una persona durante todo el día.

Los principales sistemas que existen en el mercado son analizados, exponiendo sus características principales así como sus ventajas y desventajas; siendo destacable un MCG nuevo y diferentes a los otros tres, ya que la forma de inserción consiste en la implantación del mismo mediante un Procedimiento Quirúrgico Ambulatorio, siendo una gran novedad en este campo.

Palabras Clave: Glucosa; Diabetes Insípida.; Procedimiento Quirúrgico Ambulatorio..

¿Qué es la monitorización continua de glucosa (MCG)?

La MCG es un sistema de vigilancia intensiva de la glucemia que permite dibujar la curva completa de la glucemia de una persona durante las 24 h del día.

Consiste en un dispositivo que se inserta y usa debajo de la piel durante un número específico de días que puede leer y registrar lecturas de glucosa cada pocos minutos.

Los 4 dispositivos comercializados, a día de hoy, miden la glucosa en el líquido intersticial.

Hay diferencias entre la glucosa del líquido intersticial y la glucosa en sangre. Se suele decir que hay un retardo de unos 5-10 minutos, ya sea al alza o a la baja.

Hay 3 partes básicas del MCG: Sensor, transmisor y receptor.

- 1. Sensor:** Pieza desechable, generalmente un alambre muy pequeño que se inserta bajo la piel. El sensor lee la glucosa en el líquido debajo de la piel y da una lectura.
- 2. Transmisor:** Pieza reutilizable que captura las lecturas del sensor y las envía a otro dispositivo para que el usuario pueda verlas. Suele funcionar a través de radiofrecuencia o está habilitado para Bluetooth.
- 3. Receptor:** Dispositivo que se comunica con el transmisor para mostrar las lecturas de glucosa del sensor.

Sistemas de MCG que existen en el mercado

Actualmente existen 3 MCG que tienen sistemas de inserción del sensor que pueden manejar los pacientes de forma autónoma, estos son: el MCG de dexcom (g4 y g5), el freestyle de Abbott y el MCG de Mectronic (640g, 670g y guardian connect).

Existe un cuarto dispositivo (eversense) de Roche que requiere un procedimiento de cirugía menor ambulatoria para ser insertado.

- **Dexcom G5**

El dexcom G5 presenta un transmisor que envía datos directamente a un smartwatch o un teléfono móvil también a un receptor.

Posee una gran integración con otros dispositivos: Animas Vibe, apple

Su MARD (ajuste sobre medición glucosa en sangre) ronda el 10% y muy estable hasta los 12-15 días.

- **Freestyle (Abbott)**

Este sistema de medición es el más barato del mercado, permitiendo obtener valores de glucosa durante 14 días sin necesidad de Calibraciones.

No es un medidor continuo como tal (es un MFG:monitorización flash de glucosa),ya que hay que acercar el lector al sensor para lograr una medición, por lo que proporciona lectura a demanda y del trazado de las últimas 8 horas de glucosa, siempre que la persona acerque el receptor al sensor.

No tiene alarmas ni modifica la infusión de insulina.

Pero genera una gran cantidad de datos, que de manera retrospectiva, pueden analizar muy bien, la respuesta glucémica del paciente y de manera muy similar al resto de sistemas.

Aunque si que cuenta con flechas de tendencia, que ayudan mucho a la gestión en tiempo real.

- **Medtronic**

Tiene 2 sistemas: 640g Y 670g.

640 g: Sus sensores duran 6 días, se encuentra asociado a la bomba de insulina , permitiendo suspender la infusión de forma predictiva y autónoma, antes de llegar a una cifra marcada previamente.

670 g: además de la función de la 640g añade la infusión automática de una dosis de insulina para evitar una hiperglucemia previamente señalada.

Existe un tercer dispositivo, el Guardian connect que es un MCG para pacientes que no usan bomba de insulina.

- **Sistema Eversense (Roche)**

En este sistema lo que cabe destacar, además de su sistema de inserción es su duración (90 días) y un excelente MARD cercano al 11% de manera estable.

El transmisor se puede conectar y desconectar a demanda.

A lo largo del año 2018, se pondrá en funcionamiento una nueva versión que amplíe la duración del sensor hasta los 180 días.

Ventajas e inconvenientes de los MCG

Ventajas

- Ofrecen información que se puede usar en “tiempo real”,con lo que puede permitirnos tomar medidas preventivas antes de que los niveles de glucosa nos creen problemas
- A corto plazo, pudiendo ayudar a decidir cuando y qué desencadenó un episodio de hipes o hipoglucemia.
- A largo plazo, se puede analizar los patrones clínicos o repetitivos, ya que todos los sistemas de MCG disponen de herramientas de descarga y análisis de datos que facilitan un análisis amplio de los patrones de glucemia.

- La FDA (Agencia del Gobierno de los Estados Unidos Responsable de la Regulación de Alimentos, Medicamentos) aprobó el uso de dexcom g5 y freestyle para permitir el reemplazo de la prueba de glucosa capilar para las decisiones de tratamiento de la diabetes.

Inconvenientes

- Su coste: En España la financiación pública es muy escasa.
- El “tiempo de retraso” porque la lectura de glucosa intersticial no corresponde con la capilar en ese momento, siendo el desfase de entre 5 a 10 minutos dependiendo del MCG y de otros factores como el calor, ejercicio físico etc .
- Las situaciones de menor correlación son: primeras 24 horas de uso, hipo e hiperglucemia, cambios rápidos, periodo postprandial , deporte y valores extremos.
- Los sistemas de monitorización requieren educación diabetológica del paciente así como profesionales formados en la materia.
- Los sensores, transmisores y receptores deben retirarse cuando se realizan pruebas de imagen (TAC, resonancia magnética).
- Efecto secundario, el más frecuente la dermatitis alérgica de contacto.
- Interacción de algunos fármacos en las lecturas del sensor (ejemplo, paracetamol con el dexcom).

Bibliografía

1. Bailey, Chang, Christiansen. *Clinical Accuracy of a Continuous Glucose Monitoring System with an Advanced Algorithm J.* Diabetes Sc Tech 2015. Vol 9 (2) 209-214.
2. Laffel. *Improved Accuracy of Continuous Glucose Monitoring Systems in Pediatric Patients with Diabetes Mellitus - Results from Two Studies.* Diabetes Technology & Therapeutics. Volume 18, Supplement 2, 2016. <http://www.dexcom.com/es-ES>.
3. *Curso Medición Continuo de glucosa en Twitter* <http://www.canaldiabetes.com/cursomcg/>.
4. *Manual para profesionales de la salud.* <http://www.mifreestyle.com.ar/manuales-de-uso.html>.
5. *The MiniMed™ 640G Insulin Pump System > Continuous Glucose Monitoring >* <https://www.medtronic-diabetes.co.uk/minimed-system/continuous-glucose-monitoring/enlite-glucose-sensor>.

Capítulo 154

Monitorización continua de la función cerebral en el RN mediante electroencefalografía integrada de amplitud

Autores:

Giménez de los Galanes Cejudo, Gema

Crespo González, Elena

Martínez Sánchez, M^a Carmen



MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL EN EL RECIÉN NACIDO MEDIANTE ELECTROENCEFALOGRAFÍA INTEGRADA DE AMPLITUD



Introducción:

La electroencefalografía integrada de amplitud (EEGa) es un método de monitorización continua de la función cerebral, diseñado para analizar cambios y tendencias en la actividad eléctrica cerebral, así como detectar actividad paroxística.



Objetivo:

Estandarizar los cuidados de enfermería en la preparación del recién nacido para la monitorización de su función cerebral y conocimiento de los distintos trazados de base del EEGa.



Metodología:

El uso de la EEGa en el paciente neonatal ha tenido relevancia clínica en la mejora del diagnóstico y el tratamiento de las crisis epilépticas y en la ayuda para establecer el grado de gravedad de la encefalopatía en fase aguda, así como el establecimiento del pronóstico neurológico en una fase temprana. La monitorización continua de la función cerebral la realizaremos con el Olympic Brainz Monitor.



Personal que interviene:

- Enfermera.
- Auxiliar de enfermería.



Material:

- Monitor de función cerebral (Olympic Brainz Monitor).
- Agujas subdérmicas.
- Electrodo de hidrogel.
- Nuprep® gel.
- Apósitos para fijación.
- Regleta de medida.
- Clorhexidina acuosa al 2%.



Intervenciones: Colocación de electrodos.



Selección de la zona de colocación de los electrodos:

Colocamos la regleta de medida entre la sutura sagital y el trago de la oreja, haciendo coincidir la misma marca. Marcamos la zona de colocación de los electrodos a ambos lados de la flecha.



Electrodos de agujas subdérmicas:

1. Desinfectar la zona con clorhexidina acuosa al 2%.
2. Pinchar de atrás hacia delante.
3. Fijar con una 'corbata' de esparadrapo..



Conectar electrodos al monitor:

Evitar que se enreden los cables.



Electrodo de tierra:

Electrodo de tierra es un electrodo de escape para eliminar la electricidad ajena a la de interés, lo cual mejora la calidad del registro.



1. Se utilizará electrodo de hidrogel. Será colocado en la parte posterior del hombro.
2. Preparar la piel con Nuprep® gel.

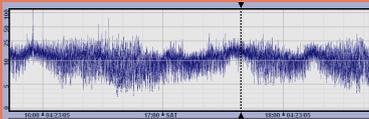


Intervenciones: Clasificación de trazados de base.



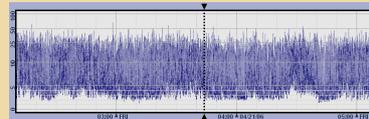
1. Continuo:

Actividad continua con amplitud mínima entre 7-10 μ V y máxima entre 10-25 (50) μ V. Normal en un neonato a término.



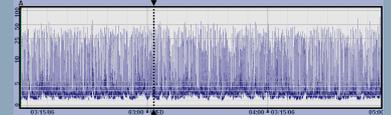
2. Discontinuo:

Actividad discontinua con amplitud mínima variable pero inferior < 5 μ V y máxima > 10 μ V. Normal en un neonato pretérmino, pero alterado en un neonato a término.



3. Brote-supresión:

Discontinuo con amplitud mínima sin variabilidad entre 0 y 1(2) mV, y brotes con amplitud > 25 mV.
Patológico en neonato a término y pretérmino
BS+ (>100 brotes/h) BS- (<100 brotes/h)



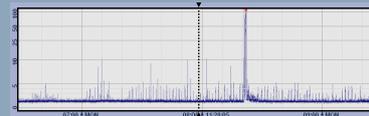
4. Continuo bajo voltaje:

Actividad continua con voltaje alrededor 0 < 5 μ V y margen superior <10. Patológico en neonato a término y pretérmino.



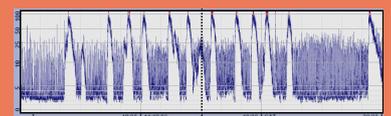
5. Trazado inactivo plano:

Trazado < 5 μ V sin reactividad (límite sup e inf <5). Patológico en neonato a término y pretérmino



6. Convulsiones:

Patrón en diente de sierra.



Conclusiones:

Los estudios realizados con EEGa en recién nacidos a término, con asfisia perinatal y clínica de encefalopatía hipóxico-isquémica, en las primeras 6-12 h de vida, han mostrado su validez para establecer la gravedad de la encefalopatía, y para ayudar a establecer de forma temprana el pronóstico neurológico. La EEGa desempeña un papel importante en la detección de crisis subclínicas, permite controlar la duración de éstas y la respuesta al tratamiento anticonvulsivo y ayuda a diferenciar entre el origen epiléptico o no de fenómenos motores paroxísticos.



Palabras Clave:

- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Electroencefalografía integrada de amplitud
- Convulsión neonatal.

Resumen: La electroencefalografía integrada de amplitud (EEGa) es un método de monitorización continua de la función cerebral diseñado para analizar cambios y tendencias en la actividad eléctrica cerebral así como detectar actividad paroxística.

Los estudios realizados en la asfixia perinatal y clínica de encefalopatía hipóxico-isquémica ha mostrado su validez para establecer la gravedad de la encefalopatía y ayudar a establecer de forma temprana el pronóstico neurológico. También un papel importante en la detección de crisis subclínicas, permite controlar la duración de éstas y la respuesta del tratamiento anticonvulsivo y ayuda a diferenciar entre origen epiléptico o no de fenómenos motores paroxísticos.

Palabras Clave: Encefalopatía d001927 nº registro 1953; electroencefalografía d004569 nº registro 4641; convulsiones d012640 nº registro 13024.

Objetivo

Estandarizar los cuidados de enfermería en la preparación del recién nacido para la monitorización de su función cerebral y conocimiento de los distintos trazados de base del EEGa.

Metodología

El uso de la EEGa en el paciente neonatal ha tenido relevancia clínica en la mejora del diagnóstico y el tratamiento de las crisis epilépticas y en la ayuda para establecer el grado de gravedad de la encefalopatía en fase aguda, así como el establecimiento del pronóstico neurológico en una fase temprana.

Personal que interviene:

- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

Material:

- Monitor de función cerebral Olimpyc Brainz Monitor.
- Agujas subdérmicas.
- Electrodo de hidrogel.
- Nuprep gel.
- Apósitos para fijación.
- Regleta de medida.
- Clorhexidina acuosa al 2%.

Intervenciones

1. Colocación de electrodos

- Selección de la zona de colocación de los electrodos: Colocamos la regleta de medida entre la sutura sagital y el trago de la oreja, haciendo coincidir la misma marca. Marcamos la zona de colocación de los electrodos a ambos lados de la flecha.

- Electrodo de agujas subdérmicas: Desinfectamos la zona con clorhexidina acuosa al 2 % . Pinchamos de atrás a delante. Fijar con una corbata de esparadrapo.
- Conectar electrodos al monitor: Evitar que se enreden los cables.
- Electrodo de tierra: Es un electrodo de escape para eliminar la electricidad ajena a la de interés lo cual mejora la calidad del registro. Se utiliza electrodo de hidrogel. Se coloca en la parte posterior del hombro. Se prepara la piel previamente con Nuprep gel.

2. Clasificación de trazados de base

- Continuo: Actividad continua con amplitud mínima entre 7/10 microV y máxima entre 10/25 microV. Normal en un neonato a término.
- Discontinuo: Actividad discontinua con amplitud mínima variable pero inferior <5 microV y máxima >10microV. Normal en un neonato pretérmino pero alterado en un recién nacido a término
- -Brote-supresión: discontinuo con amplitud mínima sin variabilidad entre 0 y 1 microV y brotes con amplitud >25 microV. Patológico en recién nacidos pretérmino y término.
- Continuo bajo voltaje: Actividad continua con voltaje alrededor < 5 microV y margen superior <10 microV. Patológico en recién nacido pretérmino y término.
- Trazado inactivo plano: Trazado <5 microV sin reactividad. Patológico en recién nacido pretérmino y término.
- Convulsiones: Patrón en diente de sierra.

Conclusión

El registro de la actividad eléctrica cerebral mediante electroencefalografía es una herramienta útil que ofrece información sobre el estado funcional y metabólico del cerebro y la detección de actividad epiléptica.

Bibliografía

1. Valverde E., García-Alix A., Blanco B. *Monitorización continua de la función cerebral mediante electroencefalografía integrada de amplitud*. Servicio Neonatología Hospital Infantil Universitario La Paz, Servicio Neonatología Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. An Pediatría continua 2008-6(3): 169-173.
2. García Lara Nadia Raquel. *Monitorización continua de función cerebral por EEG ampliado*. 2º Curso Hospital Universitario La Paz. Servicio Neonatología. 5ª Jornadas Neonatología de Sevilla, Marzo 2009.
3. Cabañas F., Valverde E., *Encefalopatía hipóxico-isquémica en el recién nacido a término*. En: Sola A, editor. Cuidados neonatales. 1ª ed. Buenos Aires: Edimed-Ediciones Médicas; 2011. P. 1098-112.

Capítulo 155

Morbilidad y principales cuidados del paciente geriátrico

Autores:

Vizcaíno Caravantes, Cristina

Vizcaíno Navarro, José Luis

MORBILIDAD Y PRINCIPALES CUIDADOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en la población española es la consecuencia de una mejoría en el desarrollo económico y social, lo que conlleva como contrapartida, en muchos casos, un incremento de patologías y problemas sociales asociados al envejecimiento. El envejecimiento poblacional ha tenido un impacto significativo en la salud pública y en la atención sanitaria. En los países desarrollados el sector de la población anciana es el que ha sufrido una mayor tasa de crecimiento en las últimas décadas. En España representa actualmente el 20% y se estima que para el año 2050 alcance el 30% de la población general. Este incremento porcentual será aún mayor en el grupo de los mayores de 85 años. Por paciente geriátrico se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio-sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal. La población de estudio fueron los pacientes geriátricos ingresados en la unidad de geriatría desde el 1 de Mayo hasta el 31 de Julio de 2017. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes. El estudio comprendió a los pacientes de 75 o más años de edad. Para la recolección de datos se hizo un modelo de encuesta confeccionado acorde a la investigación que se deseaba realizar, donde se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo), principales motivos de ingreso y cuidados principales que requerían los pacientes.

Los datos se recogieron en una base de datos elaborada con el programa informático SPSS. Se utilizó estadística descriptiva frecuencias y porcentajes para el análisis de los datos. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron en el servicio 72 pacientes geriátricos. La distribución de los pacientes por sexo fue de 32 (44,4%) varones (55,6%) mujeres. (figura 1). El 65% (47) de la muestra eran pacientes con edades comprendidas entre los 75 y 85 años y el 34% (25) de los pacientes tenían edades entre los 86 y 99 años (figura 2). Las principales causas de ingreso fueron: Neumopatía 32 (44,4%), 7 (9,7%) caídas, 3 (4,1%) Hiperglucemia, 15 (20,8%) UPP y heridas, 11 (15,2%) problemas cardíacos/dolor torácico, 2 (2,9%) presentaban enfermedades cerebrovasculares y 2 (2,9%) presentaban otras causas de ingreso, (figura 3). Los principales cuidados que necesitaron los pacientes fueron: 80,5% (58) curas de UPP/heridas, un 43% (31) necesitaban un estricto control de glucemias, un 27,7% (20) precisaban cuidados paliativos/medidas de confort (figura 4).

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas juegan un papel importante como factores y por su asociación frecuente con las principales causas de morbilidad y mortalidad hospitalaria.

La neumopatía aguda fue el diagnóstico de ingreso más frecuente y según la bibliografía es la enfermedad infecciosa más común que necesita hospitalización en pacientes geriátricos y su temprano reconocimiento y terapia adecuada reduce la morbilidad y aumenta la sobrevida. Dentro de los principales cuidados se encontraron el abordaje de las UPP/ heridas, los cuidados de dispositivos como sondas vesicales, nasogástricas y el cuidado de vías venosas.

OBJETIVO

Conocer las principales causas que llevan al paciente geriátrico a ingresar en una unidad de Medicina Interna.

Evaluar los principales cuidados que requieren los pacientes geriátricos en la unidad.

PACIENTE GERIÁTRICO

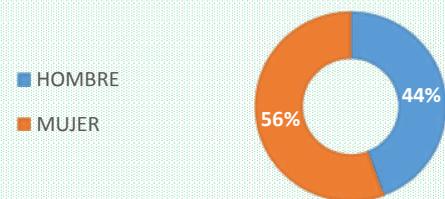


Figura 1

EDADES

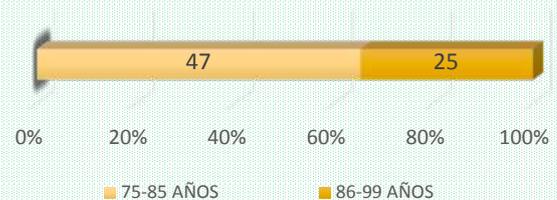


Figura 2

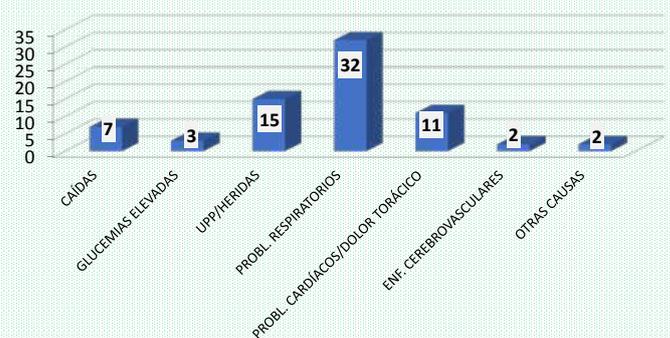


Figura 3

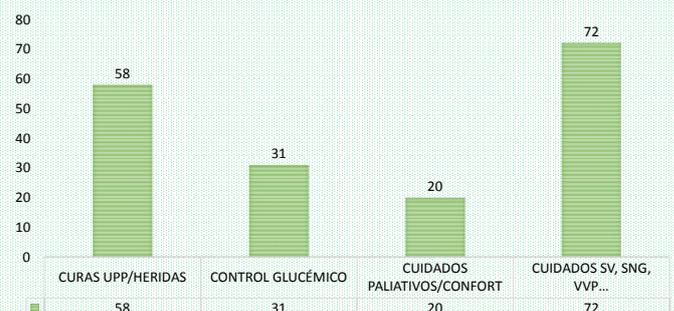


Figura 4

Resumen: El envejecimiento poblacional ha tenido un impacto significativo en la salud pública y en la atención sanitaria. En los países desarrollados el sector de la población anciana es el que ha sufrido una mayor tasa de crecimiento en las últimas décadas. En España representa actualmente el 20% y se estima que para el año 2050 alcance el 30% de la población general. Nosotros vamos a estudiar las principales causas que llevan al paciente geriátrico a ingresar en nuestra unidad de Medicina Interna y evaluar los principales cuidados que requieren los pacientes geriátricos en la unidad.

Palabras Clave: Geriátrico; Patologías; Cuidados.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida en la población española es la consecuencia de una mejoría en el desarrollo económico y social, lo que conlleva como contrapartida, en muchos casos, un incremento de patologías y problemas sociales asociados al envejecimiento. El envejecimiento poblacional ha tenido un impacto significativo en la salud pública y en la atención sanitaria. En los países desarrollados el sector de la población anciana es el que ha sufrido una mayor tasa de crecimiento en las últimas décadas. En España representa actualmente el 20% y se estima que para el año 2050 alcance el 30% de la población general. Este incremento porcentual será aún mayor en el grupo de los mayores de 85 años. Por paciente geriátrico se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluriopatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio-sanitarios.

Objetivos

Nuestro principal objetivo fue conocer las principales causas que llevan al paciente geriátrico a ingresar en una unidad de Medicina Interna y evaluar los principales cuidados que requieren los pacientes geriátricos en la unidad.

Materiales y método

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal. La población de estudio fueron los pacientes geriátricos ingresados en la unidad de geriatría desde el 1 de Mayo hasta el 31 de Julio de 2017. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes. El estudio comprendió a los pacientes de 75 o más años de edad. Para la recolección de datos se hizo un modelo de encuesta confeccionado acorde a la investigación que se deseaba realizar, donde se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo), principales motivos de ingreso y cuidados principales que requerían los pacientes. Los datos se recogieron en una base datos elaborada con el programa informático SPSS. Se utilizó estadística descriptiva frecuencias y porcentajes para el análisis de los datos. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio.

Resultado

Durante el período de estudio ingresaron en el servicio 72 pacientes geriátricos. La distribución de los pacientes por sexo fue de 32 (44,4%) varones y 40 (55,6%) mujeres. El 65% (47) de la muestra

eran pacientes con edades comprendidas entre los 75 y 85 años y el 34% (25) de los pacientes tenían edades entre los 86 y 99 años. Las principales causas de ingreso fueron: Neumopatía 32 (44,4), 7 (9,7%) caídas, 3 (4,1%) Hiperglucemia, 15 (20,8%) UPP y heridas, 11 (15,2) problemas cardíacos/dolor torácico, 2 (2,9%) presentaban enfermedades cerebrovasculares y 2 (2,9%) presentaban otras causas de ingreso. Los principales cuidados que necesitaron los pacientes fueron: 80,5% (58) curas de UPP/heridas, un 43% (31) necesitaban un estricto control de glucemias, un 27,7% (20) precisaban cuidados paliativos/medidas de confort.

Conclusiones

De todo lo anterior mencionado podemos obtener como conclusión que las enfermedades crónicas juegan un papel importante como factores y por su asociación frecuente con las principales causas de morbilidad y mortalidad hospitalaria. La neumopatía aguda fue el diagnóstico de ingreso más frecuente y según la bibliografía es la enfermedad infecciosa más común que necesita hospitalización en pacientes geriátricos y su temprano reconocimiento y terapia adecuada reduce la morbilidad y aumenta la supervivencia. Dentro de los principales cuidados se encontraron el abordaje de las UPP/ heridas, los cuidados de dispositivos como sondas vesicales, nasogástricas y el cuidado de vías venosas.

Bibliografía

1. Martínez Querol C, Pérez Martínez V, Carballo Pérez M, Larrondo Viera J. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]; v.21 n.1-2 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2005. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000100012&script=sci_arttext&lng=pt.
2. Cecil L. *Compendio de Medicina Interna*. En: Biología del envejecimiento. 3ra ed Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid España, 1995. 989-99.
3. Ojea JE. *Algunos problemas comunes en Geriátria*. En: Harrison Text Book of Medicine. 34 ed; 1991.

Capítulo 156

Motivos de ingreso y expectativas del paciente oncológico

Autores:

Vizcaíno Caravantes, Cristina

Vizcaíno Navarro, José Luis

MOTIVO DE INGRESO Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y desde hace ya muchos años, el cáncer es uno de los grupos de enfermedades de mayor importancia en salud pública. En la población general el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio aunque en los hombres es, desde el año 2000, la primera causa de muerte. En 2012, último año del que se dispone de datos, tres de cada 10 defunciones en hombres y dos de cada 10 en mujeres fueron a causa del cáncer.

Según los datos de la sociedad Española Oncológica Médica (SEOM), el número total de nuevos casos de cáncer en España en 2015 fue de 247.771 (148.827 en varones y 98.944 en mujeres). Los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en el año 2015 fueron colo-rectal (41.441 casos), próstata (33.370 casos), pulmón (28.347 casos), mama (27.747 casos) y vejiga (21.093 casos) (Figuras 1-4).

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado durante los meses de Mayo a Julio de 2017. La población de estudio la formaron los pacientes oncológicos hospitalizados en nuestra unidad. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario realizado "ad hoc" que incluía variables cualitativas (causa de ingreso, expectativas del paciente).

Los datos se recogieron en una base de datos elaborada con el programa informático SPSS. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para el análisis de los datos. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio, garantizándose el anonimato de los datos.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 52 pacientes oncológicos que participaron de forma totalmente voluntaria en nuestro estudio tras solicitar consentimiento informado. Dentro de las causas del ingreso de nuestros pacientes obtuvimos que el 21,1% (11) ingresó por neutropenia, el 13,4% (7) lo hicieron por vómitos incontrolables, un 21,1% (11) ingresó por fiebre, el 28,8% (15) por dolor que no cede tras administración de fármacos de uso domiciliario, el 5,7% (3) por desnutrición/caquexia y el 9,6% (5) ingresó por disnea, (figura 5). Dentro de la principal expectativa del paciente se destaca que: el 9,6% (5) pide exigencia en los cuidados de calidad, el 67,3% (35) control de signos y síntomas, el 15,3% (8) comprensión y apoyo y el 7,6% (4) mejora inmediata. (figura 6).

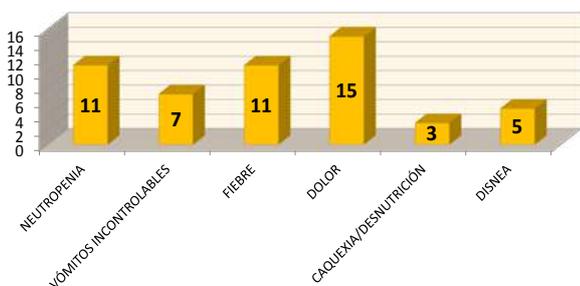


Figura 5

CONCLUSIONES

Los pacientes oncológicos identifican como la principal causa de ingreso el dolor y como su principal expectativa el control de signos y síntomas.

OBJETIVO

Evaluar las principales causas que llevan al paciente oncológico a ingresar y las expectativas del paciente relacionadas con el ingreso.



Figura 1. Incidencia estimada a nivel mundial en mujeres



Figura 2. Incidencia estimada a nivel mundial en hombres



Figura 3. Incidencia estimada de tumores en España en hombres



Figura 4. Incidencia estimada de tumores en España en mujeres



Figura 6

Resumen: Según los datos de la Sociedad Española Oncológica Médica, el número total de nuevos casos de cáncer en nuestro país aumenta de manera significativa año tras año. Nosotros mediante un estudio observacional, descriptivo y prospectivo hemos evaluado las principales causas que llevan al paciente oncológico a ingresar y las principales expectativas del paciente relacionadas con el ingreso en nuestro servicio de oncología. Obtuvimos una muestra total de 52 pacientes oncológicos que participaron de forma totalmente voluntaria en nuestro estudio tras solicitar su consentimiento informado.

Palabras Clave: Oncológico; paciente; cáncer.

En la actualidad y desde hace ya muchos años, el cáncer es uno de los grupos de enfermedades de mayor importancia en salud pública. En la población general el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio aunque en los hombres es, desde el año 2000, la primera causa de muerte. En 2012, último año del que se dispone de datos, tres de cada 10 defunciones en hombres y dos de cada 10 en mujeres fueron a causa del cáncer.

Según los datos de la sociedad Española Oncológica Médica (SEOM), el número total de nuevos casos de cáncer en España en 2015 fue de 247.771 (148.827 en varones y 98.944 en mujeres). Los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en el año 2015 fueron colo-rectal (41.441 casos), próstata (33.370 casos), pulmón (28.347 casos), mama (27.747 casos) y vejiga (21.093 casos).

Nuestro principal objetivo será evaluar las principales causas que llevan al paciente oncológico a ingresar y las expectativas del paciente relacionadas con el ingreso.

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado durante los meses de Mayo a Julio de 2017. La población de estudio la formaron los pacientes oncológicos hospitalizados en nuestra unidad. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario realizado "ad hoc" que incluía variables cualitativas (causa de ingreso, expectativas del paciente). Los datos se recogieron en una base datos elaborada con en el programa informático SPSS. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para el análisis de los datos. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio, garantizándose el anonimato de los datos.

Obtuvimos una muestra total de 52 pacientes oncológicos que participaron de forma totalmente voluntaria en nuestro estudio tras solicitar consentimiento informado. Dentro de las causas del ingreso de nuestros pacientes obtuvimos que el 21,1% (11) ingresó por neutropenia, el 13,4% (7) lo hicieron por vómitos incontrolables, un 21,1% (11) ingresó por fiebre, el 28,8% (15) por dolor que no cede tras administración de fármacos de uso domiciliario, el 5,7% (3) por desnutrición/caquexia y el 9,6% (5) ingresó por disnea. Dentro de la principal expectativa del paciente se destaca que: El 9,6% (5) pide exigencia en los cuidados de calidad, el 67,3% (35) control de signos y síntomas, el 15,3% (8) comprensión y apoyo y el 7,6% (4) mejora inmediata.

Bibliografía

1. Pérez Manga G, editor. *Información al paciente oncológico*. Madrid: Ediciones Ergón; 1996.
2. Pérez Manga G, Arranz JA, García R, Meana JA, Carrión G, Torán A. En: Díaz-Rubio E, Duque A

et al, editores. *Aspectos psicosociales de los enfermos oncológicos. Tratamiento sintomático del paciente canceroso*. Madrid: Publisalud S.A., 1991; 199-222.

3. Centeno Cortés C, Nuñez Olarte JM. *Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España*. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41258261/Studies_about_the_communication_of_the_d20160115-9046-d8ydjb.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1524562219&Signature=F1Y6OVz4HmTuhFxmJPbfhVxdp6c%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DStudies_about_the_communication_of_the.pdf.

Capítulo 157

Neurofibromatosis. Caso clínico

Autores:

García Morales, Sandra

Ballesteros Benito, María Isabel

Porras Sánchez-Escribano, Cristina

Sánchez-Gil Izquierdo, Irene

Sánchez Puertas, María

NEUROFIBROMATOSIS. CASO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN

La neurofibromatosis (NF) es un trastorno genético que se caracteriza por el desarrollo de múltiples tumores benignos en el sistema nervioso (cerebro, médula espinal o nervios) y la piel. Por lo general, se diagnostica en la infancia o la adultez temprana. Los tumores suelen ser no cancerosos, pero a veces pueden volverse malignos.

Los síntomas a menudo son leves. Sin embargo, las complicaciones pueden comprender pérdida de la audición, deterioro del aprendizaje, problemas cardiovasculares, pérdida de la visión y dolor intenso.

Existen dos tipos de NF:

- > NF tipo 1, periférica o enfermedad de Von Recklinghausen. Se caracteriza por aparición de manchas "café con leche" y afectación en el sistema nervioso periférico (Gliomas ópticos). Con el paso del tiempo pueden afectarse todos los tejidos, y en otros casos la afectación es mínima.
- > NF tipo 2 o central. Predominan los tumores en nervios craneales (gliomas, meningiomas, etc.).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

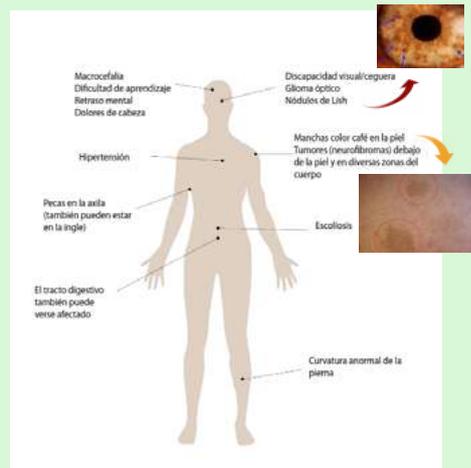
Varón de 21 meses que acude a CEX de dermatología de nuestro centro hospitalario por presentar manchas color café con leche en diversas partes del cuerpo (MMSS, MMII y tronco). Se contabilizan 8 manchas de más de 1.5 cm de diámetro.

Sin antecedentes familiares de NF1.

Es derivado de forma urgente a CEX de neurología, traumatología y oftalmología donde se realizan las pruebas diagnósticas pertinentes obteniendo como resultado la presencia de nódulos de Lish (manchas pigmentadas translúcidas en el iris) y leve escoliosis.

Son necesarios al menos dos criterios diagnósticos de los siguientes para determinar la enfermedad.

Por las características clínicas y los hallazgos de la RM (lesiones con elevada intensidad de señal en T2) se consideró que el paciente presentaba una NF1.



PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NIC	NOC
00112 Riesgo de retraso en el desarrollo.	8250 Cuidados del desarrollo 6650 Vigilancia	1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo 0104 Desarrollo infantil: 2 años
00183 Disposición para mejorar el confort.	6610 Identificación de riesgos	2002 Bienestar personal
00085 Deterioro de la movilidad física.	5666 Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)	1828 Prevención de caídas 0208 Movilidad
00118 Trastorno de la imagen corporal.	5220 Potenciación de la imagen corporal 3590 Vigilancia de la piel	1200 Imagen corporal
00161 Disposición para mejorar los conocimientos	5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje	0908 Memoria
00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	5510 Educación sanitaria 4920 Escucha activa	1705 Orientación sobre la salud

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El tratamiento de la neurofibromatosis intenta maximizar el crecimiento y desarrollo saludables y controlar las complicaciones tan pronto como surjan. Actualmente no hay cura, por lo que el abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar: consejo genético, dermatología, neurología, oftalmología, ortopedia y traumatología y oncología, esta última por la asociación con neoplasias, para tratar posibles complicaciones.

Cuando la neurofibromatosis causa tumores grandes o que presionan un nervio, la cirugía puede aliviar estos síntomas. Algunas personas pueden beneficiarse con otras terapias, como la radiocirugía estereotáctica o medicamentos para controlar el dolor.

BIBLIOGRAFÍA

- w.w.w.aeped.es
- w.w.w.elsevier.es
- w.w.w.genetests.org
- w.w.w.neurofibromatosis.es
- w.w.w. nnnconsult.com

Resumen: La neurofibromatosis es una enfermedad hereditaria de transmisión autosómica dominante. Se clasifica en dos tipos dependiendo del gen afectado ocasionando así una serie de signos y síntomas característicos.

En este artículo se presenta un caso clínico donde se realiza un diagnóstico diferencial a partir de la sintomatología del paciente y las pruebas de imagen y se propone un plan de cuidados integral con el fin de maximizar el crecimiento y desarrollo saludables y controlar las posibles complicaciones.

Palabras Clave: Enfermedad de von Recklinghausen; Neurofibroma; Nódulos de Lish.

Introducción

La neurofibromatosis (NF) es un trastorno genético que se caracteriza por el desarrollo de múltiples tumores benignos en el sistema nervioso (cerebro, médula espinal o nervios) y la piel. Por lo general, se diagnostica en la infancia o la adultez temprana.

Los tumores suelen ser no cancerosos, pero a veces pueden volverse malignos. Aún no se sabe completamente por qué estos tumores siguen produciéndose, pero parece estar principalmente relacionado con las mutaciones en los genes que juegan papeles clave en la supresión del crecimiento tumoral en el sistema nervioso. Estas mutaciones hacen que los genes, identificados como NF1 y NF2, dejen de producir proteínas específicas que controlan la producción celular. Sin estas proteínas, las células se multiplican fuera de control y forman tumores.

Sintomatología y diagnóstico

Los síntomas a menudo son leves. Sin embargo, las complicaciones pueden comprender pérdida de audición, deterioro del aprendizaje, problemas cardiovasculares, pérdida de visión y dolor intenso.

Existen dos tipos de NF:

1. **NF tipo 1, periférica o enfermedad de von Recklinghausen**

Es la más frecuente y ocurre en 1 de 2.500 a 3.000 personas. Se caracteriza por aparición de manchas “café con leche” y afectación en el sistema nervioso periférico (gliomas ópticos). Con el paso del tiempo pueden afectarse todos los tejidos, y en otros casos la afectación es mínima. La mayoría de los pacientes con neurofibromatosis tipo 1 son asintomáticos. Algunos presentan síntomas neurológicos o deformidades óseas. En más del 90%, las lesiones cutáneas características son evidentes en el momento del nacimiento o aparecen durante la lactancia. Sin embargo otros de los signos y síntomas dependen de la edad, por lo que hacer un diagnóstico definitivo puede tomar varios años.

Para el diagnóstico de la enfermedad deben estar presentes dos o más de los siguientes:

- Más de seis manchas café con leche con un diámetro, en su punto más ancho, > 5 mm en pacientes prepuberales y > 15 mm en pacientes pospuberales.
- Más de dos neurofibromas de cualquier tipo o un neurofibroma plexiforme.
- Pecas en la región axilar o inguinal.

- Glioma óptico.
- Dos o más nódulos de Lisch (hamartomas del iris).
- Una lesión ósea característica (displasia del esfenoides, adelgazamiento de la cortical de los huesos largos, escoliosis, etc.), con o sin pseudoartrosis.
- Un progenitor o un hermano con diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1.

2. NF tipo 2 o central.

Representa el 10% de los casos y se presenta en aproximadamente 1 de 35.000 personas. Predominan los tumores en nervios craneales (gliomas, meningiomas, etc.).

NF2 se caracteriza por tumores de crecimiento lento en el octavo par craneano, llamados schwannomas vestibulares debido a su ubicación y a los tipos de células que los componen.

Las personas con NF2 están en riesgo de desarrollar otros tipos de tumores del sistema nervioso como los schwannomas espinales y los meningiomas.

Para el diagnóstico debe estar presente uno de los siguientes:

- Schwannomas vestibulares bilaterales.
- Antecedentes familiares con NF2 (padre, hermano o hijo) más un schwannoma vestibular unilateral antes de los 30 años.

O dos de los siguientes:

- Glioma.
- Meningioma.
- Schwannoma.
- Opacidad lenticular subcapsular posterior juvenil (catarata cortical juvenil).

El diagnóstico debe ser completado con pruebas de radiodiagnóstico como radiografías, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, potenciales evocados de tallo cerebral, etc.

Tratamiento

La neurofibromatosis no tiene cura, pero los signos y síntomas se pueden tratar mediante un abordaje multidisciplinar.

- Cirugías y otros procedimientos:
- Extirpación de tumores. Los síntomas pueden aliviarse al extraer la totalidad o parte de los tumores que comprimen el tejido cercano o dañan los órganos.
- Radiocirugía estereotáctica. Este procedimiento transmite radiación con precisión al tumor y no requiere una incisión.
- Implantes auditivos cocleares y de tronco encefálico. Estos dispositivos podrían mejorar la audición en la NF2 y pérdida de la audición.

- Tratamiento oncológico: Quimioterapia y/o radioterapia.
- Analgésicos.

Observación clínica y plan de cuidados

El caso clínico presentado trata de un varón de 21 meses que acude a consulta externa de dermatología de nuestro centro hospitalario por presentar manchas color café con leche en diversas partes del cuerpo (MMSS, MMII y tronco). Se contabilizan 8 manchas de más de 1.5cm de diámetro. Sin antecedentes familiares de NF1.

Es derivado de forma urgente a consulta externa de neurología, traumatología y oftalmología donde se realizan las pruebas diagnósticas pertinentes obteniendo como resultado la presencia de nódulos de Lish y leve escoliosis.

Por las características clínicas y los hallazgos de la RM (lesiones con elevada intensidad de señal en T2) se consideró que el paciente presentaba una NF1.

Establecemos un plan de cuidados en el cual aspectos relacionados con la movilidad física, dolor/ confort, imagen corporal y desarrollo entre otros son algunos de los parámetros a abordar a la hora de programar unos cuidados integrales.

Conclusión

El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar (consejo genético, dermatología, neurología, oftalmología, ortopedia, traumatología y oncología, esta última por la asociación con neoplasias, para tratar posibles complicaciones) intentando maximizar el crecimiento y desarrollo saludables y controlando las complicaciones tan pronto como surjan. Cuando la neurofibromatosis causa tumores grandes o que presionan un nervio, la cirugía puede aliviar estos síntomas. Algunas personas pueden beneficiarse con otras terapias, como la radiocirugía estereotáctica o medicamentos para controlar el dolor.

Bibliografía

1. Riccardi M. *Neurofibromatosis: past, present and future*. N Engl J Med 1991; 324: 1283-1285.
2. Eniko K, Riccardi V. *Las neurofibromatosis*. In: Fitzpatrick TB, Risen A. *Dermatology in General Medicine*. 5a. ed. McGraw-Hill, New York EUA, 1999: 2281-2290.
3. Jaimes V. *Tumores neurales cutáneos*. Tesis de posgrado. Centro Dermatológico Pascua 2000: 6-38.
4. Kanski JJ. *Oftalmología clínica*. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.; 200: 563-566.
5. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2017). *Neurofibromatosis*. Bethesda: NINDS.

Capítulo 158

Nivel de estrés en el personal de enfermería de sustitución de verano

Autores:

García Fernández, Gema

García Fernández, María del Carmen

Vázquez Rodríguez Barbero, Inmaculada

Rubio Serrano, María Pilar

Pacheco Salgado, José Miguel

Espinar Ochoa, Ana

NIVEL DEL ESTRÉS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SUSTITUCIÓN DE VERANO

AUTORES:

INTRODUCCION

El estrés relacionado con el trabajo es el resultado del desequilibrio entre la demanda que el ejercicio profesional exige y la capacidad de afrontamiento de la persona. Una deficiente adecuación entre la persona y su trabajo puede llevar a un estado de estrés caracterizado por altos niveles de excitación y angustia, y la sensación de no poder afrontar la situación originando alteraciones del bienestar psicológico. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería. La enfermería es considerada habitualmente como una ocupación muy estresante, con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, de insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puesto de trabajo. Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este colectivo de trabajadores.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, donde la muestra estuvo formada por profesionales de enfermería eventuales con contrato de sustitución de vacaciones en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. La recogida de información se realizó a través de un cuestionario autoadministrado de forma anónima, confidencial y voluntaria.

Como instrumentos de recogida de datos se utilizaron tres cuestionarios:

- Encuesta de variables sociodemográficas y laborales, diseñada específicamente para este estudio a partir del análisis y estudio de la bibliografía consultada.
- Encuesta con la presencia y frecuencia de signos físicos y psíquicos relacionados con la actividad laboral.

- La "Nursing Stress Scale" (NSS) de Gray-Toft y Anderson, validada al castellano por Escribá y Más. Esta escala es el instrumento más conocido y utilizado para el estudio del estrés relacionado con el trabajo de enfermería. Es un cuestionario autoadministrado que puede responderse en menos de diez minutos y que consta de 34 ítems referidos a situaciones que son susceptibles de provocar estrés laboral en el ámbito de la enfermería hospitalaria. Los valores de las posibles respuestas son nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), y muy frecuentemente (3). La puntuación total se obtiene sumando cada uno de los valores de los 34 ítems, obteniendo una puntuación cuyo rango va de 0 a 102, lo que indica que a mayor puntuación mayor frecuencia de exposición a estresores laborales.

Se utilizó estadística descriptiva, (frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y media y desviación típica para variables cuantitativas) y estadística inferencial (Las variables cuantitativas se analizaron con la t de Student y el test de Anova). Las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

OBJETIVO

Identificar el índice de estrés laboral determinado por la frecuencia de estresores laborales en personal de enfermería de sustitución de verano en los servicios de hospitalización.

RESULTADOS

La muestra total la formaron 35 profesionales de enfermería. El 88,6% (31) fueron mujeres. La edad media de los participantes se situó en $28,2 \pm 3,8$ años y un rango de 22-39. La distribución del estado civil puede verse en el gráfico 1. El 14,3% (5) tenía hijos y un 8,6% (3) tenía familiares a su cargo. El tiempo de finalización de estudios y la experiencia profesional pueden verse en los gráficos 2 y 3. La mayoría de los encuestados 54,3% (19) prestaba sus servicios en una unidad médica. Un 42,9% (15) contaba con experiencia anterior en el servicio asignado, gráfico 4. Un 11,1% (6) compaginaba el trabajo con algún otro fuera del hospital. Los signos clínicos y físicos más prevalentes relacionados con la actividad laboral pueden verse en el gráfico 5. La media de puntuación en las escala NSS fue de $28,29 \pm 3,8$ IC 95% (26,9-29,6) con un rango de 22-39. Las mujeres obtuvieron una puntuación superior con la escala NSS aunque sin diferencias significativas $22,2 \pm 7,8$ frente a 31 ± 11 , $P = 0,1$. En el gráfico 6 se recogen los 5 ítems que corresponden a las 5 situaciones que un mayor porcentaje de los profesionales han identificado como los más estresantes.

No se encontraron diferencias significativas al relacionar la puntuación total de la NSS, con el estado civil ($P = 0,9$), tener o no hijos ($P = 0,5$), tiempo de finalización de estudios ($P = 0,2$) y la experiencia profesional ($P = 0,2$).

ESTADO CIVIL

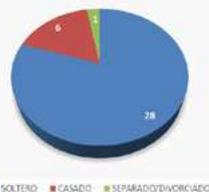


Figura 1

TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

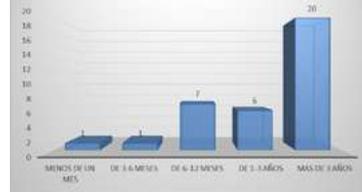


Figura 2

TIEMPO DE FINALIZACIÓN DE ESTUDIOS



Figura 3

EXPERIENCIA ANTERIOR EN EL SERVICIO

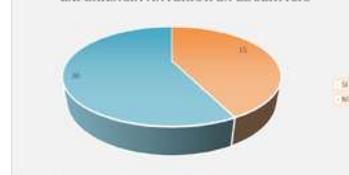


Figura 4

SIGNOS FÍSICOS Y PSIQUICOS

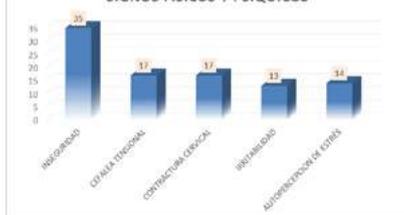


Figura 5

SITUACIONES QUE GENERAN ESTRÉS



Figura 6



CONCLUSIONES

Las situaciones que con mayor frecuencia generan estrés en el personal de enfermería son aquellas relacionadas con la carga de trabajo y la preparación insuficiente. Las cefaleas tensionales y la contractura cervical fueron los signos físicos más prevalentes en la cohorte de estudio.

Resumen: Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario es enfermería.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal formada por profesionales de enfermería eventuales con contrato de sustitución de vacaciones en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Identificar el índice de estrés laboral determinado por la frecuencia de estresores laborales en personal de enfermería de sustitución de verano en servicios de hospitalización.

Las situaciones que más frecuentemente generan estrés son aquellas relacionadas con la carga de trabajo y la preparación insuficiente. Las cefaleas tensionales y la contractura cervical fueron los signos físicos más prevalentes.

Palabras Clave: Estrés laboral; Enfermería; Contratos.

Introducción

El estrés relacionado con el trabajo es el resultado del desequilibrio entre la demanda que el ejercicio profesional exige y la capacidad de afrontamiento de la persona. Una deficiente adecuación entre la persona y su trabajo puede llevar a un estado de estrés caracterizado por altos niveles de excitación y angustia, y la sensación de no poder afrontar la situación originando alteraciones del bienestar psicológico. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería. La enfermería es considerada habitualmente como una ocupación muy estresante, con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, de insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puesto de trabajo. Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este colectivo de trabajadores.

Objetivo

Identificar el índice de estrés laboral determinado por la frecuencia de estresores laborales en personal de enfermería de sustitución de verano en los servicios de hospitalización.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, donde la muestra estuvo formada por profesionales de enfermería eventuales con contrato de sustitución de vacaciones en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. La recogida de información se realizó a través de un cuestionario autoadministrado de forma anónima, confidencial y voluntaria.

Como instrumentos de recogida de datos se utilizaron tres cuestionarios:

- Encuesta de variables sociodemográficas y laborales, diseñada específicamente para este estudio a partir del análisis y estudio de la bibliografía consultada.
- Encuesta con la presencia y frecuencia de signos físicos y psíquicos relacionados con la actividad laboral.

- La "Nursing Stress Scale" (NSS) de Gray-Toft y Anderson, validada al castellano por Escribá y Más. Esta escala es el instrumento más conocido y utilizado para el estudio del estrés relacionado con el trabajo de enfermería. Es un cuestionario autoadministrado que puede responderse en menos de diez minutos y que consta de 34 ítems referidos a situaciones que son susceptibles de provocar estrés laboral en el ámbito de la enfermería hospitalaria. Los valores de las posibles respuestas son nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), y muy frecuentemente (3). La puntuación total se obtiene sumando cada uno de los valores de los 34 ítems, obteniendo una puntuación cuyo rango va de 0 a 102, lo que indica que a mayor puntuación mayor frecuencia de exposición a estresores laborales.

Se utilizó estadística descriptiva, (frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y media y desviación típica para variables cuantitativas) y estadística inferencial (las variables cuantitativas se analizaron con la t de Student y el test de Anova). Las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Resultados

La muestra total la formaron 35 profesionales de enfermería. El 88,6% (31) fueron mujeres. La edad media de los participantes se situó en 28,2+3,8 años y un rango de 22-39. La distribución del estado civil puede verse en el gráfico 1. El 14,3% (5) tenía hijos y un 8,6% (3) tenía familiares a su cargo. El tiempo de finalización de estudios y la experiencia profesional pueden verse en los gráficos 2 y 3. La mayoría de los encuestados 54,3% (19) prestaba sus servicios en una unidad médica. Un 42,9% (15) contaba con experiencia anterior en el servicio asignado, gráfico 4. Un 11,1% (6) compaginaba el trabajo con algún otro fuera del hospital. Los signos clínicos y físicos más prevalentes relacionados con la actividad laboral pueden verse en el gráfico 5. La media de puntuación en las escala NSS fue de 28,29+3,8 IC 95% (26,9-29,6) con un rango de 22-39. Las mujeres obtuvieron una puntuación superior con la escala NSS aunque sin diferencias significativas 22,2+7,8 frente a 31+11, $p = 0,1$. En el gráfico 6 se recogen los 5 ítems que corresponden a las 5 situaciones que un mayor porcentaje de los profesionales han identificado como los más estresantes.

No se encontraron diferencias significativas al relacionar la puntuación total de la NSS, con el estado civil ($P = 0,9$), tener o no hijos ($P = 0,5$), tiempo de finalización de estudios ($P = 0,2$) y la experiencia profesional ($P = 0,2$).

Conclusiones

Las situaciones que con mayor frecuencia generan estrés en el personal de enfermería son aquellas relacionadas con la carga de trabajo y la preparación insuficiente. Las cefaleas tensionales y la contractura cervical fueron los signos físicos más prevalentes en la cohorte de estudio.

Bibliografía

1. Martín Arribas M.C. *Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en el salud: una revisión de la evidencia existente*. Enferm. Intensiva 2007; 18 (4): 168-81.
2. Hernández-Mendoza E.; Cerezo-Reséndiz S.; López-Sandoval M.G. *Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (3): 161-166.
3. Grazziano E, Ferraz Bianchi E. *Impacto del estrés profesional y burnout en enfermeros*. Rev. Enfermería Global. 2010; 9 (18), 1-20.

Capítulo 159

Osteopatía infantil en las deformidades craneales posturales

Autora:

Rosales Casero, Laura

OSTEOPATÍA INFANTIL EN LAS DEFORMIDADES CRANEALES POSICIONALES

INTRODUCCIÓN:

DEFORMIDADES CRANEALES POSICIONALES: Las deformidades craneales son aquellas que se producen por el crecimiento anormal de las estructuras craneales debido a fuerzas y presiones externas ejercidas de forma mantenida en el tiempo. Puesto que los huesos que forman el cráneo del bebé están muy poco osificados y han de sufrir alteraciones en su estructura durante el parto, es bastante frecuente la aparición de estas deformidades.

Entre las distintas deformidades posicionales encontramos:

Escafocefalia: deformidad craneal que consiste en una cabeza alargada y estrecha. Este tipo de deformidad es más frecuente en prematuros.

Braquicefalia: deformidad craneal contraria a la anterior donde aparece una cabeza corta, ancha y aplanada a nivel occipital. Es más frecuente en niños que duermen muchas horas en posición supina y se mueven poco durante las horas de vigilia.

Plagiocefalia: Deformidad craneal donde se produce un aplanamiento del occipital de forma lateral con o sin implicación de otros huesos, avance del pabellón auricular y de la hemicara homolateral, produciendo una cabeza en "paralelogramo". Es la deformidad más frecuente (85% de los casos), con predominio del lado derecho.



Normal



Escafocefalia



Braquicefalia



Plagiocefalia

OBJETIVOS:

- Identificar las distintas deformidades posturales existentes.
- Conocer las diversas posibilidades de tratamiento.
- Adquirir las habilidades para un correcto desarrollo de las distintas técnicas.

INTERVENCIÓN:

Dentro de la intervención que se puede llevar a cabo, hemos de distinguir diversos niveles de actuación en función de la gravedad de la deformidad. Encontramos, por tanto:

- **Intervención familiar:** se trata de pautas que se ofrecen a la familia para el trabajo diario que puedan modificar las diferentes estructuras craneales. Entre ellas destacamos:
 - Lactancia materna/biberón: modificar el lado de las tomas para ayudar a la rotación al lado de la restricción (o contrario a la deformidad).
 - Uso de sistemas de control postural durante el sueño: cojín "mimos".
 - Cambiar frecuentemente la orientación de la cuna o lado de la madre en el colecho.
 - Porteo ergonómico.
 - Tiempo de juego boca abajo. Fomento de la motricidad gruesa (volteos y sedestación cuando esté preparado).
- **Intervención de fisioterapia:** se trata de revisar las pautas citadas con anterioridad a la familia junto con técnicas manuales específicas.
 - Supervisión de las pautas citadas.
 - Trabajo de reacciones posturales
 - Trabajo de estimulación visual.
 - Técnicas manuales:
 - ✓ Lift: tratando de liberar presiones de todas las suturas implicadas, provocando un levantamiento y separación del hueso implicado.
 - ✓ Reorganización tensional: utilizado cuando se observa un movimiento desorganizado de los huesos del cráneo.
 - ✓ Modelado y fulcros: Técnicas directas que se aplican sobre las depresiones o abombamientos craneales para corregir el crecimiento óseo e inducir el crecimiento en el sentido adecuado.
 - ✓ Bombeo: técnicas rítmicas de tracción-relajación devolviendo a las diferentes estructuras un movimiento acompasado.
 - ✓ Liberación de suturas: pequeñas presiones y compresiones buscando la separación de huesos en suturas solapadas.
- **Intervención médica:** se utilizará este recurso cuando la deformidad sea muy elevada y/o cuando las intervenciones anteriores no hayan conseguido la corrección. A grandes rasgos, las diferentes opciones son:
 - Pautas a la familia.
 - Utilización de ortesis craneales (a partir de los 5 meses hasta cierre de suturas con un uso de 23 horas diarias).
 - Cirugía: solo en craneosinostosis o casos severos sin evolución. Derivación y decisión de neurocirugía.

METODOLOGÍA:

Para una adecuada intervención realizaremos una adecuada valoración del estado del lactante a varios niveles:

- En primer lugar, debemos comprobar las estructuras que pueden estar alteradas. Para ello, haremos una **observación** de:
 - ✓ **Tamaño craneal:** mediremos el perímetro craneal y utilizaremos una tabla de conversión, comprobando si existe macrocefalia/microcefalia.
 - ✓ **Forma craneal:** lo podremos realizar mediante observación directa, o medir mediante craneómetro, identificando plagio, braqui o escafocefalia.
 - ✓ **Dismorfismos faciales:** observaremos posibles alteraciones a nivel facial, simetría de la posición de las orejas, órbitas oculares, mandíbula, paladar, etc.
- Realizaremos una **palpación** de las diferentes fontanelas, suturas y posición del esfenoides. Tendremos en cuenta el tamaño, forma y tensión de las fontanelas, y grado de cierre de las suturas. En esta palpación también realizaremos una "escucha" de los diferentes movimientos de las estructuras implicadas, detectando movimientos anormales, fijaciones o solapamientos.
- Realizaremos también para terminar, una valoración de la motricidad del niño, lesiones de los pares craneales, deglución y succión, etc.

CONCLUSIONES:

La osteopatía craneal utilizada en pediatría, con unos adecuados niveles de conocimiento, logra realizar una corrección y mejora de las diferentes deformidades craneales que puedan producirse en el recién nacido, adquiridas de forma postural.

Es por tanto que este tipo de técnicas promueven una adecuada evolución de forma más específica a las estructuras implicadas, antes de recurrir a recursos más invasivos como la utilización de ortesis.

Resumen: Las deformidades craneales son aquellas que se producen por el crecimiento anormal de las estructuras craneales debido a fuerzas y presiones externas ejercidas de forma mantenida en el tiempo. La plagiocefalia posicional es actualmente la causa más frecuente de asistencia en una consulta de neurocirugía pediátrica.

En este artículo se trata de intentar de ofrecer diferentes técnicas de tratamiento rehabilitador en la adquisición de una adecuada conformación craneal y simétrica que permita un adecuado desarrollo cerebral.

Palabras Clave: Positional Plagiocephaly; Torticollis; Pediatrics.

Introducción

Las deformidades craneales son aquellas que se producen por el crecimiento anormal de las estructuras craneales debido a fuerzas y presiones externas ejercidas de forma mantenida en el tiempo. Puesto que los huesos que forman el cráneo del bebé están muy poco osificados y han de sufrir alteraciones en su estructura durante el parto, es bastante frecuente la aparición de estas deformidades.

Entre las distintas deformidades posicionales encontramos:

- Escafocefalia: Deformidad craneal que consiste en una cabeza alargada y estrecha. Este tipo de deformidad es más frecuente en prematuros.
- Braquicefalia: Deformidad craneal contraria a la anterior donde aparece una cabeza corta, ancha y aplanada a nivel occipital. Es más frecuente en niños que duermen muchas horas en posición supina y se mueven poco durante las horas de vigilia.
- Plagiocefalia: Deformidad craneal donde se produce un aplanamiento del occipital de forma lateral con o sin implicación de otros huesos, avance del pabellón auricular y de la hemicara homolateral, produciendo una cabeza en “paralelogramo”. Es la deformidad más frecuente (85% de los casos), con predominio del lado derecho.

Objetivos

- Identificar las distintas deformidades posturales existentes.
- Conocer las diversas posibilidades de tratamiento.
- Adquirir las habilidades para un correcto desarrollo de las distintas técnicas.

Metodología

Para una adecuada intervención realizaremos una adecuada valoración del estado del lactante a varios niveles:

- En primer lugar, debemos comprobar las estructuras que pueden estar alteradas. Para ello, haremos una observación de:
- Tamaño craneal: Mediremos el perímetro craneal y utilizaremos una tabla de conversión, comprobando si existe macrocefalia/microcefalia.

- Forma craneal: Lo podremos realizar mediante observación directa, o medir mediante craneómetro, identificando plagio, braqui o escafocefalia.
- Dismorfismos faciales: Observaremos posibles alteraciones a nivel facial, simetría de la posición de las orejas, órbitas oculares, mandíbula y paladar, etc.
- Realizaremos una palpación de las diferentes fontanelas, suturas y posición del esfenoides. Tendremos en cuenta el tamaño, forma y tensión de las fontanelas, y grado de cierre de las suturas. En esta palpación también realizaremos una “escucha” de los diferentes movimientos de las estructuras implicadas, detectando movimientos anormales, fijaciones o solapamientos.
- Realizaremos también para terminar, una valoración de la motricidad del niño, lesiones de los pares craneales, deglución y succión, etc.

Intervención

- Dentro de la intervención que se puede llevar a cabo, hemos de distinguir diversos niveles de actuación en función de la gravedad de la deformidad. Encontramos, por tanto:
- Intervención familiar: Se trata de pautas que se ofrecen a la familia para el trabajo diario que puedan modificar las diferentes estructuras craneales. Entre ellas destacamos:
- Lactancia materna/biberón: Modificar el lado de las tomas para ayudar a la rotación al lado de la restricción (o contrario a la deformidad).
- Uso de sistemas de control postural durante el sueño: Cojín “mimos”.
- Cambiar frecuentemente la orientación de la cuna o lado de la madre en el colecho.
- Porteo ergonómico.
- Tiempo de juego boca abajo. Fomento de la motricidad gruesa (volteos y sedestación cuando esté preparado).
- Intervención de fisioterapia: se trata de revisar las pautas citadas con anterioridad a la familia junto con técnicas manuales específicas.
- Supervisión de las pautas citadas.
- Trabajo de reacciones posturales
- Trabajo de estimulación visual.
- Técnicas manuales:
 - Lift: Tratando de liberar presiones de todas las suturas implicadas, provocando un levantamiento y separación del hueso implicado.
 - Reorganización tensional: Utilizado cuando se observa un movimiento desorganizado de los huesos del cráneo.
 - Modelado y fulcros: Técnicas directas que se aplican sobre las depresiones o abombamientos craneales para corregir el crecimiento óseo e inducir el crecimiento en el sentido adecuado.

- Bombeo: Técnicas rítmicas de tracción-relajación devolviendo a las diferentes estructuras un movimiento acompasado.
- Liberación de suturas: Pequeñas presiones y compresiones buscando la separación de huesos en suturas solapadas.
- Intervención médica: Se utilizará este recurso cuando la deformidad sea muy elevada y/o cuando las intervenciones anteriores no hayan conseguido la corrección. A grandes rasgos, las diferentes opciones son:
 - Pautas a la familia.
 - Utilización de ortesis craneales (a partir de los 5 meses hasta cierre de suturas con un uso de 23 horas diarias).
 - Cirugía: Sólo en craneosinostosis o casos severos sin evolución. Derivación y decisión de neurocirugía.

Conclusiones

La osteopatía craneal utilizada en pediatría, con unos adecuados niveles de conocimiento, logra realizar una corrección y mejora de las diferentes deformidades creaneales que puedan producirse en el recién nacido, adquiridas de forma postural.

Es por tanto que este tipo de técnicas promueven una adecuada evolución de forma más específica a las estructuras implicadas, antes de recurrir a recursos más invasivos como la utilización de ortesis.

Bibliografía

1. J. Esparza; J. Hinojosa; M^aJ. Muñoz; A. Romance; I. García-Recuero y A. Muñoz. *Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo para un Sistema Público de Salud Neurocirugía* 2007; 18: 457-467.
2. M^a Antonia Murcia González. *Plagiocefalia posicional: Exploración y tratamiento de fisioterapia*. Rev fisioter (Guadalupe). 2007; 6 (2): 35-44.
3. Hong Youl Kim, Yoon Kyu Chung, Yong Oock Kim. *Effectiveness of Helmet Cranial Remodeling in Older Infants with Positional Plagiocephaly*. Archives of Vol. 15, No. 2, 2014 f Craniofacial Surgery.

Capítulo 160

Papel de enfermería en el bloqueo del nervio femoral en pacientes intervenidos de PTR

Autores:

Fernández Padrón, Marcos

Espadas Sánchez, María

Rayo Gutiérrez, Laura

Moreno Gómez, María de los Ángeles

Ramírez Ramos, Angela María

Andrade Garcia, Cristina

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL BLOQUEO DEL NERVI FEMORAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PTR

INTRODUCCIÓN

El bloqueo del nervio femoral es una técnica analgésica y/o anestésica que se utiliza en intervenciones quirúrgicas de extremidades inferiores. Gracias a ella, se consigue un control del dolor de forma inmediata, ayudando a conseguir el mejor estado de salud del paciente.

METODOLOGÍA

Para la descripción de esta técnica, se ha realizado una búsqueda narrativa en bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane y Elsevier, con el fin de unificar criterios. También se ha contado con la experiencia personal de los autores en su día a día en la Unidad Post-anestésica del hospital Santa Bárbara de Puertollano.

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir la técnica y los puntos clave del papel de enfermería en la realización del bloqueo del nervio femoral

INTERVENCIONES

MATERIAL

- Neuroestimulador y aguja correspondiente.
- Protector estéril para la sonda del ecógrafo
- Campo estéril
- Anestésico elegido
- Ecógrafo



TÉCNICA

- Crear campo estéril y colocar electrodo.
- La visualización correcta de la punta de la aguja es esencial, para garantizar la seguridad del procedimiento se localizará el nervio femoral por electroneuroestimulador y/o por ecografía.
- Introducir aguja con un ángulo 30°-45° en dirección cefálica..
- El personal de enfermería inyectará el anestésico local fraccionadamente haciendo aspiraciones cada 5ml. Si se nota dolor agudo intenso, se debe parar la administración.



CONTRAINDICACIONES

- Alteraciones graves de la coagulación.
- Alergia a anestésicos locales.
- Rechazo de la técnica por parte del paciente.

BENEFICIOS DEL BLOQUEO

- Interrupción de los impulsos dolorosos, impidiendo su llegada a los centros receptores del SNC.
- El tratamiento se limita a una porción restringida del organismo donde se localiza la zona dolorosa
- Necesidad de poco material pero gran conocimiento de la técnica.
- Mínima dosis del fármaco utilizado, con disminución de efectos secundarios

Contraindicaciones

Absolutas

- Rechazo a la técnica
- Coagulopatías*
- Infección en el sitio de punción
- Sepsis*
- HTE*

Relativas

- Alergia a los anestésicos locales
- Hipovolemia*
- Alteración SNC*
- Inhibidores plaquetarios*

COMPLICACIONES

- **Hematomas:** con una compresión momentánea se evita la aparición de hematomas en la mayoría de los casos no siendo necesario interrumpir realización del bloqueo
- **Inyección intravascular accidental:** es posible puncionar ramas colaterales de los vasos femorales no perceptibles a la palpación. Es muy importante estar atentos a esta posibilidad aspirando periódicamente.
- **Neuropatía:** durante la realización de la técnica se procurará guardar una serie de preocupaciones como avanzar lentamente la aguja y nunca inyectar si se nota una presión excesivamente alta o el paciente se queja de dolor.
- **Infección.**

CONCLUSIONES

La evolución tecnológica así como las nuevas técnicas analgésicas hacen necesario que la enfermería se encuentre en constante desarrollo tanto científico como técnico. Por ello, creemos necesario aclarar y explicar el papel de enfermería en este procedimiento en cuestión, con el fin de evitar futuras complicaciones que pongan en riesgo la salud del paciente.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. 1ª Edición. Madrid. Elsevier 2012.
- Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Madrid Elsevier, 2009.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Madrid Elsevier, 2009.
- Fenoll J.J, García A.F, Marchán A. Cuidados generales a pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Rev. Recien, Mayo 2014.

Resumen: El bloqueo del nervio femoral es una técnica analgésica que se utiliza en intervenciones quirúrgicas de extremidades inferiores, con la que se consigue el control del dolor de forma inmediata, ayudando a conseguir el mejor estado de salud del paciente.

Se puede llevar a cabo usando un neuroestimulador y bloqueando el nervio periférico, o bien de forma eco-guiada, lo que conlleva una mejor localización del nervio, consiguiendo un aumento de la eficacia y seguridad de la técnica en cuestión.

Palabras Clave: Dolor; nervio femoral; bloqueo nervioso.

Objetivo

Describir el papel de enfermería en la realización del bloqueo del nervio femoral.

Material y métodos

Para la descripción de esta técnica, se ha realizado una búsqueda narrativa en bases de datos como cuiden, medline, cochrane y elsevier, con el fin de unificar criterios. También se ha contado con la experiencia del personal de los autores en su día a día en la unidad post-anestésica del hospital santa barbara de puertollano.

Gracias al trabajo realizado, se ha conseguido consensuar una técnica óptima para la realización del bloqueo nervioso, aclarando también en qué casos se encuentra desaconsejada. A su vez, se detallan tanto el material necesario como las complicaciones que podrían aparecer y que llevan asociado una constante vigilancia de la respuesta del paciente.

Conclusión

A modo de conclusión, destacar que la evolución tecnológica así como las nuevas técnicas analgésicas hacen necesario que la enfermería se encuentre en constante desarrollo tanto científico como técnico. Por ello, creemos necesario aclarar y explicar el papel de enfermería en este procedimiento en cuestión, con el fin de evitar futuras complicaciones que pongan en riesgo la salud del paciente.

Bibliografía

1. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. 1ª Edición. Madrid. Elsevier 2012.
2. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª Edición. Madrid Elsevier, 2009.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª Edición. Madrid Elsevier, 2009.
4. Fenoll J.J, García A.F, Marchán A. *Cuidados generales a pacientes con ventilación mecánica no invasiva*. Rev. Recien, Mayo 2014.

Capítulo 161

Pediculosis: ¿Qué pasa con los piojos?

Autores:

Camacho Sánchez, Beatriz

Calvo Giménez, Marta

Vela Meco, Cristina

PEDICULOSIS: ¿Qué pasa con los piojos?



Introducción

La pediculosis de la cabeza es la infestación del cuero cabelludo y pelo humano por *Pediculus humanus capitis* (piojo de la cabeza).

La pediculosis supone actualmente un problema de distribución universal, afectando a todos los estratos sociales. Su presencia no está relacionada con la falta de higiene, ni de cuestiones socioeconómicas.

Los piojos no suponen un peligro trascendental para la salud pública, ya que no ocasionan trastornos graves ni transmiten enfermedades.

En España, su **prevalencia oscila entre un 5 y un 15% de la población escolar**. Su contagio es más frecuente en niños entre 5 y 12 años, así como en el sexo femenino, ya que en estas edades el contacto es más directo.

Según algunos estudios, las infestaciones por piojos de la cabeza son ahora más frecuentes y difíciles de tratar (resistencia a insecticidas clásicos, el mal uso de los mismos...)

Objetivos

- Conocer las características generales de los piojos (como son, como actúan, como se contagian...)
- Conocer la última evidencia científica sobre los tratamientos más actualizados
- Conocer si existen tratamientos preventivos o que medidas preventivas se pueden aplicar
- Conocer si los productos naturales son efectivos

Resultados

¿Qué son los piojos? Características generales

- Insecto de unos 2-3 mm de largo, de color marrón grisáceo, que se nutre de la sangre del cuero cabelludo de los humanos (son parásitos de los seres humanos)
- No afectan a los animales ni éstos lo transmiten
- El piojo es **difícil de ver** (se mueven muy rápido).
- Lo más frecuente, es ver las **liendres** de color blanco-grisáceo, que se fijan fuertemente a la raíz del pelo.
- Prefieren el pelo largo y las zonas de la nuca y detrás de las orejas (zonas de mayor humedad)
- Los piojos **no saltan ni vuelan**, crecen y se multiplican muy rápidamente
- Contagio de persona a persona al ponerse en **contacto sus cabezas o por el intercambio de objetos personales**



Los piojos pueden vivir entre 20-50 días en la cabeza. Fuera de la cabeza 24-48h. La hembra adulta pone entre 100-300 huevos durante su vida.

Insecticidas:

Tratamiento pediculosis:

- **Permetrina 1%**: Piretrinas sintéticas es neurotóxico para el piojo. Es el **pediculicida de elección** seleccionado en muchos estudios por tener mayor experiencia y por su baja toxicidad. Recomendado por la OMS. Inconvenientes: no aplicar en niños asmáticos, ni en lesiones abiertas. Ha generado resistencias. Repetir el tratamiento a los 7-10 días por no ser 100% ovicida.
- **Malatión 0.5%** (organofosforado): Gran poder ovicida, solo precisa una sola aplicación. Inconvenientes: cierto grado de toxicidad, olor desagradable, producto altamente inflamable, contraindicado en menores de 2 años y embarazadas.
- **Lindano** (organoclorado): En desuso por resistencias ampliamente conocidas y toxicidad.

Sin insecticida:

- **Dimeticona** (silicona): erradica piojos y liendres por oclusión. No toxicidad, recomendado en asmáticos. No genera resistencias. 1 sola aplicación. Uso en mayores de 1 año.
- **Octanediol** es la **novedad en los últimos años**: erradica piojos y liendres destruyendo la capsula de los mismos causando deshidratación. No usar sobre piel dañada o en menores de 1 año. Se puede secar al aire o con secador. También se ha visto su **utilidad como repelente**. Buen perfil de seguridad.

La **retirada de las liendres después del tratamiento es IMPRESCINDIBLE** para evitar recaídas. Se puede hacer de forma manual o con una lencera. Repetir los días posteriores al tratamiento

Medidas generales:

- Cortar el pelo o recogerlo en coleta.
 - **No compartir** cepillos, gorras, cintas de pelo..
 - **Lavar a más de 55º la ropa usada** al principio del tratamiento: sábanas, gorros, bufandas, juguetes de tejido.
 - Planchar con vapor, especialmente las costuras, y aspirar colchones, almohadas y alfombras.
 - Si esto no es posible, **guardar estas prendas en una bolsa herméticamente cerrada durante 15 días**.
 - Sumergir los peines en agua hirviendo unos 10 minutos.
- Existe controversia sobre la necesidad de tratar los objetos personales del paciente y otros objetos de la casa (la supervivencia del piojo fuera del huésped mas de 1-2 días es rara)



Conclusiones

- No hay consenso universal sobre que tratamiento es mejor, ya que debería estar basado en resistencias locales, y en nuestro país no existe información al respecto. La aparición de nuevos tratamientos sin insecticida supone un gran avance para eliminar las resistencias.
- La enfermería escolar tiene una importante labor en este campo, a través de la educación para la salud y el control de casos. Hay estudios que evidencian que las charlas de higiene orientadas a la prevención de la infestación por piojos en las aulas, reduce la frecuencia de infestación.
- El mejor método preventivo para combatir la pediculosis es la revisión periódica (cada 3-4 días) de la cabeza de los niños con lencera con edades comprendidas entre los tres y doce años en las épocas en las que hay piojos en el colegio.

Material y Método

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura disponible para conocer la situación actual de la pediculosis. La búsqueda se ha realizado en bases de datos Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet, UpToDate guías de práctica clínica, protocolos de la Asociación española de pediatría, complementando la búsqueda con las recomendaciones aportadas por la OMS y del Centro para el Control y prevención de Enfermedades (CDC).

Las palabras claves utilizadas fueron: pediculosis, infestación por piojos, escolar y sus análogos en inglés: lice infestation, child, pediculus humanus.

En la estrategia de búsqueda se utilizó el boleano "AND".

Los criterios de inclusión para seleccionar la bibliografía comprendieron un periodo de los últimos 5 años, escritos en español y /o en inglés y que se pudiera visualizar el texto completo.

Diagnóstico



- Se realiza en base a encontrar piojos vivos
- A veces **no producen síntomas**, se ven de forma casual.
- Lo más frecuente es el **picor en la cabeza** (reacción a la saliva que inyectan los piojos en la piel) "Mamá mírame la cabeza que me pica muchísimo"
- Pueden producir **lesiones por rascado**, granitos o malestar por el picor.



- Imprescindible: **lencera**



Peine de púa fina con una separación entre 0,2-0,3mm. Se debe peinar 2 veces de forma metódica, mejor sobre pelo húmedo, en busca de liendres o piojos, desde el cuero cabelludo a las puntas



BUENA ILUMINACIÓN

ESTAR CÓMODO

CON EL PELO HÚMEDO DESENREDARLO CON UN CEPILLO

DIVIDIR LA CABEZA EN 4 SECCIONES

¡PACIENCIA! REVISAR METICULOSAMENTE MECHÓN A MECHÓN

ARRASTRAR CON LA LENCERA DESDE LA RAÍZ A LAS PUNTAS

LIMPIAR LA LENCERA CON PAPEL O CON AGUA CALIENTE

REPETIR HASTA REVISAR TODA LA CABEZA

SI VEMOS PIOJOS O LIENDRES APLICAR TT*

Existen diferentes formas galénicas de aplicación: loción acuosa, alcohólica, champú, spray, crema, loción-gel, espuma... Es muy importante seguir las recomendaciones del fabricante.

Se recomienda **no utilizar productos en forma de champú o spray** porque disminuye el efecto.

No usar sobre piel dañada o en menores de 1 año. Se puede secar al aire o con secador. También se ha visto su **utilidad como repelente**. Buen perfil de seguridad.

Recomendaciones finales:

- Reconocer cuanto antes la situación.
- **Nunca se debe aplicar un insecticida como repelente o preventivo**, porque puede ser tóxico y genera resistencias.
- **Educar a los niños en medidas preventivas**: evitar el contacto cabeza con cabeza, o del intercambio de bufandas, diademas, etc.
- Examinar a los demás miembros de la familia y niños con contacto estrecho cada tres días y tratar si están afectados.
- **Revisad el cuero cabelludo** de los niños, **dos o tres veces por semana**.
- **Informad a la escuela** en caso de que los niños estén contagiados. De esta manera se podrán tomar las medidas preventivas oportunas. NO hay que avergonzarse.
- Puede **incorporarse al colegio inmediatamente tras iniciar el tratamiento**
- **Cuidado con los productos naturales como repelentes, no son inocuos y no hay evidencia científica suficiente o no cumplen con el perfil de seguridad adecuado** (árbol de te: muy tóxico si se ingiere, puede causar coma; vinagre de Quassia amara, aceite de eucalipto...)

Resumen: La pediculosis (infestación del cuero cabelludo y pelo humanos) supone actualmente un problema de distribución universal. En los últimos años, se ha observado un aumento en la prevalencia y es más difícil de tratar que años atrás. Existen a la vez, mensajes confusos e inadecuados acerca de las distintas opciones de tratamiento. Por ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura disponible para conocer la situación actual de la pediculosis: la causa, el modo de transmisión, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico, tratamiento y la prevención y control de la pediculosis.

Palabras Clave: *Pediculus humanus; child; lice infestation.*

Introducción

La pediculosis es la infestación del cuero cabelludo y pelo humanos por *Pediculus humanus capitis* (piojo de la cabeza). Supone actualmente un problema de distribución universal, afectando a todos los estratos sociales. Su presencia no está relacionada con la falta de higiene, ni de cuestiones socioeconómicas.

Los piojos no suponen peligro trascendental para la salud pública, no ocasionan trastornos graves ni transmiten enfermedades. En España, su prevalencia oscila entre 5 y 15% de la población escolar, más frecuente en niños entre 5 y 12 años, por contacto más directo en estas edades. Según algunos estudios, la pediculosis es ahora más frecuente y difícil de tratar (resistencia a insecticidas clásicos, el mal uso de los mismos)

Material y método

Revisión bibliográfica de la literatura disponible para conocer la situación actual de la pediculosis. Búsqueda realizada en Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet, UpToDate, guías de práctica clínica, protocolos de la Asociación española de pediatría, complementado con las recomendaciones de la OMS y del Centro para el Control y prevención de Enfermedades (CDC).

Objetivos

- Conocer características generales de los piojos (cómo son, cómo actúan, cómo se contagian...).
- Conocer última evidencia científica sobre tratamientos más actualizados.
- Conocer tratamientos preventivos o medidas que se pueden aplicar.
- Conocer efectividad de productos naturales.

Resultados

Los piojos son insectos de 2-3 mm de largo, de color marrón grisáceo, que se nutren de sangre del cuero cabelludo de los humanos (son parásitos de los humanos, no afectan a los animales ni éstos lo transmiten). Son difíciles de ver (se mueve muy rápido), lo más frecuente, es ver las liendres de color blanco-grisáceo que se fijan fuertemente a la raíz del pelo, localizándolas en las zonas de mayor humedad.

Los piojos no saltan ni vuelan. El contagio es persona a persona al ponerse en contacto sus cabezas o por el intercambio de objetos personales. Crecen y se multiplican muy rápidamente.

El diagnóstico se realiza al encontrar piojos vivos, siendo el método más eficaz el peinado del pelo con lendreras. Causan picor en la cabeza por la reacción a la saliva que inyectan los piojos en la piel; otras veces no producen síntomas y se ven de forma casual.

En cuanto al tratamiento para la pediculosis, disponemos de tratamientos insecticidas y sin insecticidas.

Insecticidas:

- Permetrina 1%: Pediculicida de elección en muchos estudios, y recomendado por la OMS por mayor experiencia y baja toxicidad. Inconvenientes: no aplicar en niños asmáticos, ni en lesiones abiertas. Ha generado resistencias. Repetir el tratamiento a los 7-10 días.
- Malatión 0.5%: Posee gran poder ovicida. 1 sola aplicación. Inconvenientes: cierto grado de toxicidad, olor desagradable, altamente inflamable, contraindicado en menores de 2 años y embarazadas.
- Lindano: En desuso por resistencias ampliamente conocidas y toxicidad.

Sin insecticida:

- Dimeticona (silicona): erradica piojos y liendres por oclusión. No toxicidad, recomendado en asmáticos. No genera resistencias. 1 sola aplicación. Uso en mayores de 1 año.
- Octanediol: novedad en los últimos años. Erradica piojos y liendres destruyendo la cápsula de los mismos causando deshidratación. No usar sobre piel dañada o en menores de 1 año. Se puede secar al aire o con secador. También se ha visto su utilidad como repelente. Buen perfil de seguridad.

Existen diferentes formas galénicas de aplicación: loción acuosa, alcohólica, champú, spray, crema, loción-gel, espuma. Se recomienda no utilizar productos en forma de champú o spray porque disminuye el efecto, y es muy importante seguir las recomendaciones del fabricante. La retirada de liendres después del tratamiento, es imprescindible para evitar recaídas. Se puede hacer de forma manual o con una lendreras y se debe repetir los días posteriores al tratamiento.

Las medidas y recomendaciones generales para el control y prevención de la pediculosis:

- Educar en medidas preventivas: llevar pelo recogido; no compartir cepillos, gorras, cintas de pelo...
- Revisar el cuero cabelludo de los niños, 2-3 veces/semana, en épocas que hay piojos en el colegio.
- Reconocer cuanto antes la situación e informar a la escuela, de esta manera se podrán tomar las medidas preventivas oportunas. No hay que avergonzarse. Los niños pueden incorporarse al colegio inmediatamente tras iniciar el tratamiento.
- No aplicar insecticida como repelente o preventivo, puede ser tóxico y genera resistencias.
- Cuidado con productos naturales como repelentes. No son inocuos y no hay evidencia científica suficiente o no cumplen con el perfil de seguridad adecuado (árbol de te: muy tóxico si se ingiere, puede causar coma; vinagre de Quassia amara, aceite de eucalipto).

- Existe controversia a la hora de tratar objetos personales y de la casa, ya que la supervivencia del piojo fuera del huésped más de 1-2 días es rara.

Conclusiones

- No hay consenso universal sobre que tratamiento es mejor, ya que debería estar basado en resistencias locales, y en nuestro país no existe información al respecto. La aparición de nuevos tratamientos sin insecticida supone un gran avance para eliminar las resistencias.
- La enfermería escolar tiene una importante labor en este campo, a través de la educación para la salud y el control de casos. Hay estudios que evidencian que charlas de higiene orientadas a la prevención de la pediculosis en las aulas, reduce la frecuencia de infestación.
- El mejor método preventivo es la revisión periódica de la cabeza de los niños (cada 3-4 días) con lencera en edades comprendidas entre los tres y doce años en las épocas en las que hay piojos en el colegio.

Bibliografía

1. García Ruiz JA, Larrubia Muñoz O, Pablos Mateos AI, Puerta Fernández MC, Vazquez Panal J. *Tratamiento de la pediculosis de la cabeza*. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 75. Instituto de Salud Pública de Madrid, 2002 [consultado el 21/02/2018].

2. *¿Problemas con los piojos? Quíteselos de la cabeza*. Consejería de Sanidad. D. G. de Salud Pública. Servicio Madrileño de Salud. Folleto en papel. Madrid, 2013. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017509.pdf>.

3. Garrí Tahull JM, Molina Morales V, Moraga Llop FA, Viñallonga Sardá X, Baselga Torres E. *Pediculosis de la cabeza*. Revisión del año 2007. En: Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. [consultado el 20/02/2018]. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/dermatologia/index.htm.

4. Herranz Jordán B, Abad Irazusta E. *Pediculosis de la cabeza* (v.1.1/2008). Guía_ABE. *Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico* [actualizado el 17/09/2015; consultado el 08/02/2018]. Disponible en <http://www.guia-abe-es>.

5. *Piojos. Prevención y control*. Revisión 18 octubre de 2016. Modificada 26 octubre de 2016. Centros para el control y la prevención de enfermedades. [consultado el 20/02/2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/head/es/prevencion.html>.

Capítulo 162

Percepción de la atención sanitaria recibida por mujeres víctimas de violencia de género

Autora:

Chaparro León, María

Percepción de la atención sanitaria recibida por mujeres víctimas de violencia de género

Autor:



INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica ha pasado a ser en nuestros días un tema no sólo de actualidad política y social, sino que también en el ámbito sanitario se considera un problema de salud pública, cuya expresión máxima es la muerte o «feminicidio», como se denomina cada vez con mayor frecuencia al homicidio femenino. La violencia contra la mujer en la pareja tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Pero además, esta problemática sigue estando plagada de estereotipos negativos que afectan en gran medida a las redes de apoyo formales e informales a las que acude la mujer maltratada en algún momento. Estas mujeres suelen ser, de nuevo, victimizadas por los organismos que deberían prestarles protección y apoyo.

OBJETIVO

Conocer la opinión de un grupo de mujeres que han sufrido y/o sufren violencia de género por sus parejas o exparejas sentimentales y que fueron atendidas por los servicios sanitarios tras una agresión física y/o psicológica.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio y ámbito

Estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se incluyeron mujeres mayores de 18 años que fueron atendidas por los servicios sanitarios tras sufrir violencia de género por sus parejas sentimentales.

Muestreo:

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de las participantes atendiendo al criterio de inclusión principal, que fue la consulta en el centro sanitario tras sufrir cualquier tipo de violencia de género.

Variables estudiadas e instrumentos de medición

El instrumento utilizado para recoger la información fue un cuestionario estructurado autoadministrado creado específicamente para este estudio. Contiene preguntas cerradas y puede ser contestado en menos de 15 min.

Procedimiento

La información se recogió una vez la mujer hubo realizado la consulta por la cual acudió al centro. Los cuestionarios eran entregados tras solicitar la colaboración de la mujer, se hacía una breve introducción en la que se le explicaba que se estaba llevando a cabo un estudio. Si la mujer aceptaba participar se le entregaba el cuestionario introducido en un sobre abierto, que era cumplimentado por la participante. Se hizo especial énfasis en la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas a través del cálculo de frecuencias y porcentajes. Para el análisis de los datos y realización de gráficos se utilizó el programa Excel de Windows.

Consideraciones éticas

Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 50 participantes- El 28% (14) de las mujeres acudieron al centro por voluntad propia, el 72% (36) restante fue acompañada por familiares, amigos o servicios policiales, figura 1. Un 14% (7) acudieron al centro acompañadas del presunto maltratador. Un 25% (25) de las mujeres interpuso denuncia bien a través del centro sanitario o en comisaría, figura 2. A 16 de las mujeres que denunciaron se les pusieron medidas de protección judicial (orden de alejamiento del maltratador). Catorce de estas ordenes de alejamiento fueron incumplidas y diez de las catorce mujeres cuyas parejas tenían orden de alejamiento volvió a sufrir nuevas agresiones físicas y psíquicas.

Un 88% (44) recibió información en el centro sanitario sobre el protocolo de atención a víctimas de género y se les ofreció protección y seguridad. El 48% (24) de las mujeres que recibió la información del centro sanitario refiere no estar contenta con la atención que recibieron. Además el 92% (46) se sintió juzgada por el personal sanitario que las atendió y tan sólo un 8% (4) percibió que el personal las creía y apoyaba. La clasificación del tipo de maltrato sufrido se puede ver en la figura 3. Un 30% (15) ha conseguido separarse de su pareja, figura 4.

figura 1

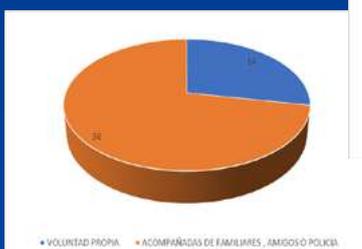


figura 2

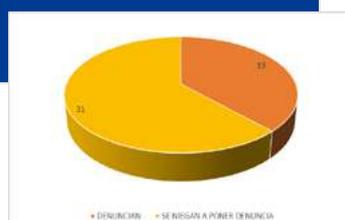
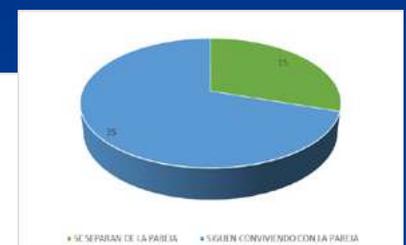


figura 3



figura 4



CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la situación que viven las mujeres que sufren violencia de sus parejas y que, en muchas ocasiones, esta violencia sucede desde hace años. Por tanto, resulta necesario intervenir a tiempo y ayudar a las víctimas para evitar la cronificación de este problema. Los profesionales de la salud tienen una importante tarea en este ámbito de actuación, ya que se encuentran en una situación privilegiada para detectar este grave problema de salud pública

Resumen: El objetivo es conocer la opinión de un grupo de mujeres que han sufrido y/o sufren violencia de género por sus parejas o exparejas sentimentales y que fueron atendidas por los servicios sanitarios tras una agresión física y/o psicológica. Se realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se incluyeron mujeres mayores de 18 años que fueron atendidas por los servicios sanitarios tras sufrir violencia de género por sus parejas sentimentales. Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la situación que viven las mujeres que sufren violencia de sus parejas.

Palabras Clave: Violencia Doméstica; Violencia de Género; Maltrato Conyugal.

Introducción

La violencia doméstica ha pasado a ser en nuestros días un tema no sólo de actualidad política y social, sino que también en el ámbito sanitario se considera un problema de salud pública, cuya expresión máxima es la muerte o «feminicidio», como se denomina cada vez con mayor frecuencia al homicidio femenino.

La violencia contra la mujer en la pareja tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Pero además, esta problemática sigue estando plagada de estereotipos negativos que afectan en gran medida a las redes de apoyo formales e informales a las que acude la mujer maltratada en algún momento. Estas mujeres suelen ser, de nuevo, victimizadas por los organismos que deberían prestarles protección y apoyo.

Objetivo

El objetivo es conocer la opinión de un grupo de mujeres que han sufrido y/o sufren violencia de género por sus parejas o exparejas sentimentales y que fueron atendidas por los servicios sanitarios tras una agresión física y/o psicológica.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se incluyeron mujeres mayores de 18 años que fueron atendidas por los servicios sanitarios tras sufrir violencia de género por sus parejas sentimentales.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de las participantes atendiendo al criterio de inclusión principal, que fue la consulta en el centro sanitario tras sufrir cualquier tipo de violencia de género.

El instrumento utilizado para recoger la información fue un cuestionario estructurado autoadministrado creado específicamente para este estudio. Contiene preguntas cerradas y puede ser contestado en menos de 15 min. La información se recogió una vez la mujer hubo realizado la consulta por la cual acudió al centro.

Los cuestionarios eran entregados tras solicitar la colaboración de la mujer, se hacía una breve introducción en la que se le explicaba que se estaba llevando a cabo un estudio. Si la mujer aceptaba participar se le entregaba el cuestionario introducido en un sobre abierto, que era cumplimentado por la participante. Se hizo especial énfasis en la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

Resultados

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas a través del cálculo de frecuencias y porcentajes. Para el análisis de los datos y realización de gráficos se utilizó el programa Excel de Windows. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

Se obtuvo una muestra total de 50 participantes. El 28% (14) de las mujeres acudieron al centro por voluntad propia, el 72% (36) restante fue acompañada por familiares, amigos o servicios policiales. Un 14% (7) acudieron al centro acompañadas del presunto maltratador. Un 25% (25) de las mujeres interpuso denuncia bien a través del centro sanitario o en comisaria. A 16 de las mujeres que denunciaron se les pusieron medidas de protección judicial (orden de alejamiento del maltratador). Catorce de estas ordenes de alejamiento fueron incumplidas y diez de las catorce mujeres cuyas parejas tenían orden de alejamiento volvió a sufrir nuevas agresiones físicas y psíquicas. Un 88% (44) recibió información en el centro sanitario sobre el protocolo de atención a víctimas de género y se les ofreció protección y seguridad. El 48% (24) de las mujeres que recibió la información del centro sanitario refiere no estar contenta con la atención que recibieron. Además el 92% (46) se sintió juzgada por el personal sanitario que las atendió y tan sólo un 8% (4) percibió que el personal las creía y apoyaba. Un 30% (15) ha conseguido separarse de su pareja.

Conclusión

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la situación que viven las mujeres que sufren violencia de sus parejas y que, en muchas ocasiones, esta violencia sucede desde hace años. Por tanto, resulta necesario intervenir a tiempo y ayudar a las víctimas para evitar la cronificación de este problema. Los profesionales de la salud tienen una importante tarea en este ámbito de actuación, ya que se encuentran en una situación privilegiada para detectar este grave problema de salud pública.

Bibliografía

1. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. *Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias*. Gac Sanit. 2004; 18 Supl 2:4-12.
2. Mata N, Ruiz I. *Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria* [tesina máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002.
3. Fernández Alonso MC. *Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?* Aten Primaria. 2004; 34:125-7.

Capítulo 163

Perfil de las personas que cuidan a los pacientes crónicos complejos no oncológicos en atención primaria

Autores:

Sánchez Cañada, Manuela

Cuberos Sánchez, Carla María

Cuberos Sánchez, Ana Cristina

Márquez Calzada, Cristina

Domínguez Moreno, Antonio

PERFIL DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (PCC) NO ONCOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)



Manuela Sánchez Cañada, Carla M^a Cuberos Sánchez, Ana Cristina Cuberos Sánchez, Cristina Márquez Calzada, Antonio Domínguez Moreno

INTRODUCCIÓN

La prestación de cuidados en domicilio es común en pacientes con enfermedades crónicas en estado avanzado. El conocimiento del perfil de las personas que cuidan y la carga sentida por estas nos permite detectar situaciones de riesgo e implementar estrategias ante la presencia de alguna alteración.

OBJETIVOS

- Conocer el perfil de las personas que cuidan a pacientes crónicos complejos no oncológicos.
- Determinar la carga sentida de las personas que cuidan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: AP, multicéntrico urbano y periurbano

Diseño: Descriptivo Transversal

Sujetos: adultos con al menos un criterio de los siguientes: Insuficiencia cardiaca (ICC) con NYHA \geq III; Insuficiencia respiratoria crónica con mMRC \geq III, satO₂<90% y/o oxigenoterapia domiciliaria; Insuficiencia renal crónica estadio 4 ó 5 o creatinemias basales \geq 3mg/dL; Hepatopatía crónica con Child-Pugh>7; Enfermedad neurológica crónica (ENC) con deterioro cognitivo (Test Pfeiffer -TP- \geq 7 errores) y/o funcional (Índice Barthel -IB- <60 puntos)

Criterios de inclusión: Consentimiento informado por escrito

Criterios de exclusión: Enfermedad oncológica activa

Tamaño muestral: 561 sujetos seleccionados por muestreo consecutivo

Mediciones:

Del paciente: sociodemográficas, clínicas, cognitiva (TP) y funcional (IB), necesidad de cuidadora (IB<60 y/o TP \geq 5)/ presencia y relación con el paciente

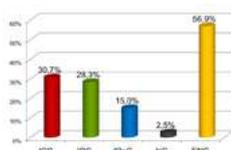
De la persona que cuida: edad, sexo, nivel educativo, tiempo dedicado al cuidado, convivencia, otras ayudas al cuidado y sobrecarga (Zarit); ley de dependencia

Fuente de datos: entrevista estructurada e historia clínica

Análisis de datos: descriptivo uni y bivalente según naturaleza de las variables

Aspectos éticos: Se ha obtenido la conformidad del Comité de Ética de la Investigación de referencia

RESULTADOS



	Media
Nº enfermedades	8,8 (DS 3,8)
Nº fármacos	9,21 (DS 4)

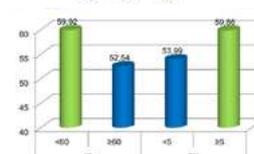
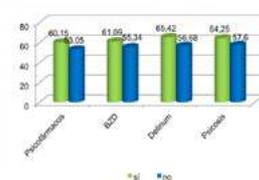
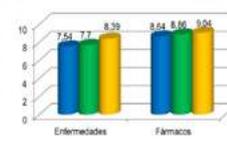
	Mediana	Porcentaje
IB	45 (IQR 8)	
IB<60		60,8%
TP	5 (IQR 8)	
TP \geq 5		50,1%

Objetivo 1



Objetivo 2 219 (45,2%) cuestionarios completados

	Media	Porcentaje
Puntuación	57,50 (DS 15,2)	
Evaluación		
- No sobrecarga		21,5%
- Sobrecarga leve		22,8%
- Sobrecarga intensa		55,7%



CONCLUSIONES

- La población de PCC no oncológicos es de edad avanzada, multimorbilidad y polimedicación, con importante deterioro funcional y cognitivo, por lo que gran parte tiene cuidador.
- El perfil de nuestras cuidadoras coincide con la literatura: mujeres, cónyuges e hijas, con dedicación completa. La relación de la puntuación del IB con la carga sentida es un indicador más para trabajar por la preservación funcional de los pacientes
- El consumo de psicofármacos refleja el deterioro cognitivo avanzado, que conlleva mayor dependencia y, con ello, sobrecarga de la persona que cuida

Resumen: Actualmente nos encontramos ante una epidemia de enfermedades crónicas; vivimos más y padecemos más enfermedades que, se hacen crónicas y causan discapacidad. Esto conlleva una mayor demanda de recursos sanitarios y fuerte impacto en el entorno sociofamiliar del paciente, principalmente en las cuidadoras informales.

En este contexto de mayor supervivencia, multimorbilidad y cronicidad discapacitante preocupa la importancia de conocer la evolución de las enfermedades médicas (no oncológicas, para las que existen distintos instrumentos de pronóstico) para precisar el momento en el que la enfermedad se encuentra avanzada y entra en fase terminal, haciéndose necesario potenciar el abordaje sintomático-paliativo.

Palabras Clave: Informal caregivers, burden; chronic diseases, caregiver strain index; terminal medical illnesses.

Introducción

La prestación de cuidados en el domicilio es común en pacientes con enfermedades crónicas en estado avanzado y es un pilar básico en la calidad y continuidad asistencial. El conocimiento del perfil de las personas que cuidan y la carga sentida por estas nos permite detectar situaciones de riesgo e implementar estrategias ante la presencia de alguna alteración. Cuidar a las personas que cuidan, es cuidar también a nuestros pacientes.

Objetivos

Conocer el perfil de las personas que cuidan a pacientes crónicos complejos no oncológicos y determinar la carga sentida de las personas

Material y métodos

- **Ámbito:** Atención Primaria, multicéntrico urbano y periurbano.
- **Diseño:** Descriptivo transversal.
- **Sujetos:** Adultos con al menos un criterio de enfermedad de órgano avanzada entre los siguientes:
 - Insuficiencia cardiaca (ICC) con NYHA \geq III,
 - Insuficiencia respiratoria crónica con mMRC \geq III/satO₂7,
 - Enfermedad neurológica crónica (ENC) con deterioro cognitivo (Test Pfeiffer -TP- \geq 7 errores) y/o funcional (Índice Barthel -IB- <60 puntos),
- **Criterios de inclusión:** Consentimiento informado por escrito a participar.
- **Criterios de exclusión:** Enfermedad oncológica activa.
- **Tamaño muestral:** 561 seleccionados por muestreo consecutivo.
- **Mediciones:**
 - Del paciente: Sociodemográficas, clínicas, cognitiva (TP) y funcional (IB).

- De la persona que cuida: Necesidad ($IB < 60$ y/o $TP \geq 5$)/presencia, relación con el paciente, edad, sexo, nivel educativo, tiempo dedicado al cuidado, convivencia, otras ayudas al cuidado y sobrecarga (cuestionario Zarit); Ley de Dependencia (LAPAD).

- Fuente de datos: Entrevista estructurada y revisión de historia clínica digital.
- Análisis de datos: Descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables.
- Aspectos éticos: El proyecto ha sido diseñado según la normativa legal vigente. Se ha obtenido la conformidad del Comité de Ética de la Investigación de referencia.

Resultados

Se incluyeron 561 sujetos (54% eran mujeres). Edad media 79,6 años (DS 10,6); el 53,3% estaba casado y el 39,3% viudo. Las CD más frecuentes son ENC (56,9%) e ICC (30,7%) (media de categorías 1,33 (DS 0,5)). La media de enfermedades fue 8,8 (DS 3,8) y de fármacos 9,21 (DS 4). La mediana del IB fue 45 (RIQ 64) y del TP 5 (RIQ 8). El 71,1% necesitaba persona cuidadora y un 81,3% tenía.

El 89,7% eran cuidadoras informales, el 54,5% hija/o y 81,6% mujer, edad media 60,20 años (DS 20,9). El 62,4% dedicaba tiempo completo al cuidado, el 72,2% convivían en domicilio y el 67,3% tenía otras ayudas; el 16,6% estaba incluido en algún programa de apoyo al cuidador y el 35,2% tenía LAPAD. Se pasó el Zarit a 219 cuidadoras informales (45,2%), la puntuación media fue 57,50 (DS 15,2); el 55,7% presentaba sobrecarga intensa, con significación estadística con IB ($p < 0,05$) y consumo de psicofármacos ($p < 0,05$).

Conclusiones

La población de pacientes crónicos complejos no oncológicos identificada es de edad elevada con elevada multimorbilidad, polimedicación, con importante deterioro funcional y cognitivo, por lo que gran parte tiene cuidador.

El perfil de las cuidadoras coincide con la literatura: mujeres, cónyuges e hijas, que se dedican por completo al cuidado. La relación de la puntuación del IB con la carga sentida es un indicador más para trabajar por la preservación de la funcionalidad de los pacientes.

El consumo de psicofármacos refleja el deterioro cognitivo avanzado que conlleva mayor dependencia y, con ello sobrecarga de la persona que cuida.

Bibliografía

1. Moreno Gaviño L, Bernabeu Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, Ollero Baturone M, García Morillo S. *Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos*. Aten Primaria. 2008; 40(4), 193-198.

2. Rodríguez González AM, Rodríguez Míguez E, Duarte Pérez A, Díaz Sanisidro E, Barbosa Álvarez A, Clavería A. *Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes*. Aten Primaria. 2017; 49(3): 156-165.

3. Bernabeu M. *Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal*. Proyecto PALIAR. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(4): 203-12.

Capítulo 164

Plan de cuidados al paciente con gangrena de Fournier

Autores:

Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia

Olmo Trujillo, Coral

Serrano Barona, David

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON GANGRENA DE FOURNIER

La gangrena de Fournier se define como una forma específica de fascitis necrotizante sinérgica, rápida, progresiva y de origen multibacteriano, que afecta principalmente la fascia muscular de la región perineal, genital o perianal e incluso de la pared abdominal; con punto de partida genitourinario, colorrectal o idiopático. Todo ello, acompañado de gangrena de la piel de estas áreas debida a trombosis de vasos sanguíneos subcutáneos.

OBJETIVOS

- Aumentar la competencia profesional y la calidad recibida a través de un plan de cuidados estandarizado, utilizando la metodología *NANDA-NIC-NOC*.
- Reducir la estancia media hospitalaria y los costes sanitarios producidos por esta patología.
- Coordinar la atención especializada, primaria y domiciliaria a través del *Informe de Continuidad de Cuidados (ICC)*.



METODOLOGÍA

Valoramos al paciente mediante los *11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon*.

A través de las Taxonomías *NANDA-NIC-NOC* identificamos los diagnósticos de enfermería alterados en cada patrón, los resultados esperados y las intervenciones a realizar, ya sean independientes o de colaboración.

Para el seguimiento de la cura de la herida quirúrgica en AP o en el domicilio utilizamos el *ICC*.

INTERVENCIONES

<i>NANDA</i>	<i>NIC</i>	<i>NOC</i>
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196).	Manejo intestinal (0430). Manejo de la náusea (1450).	Función gastrointestinal (1015).
Retención urinaria (00023).	Manejo de la eliminación urinaria (0590). Cuidados de la retención urinaria (0620). Cuidados del catéter urinario (1876).	Eliminación urinaria (0503).
Riesgo de infección (00004).	Cuidados de las heridas (3660). Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584). Control de infecciones (6540). Protección contra las infecciones (6550). Cuidados del catéter urinario (1876).	Curación de la herida por segunda intención (1103). Estado inmune (0702). Severidad de la infección (0703).
Estreñimiento (00011).	Manejo del estreñimiento/impactación (0450).	Eliminación intestinal (0501).
Deterioro de la integridad cutánea (00046).	Administración de medicación (2300). Cuidados de las heridas (3660). Cuidados del sitio de incisión (3440). Cuidados perineales (1750). Baño (1610). Vigilancia de la piel (3590).	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101). Curación de la herida: por primera intención (1102). Severidad de la infección (0703).
Déficit autocuidado, baño/higiene (00108).	Ayuda con los autocuidados, baño/higiene (1801).	Ayuda con los autocuidados, baño/higiene (1801).
Trastorno del patrón del sueño (00198).	Mejorar el sueño (1850).	Sueño (0004).
Dolor agudo (00132).	Manejo del dolor (1400).	Nivel del dolor (2102).
Ansiedad (00146).	Disminución de la ansiedad (5820).	Disminución de la ansiedad (5820).
Trastorno de la imagen corporal (00118).	Potenciación de la imagen corporal (5220).	Imagen corporal (1200).
Disfunción sexual (00059).	Asesoramiento sexual (5248).	Funcionamiento sexual (0119).

CONCLUSIONES

- ✓ Es una enfermedad poco frecuente, pero con una tasa de mortalidad elevada (40%) y alto gasto sanitario, especialmente en pacientes mayores, por lo que son esenciales el diagnóstico y tratamiento precoz.
- ✓ La aplicación del PAE supone una guía metodológica para el profesional de enfermería.
- ✓ Estos pacientes presentan varios patrones funcionales alterados, lo cual requiere una buena planificación de los cuidados.
- ✓ Es fundamental una buena coordinación entre el personal de enfermería de todos los niveles de atención sanitaria, a través del Informe de Continuidad de Cuidados.

Resumen: La gangrena de Fournier, descrita por A.L. Fournier en 1883, se define como una forma específica de fascitis necrotizante de origen multibacteriano, que afecta principalmente a la fascia muscular de la región perineal, genital o perianal e incluso de la pared abdominal. El personal de Enfermería, a través de la taxonomía NANDA, NOC, NIC, emplea un plan de cuidados sistemático y organizado, que unifica criterios entre el personal de enfermería de todos los niveles de atención sanitaria.

Palabras Clave: Fournier Gangrene; Nursing Care Plan; Taxonomy.

Introducción

La gangrena de Fournier se define como una forma específica de fascitis necrotizante sinérgica, rápida, progresiva y de origen multibacteriano, que afecta principalmente la fascia muscular de la región perineal, genital o perianal e incluso de la pared abdominal; con punto de partida genitourinario, colorrectal o idiopático. Todo ello, acompañado de gangrena de la piel de estas áreas debida a trombosis de vasos sanguíneos subcutáneos.

Objetivos

- Aumentar la competencia profesional y la calidad recibida a través de un plan de cuidados estandarizado, utilizando la metodología NANDA-NOC-NIC.
- Reducir la estancia media hospitalaria y los costes sanitarios producidos por esta patología.
- Coordinar la atención especializada, primaria y domiciliaria a través del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC).

Metodología

- Valoramos al paciente mediante los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.
- A través de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC identificamos los diagnósticos de enfermería alterados en cada patrón, los resultados esperados y las intervenciones a realizar, ya sean independientes o de colaboración.
- Para el seguimiento de la cura de la herida quirúrgica en AP o en el domicilio utilizamos el ICC.

Intervenciones

Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196).

NOC:

Función gastrointestinal (1015).

NIC:

- Manejo intestinal (0430).

- Manejo de la náusea (1450).

Retención urinaria (00023).

NOC:

Eliminación urinaria (0503).

NIC:

- Manejo de la eliminación urinaria (0590).
- Cuidados de la retención urinaria (0620).
- Cuidados del catéter urinario (1876).

Riesgo de infección (00004).

NOC:

- Curación de la herida por segunda intención (1103).
- Estado inmune (0702).
- Severidad de la infección (0703).

NIC:

- Cuidados de las heridas (3660).
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584).
- Control de infecciones (6540).
- Protección contra las infecciones (6550).
- Cuidados del catéter urinario (1876).

Estreñimiento (00011).

NOC:

Eliminación intestinal (0501).

NIC:

Manejo del estreñimiento/impactación (0450).

Deterioro de la integridad cutánea (00046).

NOC:

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
- Curación de la herida: por primera intención (1102).
- Severidad de la infección (0703).

NIC:

- Administración de medicación (2300).
- Cuidados de las heridas (3660).
- Cuidados del sitio de incisión (3440).
- Cuidados perineales (1750).
- Baño (1610).
- Vigilancia de la piel (3590).

Déficit autocuidado, baño/higiene (00108).

NOC:

Ayuda con los autocuidados, baño/higiene (1801).

NIC:

Ayuda con los autocuidados, baño/higiene (1801).

Trastorno del patrón del sueño (00198).

NOC:

Sueño (0004).

NIC:

Mejorar el sueño (1850).

Dolor agudo (00132).

NOC:

Nivel del dolor (2102).

NIC:

Manejo del dolor (1400).

Ansiedad (00146).

NOC:

Disminución de la ansiedad (5820).

NIC:

Disminución de la ansiedad (5820).

Trastorno de la imagen corporal (00118).

NOC:

Imagen corporal (1200).

NIC:

Potenciación de la imagen corporal (5220).

Disfunción sexual (00059).

NOC:

Funcionamiento sexual (0119).

NIC:

Asesoramiento sexual (5248).

Conclusiones

- Es una enfermedad poco frecuente, pero con una tasa de mortalidad elevada (40%) y alto gasto sanitario, especialmente en pacientes mayores, por lo que son esenciales el diagnóstico y tratamiento precoz.
- La aplicación del PAE supone una guía metodológica para el profesional de enfermería.
- Estos pacientes presentan varios patrones funcionales alterados, lo cual requiere una buena planificación de los cuidados.
- Es fundamental una buena coordinación entre el personal de enfermería de todos los niveles de atención sanitaria, a través del Informe de Continuidad de Cuidados.

Bibliografía

1. Hernández Juárez, E. *Plan de Cuidados de Enfermería en un paciente con Gangrena de Fournier*. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 4 (2012), pp. 32-75.
2. Navarro-Vera, J.A. *Gangrena de Fournier*. Rev Eviden Invest Clin, 3 (2010), pp. 51-57.
3. Johnson, M; Bulechek, G; Meridean, M. *Interrelaciones NANDA, NOC, NIC: Diagnósticos enfermeros. Resultados e Intervenciones*, 2ª, Elsevier, (2007).
4. Alfaro-LeFevre, R. *Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración*, Elsevier Masson, (2008).

Capítulo 165

Plan de cuidados de enfermería ante un paciente con pioderma gangrenoso

Autores:

Martínez Martínez, Beatriz

Alcaraz López, Jesús

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON PIODERMA GANGRENOSO

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso es un trastorno inflamatorio de la piel poco frecuente, de etiología desconocida, pero con un riesgo incrementado en pacientes con neoplasias hematológicas, y caracterizado por la aparición de úlceras cutáneas necróticas de rápida evolución y dolorosas, las cuales pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, principalmente en las piernas, glúteos, abdomen y brazos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 73 años, en seguimiento por Hematología por Leucemia Linfocítica Crónica B, estadio C, remitida desde su Centro de Salud a Urgencias por una lesión ulcerada axilar derecha de evolución tórpida con empeoramiento a pesar de su seguimiento ambulatorio mediante curas diarias.

La paciente refería la aparición hacía 10 días de una lesión ampollosa en axila con drenado hemático y purulento.

A la exploración, se observa una lesión ulcerada de unos 4-5 cm en axila derecha de bordes violáceos, fondo eritematoso y sin signos de celulitis ni adenopatías regionales (fig. 1A).

Análiticamente mostraba neutropenia moderada.

El estudio histológico mediante una biopsia cutánea mostró un infiltrado neutrofílico con leucocitoclasia en todo el espesor de la dermis compatible con una dermatitis difusa neutrofílica. (fig. 2). Confirmando el diagnóstico de pioderma gangrenoso axilar en paciente inmunodeprimida.



Fig. 1A



Fig. 1B

Fig. 2

PLAN DE CUIDADOS

Diagnosticada de pioderma gangrenoso axilar en paciente inmunodeprimida, se realizó **tratamiento tópico con metilprednisolona en crema y apósito vaselinado**, obteniendo una cicatrización completa al mes del inicio de la terapia (fig. 1B).

Los objetivos de nuestro plan de cuidados serán:

1. Valorar las características de la enfermedad en la paciente.
2. Informar al paciente sobre su patología.
3. Implicar al paciente o a su familia en el cumplimiento del tratamiento y en su cuidado.
4. Identificar posibles complicaciones.

Diagnósticos enfermeros (NANDA):

00046- Deterioro de la integridad cutánea
00132- Dolor
00004- Riesgo de infección
00118- Trastorno de la imagen corporal
00146- Ansiedad
00126- Conocimientos deficientes
00182- Disposición para mejorar el autocuidado

Objetivos (NOC):

1102- Curación de las heridas
1605- Control del dolor
1902- Control del riesgo
1402- Control de la ansiedad
1805- Conocimiento de la enfermedad
1205- Autoestima
2000- Calidad de vida

Intervenciones (NIC):

3660- Cuidados de las heridas
1400- Manejo del dolor
6540- Control de infecciones
3584- Cuidados de la piel
6610- Identificación de riesgos
5820- Disminución de la ansiedad
5510- Educación sanitaria
5602- Enseñanza del proceso
1800- Ayuda en el autocuidado
5270- Apoyo emocional
5400- Potenciación de la autoestima

DISCUSIÓN

En el diagnóstico diferencial de úlceras de rápido crecimiento, dolorosas y en pacientes inmunodeprimidos se debe tener en cuenta el pioderma gangrenoso, una causa de ulceración cutánea que precisa una sospecha clínica precoz con el fin de aportar un tratamiento adecuado y unos cuidados de enfermería que permitan evitar maniobras de desbridamiento o curetaje que estarían contraindicadas en este tipo de pacientes al provocar un agravamiento de la lesión.

CONCLUSIÓN

Un adecuado Plan de Cuidados de Enfermería resulta primordial ante lesiones de pioderma gangrenoso para evitar complicaciones sobreañadidas

- Bibliografía
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Ediciones Elsevier, 2015.
 - Martínez García G, González Blanco DM, Alemán Suárez I, Solís de la Paz D, Pernas Miguel D, Bravo Romero L. Pioderma gangrenoso. Presentación de un caso. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 Oct [consultado el 2 de Marzo de 2018];36(5):623-630. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500009&Ing=es
 - Ferrández-Pulido C, García-Patos Briones V. La dermatología en la práctica diaria Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento. Piel. 2008;23(1):24-29.
 - Figueras Nart I, Martín-Sala S, Álvarez-Abella A, Jugla Serra A. Pioderma gangrenoso. Piel. 2012;27(3):132-144.
 - Hernández Orta MP, Pina García R, Garbayo Ágreda Y, Martín de Aguilera Moro MC, Pérez Pelegay J, Lafuente Urrez RF, et al. Deterioro de la integridad cutánea por Pioderma Gangrenoso. Enfermería Dermatológica. 2013; 7(20): 59-62.

Resumen: El pioderma gangrenoso es un trastorno inflamatorio de la piel poco frecuente, de etiología desconocida, pero con un riesgo incrementado en pacientes con neoplasias hematológicas, y caracterizado por la aparición de úlceras cutáneas necróticas de rápida evolución y dolorosas, las cuales pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, principalmente en las piernas, glúteos, abdomen y brazos. A continuación, con el objetivo de actualizar los conocimientos y evitar complicaciones sobreañadidas, se desarrolla un plan de cuidados utilizando taxonomía NANDA, NIC y NOC para una paciente diagnosticada de Leucemia Linfocítica Crónica B que presenta una lesión ulcerada axilar de evolución tórpida.

Palabras Clave: Piodermia gangrenosa; atención de enfermería; úlcera cutánea.

Introducción

El pioderma gangrenoso es un trastorno inflamatorio de la piel poco frecuente, de etiología desconocida, pero con un riesgo incrementado en pacientes con neoplasias hematológicas, y caracterizado por la aparición de úlceras cutáneas necróticas de rápida evolución y dolorosas, las cuales pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, principalmente en las piernas, glúteos, abdomen y brazos.

Observación clínica

Mujer de 73 años, en seguimiento por Hematología por Leucemia Linfocítica Crónica B, estadio C, remitida desde su Centro de Salud a Urgencias por una lesión ulcerada axilar derecha de evolución tórpida, con empeoramiento a pesar de su manejo ambulatorio mediante curas diarias.

La paciente refería aparición hacía diez días de una lesión ampollosa en axila que drenaba de forma espontánea exudado hemorrágico y purulento. A la exploración se aprecia una lesión ulcerada de unos 4-5 cm en axila derecha de bordes violáceos, fondo eritematoso y sin signos de celulitis ni adenopatías regionales. Analíticamente, la paciente mostraba una neutropenia moderada. Tras realizar una biopsia de la lesión para un estudio histológico, se mostró un infiltrado neutrofílico con leucocitoclasia en todo el espesor de la dermis compatible con una dermatitis difusa neutrofílica, confirmando el diagnóstico de pioderma gangrenoso axilar en paciente inmunodeprimida.

Plan de cuidados

En el ámbito de enfermería, es determinante la identificación precoz de las lesiones, por lo que resulta primordial realizar una adecuada valoración de enfermería para desarrollar un plan de cuidados enfermero individualizado, empleando las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Nuestra paciente, diagnosticada de pioderma gangrenoso axilar en una paciente inmunodeprimida, recibió tratamiento tópico diario con metilprednisolona en crema y apósito vaselinado, obteniendo una cicatrización completa al mes del inicio del plan de cuidados.

Los objetivos de nuestro plan de cuidados son:

1. Valorar signos y síntomas de la paciente.

2. Facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz.
3. Informar al paciente sobre su patología.
4. Implicar al paciente y a su familia en el cumplimiento del tratamiento y en su cuidado.
5. Identificar situaciones adversas.

Los diagnósticos enfermeros (NANDA) junto con sus NIC y NOC:

1. 00046 Deterioro de la integridad cutánea.

NOC: 1102- Curación de la herida: por primera intención.

Indicadores:

- 110213- Aproximación de los bordes de la herida.
- 110214- Formación de cicatriz.

NIC: 2316- Administración de medicación: tópica.

3590- Vigilancia de la piel.

359006- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.

3660- Cuidados de las heridas.

5618- Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.

561804- Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.

2. 00132- Dolor agudo.

NOC: 1605- Control del dolor.

Indicadores: 160503- Utiliza medidas preventivas.

160509- Reconoce los síntomas del dolor.

NIC: 1400- Manejo del dolor.

2210- Administración de analgésicos.

3. 00004- Riesgo de infección.

NOC: 0702- Estado inmune.

Indicador: 070204- Temperatura corporal.

NIC: 6550- Protección contra las infecciones.

655018- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

655020- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

6650- Vigilancia.

7690- Interpretación de los datos de laboratorio.

4. 00118- Trastorno de la imagen corporal.

NOC: 1200- Imagen corporal.

Indicador: 120007- Adaptación a cambios en el aspecto físico.

1205- Autoestima.

Indicador: 120501- Verbalización de autoaceptación.

NIC: 5220- Potenciación de la imagen corporal.

5400- Potenciación de la autoestima.

540006- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.

5. 00146- Ansiedad.

NOC: 1402- Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores: 140215- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

140217- Controla la respuesta de ansiedad.

NIC: 4920- Escucha activa.

492011- Favorecer la expresión de sentimientos.

492014- Mostrar interés en el paciente.

5270- Apoyo emocional.

527002- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

5820- Disminución de la ansiedad.

582018- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

6. 00126- Conocimientos deficientes.

NOC: 1803- Conocimiento: proceso de la enfermedad.

Indicadores: - 180306- Descripción de los signos y síntomas.

1803311- Descripción de las precauciones para prevenir complicaciones.

1823- Conocimiento: fomento de la salud.

NIC: 5510- Educación sanitaria.

551002- Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos.

7. 00182- Disposición para mejorar el autocuidado.

NOC: 1813- Conocimiento: régimen terapéutico.

Indicador: 181302- Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para

el tratamiento actual.

NIC: 5602- Enseñanza: proceso de enfermedad.

5616- Enseñanza: medicamentos prescritos.

Discusión

Resulta imprescindible realizar un diagnóstico diferencial de úlceras de rápido crecimiento y dolorosas en pacientes inmunodeprimidos, que pueden tener la misma presentación clínica.

Teniendo en cuenta que el pioderma gangrenoso presenta unos hallazgos histológicos típicos (infiltrado inflamatorio neutrofílico) no patognomónicos, tratándose de un diagnóstico de exclusión frente a otras patologías, como vasculitis. Este diagnóstico diferencial nos permite aportar un tratamiento precoz y unos cuidados de enfermería adecuados, evitando maniobras de desbridamiento o curetaje que estarían contraindicadas en este tipo de pacientes al provocar un agravamiento de la lesión.

Conclusión

El pioderma gangrenoso es un trastorno cutáneo de difícil diagnóstico, requiriendo en muchos pacientes tratamientos prolongados, por ello la elaboración de un adecuado Plan de Cuidados de Enfermería resulta primordial ante estas lesiones para evitar complicaciones sobreañadidas, como la cronicidad de la lesión, y conseguir el control de la enfermedad.

Bibliografía

1. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017*. Madrid: Ediciones Elsevier, 2015.
2. Martínez García G, González Blanco DM, Alemán Suárez I, Solís de la Paz D, Pernas Miguel D, Bravo Romero L. *Pioderma gangrenoso. Presentación de un caso*. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 Oct [consultado el 2 de Marzo de 2018];36(5):623-630. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500009&lng=es.
3. Ferrándiz-Pulido C, García-Patos Briones V. *La dermatología en la práctica diaria Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento*. Piel. 2008; 23(1): 24-29.
4. Figueras Nart I, Martín-Sala S, Álvarez-Abella A, Jucgla Serra A. *Pioderma gangrenoso*. Piel. 2012; 27(3): 132-144.
5. Hernández Orta MP, Pina García R, Garbayo Ágreda Y, Martín de Aguilera Moro MC, Pérez Pelegay J, Lafuente Urrez RF, et al. *Deterioro de la integridad cutánea por Pioderma Gangrenoso*. Enfermería Dermatológica. 2013; 7(20): 59-62.

Capítulo 166

Plan de cuidados de enfermería en el shock anafiláctico en urgencias

Autores:

Cabañas Molero, Ana María

Pérez Torija, María Ángela

Medina Armenteros, María del Mar

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK ANAFILÁCTICO EN URGENCIAS

OBJETIVO:

Dar a conocer los cuidados de enfermería específicos de los pacientes adultos con shock anafiláctico atendidos en un servicio de urgencias.

• Importante establecer cuidados de enfermería en el shock anafiláctico en urgencias debido a que suele ser la puerta de entrada de la persona ante reacciones alérgicas en general; entre un 30,95 – 62% de las causas de anafilaxia son debidas a medicamentos y medios diagnósticos.

• Existen datos epidemiológicos que nos indican que los casos de anafilaxia están aumentando en España.

Causas de anafilaxia en España

Medicamentos y medios diagnósticos	30,95-62%
Alimentos	22,6-34,23%
Picaduras insectos	8.6%-13,9%
Factores físicos	3, 4-4%;
Otros (incluye látex):	7.26%
Idiopática	3,4-21,73%

PLAN DE CUIDADOS: Establecer un plan de cuidados de enfermería usando la metodología NANDA/NIC/NOC dirigido a pacientes que han sufrido una mordedura canina.

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	FACTORES DE RIESGO	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RESULTADOS (NOC)
00146 Ansiedad	Amenaza en el entorno	5820 Disminución de la ansiedad 5270 Apoyo emocional 4920 Escucha activa 5380 Potenciación de la seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar calma Explicar los procedimientos comentando las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los mismos. Animar a la expresión de sentimientos, percepciones y miedos. Escuchar con atención. Crear un ambiente que facilite la confianza y seguridad. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Permanecer con el paciente para promover la seguridad. 	1402 Autocontrol de la ansiedad
00205 Riesgo de shock	Hipotensión.	4140 Reposición de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> Obtener y mantener un acceso IV de gran calibre. Administrar líquidos iv. , según prescripción. Monitorizar la respuesta hemo dinámica. Observar si hay sobrecarga de líquidos. 	0417 Severidad del shock anafiláctico
00134 Náuseas	Exposición a toxinas.	1450 Manejo de la náuseas	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores p.ej., medicación y procedimientos que pueden causar o contribuir a las náuseas. Observar si hay manifestaciones no verbales de molestias, especialmente en aquellos caso en los que no exista una comunicación eficaz. 	1618 Control de náuseas y vómitos
00132 Dolor agudo	Agentes lesivos químicos (p.ej., fármacos)	2300 Administración de medicación 1400 Manejo de dolor	<ul style="list-style-type: none"> Seguir las cinco reglas de administración correcta de medicación. Evitar las interrupciones al preparar, administrar o verificar los medicamentos. Realizar una valoración exhaustiva del dolor: localización, duración/frecuencia, características ,intensidad, gravedad y factores desencadenantes. Observar signos no verbales de molestias. Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes. 	160511 Refiere dolor controlado
00004 Riesgo de infección	Alteración de la integridad de la piel (venopunciones).	6540 Control de infecciones 6550 Protección contra infecciones	<ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. Poner en práctica precauciones universales. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías iv. Usar guantes según lo exigen las normal de precaución universal. 	1902 Control del riesgo
00032 Patrón respiratorio ineficaz	Exposición alérgeno	3140 Manejo de la vía aérea 6412 Manejo de la anafilaxia 3350 Monitorización respiratoria 3320 Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Establecer una vía aérea permeable. Identificar y eliminar la fuente del alérgeno, si es posible. Administrar oxígeno a flujo elevado (10-15 l/m). Monitorizar signos vitales. Iniciar una infusión iv. de solución salina fisiológica, Ringer lactato o de un expansor de volumen plasmático, según corresponda. Comprobar si hay signos de shock Comprobar si el paciente refiere sensación de muerte inminente. Administrar líquidos iv. con rapidez (1000ml/h), como soporte la presión arterial según prescripción médica o por protocolo. Administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticoides, según esté indicado, y documentar si existe urticaria, angioedema o broncoespasmo. Observar la recidiva de la anafilaxia durante las 24 horas siguientes. Enseñar al paciente y a la familia a utilizar una inyección de adrenalina. Enseñar al paciente y a la familia a prevenir episodios futuros. 	0415 Estado respiratorio 1608 Control de síntomas

CONCLUSIÓN:

El shock anafiláctico puede ser mortal y suele tener una aparición brusca. La realización de un Plan de Cuidados garantiza el abordaje integral del paciente de modo que se cubran sus necesidades reales y potenciales.

AUTORES: Ana María Cabañas Molero, María Angela Pérez Torija, María Del Mar Medina Armenteros.

Resumen: El objetivo del trabajo es dar a conocer los cuidados específicos de enfermería que tienen los pacientes que llegan a un servicio de urgencias con un shock anafiláctico, para así poder mejorar la labor de enfermería mediante la metodología NANDA/NIC/NOC.

Existen datos epidemiológicos que nos indican que los casos de anafilaxia están aumentando en España, dada la gravedad de este cuadro que puede ser mortal y suele tener una aparición brusca, la realización de un plan de cuidados garantiza el abordaje integral del paciente de modo que se cubran sus necesidades reales y potenciales.

Palabras Clave: Plan de cuidados; Shock anafiláctico; Urgencias.

Objetivos

El objetivo del trabajo es dar a conocer los cuidados específicos de enfermería que tienen los pacientes que llegan a un servicio de urgencias con un shock anafiláctico, para así poder mejorar la labor de enfermería mediante la metodología NANDA/NIC/NOC.

Plan de cuidados

- Diagnóstico: 00146 Ansiedad relacionada con factor de riesgo amenaza en el entorno, se podrían realizar las intervenciones: 5820 disminución de la ansiedad, 5270 apoyo emocional, 4920 escucha activa, 5380 potenciación de la seguridad. Realizando las siguientes actividades de enfermería: mostrar calma; explicar los procedimientos explicando las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los mismos; animar a la expresión de percepciones, sentimientos y miedos; escuchar con atención; crear un ambiente que facilite la confianza y seguridad; identificar los cambios en el nivel de ansiedad; permanecer con el paciente para promover seguridad.

Resultados (NOC): 1402 Autocontrol de la ansiedad.

- Diagnóstico: 00134 Náuseas relacionado con exposición a toxinas. Intervenciones (NIC): 1450 manejo de las náuseas. Como actividades de enfermería identificaremos los factores que pueden causar o contribuir a las náuseas, observaremos si hay manifestaciones no verbales de molestias, especialmente en aquellos casos en los que no exista una comunicación eficaz.

- Diagnóstico: 00132 Dolor agudo, cuyos factores de riesgo son agentes lesivos ej.: fármacos. Nuestras intervenciones (NIC) serían 2300 administración de medicación y 1400 manejo del dolor. Para ello seguiríamos las cinco reglas de administración correcta de medicación, evitaríamos interrupciones a la hora de preparar, administrar o verificar medicamentos, realizaríamos una valoración exhaustiva del dolor (localización, duración/frecuencia, características, intensidad, gravedad y factores desencadenantes), observaremos signos no verbales de molestias y aseguraremos que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes. Como objetivos (NOC): 160511 Refiere el dolor controlado.

- Diagnóstico: 00004 Riesgo de infecciones, con factores de riesgo como el deterioro de la integridad de la piel con las venopunciones. Nuestras actividades como enfermeras serían poner en práctica las precauciones universales, lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado con

el paciente, garantizar una manipulación aséptica de todas las vías iv. y usar guantes según lo exigen las normal de precaución universal. Para lograr como objetivo 1902 control del riesgo.

- Diagnóstico: 00032 Patrón respiratorio ineficaz como consecuencia de la exposición a un alérgeno. Como intervenciones (NIC): 3140 manejo de la vía aérea, 6412 manejo de la anafilaxia, 3350 monitorización respiratoria, 3320 oxigenoterapia. Las actividades de enfermería serían: establecer una vía aérea permeable; identificar y eliminar la fuente del alérgeno, si es posible; administrar oxígeno a flujo elevado; monitorizar signos vitales; iniciar una infusión iv, de solución salina fisiológica, ringer lactato o de un expansor de volumen plasmático, según corresponda; comprobar si hay signos de shock, comprobar si el paciente refiere sensación de muerte inminente, administrar líquidos iv. con rapidez (1000ml/h) como soporte a la presión arterial según prescripción médica o por protocolo, administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticoides, según esté indicado, y documentar si existe urticaria, angioedema o broncoespasmo; observar la recidiva de la anafilaxia durante las 24 horas siguientes; enseñar al paciente y a la familia a prevenir episodios futuros y a utilizar una inyección de adrenalina.

- Diagnóstico:00205 riesgo de shock debido a la hipotensión. Nuestra intervención será la 4140 reposición de líquidos. Actividades de enfermería: obtener y mantener un acceso IV de gran calibre; administrar líquidos iv. , según prescripción; monitorizar la respuesta hemo dinámica y observar si hay sobrecarga de líquidos.

Resultado (NOC): 0417 severidad del shock anafiláctico.

La importancia de un plan de cuidados radica en que este cuadro puede ser mortal y suele tener una aparición brusca. La realización de un Plan de Cuidados garantiza el abordaje integral del paciente de modo que se cubran sus necesidades reales y potenciales.

Bibliografía

1. NANDA International; Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Madrid: Elsevier; 2015.

2. Sue Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean L. Maas, PhD, RN, FAAN and Elizabeth Swanson. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 6ªed. Madrid. Elsevier; 2013.

3. Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN, Howard K. Butcher, PhD, RN, PMHCNS-BC, Joanne M. Dochterman and Cheryl Wagner. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* 6ªed Barcelona. Elsevier; 2013.

Capítulo 167

Plan de cuidados de enfermería para pacientes con sepsis

Autores:

Martín Arévalo, M^a del Prado

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Cubero Ruedas, Ana

Moreno Ruiz, Alicia

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON SEPSIS

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una afección grave causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección. El cuerpo libera sustancias químicas en la sangre para combatir la infección que provoca una inflamación generalizada, esto hace que se altere la circulación sanguínea causando daños en los órganos ya que los priva de nutrientes y oxígeno.

En casos muy graves se puede producir un Shock Séptico: La presión de las sangres disminuye y corazón se debilita, provocando que órganos como pulmones, hígado, riñones... dejen de funcionar y el paciente pueda fallecer.

EPIDEMIOLOGÍA

En España la tasa de mortalidad es del 36%, afecta a 50000 personas cada año de las que mueren 17000. La mortalidad es superior a los fallecidos en accidentes y en algunos cánceres como el de mama o colon.

La rapidez en administrar tratamiento es fundamental, ya que si se superan las 4 horas tras el shock séptico la supervivencia es inferior al 50%.

CAUSAS

Pueden causar sepsis bacterias, virus y hongos, siendo las primeras las más frecuentes.

- BACTERIAS: E. Coli, Klebsiella, Pseudomonas, Staphylococcus aureus, Enterococo...
- VIRUS: Gripe, VIH, Varicela...
- HONGOS: Cándida, Aspergillus, Histoplasma...

SINTOMAS

Los síntomas más frecuentes de la sepsis son: fiebre, escalofríos, mareos por, hipotensión taquicardia, frecuencia respiratoria elevada, confusión, erupción cutánea, desorientación...

La sepsis es difícil de diagnosticar en su inicio por tener síntomas comunes a otras enfermedades.

DIAGNOSTICO

- 1.- Identificar síntomas como fiebre, aumento del ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria.
- 2.- Analítica de sangre para comprobar si hay aumento de leucocitos y del nivel del lactato y análisis de orina y esputo para detectar presencia de bacterias o microorganismos infecciosos.
- 3.- Radiografía, TAC y Resonancia magnética

TRATAMIENTO

Un tratamiento precoz y agresivo aumenta la supervivencia. Si el caso fuera una sepsis grave (shock séptico) precisa tratamiento y vigilancia en la UCI, ya que el paciente podría necesitar un tubo para respirar, diálisis o cirugía para extraer la infección, entre otros.

- Aporte de líquidos intravenosos, sueroterapia.
- Antibióticos: se debe comenzar mediante infusión endovenosa durante las 6 primeras horas; hasta resultado de analítica de sangre, se utilizarán antibióticos de amplio espectro para cambiarlos, tras el resultado, por el más apropiado para el agente infeccioso.
- Vasopresores, para aumento de la presión arterial cuando el aporte de líquidos sea insuficiente.
- Otros medicamentos: corticoides, insulina, analgésicos, sedantes, y drogas que modifican la respuesta del sistema inmunitario.

PREVENCIÓN

Cualquier persona puede padecer una sepsis, pero es más común en la tercera edad, en niños pequeños o en personas con sistemas inmunológicos comprometidos.

- Lavarse las manos a menudo, haciendo especial hincapié tras manipular comida o ir al baño.
- Limpiar las heridas con inmediatez, incluso las superficiales.
- Vacunación, si eres adulto mayor o estas inmunodeprimido.
- En caso de hospitalización tomar medidas para protegerte de las infecciones (lavado de manos más frecuente, cuidar y vigilar catéter y tubos de drenaje).
- Restricción de visitas.
- Precauciones para evitar infecciones en tu día a día, ser cuidadoso al preparar la comida, no compartir artículos de higiene personal.

PRONÓSTICO

Normalmente hay un mal pronóstico si no se reconoce a tiempo y no se trata adecuadamente.

Hay una tasa de mortalidad del 20 al 35% en pacientes con sepsis graves y aumenta del 30 al 60% en personas con shock séptico. El riesgo es mayor en las personas mayores que en los jóvenes. La determinación del lactato es un método útil para conocer el pronóstico: si el nivel supera los 4mmol/L la mortalidad es del 40% pero si el nivel es menor de 2mmol/L la mortalidad baja al 15%.

Algunos sistemas para estratificar el pronóstico son el APACHE II, utilizado en la UCI y la escala MEDS usada en servicios de emergencias. Pueden darse casos de deterioro cognitivo importante tras un episodio de sepsis grave.

COMPLICACIONES

La sepsis, debido a su rápida evolución, puede traer complicaciones muy graves porque es capaz de extenderse muy rápidamente por torrente sanguíneo y la infección alcanza en poco tiempo los órganos vitales del cuerpo. Tras unas pocas horas, pulmones, corazón e hígado resultan afectados y fallan. Como consecuencia del envenenamiento se puede llegar al shock circulatorio, a la insuficiencia renal o a un fallo pulmonar o hepático.

Si el sistema inmunitario del paciente está debilitado o tiene una infección causada por varios patógenos o patógenos muy agresivos, el riesgo de una infección diseminada es muy elevado. Si la sepsis afecta a la cavidad abdominal, pulmones o cerebro se puede extender a los demás órganos.

OBJETIVOS

- Mejorar el pronóstico de los pacientes con sepsis grave o shock séptico.
- Mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.
- Divulgar que es la sepsis y su tratamiento.
- Establecer lazos entre investigadores.
- Promover la investigación clínica.

METODOLOGÍA

La estrategia de búsqueda bibliográfica empleada para la realización de este protocolo se hace uso casi exclusivo de los recursos de internet. La búsqueda se hace en español e inglés con los descriptores "shock séptico/septic shock" y "cuidados/care". Se revisan publicaciones desde 2010 hasta la actualidad. Las fuentes de información consultadas son las siguientes: ESELVIER, MEDLINE PLUS, SCIELO ESPAÑA y BNAE DE DATOS COCHRANE.

En las 6 primeras horas conseguir una óptima oxigenación, restablecer presión arterial y temperatura, adecuada hidratación y nutrición, mantener diuresis y glucemias, recuperar nivel de conciencia, prevenir úlceras por estrés, evitar sobreinfecciones y aliviar ansiedad.

Para cumplir estos objetivos se realizarán los siguientes cuidados:

- Control periódico de TA y control analítico.
- Canalizar 2 vías periféricas de grueso calibre para administrar tratamiento.
- Sueroterapia para restablecer volemia y TA.
- Administrar antibióticos de amplio espectro hasta recibir resultados de cultivo.
- Administrar insulinas rápidas en caso de glucemias elevadas y realizar controles periódicos de glucemias.

En estadios más avanzados puede haber fallo de diferentes órganos, pudiendo evolucionar hasta un fallo multiorgánico y la muerte.

La insuficiencia renal aguda es indicador de mal pronóstico. Hay mayor mortalidad si la función renal empeora las primeras 24h. Si apareciera insuficiencia hepática habría que vigilar la aparición de hemorragias digestivas principalmente y realizar una valoración neurológica, si el paciente se encontrara consciente para identificar una posible encefalopatía.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

GENERALES

ESPECIFICOS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NANDA	NOC	NIC
Riesgo de déficit de volúmenes de líquidos (00028)	-Hidratación (602) -Control del riesgo(1902)	-Manejo de líquidos (4120) -Monitorización de líquidos (4130)
Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	-Continencia urinaria (502) -Eliminación urinaria (503)	-Sondaje vesical (580) -Cuidados del catéter urinario (1876)
Deterioro del intercambio gaseoso (00030)	-Estado respiratorio: intercambio gaseoso(402) -Estado respiratorio: ventilación (403)	-Oxigenoterapia (3320) -Manejo de las vías aéreas (3140)
Deterioro del patrón del sueño (00095)	-Control de la ansiedad (1402) -Nivel del dolor (2102)	-Manejo del dolor (1400) -Manejo de la medicación (2380)
Ansiedad (00146)	-Aceptación estado salud (1300) -Control de la ansiedad (1402)	-Aumentar el afrontamiento (5230) -Disminución de la ansiedad (5820)
Riesgo de infección (00004)	-Integridad tisular: piel y membrana mucosa (1101) -Conocimiento: control de la infección (1807)	-Cuidados de la herida (3660) -Control de infecciones (6540)
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)	-Hidratación (602) -Termorregulación (800)	-Regulación de la temperatura (3900) -Manejo de líquidos (4120)

CONCLUSIONES

La pronta detección de la sepsis es, junto con un tratamiento antibiótico precoz, primordial para un buen pronóstico del paciente. Una adecuada planificación de los cuidados asegura un estándar de calidad y mejora tanto la eficacia como la eficiencia de los cuidados enfermeros. Or ello se requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinaria.

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la atención a estos niños y su familia, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de estos pacientes.

Resumen: La sepsis es una afección grave causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección.

En casos muy graves se puede producir un shock séptico. En España la tasa de mortalidad es del 36%.

Los objetivos que se persiguen son: mejorar el pronóstico de los paciente con sepsis graves, mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente, divulgar que es la sepsis y cual es su tratamiento, establecer lazos entre investigadores y promover la investigación clínica.

La pronta detección de la sepsis , junto con un tratamiento antibiótico precoz, es primordial para un buen pronóstico del paciente.

Palabras Clave: Cuidados; sepsis; calidad.

Introducción

La sepsis es una afección grave causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección. El cuerpo libera sustancias químicas en la sangre para combatir la infección que provoca una inflamación generalizada. Esto hace que se altere la circulación sanguínea causando daños en órganos ya que los priva de nutrientes y oxígeno.

En casos muy graves puede producir un shock séptico: La presión de la sangre disminuye y el corazón se debilita, provocando que órganos como pulmones, hígado, riñones dejen de funcionar y el paciente pueda fallecer.

La rapidez en administrar tratamiento es fundamental, ya que al superar las 4 horas tras el shock séptico la supervivencia es inferior al 50%.

La sepsis puede estar causada por bacterias, virus y hongos, siendo las primeras las más frecuentes.

Los síntomas más frecuentes son: fiebre, escalofríos, mareos por, hipotensión, taquicardia, frecuencia respiratoria elevada, confusión, erupción cutánea, desorientación.

Diagnóstico

La sepsis es difícil de diagnosticar en su inicio por tener síntomas comunes a otras enfermedades.

Para realizar un diagnóstico, lo primero que hacemos es; identificar síntomas como fiebre, aumento del ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria. Después haremos una analítica de sangre para comprobar si hay aumento de leucocitos y del nivel del lactato, análisis de orina y esputo. Y por último haremos Radiografía, TAC y Resonancia magnética si fuese preciso.

Tratamiento

Un tratamiento precoz y agresivo aumenta la supervivencia. Si se tratara de una sepsis grave precisa tratamiento y vigilancia en la UCI, ya que el paciente podría necesitar respiración asistida, diálisis o técnicas mas complejas que precisen cuidados y vigilancia mas estricta.

Se proporcionará aporte de líquidos intravenosos, antibióticos, vasopresores, cardiotónicos...

Con respecto a la sueroterapia se debe comenzar con infusión endovenosa continua durante las 6 primeras horas; y en relación al ttº antibiótico se utilizarán antibióticos de amplio espectro hasta resultado de analítica de sangre, momento en el que se que se cambian por un antibiótico más específico.

También se utilizan vasopresores, para aumento de la presión arterial.

Otros medicamentos que utilizamos son; corticoides, insulina, analgésicos, sedantes, y drogas que modifican la respuesta del sistema inmunitario.

Cualquier persona puede padecer una sepsis, pero es más común en la tercera edad, en niños pequeños o en personas con sistemas inmunológicos comprometidos.

Algunas de las medidas que tenemos que realizar para una prevención adecuada son: Lavarse las manos a menudo, limpiar las heridas con inmediatez y vacunación. Si se trata de un adulto mayor o es un paciente inmunodeprimido será necesario tomar precauciones para evitar infecciones en el día a día y en caso de estar hospitalizado tomar medidas para protegerte de las infecciones.

Pronóstico

Normalmente hay un mal pronóstico si no se reconoce a tiempo y no se trata adecuadamente.

Hay una tasa de mortalidad del 20 al 35% en pacientes con sepsis graves y aumenta del 30 al 60% en personas con shock séptico. El riesgo es mayor en las personas mayores que en los jóvenes. La determinación del lactato es un método útil para conocer el pronóstico: si el nivel supera los 4mmol/L la mortalidad es del 40% pero si el nivel es menor de 2 mmol/L la mortalidad baja al 15%.

Algunos sistemas para estratificar el pronóstico son el APACHE II, utilizado en la UCI y la escala MEDS usada en servicios de emergencias.

La sepsis, debido a su rápida evolución, puede traer complicaciones muy graves porque es capaz de extenderse muy rápidamente por torrente sanguíneo y la infección alcanza en poco tiempo los órganos vitales del cuerpo. Tras unas pocas horas, pulmones, corazón e hígado resultan afectados y fallan. Como consecuencia del envenenamiento se puede llegar al shock circulatorio, a la insuficiencia renal o a un fallo pulmonar o hepático.

Si el sistema inmunitario del paciente esta debilitado o tiene una infección causada por varios patógenos, el riesgo de una infección diseminada es muy elevado.

Objetivos

- Entre los objetivos que se persiguen están:
- Mejorar el pronóstico de los pacientes con sepsis grave.
- Mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.
- Divulgar que es la sepsis y su tratamiento.
- Establecer lazos entre investigadores y promover la investigación clínica.

Material y métodos

La estrategia de búsqueda bibliográfica empleada para la realización de este protocolo se hace uso casi exclusivo de los recursos de internet. La búsqueda se hace en español e inglés con los descriptores “shock séptico/septic shock” y “cuidados/care”. Se revisan publicaciones desde 2010 hasta la actualidad. Las fuentes de información consultadas son las siguientes: Eselvier, Medline Plus, Scielo España y Bnase de datos Cochrane.

Los cuidados de enfermería los podemos clasificar en:

- Generales: En las 6 primeras horas conseguir una óptima oxigenación, restablecer presión arterial y temperatura, adecuada hidratación y nutrición, mantener diuresis y glucemias, recuperar nivel de conciencia, prevenir úlceras por estrés, evitar sobreinfecciones y aliviar ansiedad
- Específicos: En estadios más avanzados puede haber fallo de diferentes órganos, pudiendo evolucionar hasta un fallo multiorgánico y la muerte.

Conclusión

La pronta detección de la sepsis es, junto con un tratamiento antibiótico precoz, primordial para un buen pronóstico del paciente. Una adecuada planificación de los cuidados asegura un estándar de calidad y mejora tanto la eficacia como la eficiencia de los cuidados enfermeros por ello se requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar.

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la atención a estos niños y su familia, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de estos pacientes.

Bibliografía

1. Kumar A, Ellis P, Arabi Y, et al. *Initiation of inappropriate antimicrobial therapy results in a five-fold reduction of survival in human septic shock*. Chest 2009; 136:1237.
2. Andrews B, Semler MW, Muchemwa L, et al. *Effect of an Early Resuscitation Protocol on In-hospital Mortality Among Adults With Sepsis and Hypotension: A Randomized Clinical Trial*. JAMA 2017; 318:1233.
3. Puyol Rojo, M. León Gil, c. *Sepsis, sepsis grave y shock séptico*. En: Ausina Ruiz, V, Moreno Guillen, S, editores. Tratado SEMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
4. Puyol Rojo, M. León Gil, C. *Sepsis, sepsis grave y shock séptico*. En: Ausina Ruiz, V, Moreno Guillén, S, editores. Tratado SEMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
5. Shankar-Han M, Phillips GS, Levy ML, et al. *Deveoloping a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. JAMA 2016, 315:775.

Capítulo 168

Plan de cuidados del catéter central de inserción periférica

Autores:

Sánchez-Camacho González-Carrato, María José

Cantero Rivero, José Carlos

Cantero Rivero, Virginia

Nieto Aparicio, Saúl

González Arévalo, Cristina

Bolaños Martín, Noelia

PLAN DE CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

Introducción

El PICC (por sus siglas en inglés, Peripherally Inserted Central Catheter) es un catéter venoso central de inserción periférica no tunelizado, que se coloca por encima de la flexura del brazo a través de las venas basilica o cefálica. La longitud y flexibilidad del catéter, junto con su bajo calibre, hacen que se inserte hasta llegar a la vena cava superior. La duración del mismo viene determinada por el tipo de material del que se compone, pudiendo ser de corta duración (poliuretano grado I), duración intermedia (poliuretano grado III) o larga duración (silicona), todos ellos de una o varias luces.

Objetivos

- Facilitar al personal enfermero los conocimientos necesarios para la correcta utilización y cuidado de estos dispositivos.
- Evitar infecciones, obstrucciones o extracciones accidentales.
- Retirar el apósito con guantes no estériles.
- Conseguir un adecuado mantenimiento del PICC para favorecer su permanencia.

Metodología

Para elaborar este plan de cuidados ha sido necesario revisar diferentes guías y protocolos de actuación de la red del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se ha realizado una búsqueda de diferentes estudios clínicos y epidemiológicos categorizados en distintos niveles de evidencia científica demostrada según el CDC (Centros de Investigación, Control y Prevención de enfermedades infecciosas en E.E.U.U.); además, dicha información ha sido contrastada en distintos sistemas de búsqueda, tales como: Cochrane Plus, Medline Plus, Pubmed, Cuiden, Google Académico, todo ello en un periodo comprendido entre 2011 y 2017.

Intervenciones

El personal de enfermería será el encargado de realizar los cuidados del PICC. Recordar que la técnica será siempre rigurosamente estéril, tanto en la cura del catéter así como en cada manipulación y en la extracción de muestras sanguíneas.

Cuidados Post-Insertión

Realizaremos la primera cura a las 24 horas post-insertión:

- Lavado de manos antes y después de manipularlo.
- Preparar una zona estéril para la colocación del material.
- Retirar el apósito con guantes no estériles.
- Tras colocarse los guantes estériles, limpiar el área de inserción con suero fisiológico para eliminar restos hemáticos y de fibrina, secando posteriormente la zona con una gasa estéril.
- Aplicar clorhexidina al 2% de forma circular.
- Dejar actuar el antiséptico y esperar hasta que la zona esté seca.
- Colocar apósito transparente que permita valorar el punto de inserción. CATEGORÍA IA.
- Reflejar la fecha de la cura.
- Cubrir con gasas el catéter, colocándolo de tal forma que quede acolchado por las mismas, fijándolo con una malla elástica para mayor comodidad del paciente.



Revisión del apósito y punto de inserción

- En caso de que el paciente quede ingresado en una unidad hospitalaria, en cada turno deberá vigilarse la zona de inserción visualmente y/o al tacto en busca de un cordón venoso palpable o de otros signos de infección. CATEGORÍA IB.
- Dejar registrada la fecha de colocación del catéter, así como cada revisión del punto de inserción. CATEGORÍA II.
- No aplicar pomadas antibióticas o antisépticas en el punto de inserción. CATEGORÍA IA.
- Utilizar apósitos estériles transparentes para valorar la zona evitando manipularla. CATEGORÍA IA.

Cambio de apósito y mantenimiento

El procedimiento de las curas posteriores será el mismo que el aplicado en la primera, con las siguientes consideraciones (CATEGORÍA IB):

- Si el apósito es transparente, se realizará la cura y el cambio cada 7 días.
- Si el apósito es de gasa, el proceso se hará cada 48 horas.
- Si se ensucia, moja o despega deberá cambiarse en ese mismo instante.

Para el mantenimiento tendremos en cuenta:

- Asegurar la máxima asepsia. CATEGORÍA IA.
- Levantar el apósito y examinar la zona si el paciente presenta molestias en el lugar de inserción, fiebre de origen desconocido u otras manifestaciones que sugieran bacteriemia. CATEGORÍA IB.
- Si un tramo del catéter se ha salido, no debemos volver a introducirlo.
- Mantener limpios los bioconectores, desinfectando los puntos de inyección en cada uso.



Heparinización del catéter

Esta técnica se efectuará tras finalizar una administración medicamentosa o extracción sanguínea a través del catéter. En caso de que la vía no se esté usando, este proceso se deberá realizar semanalmente.

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes estériles.
- Aplicar clorhexidina con una gasa estéril en la entrada del dispositivo.
- Extraer el contenido anterior del catéter y comprobar el flujo.
- Administrar 10 cc de suero fisiológico para lavar el catéter utilizando la técnica pulsante (lavar de forma intermitente ejerciendo presión de centímetro en centímetro).
- Heparinizar el catéter con 3 ml de heparina monodosis (Fibrilin®) mediante la técnica de presión positiva.
- En caso de un PICC de 2 luces se introducirá heparina sódica por cada una de ellas.

Extracción sanguínea

Para esta técnica debemos elegir la luz de mayor calibre. Si las dos luces son del mismo calibre, se podrá utilizar cualquiera de ellas; en este caso, si en una de ellas se está administrando una perfusión continua, se debe detener la infusión durante la técnica de extracción y retomarla inmediatamente después.

- Utilizar siempre técnica estéril.
- Limpiar la conexión con clorhexidina 2%.
- Comprobar permeabilidad del PICC.
- Infundir 10 ml de suero salino.
- Desechar 5 ml de sangre.
- Conectar la campana y extraer las muestras necesarias.
- Realizar técnica de heparinización.
- Limpiar nuevamente la conexión.

Desobstrucción del catéter

Cuando el PICC permite el paso del líquido sin dificultad, pero es imposible que refluya, puede ser debido a que la punta del catéter esté adosada a la pared del vaso o que en la misma se haya formado una cápsula de fibrina. Si tras una aspiración suave, cambiando al paciente de posición (girar la cabeza, elevar el brazo, ponerse en decúbito), no conseguimos que refluya, debemos administrar un fibrinolítico (Uroquinasa®), para ello:

- Utilizar técnica estéril.
- Preparar una dilución con 5000 UI de Uroquinasa/ml de suero salino en una jeringa de 10 ml.
- Crear una presión negativa en el catéter aspirando con una jeringa de 10 cc.
- A través de la presión negativa, dejar que pase la dilución de Uroquinasa por aspiración, sin forzar su entrada en ningún momento.
- Dejar actuar media hora y aspirar el contenido del catéter.
- Si no se ha conseguido desobstruir, el procedimiento podrá volver a realizarse en una hora.



Conclusiones

- Es necesario que el personal de enfermería conozca el manejo correcto de estos dispositivos para evitar complicaciones y garantizar su durabilidad.
- El conocimiento de estas técnicas facilita el trabajo de enfermería y favorece la comodidad del paciente.
- Es fundamental garantizar la asepsia en estas técnicas, ya que uno de los factores más importantes que interfieren en la duración del PICC son las infecciones causadas.
- Instruir al paciente portador del PICC y a sus familiares en el manejo y cuidados del mismo, ayuda a mitigar las preocupaciones que puedan surgir.
- Es de vital importancia realizar una correcta limpieza y heparinización del catéter para garantizar su permeabilidad.

Resumen: El PICC (Peripherally Inserted Central Cateter) es un catéter venoso central de inserción periférica no tunelizado.

Este catéter permite la infusión de medicamentos y la extracción de sangre sin necesidad de realizar una punción venosa. De esta manera se minimiza el deterioro de las venas, el dolor y el riesgo de complicaciones en la administración de determinados fármacos.

Tras su colocación, el punto de inserción se valorará a las 24h. Se fijará mediante un apósito transparente y se realizará un cura estéril semanal y siempre que se considere necesario.

Palabras Clave: Catéter; Cuidados; Periférico.

Introducción

El PICC es un catéter venoso central de inserción periférica no tunelizado, que se coloca por encima de la flexura del brazo a través de las venas basílica o cefálica. La longitud y flexibilidad del catéter, junto con su bajo calibre, hacen que se inserte hasta llegar a la vena cava superior.

Objetivos

- Facilitar al personal enfermero los conocimientos necesarios para su correcta utilización y cuidado.
- Evitar infecciones, obstrucciones o extracciones accidentales.
- Unificar criterios en la realización de los cuidados.
- Conseguir un adecuado mantenimiento del PICC para favorecer su permanencia.

Metodología

Para elaborar este trabajo ha sido necesario revisar diferentes guías y protocolos de actuación del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se ha realizado una búsqueda de diferentes estudios clínicos y epidemiológicos categorizados en distintos niveles de evidencia científica demostrada según el CDC (Centros de investigación, Control y Prevención de enfermedades infecciosas en E.E.U.U.); además, dicha información ha sido contrastada en distintos sistemas de búsqueda, tales como: Cochrane Plus, Medline Plus, Pubmed, Cuiden, Google Académico, todo ello en un periodo comprendido entre 2011 y 2017.

Intervenciones

El personal de enfermería será el encargado de realizar los cuidados del PICC, con una técnica estéril en cada manipulación.

Cuidados post-inserción:

Realizaremos la primera cura a las 24 horas post-inserción:

- Lavado de manos.

- Preparar un campo estéril.
- Retirar el apósito con guantes no estériles.
- Tras colocarse los guantes estériles, limpiar el área de inserción con suero fisiológico.
- Aplicar clorhexidina al 2% de forma circular.
- Colocar apósito transparente que permita valorar el punto de inserción. Categoría IA.
- Reflejar la fecha de la cura.
- Cubrir con gasas el catéter, fijándolas con una malla elástica para mayor comodidad del paciente.

Revisión del apósito y punto de inserción

- En caso de ingreso hospitalario, en cada turno deberá vigilarse la zona de inserción en busca de signos de infección. Categoría IB.
- Dejar registrada la fecha de colocación del catéter, así como cada revisión del punto de inserción. Categoría II.
- No aplicar pomadas antibióticas o antisépticas en el punto de inserción. Categoría IA.
- Utilizar apósitos estériles transparentes para valorar la zona. Categoría IA.

Cambio de apósito y mantenimiento

El procedimiento de las curas posteriores será el mismo que el aplicado en la primera, con las siguientes consideraciones (Categoría IB):

- Si el apósito es transparente, se realizará la cura y el cambio cada 7 días.
- Si es de gasa, el proceso se hará cada 48 horas.
- Si se ensucia, moja o despegar deberá cambiarse en ese momento.

Para el mantenimiento:

- Asegurar la máxima asepsia. Categoría IA.
- Examinar la zona si el paciente presenta molestias en el lugar de inserción, fiebre de origen desconocido u otras manifestaciones que sugieran bacteriemia. Categoría IB.
- Si un tramo del catéter se ha salido, no debemos volver a introducirlo.
- Mantener limpios los bioconectores, desinfectando los puntos de inyección en cada uso.

Heparinización del catéter

Se efectuará tras finalizar una administración medicamentosa o extracción sanguínea a través del catéter. Si la vía no se está usando, este proceso se deberá realizar semanalmente.

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes estériles.

- Aplicar clorhexidina en la entrada del dispositivo.
- Extraer el contenido anterior del catéter y comprobar el flujo.
- Administrar 10 cc de suero fisiológico para lavar el catéter utilizando la técnica pulsante.
- Heparinizar el catéter con 3 ml de heparina monodosis (FibrilinÒ) mediante la técnica de presión positiva.

Extracción sanguínea

Debemos elegir la luz de mayor calibre. Si en una de ellas se está administrando una perfusión continua, se debe detener la infusión durante la técnica.

- Limpiar la conexión con clorhexidina 2%.
- Comprobar permeabilidad del PICC.
- Infundir 10 ml de suero salino.
- Desechar 5 ml de sangre.
- Conectar la campana y extraer la muestra.
- Realizar técnica de heparinización.
- Limpiar la conexión.

Desobstrucción del catéter

Cuando el PICC permite el paso del líquido sin dificultad, pero es imposible que refluya, puede ser debido a que la punta del catéter esté adosada a la pared del vaso o que en la misma se haya formado una cápsula de fibrina. Si tras una aspiración suave, cambiando al paciente de posición, no conseguimos que refluya, debemos administrar un fibrinolítico (Uroquinasa Ò), para ello:

- Preparar una dilución con 5000 UI de Uroquinasa/ml de suero salino en una jeringa de 10 ml.
- Crear una presión negativa en el catéter aspirando con una jeringa de 10 cc.
- A través de la presión negativa, dejar que pase la dilución de Uroquinasa por aspiración, sin forzar su entrada en ningún momento.
- Dejar actuar media hora y aspirar el contenido del catéter.
- Si no se ha conseguido desobstruir, el procedimiento podrá volver a realizarse en una hora.

Conclusión

Es necesario que el personal de enfermería conozca el manejo correcto de estos dispositivos para evitar complicaciones y garantizar su durabilidad. Conocer estas técnicas facilita el trabajo de enfermería y favorece la comodidad del paciente.

Es fundamental garantizar la asepsia ya que uno de los factores más importantes que interfieren en la duración del PICC son las infecciones causadas. Es importante realizar una correcta limpieza y heparinización del catéter para garantizar su permeabilidad.

Instruir al paciente y a sus familiares en el manejo y cuidado del PICC, ayuda a mitigar las preocupaciones que puedan surgir.

Bibliografía

1. Antolín Juárez F, Barquín Pomar G, Biain Ezquerro ME, Burón Mediavilla J, Crespo Pellón L, Fuentevilla Montes R, et al. *Guía para la inserción y mantenimiento de catéteres*. Servicio Cántabro de Salud. 2014; 1-144.
2. Blázquez Navarro R, Fernández Pérez R, Lázaro Castañer C, López García T, López Guirao J, Rol-dán Núñez V, et al. *Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa central de acceso periférico (P.I.C.C.)*. 2015; 1-24.
3. *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*, 2011. CDC. USA.

Capítulo 169

Plan de cuidados del paciente pediátrico con bronquiolitis vírica

Autores:

Martínez Gómez, Carolina

Terriza Cabrera, Nuria

Sánchez González, María José

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON BRONQUIOLITIS VÍRICA



INTRODUCCIÓN

- La bronquiolitis vírica es la infección respiratoria aguda de las vías respiratorias más frecuentes en niños menores de un año y supone el 18% en todas las hospitalizaciones pediátricas.
- Habitualmente está causada por virus y se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, junto con hipersecreción de moco.
- El virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente etiológico más frecuente, causando aproximadamente el 70-80% de las bronquiolitis. Pertenecen a la familia de Paramyxoviridae del género Pneumovirus. Su circulación es típicamente estacional con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y febrero.

METODOLOGÍA

- Revisión del protocolo de la AEPD (2017).
- Revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos de enfermería: Enfermería Clínica.
- Se incluyen revisiones bibliográficas que abordarán los cuidados del niño con diagnóstico de bronquiolitis, siendo este el principal criterio de inclusión. Las palabras clave utilizadas en castellano fueron: bronquiolitis aguda viral, plan de cuidados paciente pediátrico, virus respiratorio sincitial. No hubo limitación de tiempo en la búsqueda realizada.

EPIDEMIOLOGÍA

- Las infecciones por VRS afectan al 75% de los lactantes en su primer año de vida, con un pico de máxima incidencia entre los 2-3 meses de edad. Aproximadamente el 2-3% de los niños con una primoinfección por VRS en los primeros doce meses de vida requiere hospitalización y el 2-6% de ellos ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

OBJETIVOS

- Describir que es la enfermedad, su epidemiología y su clínica, y realizar un plan de cuidados que incluya los cuidados de enfermería relacionados con los problemas respiratorios.

CLÍNICA

- Tras un breve periodo de incubación, el cuadro clínico se inicia con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y tos con o sin fiebre.
- En un periodo de 1 a 4 días, la tos se hace más persistente apareciendo irritabilidad, rechazo de la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y/o crepitanes y dificultad respiratoria.

PLAN DE CUIDADOS PACIENTE PEDIÁTRICO

00032 –Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución de energía o fatiga y dolor, manifestado por disminución de la capacidad vital, disminución de la presión espiratoria, disminución de la presión inspiratoria, disnea, taquipnea y tiempo inspiratorio.

NOC

0403 Estado respiratorio: ventilación
0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.
0802 Signos vitales

NIC

3140 Manejo de las vías aéreas.

314001 Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede.
314003 Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.
314004 Administrar broncodilatadores, si procede.
314005 Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.

1918 Prevención de la aspiración

191801 Identifica factores de riesgo
191802 Evita factores de riesgo
191803 Se incorpora para comer o beber

3320 Oxigenoterapia

332002 Administrar oxígeno suplementario, según órdenes.
332011 Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.
332016 Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

0002 Conservación de la energía

000201 Equilibrio entre actividad y descanso
0004 Sueño

000402 Horas de sueño cumplidas
000403 Calidad del sueño
000408 Duerme toda la noche

6680 Monitorización signos vitales

668007 Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
668008 Controlar periódicamente los sonidos pulmonares.
668014 Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
668021 Observar si se producen esquemas respiratorios anormales.

0800 Termorregulación

080001 Temperatura cutánea aumentada
080005 Irritabilidad
080007 Cambio de coloración cutánea

CONCLUSIONES

- La bronquiolitis es la enfermedad del tracto respiratorio más frecuente durante el primer año de vida, que ocurre de forma epidémica durante el invierno y principio de la primavera. En la mayoría de los casos es una enfermedad benigna, de curso autolimitado, y sólo en ocasiones se requiere hospitalización.

Resumen: La bronquiolitis vírica es la infección respiratoria aguda de las vías respiratorias más frecuentes en niños menores de un año y supone el 18% de las hospitalizaciones pediátricas.

Habitualmente está causada por virus y se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, junto con hipersecreción de moco.

El virus respiratorio sincitial es el agente etiológico más frecuente, causando aproximadamente el 70-80% de las bronquiolitis. Perteneció a la familia de Paramyxoviridae del género Pneumovirus. Su circulación es típicamente estacional con un pico de máxima incidencia entre noviembre y febrero.

Palabras Clave: Bronquiolitis aguda viral; plan de cuidados paciente pediátrico; virus respiratorio sincitial.

Epidemiología

Las infecciones por VRS afectan al 75% de los lactantes en su primer año de vida, con un pico de máxima incidencia entre los 2-3 meses de edad. Aproximadamente el 2-3% de los niños con una primoinfección por VRS en los primeros doce meses de vida requiere hospitalización y el 2-6% de ellos ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Clínica

Tras un breve periodo de incubación, el cuadro clínico se inicia con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y tos con o sin fiebre.

En un periodo de 1 a 4 días, la tos se hace más persistente apareciendo irritabilidad, rechazo de la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria.

Plan de cuidados paciente pediátrico

00032- Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución de energía o fatiga y dolor, manifestado por disminución de la capacidad vital, disminución de la presión espiratoria, disminución de la presión inspiratoria, disnea, taquipnea y tiempo inspiratorio.

NOC

0403 Estado respiratorio: ventilación.

0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.

0802 Signos vitales.

NIC

3140 Manejo de las vías aéreas.

- 314001 Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede.
- 314003 Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.
- 314004 Administrar broncodilatadores, si procede.
- 314005 Administrar tratamientos con aerosol, si esta indicado.
- 1918 Prevención de la aspiración.
- 191801 Identifica factores de riesgo.
- 191802 Evita factores de riesgo.
- 191803 Se incorpora para comer o beber.
- 3320 Oxigenoterapia.
- 332002 Administrar oxígeno suplementario, según órdenes..
- 332011 Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.
- 332016 Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- 0002 Conservación de la energía.
- 000201 Equilibrio entre actividad y descanso.
- 0004 Sueño.
- 000402 Horas de sueño cumplidas.
- 000403 Calidad del sueño.
- 000408 Duerme toda la noche.
- 6680 Monitorización signos vitales.
- 668007 Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
- 668008 Controlar periódicamente los sonidos pulmonares.
- 668014 Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- 668021 Observar si se producen esquemas respiratorios anormales.
- 0800 Termorregulación.
- 080001 Temperatura cutánea aumentada.
- 080005 Irritabilidad.
- 080007 Cambio de coloración cutánea.

Conclusion

La bronquiolitis es la enfermedad del tracto respiratorio más frecuente durante el primer año de vida, que ocurre de forma epidémica durante el invierno y principio de la primavera. En la mayoría de los casos es una enfermedad benigna, de curso autolimitado, y sólo en ocasiones se requiere hospitalización.

Bibliografía

1. Revisión del protocolo de la AEPD (2017).
2. González de Dios J, Ochoa Sangrador C, Grupo de revisión y panel de expertos de la Conferencia de Consenso del Proyecto aBREVIADo (BronquiolitisEstudio de Variabilidad, Idoneidad y Adecuación). *Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (IV): tratamiento de la bronquiolitis aguda, revisión de la evidencia científica*. An Pediatr (Barc). 2010.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda, Fundació Sant Joan de Déu (coords.). *Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
4. Calvo Rey C, García García ML, Casas Flecha I, Pérez Breña P. *Infecciones respiratorias virales*. Protoc diagn ter pediatr. 2011.

Capítulo 170

Plan de cuidados en paciente con dolor torácico no cardiovascular en urgencias hospitalarias

Autores:

Pérez Martín de la Mota, Elena

Vállez Gómez, Daniel

Rodríguez Rodríguez-Caro, Laura María

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO NO CARDIOVASCULAR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

OBJETIVO

Existen múltiples causas de dolor torácico, lo que representa un gran desafío para la enfermería, que debe estar capacitada para valorar la gravedad y asignarle la prioridad de asistencia que cada caso precise. Actualmente muchas de las visitas a urgencias están relacionadas con la ansiedad y estrés (debido al estilo de vida de nuestra sociedad) y no con alteraciones cardiológicas. El principal objetivo es crear un plan de cuidados que defina unas líneas de actuación claras para un manejo adecuado de los síntomas del dolor torácico de origen no cardiológico.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este plan de cuidados hemos realizado una búsqueda bibliográfica de diferentes libros: "Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación". 2012-2014. NANDA Internacional (Elsevier); *Interrelaciones NANDA, NIC y NOC*. 2ª Edición. M. Johnson, G. Bulechek (Elsevier Mosby); *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4ª Edición. J. McCloskey y G.M. Bulechek (Elsevier Mosby); *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª Edición. S. Moorhead, M. Johnson... Para obtener más información se han utilizado diferentes buscadores: Scielo, Google Academy, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet... La palabra clave principal empleada en la búsqueda es "dolor torácico", combinada con "estrés, ansiedad, no cardiológico, cuidados" para limitar la búsqueda.



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

RESULTADOS (NOC)

INTERVENCIONES (NIC)

Dolor agudo (00132) r/c agentes lesivos físicos y psicológicos.	Nivel del dolor (2102). Control del dolor (1605). Dolor: efectos nocivos (2101).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorización de los signos vitales. ○ Manejo de la medicación y del dolor. ○ Administración de analgésicos. ○ Asistencia en la analgesia controlada por el paciente. ○ Manejo ambiental. ○ Administración analgésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Distracción. ○ Hipnosis. ○ Terapia intravenosa. ○ Manejo ambiental: Confort. ○ Aumentar el afrontamiento. ○ Estimulación cutánea. ○ Aplicación de calor y frío.
Ansiedad (00146) r/c falta de conocimientos y/o habilidades en el manejo de estrategias de afrontamiento ante una situación estresante.	Creencia sobre la salud: percepción de amenaza (1704). Control del miedo (1402). Nivel de ansiedad (1211).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Escucha activa. ○ Apoyo espiritual. ○ Entrenamiento autógeno. ○ Modificación de la conducta. ○ Terapia asistida con animales. ○ Fomento del ejercicio. ○ Guía de anticipación. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Técnicas de relajación. ○ Educación sanitaria. ○ Terapia de relajación simple. ○ Autocontrol de la ansiedad. ○ Intervención en caso de crisis. ○ Acuerdo con el paciente. ○ Disminución de la ansiedad.
Insomnio (00095) r/c deterioro del patrón del sueño normal.	Sueño (0004). Descanso (0003). Bienestar personal (2002).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar el sueño. ○ Técnica de relajación. ○ Manejo ambiental: Confort. ○ Disminución de la ansiedad. ○ Aumentar el afrontamiento. ○ Contacto. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Musicoterapia. ○ Fomento del ejercicio. ○ Potenciación de la seguridad. ○ Masaje simple. ○ Facilitar el crecimiento espiritual.
Intolerancia a la actividad (00093) r/c debilidad generalizada.	Tolerancia a la actividad (0005). Resistencia (0001). Energía psicomotora (0006).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manejo de la nutrición. ○ Ayuda para dejar de fumar. ○ Fomentar los mecanismos corporales. ○ Enseñanza: actividad/ejercicio. ○ Control del humor (5330). ○ Facilitar las visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia de ejercicios: movilidad articular. ○ Fomento del ejercicio. ○ Terapia de actividad. ○ Manejo de la energía. ○ Apoyo espiritual.
Afrontamiento - tolerancia al estrés (00069) r/c falta de confianza para afrontar la situación.	Afrontamiento de problemas (1302). Toma de decisiones (0906). Autocontrol de impulsos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aumentar el afrontamiento. ○ Potenciación del autoestima. ○ Apoyo en la toma de decisiones. ○ Asesoramiento. ○ Aumentar los sistemas de apoyo. ○ Entrenamiento para controlar los impulsos. ○ Apoyo emocional. ○ Disminución de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimulación de la integridad familiar. ○ Aumentar los sistemas de apoyo. ○ Apoyo espiritual. ○ Clarificación de valores. ○ Ayuda en la modificación de sí mismo. ○ Ayuda para el control del enfado. ○ Establecer límites.
Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento (00109) r/c dolor, malestar y falta de motivación.	Autocuidados: vestir (0302). Cuidados personales: peinado (304).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayuda al autocuidado: vestir, arreglo personal. ○ Enseñanza individual. ○ Cuidados del cabello. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vestir. ○ Apoyo al cuidador principal.
Conocimientos deficientes (00126) r/c mala interpretación de la información.	Conocimientos: proceso de la enfermedad (1803). Conocimientos: procedimiento terapéutico (1814).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enseñanza: proceso de la enfermedad. ○ Modificación de la consulta. ○ Enseñanza: procedimiento / tratamiento. ○ Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Biblioterapia. ○ Educación sanitaria. ○ Análisis de la situación sanitaria. ○ Facilitar el aprendizaje.
Patrón respiratorio ineficaz (00032) r/c hiperventilación.	Estado respiratorio: ventilación (0403). Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manejo de las vías aéreas. ○ Oxigenoterapia. ○ Aspiración de las vías aéreas. ○ Monitorización respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disminución de la ansiedad. ○ Manejo del dolor. ○ Fisioterapia respiratoria. ○ Mejorar la tos.
Deterioro de la comunicación verbal (00051) r/c diferencias culturales.	Comunicación: expresiva (0903). Elaboración de información (0907).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mejora la comunicación: déficit del habla. ○ Escucha activa. ○ Establecimiento de objetivos comunes. ○ Aumentar el afrontamiento. ○ Asesoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Potenciación de sociabilización. ○ Entrenamiento de la asertividad. ○ Estimulación cognoscitiva. ○ Aumentar los sistemas de apoyo.

CONCLUSIONES

En relación al dolor torácico, la enfermería tiene un papel muy importante a la hora reconocer, definir y evaluar la gravedad de este problema de salud. La utilización de unos planes de cuidados estandarizados supone una herramienta muy útil y aportan una comunicación entre el paciente y los profesionales que favorecen la continuidad en los cuidados, ayudan a la formación profesional y establecen un dinamismo en nuestro quehacer diario. Coadyuvan además a documentar la contribución enfermera sobre el cuidado del paciente, facilitan la evaluación y mejora de los cuidados. La búsqueda de la excelencia enfermera permite definir nuestra profesión.

Resumen: Este plan de cuidados está dirigido a los pacientes que acuden a urgencias hospitalarias por dolor torácico no cardiovascular, que suele tener un origen psicógeno.

Necesitamos un modelo enfermero para dar respuesta y establecer una relación de ayuda, valorar de forma integral a la persona y ayudarla a lograr un alto grado de independencia. Además esto contribuye a identificar y enunciar los diagnósticos enfermeros (NANDA) y aplicar e interrelacionar las taxonomías (NOC-NIC) para determinar resultados esperados y las intervenciones más eficaces que la enfermera realizará para ayudar a la persona en el manejo de sus emociones y de la situación.

Palabras Clave: Dolor torácico; Estrés psicológico; Ansiedad.

Introducción

El dolor torácico es un síntoma muy frecuente en pacientes que visitan las urgencias hospitalarias. Se define como sensación álgida localizada en la zona situada entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente.

El siguiente plan de cuidados ha sido elaborado pensando en los problemas que con más frecuencia presentan los/las pacientes incluidos en los procesos asistenciales integrados que cursan con dolor torácico de origen psicógeno (depresión, ansiedad e hiperventilación, simulación, ataque de pánico).

Objetivos

Debido a que existen múltiples causas de dolor torácico, la enfermería debe estar capacitada para valorar su gravedad y asignarle la prioridad de asistencia correspondiente.

El manejo de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias con un dolor torácico inespecífico plantea un importante problema por la necesidad de diagnosticar y tomar decisiones de forma rápida y eficaz, con el fin de reducir la morbimortalidad de los síndromes coronarios agudos (SCA) por un lado, y evitar al mismo tiempo ingresos innecesarios. Todo este proceso de actuación representa un gran desafío para nuestra profesión.

El objetivo de este plan de cuidados es definir unas líneas de actuación claras y concisas para un manejo adecuado de los síntomas del dolor torácico de origen no cardiológico.

Materiales y método

Para la realización de este plan de cuidados enfermero sobre el dolor torácico psicógeno se han utilizado diagnósticos NANDA y hemos considerado los siguientes los más importantes:

- Dolor agudo: relacionado con agentes lesivos, físicos y psicológicos. La primera actuación será monitorizar los signos vitales para conocer el estado hemodinámico del paciente y dependiendo del tipo y nivel de dolor administraremos analgesia, realizaremos técnicas de distracción o manejo ambiental para mejorar el bienestar del paciente.

- Ansiedad: relacionada con la falta de conocimientos y/o habilidades en el manejo de estrategias de afrontamiento ante una situación estresante. Nosotros intervenimos ante este problema dando

apoyo emocional, ofreciendo escucha activa, llevando a cabo técnicas de relajación o mediante la administración de medicación como último recurso.

- Insomnio: relacionado con el deterioro del patrón del sueño normal. Esta alteración en el descanso se puede afrontar mediante técnicas de relajación que ayuden a aumentar el afrontamiento, potenciar la seguridad del paciente, intentando disminuir la ansiedad y mejorando el confort.

- Intolerancia a la actividad: relacionada con la debilidad generalizada. Ante este problema de describen líneas de actuación basadas en fomentar los mecanismos corporales y el ejercicio, ayuda para dejar de fumar y manejo de la nutrición.

- Afrontamiento-tolerancia al estrés: en relación con falta de confianza para afrontar la situación. Es importante apoyar en la toma de decisiones y un buen asesoramiento y apoyo emocional. Además hay que establecer límites y ayudar a controlar el enfado, con lo que disminuirá la ansiedad.

- Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento: relacionado con dolor, malestar y falta de motivación. El malestar continuo y falta de motivación debemos suplirla de forma individual y apoyando siempre al paciente y al cuidador principal a la hora de llevar a cabo el autocuidado.

- Conocimientos deficientes: en relación con la mala interpretación de la información. Debemos facilitar el aprendizaje y adecuar la enseñanza del proceso de enfermedad en función del nivel sociocultural.

- Patrón respiratorio ineficaz: relacionado con hiperventilación. Ante una situación de dolor torácico, aparentemente de etiología desconocida, los pacientes reaccionan aumentando la frecuencia respiratoria, por lo que es muy importante su monitorización. Uno de los métodos para su manejo es disminuir el nivel de ansiedad junto con la utilización de oxigenoterapia, lo que mejorará el estado general del paciente.

- Deterioro de la comunicación verbal: en relación con diferencias culturales. Ante esta situación, es importante realizar una escucha activa sin prejuicios, estableciendo objetivos comunes, mejorando la comunicación cuando haya déficit del habla y aumentando los sistemas de apoyo y afrontamiento.

Conclusiones:

La conclusión que podemos sacar de este plan de cuidados, es que el personal de enfermería tiene una participación muy importante tanto en la recepción del paciente, su vigilancia y tratamiento, con el objetivo de reconocer, definir y evaluar la gravedad de este problema de salud.

La utilización de unos planes de cuidados estandarizados supone una herramienta muy útil y aportan una comunicación entre el paciente y los profesionales que favorecen la continuidad en los cuidados, ayudan a la formación profesional y establecen un dinamismo en nuestro quehacer diario.

Estos cuidados estandarizados además, ayudarán al profesional a poder reaccionar mejor y de manera coordinada a todas las respuestas humanas del paciente en cada momento.

De la forma de la atención enfermera en el cuidado del paciente con dolor torácico no cardiológico, dependerá el éxito y la buena recuperación de éste. Así mismo, una adecuada enseñanza y explicación del proceso va a permitir un mayor conocimiento tanto a los familiares, cuidadores y al propio paciente, lo que contribuirá a una mayor autonomía y seguridad del paciente ante un nuevo episodio.

La búsqueda de la excelencia enfermera permite definir nuestra profesión.

Bibliografía

1. McCloskey, J., Bulechek, G., Dochterman, J. and Wagner, C. (2014). *Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC)*. Ámsterdam: Elsevier.
2. Carpenito, L. (2002). *Diagnósticos de enfermería*. 9th ed. Barcelona: Interamericana McGraw-Hill.
3. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. and Swanson, E. (n.d.). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*.
4. Sánchez Bermejo, R; Fernández Cantero, E; et al. *Dolor torácico no traumático en un Servicio de Urgencias: Eficacia de la intervención de Enfermería Triage* *Pag Enferurg* | 2010 | II(8):26-35.

Capítulo 171

Plan de cuidados enfermero en conducta suicida

Autores:

Lucas Caballero, Marina

Laderas Diaz, Estíbaliz

Panea Pizarro, Isabel

Martos Sánchez, Almudena

Casero Peinado, Nuria

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO EN CONDUCTA SUICIDA

Autores: Marina Lucas Caballero, Estibaliz Laderas Díaz, Isabel Panea Pizarro, Almudena Martos Sánchez, Nuria Casero Peinado HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL



INTRODUCCIÓN

- ✓ Conducta suicida (OMS) → Desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado.
- ✓ Suicidio → **Grave problema de Salud Pública** → **800.000** suicidios al año en el mundo.
- ✓ Los suicidios y los intentos de suicidio afectan, directa e indirectamente, y generan un grave impacto sobre quienes sobreviven “survivors”, tanto a corto como a largo plazo.
- ✓ Estudios confirman que el suicidio es **prevenible** y que se precisa de un enfoque multisectorial para que las estrategias de prevención sean eficaces.

METODOLOGÍA

Desarrollo de un plan de cuidados enfermero a partir de los diagnósticos enfermeros NANDA.



OBJETIVO

Mejorar la atención y la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas.

DESARROLLO

Establecido el diagnóstico NANDA de riesgo de suicidio se aplicarán las intervenciones y actividades de enfermería relacionados con dicho diagnóstico con el objetivo de alcanzar los criterios de resultado establecidos anteriormente.

(NANDA)
Diagnostico: (00150)
 Riesgo de suicidio manifestado por antecedentes de intento de suicidio.



(NOC) Criterio de resultado:

(1408) Autocontrol del impulso suicida: acciones personales para contener acciones o intentos de suicidio.

Indicadores a alcanzar:

- 140804: Verbaliza ideas de suicidio, si existen.
- 140805: Verbaliza control de impulsos.
- 140812: Mantiene el control sin supervisión.
- 140826: Utiliza recursos para la prevención del suicidio.
- 140822: Hace planes de futuro.



(NIC) Intervención:

(6340)Prevención del suicidio: disminución de los daños autoinflingidos, con la intención de acabar con la vida.

Actividades que se llevaran a cabo:

- ✓ Determinar la existencia y grado de riesgo de suicidio.
- ✓ Evitar comentar repetidamente los antecedentes de suicidio manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futuro.
- ✓ Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo a los pensamientos dañinos.
- ✓ Implicar a la familia en la planificación del alta (enseñanza sobre la enfermedad/ medicación, reconocimiento del aumento de riesgo de suicidio, planificación del paciente para enfrentarse a los pensamientos de autolesión).
- ✓ Concienciar a la opinión pública de que el suicidio es un problema de salud evitable.

CONCLUSIONES

El uso en la práctica clínica del plan de cuidados empleando para ello las herramientas NANDA, NIC y NOC nos ayuda a tener una relación más empática, tranquila y no crítica con el paciente. Se consigue dar los cuidados específicos que precisa el paciente y la relación interpersonal como instrumento terapéutico.

Resumen: La conducta suicida es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. El suicidio es un grave problema de salud pública y se calcula que cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo. Además, los suicidios y los intentos de suicidio afectan, tanto directa como indirectamente a otra y generan un grave impacto sobre quienes sobreviven. Con este trabajo queremos mejorar la atención y la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas a través del desarrollo de un plan de cuidados enfermero partiendo de diagnósticos enfermeros NANDA.

Palabras Clave: diagnostico; suicidio; cuidado.

Establecido el diagnóstico NANDA de riesgo de suicidio se aplicarán las intervenciones y actividades de enfermería relacionados con dicho diagnóstico con el objetivo de alcanzar los criterios de resultado establecidos anteriormente.

Diagnóstico NANDA

(00150) Riesgo de suicidio manifestado por antecedentes de intento de suicidio.

(NOC) Criterio de resultado

(1408) Autocontrol del impulso suicida: acciones personales para contener acciones o intentos de suicidio.

Indicadores a alcanzar:

140804: Verbaliza ideas de suicidio, si existen.

140805: Verbaliza control de impulsos.

140812: Mantiene el control sin supervisión.

140826: Utiliza recursos para la prevención del suicidio.

140822: Hace planes de futuro.

(NIC) Intervención:

(6340) Prevención del suicidio: disminución de los daños autoinflingidos, con la intención de acabar con la vida.

Actividades que se llevarán a cabo:

- Determinar la existencia y grado de riesgo de suicidio.
- Evitar comentar repetidamente los antecedentes de suicidio manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futuro.
- Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo a los pensamientos dañinos.
- Implicar a la familia en la planificación del alta (enseñanza sobre la enfermedad/ medicación, reconocimiento del aumento de riesgo de suicidio, planificación del paciente para enfrentarse a los pensamientos de autolesión).
- Concienciar a la opinión pública de que el suicidio es un problema de salud evitable.

Conclusiones

El uso en la práctica clínica del plan de cuidados empleando para ello las herramientas NANDA, NIC y NOC nos ayuda a tener una relación más empática, tranquila y no crítica con el paciente. Se consigue dar los cuidados específicos que precisa el paciente y la relación interpersonal como instrumento terapéutico.

Bibliografía

1. Bobes J, Giner J, Daiz J. Suicidio y psiquiatría. *Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela; 2011.
2. Fornes J, Carballal MC. *Enfermería de salud mental y psiquiatría. Planes de cuidados*. Madrid; Editorial Médica Paramericana; 2005.
3. Mc Clokey J, Bulecheck G. *Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC)*. 5 ed. Madrid; Mosby; 2009.
4. *Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud. Trastornos mentales y cerebrales*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2000.

Capítulo 172

Plan de cuidados post-quirúrgicos del paciente intervenido de hernia abdominal

Autora:

Cervantes Torres, Laura

PLAN DE CUIDADOS POST-QUIRÚRGICOS DEL PACIENTE INTERVENIDO DE HERNIA ABDOMINAL

INTRODUCCIÓN

Una hernia de la pared abdominal es una protrusión del intestino a través de una abertura o de una zona débil de la pared abdominal. Se requiere cirugía reparadora. Podemos encontrar varios tipos:

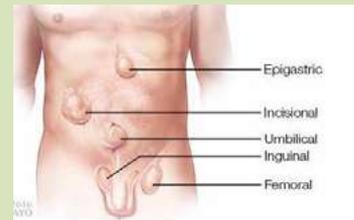
- Hernia inguinal:** aparecen en el pliegue inguinal o en el escroto. Son más frecuentes en los varones.
- Hernia umbilical:** se producen alrededor del ombligo. Muchos bebés tienen una pequeña hernia umbilical porque la abertura por la que pasan los vasos sanguíneos del cordón umbilical no se ha cerrado por completo. Algunos adultos tienen una hernia umbilical a causa de la obesidad, el embarazo o un exceso de líquido en el abdomen (ascitis).
- Hernia femoral:** por debajo del pliegue de la ingle, en la mitad del muslo donde la arteria y la vena femorales salen del abdomen en dirección a la pierna. Este tipo de hernia es más frecuente en las mujeres.
- Hernia incisional:** a través de una incisión quirúrgica de la pared abdominal. Este tipo de hernia puede aparecer muchos años después de la cirugía.

OBJETIVO

Describir un plan de cuidados de enfermería proporcionado a un paciente intervenido de hernia abdominal en una unidad post-quirúrgica.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, MEDLINE, CINAHL y CUIDEN. Así como una recogida de distintos diagnósticos, intervenciones y resultados extraídos de la NANDA, NIC y NOC. PALABRAS CLAVE: hernia abdominal, dolor agudo.



INTERVENCIONES

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00134 Náuseas. Relacionado con: Distensión gástrica por la administración de anestésicos RESULTADOS ESPERADOS NOC 1608 Control de síntomas	El personal sanitario proporcionará un alivio óptimo de las náuseas	1450 Manejo de náuseas 1570 Manejo del vómito
INDICADORES 160801-Reconoce el comienzo del síntoma 160806-Utiliza medidas preventivas		ACTIVIDADES -Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible. -Reducir o eliminar factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento). -Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. -Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como, p. ej., ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza). -Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 3	A veces demostrado 4
	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00015 Riesgo de estreñimiento Relacionado con: -La intervención quirúrgica (efectos de la anestesia y de la manipulación quirúrgica) -Con la inmovilidad RESULTADOS ESPERADOS NOC 0501-Eliminación intestinal INDICADORES: 050102-Control de movimientos intestinales 050113-Control de la eliminación de heces	El paciente mantendrá la eliminación intestinal dentro del patrón normal	0450-Manejo del estreñimiento/impacción
Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3
	Levemente comprometido 4	No comprometido 5

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00016 Deterioro de la eliminación urinaria Relacionado con: -La intervención quirúrgica RESULTADOS ESPERADOS NOC 0503 Eliminación urinaria INDICADORES 050301 Patrón de eliminación 050313 Vacia la vejiga completamente	El paciente mantendrá la eliminación urinaria dentro del patrón normal	0590 Manejo de la eliminación urinaria ACTIVIDADES: -Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. -Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. -Registrar la hora de la primera eliminación después de la intervención. -Proporcionar intimidad para la eliminación. -Utilizar el poder de sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del aseó. -Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión -Insertar catéter urinario, si procede.
Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3
	Levemente comprometido 4	No comprometido 5

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00046 Deterioro de la integridad cutánea. Relacionado con: -herida quirúrgica RESULTADOS ESPERADOS NOC 1102 Curación de la herida: por primera intención INDICADORES: 110213-Aproximación de los bordes de la herida	El paciente logrará la cicatrización de la herida por primera intención.	3440-Cuidados del sitio de incisión 4160-Control de hemorragias
Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3
	Sustancial 4	Extenso 5

INTERVENCIONES COMUNES POSTERIORES A TODAS LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

2870 Cuidados postanestesia

-Controlar el retorno de la función sensorial y motora

7370 Planificación del alta

- Ayudar al paciente/familiar a preparar el alta
- Colaborar con el médico/paciente/ familiar y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.
- Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

X CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00132-Dolor agudo. Relacionado con: La herida quirúrgica RESULTADOS ESPERADOS NOC 1605-Control del dolor INDICADORES: 160511-Refiere dolor controlado	El personal sanitario proporcionará un alivio óptimo del dolor	1400-Manejo del dolor 2210-Administración de analgésicos
Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3
	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00126 Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad, régimen terapéutico. Relacionados con la falta de información en relación con la herida quirúrgica. RESULTADOS ESPERADOS NOC 1803-Conocimiento: proceso de la enfermedad INDICADORES 180309-Descripción de las complicaciones 180310-Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones. 180311-Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones	El paciente comprenderá y será capaz de llevar a cabo los autocuidados y de identificar los problemas que pueden aparecer en su proceso de enfermedad.	5602-Enseñanza: proceso de enfermedad 3660-Cuidados de las heridas
Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3
	Sustancial 4	Extenso 5

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00004-Riesgo de infección. Relacionado con: -Procedimientos invasivos RESULTADOS ESPERADOS NOC 0702-Estado inmune INDICADORES 070207-Temperatura corporal 070208-Integridad cutánea	El personal sanitario minimizará el riesgo de infección.	6550-Protección contra las infecciones. 2440-Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3
	Levemente comprometido 4	No comprometido 5

Diagnósticos enfermeros NANDA	OBJETIVOS	Intervenciones de enfermería NIC
00002-Desequilibrio nutricional por defecto. Relacionado con: -Preparación de intervención RESULTADOS ESPERADOS NOC 1802-Conocimiento: dieta INDICADORES 180201-Descripción de la dieta recomendada 180202-Explicación del fundamento de la dieta recomendada	El paciente volverá a su dieta normal.	1020-Etapas en la dieta
Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3
	Sustancial 4	Extenso 5



BIBLIOGRAFÍA

- M.Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey; Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones; Ed. Harcourt.
- L. Juall Carpenito; Manual de Diagnósticos de Enfermería; Ed. McGraw-Hill, 2002.
- S. Moorhead, M. Johnson, M. Maas; Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); Ed. Elsevier Mosby. 3ª ed.
- J. McCloskey Dochterman, G. M. Bulechek; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. Elsevier Mosby. 4ª ed.
- http://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/hernias-de-la-pared-abdominal

Resumen: Una hernia de la pared abdominal es una protusión del intestino a través de una abertura o de una zona débil de la pared abdominal. Se requiere cirugía reparadora. Encontramos varios tipos: inguinal, umbilical, femoral e incisional. El objetivo de este trabajo es describir un plan de cuidados de enfermería proporcionado a un paciente intervenido de hernia abdominal en una unidad post-quirúrgica. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica. Hemos indicado varios diagnósticos de enfermería extraídos de la NANDA relacionados con este tipo de intervención, así como resultados e intervenciones extraídos de la NOC y de la NIC, respectivamente.

Palabras Clave: Hernia abdominal; Dolor agudo; Náusea.

Introducción

Una hernia de la pared abdominal es una protusión del intestino a través de una abertura o de una zona débil de la pared abdominal. Se requiere cirugía reparadora. Podemos encontrar varios tipos: inguinal, umbilical, femoral e incisional.

Objetivo

Describir un plan de cuidados de enfermería proporcionado a un paciente intervenido de hernia abdominal en una unidad post-quirúrgica.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, MEDLINE, CINAHL y CUIDEN. Así como una recogida de distintos diagnósticos, intervenciones y resultados extraídos de la NANDA, NIC Y NOC.

Intervenciones

Diagnósticos enfermeros NANDA:

00134 Náuseas,

Relacionado con:

-Proceso de la enfermedad.

Resultados esperados NOC:

1608 Control de síntomas.

Indicadores:

-160801-Reconoce el comienzo del síntoma.

-160806-Utiliza medidas preventivas.

Objetivos:

El personal sanitario proporcionará un alivio óptimo de las náuseas.

Intervenciones de enfermería NIC :

- 1450 Manejo de náuseas.
- 1570 Manejo del vómito.

Actividades:

- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.
- Reducir o eliminar factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas.
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito.
- Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.

00132-Dolor agudo

Relacionado con:

- Proceso de la enfermedad.

Resultados esperados NOC:

1605-Control del dolor.

Indicadores:

160511-Refiere dolor controlado.

Objetivos:

El personal sanitario proporcionará un alivio óptimo del dolor.

Intervenciones de enfermería NIC:

- 1400-Manejo del dolor.
- 2210-Administración de analgésicos.

Actividades:

- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Proporcionar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.

00015 Riesgo de estreñimiento

Relacionado con:

- Disminución de la motilidad gastrointestinal.
- Con la inmovilidad.

Resultados esperados NOC:

0501-Eliminación intestinal.

Indicadores:

050102-Control de movimientos intestinales.

050113-Control de la eliminación de heces.

Objetivos:

El paciente mantendrá la eliminación intestinal dentro del patrón normal.

Intervenciones de enfermería NIC:

0450-Manejo del estreñimiento/impactación.

Actividades:

-Vigilar la existencia de sonidos intestinales.

-Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.

00126-Conocimientos deficientes sobre normas hospitalarias y los cuidados de enfermería en el preoperatorio.

Relacionado con:

-Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

Resultados esperados NOC:

1813-Conocimiento: régimen terapéutico.

Indicadores:

181302-Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.

181309-Descripción de los procedimientos prescritos.

Objetivos:

El paciente comprenderá las normas de la unidad, y la información que ha recibido sobre las actuaciones de la enfermería.

Intervenciones de enfermería NIC:

5610-Enseñanza prequirúrgica:

Actividades:

-Describir las rutinas preoperatorias.

-Informar al paciente/familiar acerca de la fecha y hora aproximada de la intervención, y al familiar del lugar donde debe esperar durante la intervención.

00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

Relacionado con:

-La intervención quirúrgica.

Resultados esperados NOC:

0503 Eliminación urinaria.

Indicadores:

050301 Patrón de eliminación.

050313 Vacía la vejiga completamente.

Objetivos:

El paciente mantendrá la eliminación urinaria dentro del patrón normal.

Intervenciones de enfermería NIC:

0590 Manejo de la eliminación urinaria.

Actividades:

-Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.

-Registrar la hora de la primera eliminación después de la intervención.

-Proporcionar intimidad para la eliminación.

-Insertar catéter urinario, si procede.

00046-Deterioro de la integridad cutánea.

Relacionado con:

-Herida quirúrgica.

Resultados esperados NOC:

1102 Curación de la herida: por primera intención.

Indicadores:

110213-Aproximación de los bordes de la herida.

Objetivos:

El paciente logrará la cicatrización de la herida por primera intención.

Intervenciones de enfermería NIC:

3440-Cuidados del sitio de incisión.

4160-Control de hemorragias.

Actividades:

- Despegar los apósitos y la cinta adhesiva.
- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Controlar las características de la herida.
- Limpiar con solución salina normal y limpiador no tóxico.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia.
- Aplicar un apósito apropiado para cubrir el sitio de incisión y cambiarlo a intervalos adecuados.
- Retirar las suturas, grapas o clips, cuando esté indicado.

00004-Riesgo de infección

Relacionado con:

- Procedimientos invasivos.

Resultados esperados NOC:

0702-Estado inmune.

Indicadores:

070207-Temperatura corporal.

070208-Integridad cutánea.

Objetivos:

El personal sanitario minimizará el riesgo de infección.

Intervenciones de enfermería NIC:

6550-Protección contra las infecciones.

2440-Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.

Actividades:

- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Monitorizar la temperatura corporal a intervalos regulares.
- Observar los signos de infección sistémica y localizada.
- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.
- Cambiar los sistemas, apósitos y tapones de acuerdo al protocolo del centro.

00002-Desequilibrio nutricional por defecto

Relacionado con:

- Preparación de intervención.

Resultados esperados NOC:

1802-Conocimiento: dieta.

Indicadores:

180201-Descripción de la dieta recomendada.

180202-Explicación del fundamento de la dieta recomendada.

Objetivos:

El paciente volverá a su dieta normal.

Intervenciones de enfermería NIC:

1020-Etapas en la dieta.

Actividades:

- Iniciar tolerancia 4 horas después de la cirugía.
- Hacer avanzar la dieta desde la ingestión de poco líquido, dieta líquida, dieta blanda, a dieta regular o especial, según la tolerancia.
- Determinar la presencia de sonidos intestinales.

Intervenciones comunes posteriores a las intervenciones quirúrgicas

2870-Cuidados postanestesia.

- Controlar el retorno de la función sensorial y motora.

7370-Planificación del alta.

- Ayudar al paciente/familiar a preparar el alta.
- Colaborar con el médico/paciente/ familiar y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.
- Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

Bibliografía

1. M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey; *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones*; Ed. Harcourt.
2. L. Juall Carpenito; *Manual de Diagnósticos de Enfermería*; Ed. McGraw-Hill, 2002.
3. S. Moorhead, M. Johnson, M. Maas; *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*; Ed. Elsevier Mosby. 3ª ed.
4. J. McCloskey Dochterman, G. M. Bulechek; *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Ed. Elsevier Mosby. 4ª ed.

Capítulo 173

Plan de cuidados: Cuidar al cuidador

Autores:

Serrano Gómez, Irene

Fernández Clemente, Alba

Melchor Gómez, Silvia

Esteban Mora, Raquel

Esteban Mora, Rebeca

PLAN DE CUIDADOS: CUIDAR AL CUIDADOR

INTRODUCCIÓN

Las personas que asumen el rol de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que les colocan en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales.

La cuidadora familiar primaria es la que asume la total responsabilidad del proceso de cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada, se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidador, no recibir remuneración económica por la labor realizada, tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad. La cuidadora familiar, ofrece a menudo, una atención sin límites de horarios.

Cuidar a la cuidadora familiar significa tener en cuenta también a los miembros de la familia durante el proceso de cuidados, en especial cuando los cuidados se realizan en casa. Si a esto añadimos la complejidad de los problemas de salud que el proceso de estas características conlleva, nos encontramos ante un problema sanitario de gran envergadura. (1)

METODOLOGÍA

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica para redactar el marco teórico del cuidador principal, encontrando diversas referencias. Una vez contextualizado el tema del trabajo se ha realizado un plan de cuidados.

Realizaremos el plan de cuidados a todas las personas cuidadoras de la provincia de Toledo. Vamos a tener en cuenta una serie de criterios. Primero que sean cuidadores familiares principales. Todas las personas deberán ser mayores de edad y me darán permiso para la realización del plan de cuidados. Llevarán más de 6 meses como cuidadores principales. Se encargarán de todos los cuidados del familiar.

INTERVENCIONES

VALORACIÓN

Se realiza la valoración enfermera de forma integral y posteriormente se registra la información empleando el sistema de valoración propuesto por M. Gordon: los once patrones funcionales de salud.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
<u>Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)</u>	Factores estresantes del cuidador familiar	(7040) Apoyo al cuidador principal (7110) Fomentar la implicación familiar
<u>Trastorno del patrón del sueño (00198)</u>	(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia (6482) Manejo ambiental: confort: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima
<u>Fatiga (00093)</u>	(0001) Resistencia (0002) Conservación de la energía (1007) Estado nutricional energía	(0180) Manejo de la energía
<u>Afrontamiento familiar comprometido (00074)</u>	(2210) Posibles resistencias al cuidado familiar (2600) Afrontamiento de los problemas de la familia (2604) Normalización de la familia	(7040) Apoyo al cuidador familiar (7110) Fomentar la implicación familiar (5230) Aumentar el afrontamiento (5240) Asesoramientos (7110) fomentar la implicación familiar
<u>Procesos familiares disfuncionales (00063)</u>	(1302) Superación de problemas (1400) Control de la depresión (1501) Ejecución del rol	(5450) Terapia de grupo (5820) Disminución de la ansiedad (7100) Estimulación de la integridad familiar (7130) Mantenimiento en procesos familiares
<u>Baja autoestima situacional (00120)</u>	(1205) Autoestima	(4920) Escucha activa (5270) Apoyo emocional (5240) Asesoramientos (5400) Potenciación de la autoestima

FASE EJECUCIÓN

Al realizar el plan de cuidados nos planteamos una serie de intervenciones para llevar a cabo con el paciente, de manera que nos permita poder resolver los diagnósticos de enfermería identificados en su caso. El tiempo planteado para conseguir los resultados serán a medio-largo plazo (seis meses a un año)

FASE EVALUACIÓN

Es la fase final del proceso de enfermería, se llevará a cabo la comparación del estado de salud del cuidador con los objetivos definidos. Si el paciente no ha conseguido los objetivos, deberemos dedicarnos a la resolución del problema revisando el plan de cuidados.

CONCLUSIONES

Se evidencia la necesidad de elaborar planes de cuidados individualizados que posibiliten planificar y diseñar intervenciones de enfermería integrales adecuadas a las necesidades de salud de los cuidadores principales.

BIBLIOGRAFIA

(1) Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, Vives-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publicis; 2011.
2. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.
Herdman, T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012. 9.
Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier; 2009.
Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey JC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

Resumen: Las personas que asumen el rol de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que les colocan en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales.

Nos encontramos ante un problema sanitario de gran envergadura por su gran complejidad. Por lo que se evidencia la necesidad de elaborar planes de cuidados que posibiliten planificar y diseñar las intervenciones de enfermería .

Palabras Clave: Cuidadores; NOC; NANDA.

Introducción

La cuidadora familiar primaria es la que asume la total responsabilidad del proceso de cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada, se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidador, no recibir remuneración económica por la labor realizada, tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad. La cuidadora familiar, ofrece a menudo, una atención sin límites de horarios.

Cuidar a la cuidadora familiar significa tener en cuenta también a los miembros de la familia durante el proceso de cuidados, en especial cuando los cuidados se realizan en casa. Si a esto añadimos la complejidad de los problemas de salud que el proceso de estas características conlleva, nos encontramos ante un problema sanitario de gran envergadura.

Según la última estadística del INEM, se ha deteriorado la salud del cuidador principal, o se encuentra cansado (49,18% y 54,79%, respectivamente), se siente deprimido (28,11% y 30,46%, respectivamente) o no tiene ningún problema (35,9% y 32,83%, respectivamente)⁽²⁾.

Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica para redactar el marco teórico del cuidador principal, encontrando diversas Biografías. Una vez contextualizado el tema del trabajo se ha realizado un Plan de Cuidados.

Realizaremos un plan de cuidados a todas las personas cuidadoras. Vamos a tener en cuenta una serie de criterios. Primero que sean cuidadores familiares principales. Todas las personas deberán ser mayores de edad y me darán permiso para la realización del plan de cuidados. Llevaran más de 6 meses como cuidadores principales.

También deberán llevar a su cargo todos los cuidados del familiar. Y se realizara en la provincia de Toledo.

Emplearemos la valoración por patrones según el modelo de M. Gordon, seguiremos la metodología de identificación de diagnósticos (NANDA), Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC)

La taxonomía NANDA/NOC/NIC facilita el análisis sistemático de la información y la comunicación en cuanto a la toma de decisiones y la efectividad del cuidado enfermero.

En todo el trabajo se ha aplicado la metodología enfermera y la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia).

Intervenciones

Valoración: Se realiza la valoración enfermera de forma integral y posteriormente se registra la información empleando el sistema de valoración propuesto por M. Gordon: los once patrones funcionales de salud.

Plan de cuidados:

Diagnóstico NANDA: Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062).

Resultados NOC:

Factores estresantes del cuidador familiar.

Indicadores:

- 220801 Factores estresantes referidos por el cuidador. Valor escala 3-moderado.
- 220812 Cantidad de cuidados requeridos o descuidos. Valor escala 2- sustancial.
- 220816 Pérdida del tiempo personal. Valor escala 2- sustancial.

Intervenciones NIC:

- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 7110 Fomentar la implicación familiar.

Diagnóstico NANDA: Trastorno del patrón del sueño (00198).

Resultados NOC:

-(0004)Sueño: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Intervenciones NIC:

- (1850) Mejorar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.
- (6482) Manejo ambiental: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Diagnóstico NANDA: Fatiga (00093).

Resultados NOC:

- 0001 Resistencia.
- 0002 Conservación de la energía.
- 1007 Estado nutricional energía.

Intervenciones NIC:

- (0180) Manejo de la energía.

Diagnóstico NANDA: Afrontamiento familiar comprometido (00074).

Objetivos NOC:

- 2210 Posibles resistencias al cuidado familiar.
- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia.
- 2604 Normalización de la familia.

Intervenciones NIC:

- (7040) Apoyo al cuidador familiar.
- (7110) fomentar la implicación familiar.
- (5230) Aumentar el afrontamiento.
- (5240) Asesoramientos.
- (7110) fomentar la implicación familiar.

Diagnóstico NANDA: Procesos familiares disfuncionales (00063).

Objetivos NOC:

- (1302) Superación de problemas.
- (1409) Control de la depresión.
- (1501) Ejecución del rol.

Intervenciones NIC:

- (5450) Terapia de grupo.
- (5820) Disminución de la ansiedad.
- (7100) Estimulación de la integridad familiar.
- (7130) Mantenimiento en procesos familiares.

Diagnóstico NANDA: Baja autoestima situacional (00120).

Objetivos NOC:

- (1205) Autoestima.

Intervenciones NIC:

- (4920) Escucha activa.
- (5270) Apoyo emocional.
- (5240) Asesoramientos.
- (5400) Potenciación de la autoestima.

- **Fase ejecución**

Al realizar el plan de cuidados nos planteamos una serie de intervenciones para llevar a cabo con el paciente, de manera que nos permita poder resolver o prevenir los diagnósticos de enfermería identificados en su caso. El tiempo planteado para conseguir los resultados serán a medio-largo plazo (seis meses a un año).

- **Fase evaluación**

Es la fase final del proceso de enfermería, se llevará a cabo la comparación del estado de salud del cuidador con los objetivos definidos. Si el paciente no ha conseguido los objetivos, deberemos dedicarnos a la resolución del problema revisando el plan de cuidados.

Conclusiones

Se evidencia la necesidad de elaborar planes de cuidados individualizados que posibiliten planificar y diseñar intervenciones de enfermería integrales adecuadas a las necesidades de salud de los cuidadores principales.

Bibliografía

1. Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. Tarragona:Publidisa; 2011.
2. INE. *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*. 2008
3. Herdman, T. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Madrid: Elsevier; 2012. 9.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier; 2009.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey JC. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*, 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

Capítulo 174

Plan de mejora en la seguridad del paciente en residencia de ancianos: Prevención de caídas

Autora:

Cervantes Torres, Laura

PLAN DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RESIDENCIA DE ANCIANOS: PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

INTRODUCCIÓN

A mediados del 2017, con el fin de mejorar los estándares de calidad de funcionamiento de los servicios de la residencia de ancianos, el equipo de enfermería junto con el equipo de dirección, fisioterapia y auxiliares de enfermería de la residencia propone la creación de un protocolo de actuación para la prevención de caídas, así como el plan de actuación antes las mismas en dicho centro.

Palabras clave: accidentes por caídas, ancianos.

OBJETIVOS

El objetivo general que se plantea es proporcionar a los pacientes un ambiente seguro y prevenir las caídas, autolesiones o lesiones a otros.

Como objetivos específicos se establecen: contar con un protocolo de caídas para estandarizar las medidas de prevención de caídas en todo el centro, educación del paciente y cuidadores en la prevención de caída; determinar la incidencia de este tipo de accidentes residenciales y analizar sus causas; e identificar a los residentes con mayor riesgo de caídas

MATERIAL Y MÉTODOS

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- 1º-IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS A TRAVÉS DE LA ESCALA DE DOWNTON (Fig 1.)
- 2º-Valoración del paciente a través del Índice de Barthel (ABVD)
- 3º-Identificar los factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos (Fig.2).
- 4º-Registro en la Valoración de Enfermería.
- 5º-Información al paciente con riesgo y a la familia
- 6º-Adaptación de medidas de prevención ante caídas.
- 7º-Evaluaciones por las enfermeras responsables de cada turno: comprobar las medidas de prevención y verificar la información del paciente y cuidadores.
- 8º-Re-evaluaciones de los riesgos y modificación de las intervenciones según los resultados de la evaluación.

PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE CAÍDA

- 1º-Valoración del estado del residente.
- 2º-Valoración de posibles lesiones.
- 3º-Levantar al residente con ayuda.
- 4º-Avisar al médico, si fuera necesario.
- 5º-Cura de las posibles lesiones (heridas, hematomas...)
- 6º-Cumplimentar Registro de caídas (Fig 3).
- 7º-Valoración del paciente durante las 24h post-caída.
- 8º-Informar de la caída a dirección, fisioterapia y auxiliares de enfermería.



ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H DOWNTON		
CRITERIOS		PUNTAJE
Caídas Previas	No	0
	Si*	1
	Ninguno	0
Medicamentos	Tranquilizantes o sedantes*	1
	Diuréticos*	1
	Hipotensores (no diuréticos)*	1
	Antiparkinsonianos*	1
	Antidepresivos*	1
	Otros medicamentos	0
Diferencias Sensoriales	Ninguna	0
	Alteraciones visuales*	1
	Alteraciones auditivas*	1
Estado Mental	Extremidades* (ictus, etc)	1
	Orientado	0
	Confuso*	1
Marcha	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con/sin ayuda*	1
	Imposible*	1
Puntaje Obtenido		
Puntaje Menor a 2: Riesgo Bajo		
Puntaje entre 2 y 4: Riesgo Medio		
Puntaje Mayor a 4: Riesgo Alto.		

Figura 1

INTRÍNSECOS	EXTRÍNSECOS
<ul style="list-style-type: none"> >65 años Pacientes con reposo prolongado. Incapacidades físicas Problemas de deambulación. Pérdida de equilibrio. Problemas psiquiátricos. Afecciones sensoriales. Antecedentes de caídas previas. Confusión, desorientación o crisis convulsivas. Riesgo de hipotensión ortostática. Polimedicación o en tratamientos de riesgo. Necesidades especiales de higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliario: falta de barandilla, altura de la cama inadecuada, freno de la cama sin poner, etc. Iluminación insuficiente. Timbre de llamada inaccesible. Baño: sin asideros, sin timbre de llamada, suelo sin antideslizante, suelo mojado. Ropa y calzado inadecuado. Desorden en la habitación Suelos irregulares, resbaladizos y mojados. Falta de pasamanos en las habitaciones y pasillos. Falta o mala adaptación de gafas y audífonos. Ausencia de sistemas de apoyo (familiares y cuidadores).

Figura 2

Figura 3

INTERVENCIONES

En nuestro centro tenemos distintos pacientes con distintos grados de movilidad alterada, además de pacientes portadores de ayudas ortoprotésicas para la deambulación como sillas, bastones, muletas o prótesis, así como pacientes con patologías que requieren tratamientos que interfieren en su movilidad y equilibrio (hipotensores, diuréticos, benzodiazepinas...). Por ello contemplamos las siguientes intervenciones para evitar y disminuir las caídas en nuestros residentes: suelo antideslizante, luminosidad y visibilidad suficientes, camillas hidráulicas y de doble cuerpo, acompañamiento de pacientes con trastorno de movilidad, auxiliar de enfermería (asistencia en el tratamiento a demanda del fisioterapeuta, asistencia en los ejercicios de los pacientes, ayuda en su traslado o transferencia, mantenimiento de un correcto orden y colocación del mobiliario en las distintas salas, ...), disposición adecuada del mobiliario y sistemas de ayuda a la deambulación (barandillas, bastones y andadores).

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO, MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUALMENTE, teniendo en cuenta:

- Complimentación del Registro de Caídas y análisis de los datos recogidos.
- Causas del "no cumplimiento" del protocolo por parte de los profesionales.
- Encuestas para la detección de posibles problemas.
- Efectividad del registro y comunicación al equipo del centro.
- Evaluación de medidas preventivas implantadas.
- Estudio del número de caídas durante el año y factores de riesgo nuevos encontrados.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. Seguridad de las personas de edades avanzadas entrada en las lesiones accidentales. European Network for safety among early. <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf>
- Haralambous et al. A protocol for an individualised, facilitated and sustainable approach to implementing current evidence in preventing falls in residential aged care facilities. BMC Geriatrics 2010, 10:8.
- Hospital Da Costa. Protocolo de contención y prevención de caídas. Burela: Hospital da Costa; 2002

Resumen: *Todo paciente institucionalizado tiene un riesgo de caídas asociado a factores intrínsecos o propios de su persona junto a sus circunstancias puntuales y a factores extrínsecos, relacionados estos con el entorno en el que habita. La valoración objetiva del riesgo individual de caídas es un elemento indispensable para el adecuado tratamiento del problema. La valoración del riesgo de caídas nos permite actuar sobre su incidencia y disminuir de forma eficaz la prevalencia. Para ello hemos creado en nuestra residencia un protocolo de prevención de caídas y un plan de actuación de enfermería ante las mismas.*

Palabras Clave: *Accidentes por caídas; Anciano; Factores de riesgo.*

Introducción

A mediados del 2017, con el fin de mejorar los estándares de calidad de funcionamiento de los servicios de la residencia de ancianos, el equipo de enfermería junto con el equipo de dirección, fisioterapia y auxiliares de enfermería de la residencia propone la creación de un protocolo de actuación para la prevención de caídas, así como el plan de actuación antes las mismas en dicho centro.

Objetivos

El objetivo general que se plantea es proporcionar a los pacientes un ambiente seguro y prevenir las caídas, autolesiones o lesiones a otros.

Como objetivos específicos se establecen: contar con un protocolo de caídas para estandarizar las medidas de prevención de caídas en todo el centro, educación del paciente y cuidadores en la prevención de caída; determinar la incidencia de este tipo de accidentes residenciales y analizar sus causas; e identificar a los residentes con mayor riesgo de caídas.

Material y métodos

Protocolo de prevención de caídas:

1º Identificación del paciente con riesgo de caídas a través de la Escala de Dowton.

CRITERIOS:

- Caídas previas: NO (0) SÍ (1).
- Medicamentos:
 - Tranquilizantes o sedantes (1).
 - Diuréticos (1).
 - Hipotensores (no diuréticos) (1).
 - Antiparkinsonianos (1).
 - Antidepresivos (1).
 - Otros medicamentos (0).

- Diferencias sensoriales:
 - Ninguna (0).
 - Alteraciones visuales (1).
 - Alteraciones auditivas (1).
 - Extremidades (ictus, etc) (1).
- Estado mental:
 - Orientado (0).
 - Confuso (1).
- Marcha:
 - Normal (0).
 - Segura con ayuda (0).
 - Insegura con/sin ayuda (1).
 - Imposible (1).

Puntaje obtenido:

- Menor a 2: Riesgo bajo.
- Entre 2 y 4: Riesgo medio.
- Mayor a 4: Riesgo alto.

2º Valoración del paciente a través del Índice de Barthel (ABVD)

3º Identificar los factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos:

- Intrínsecos:
 - >65 años.
 - Pacientes con reposo prolongado.
 - Incapacidades físicas.
 - Problemas de deambulación.
 - Pérdida de equilibrio.
 - Problemas psiquiátricos.
 - Afecciones sensoriales.
 - Antecedentes de caídas previas.
 - Confusión, desorientación o crisis convulsivas.
 - Riesgo de hipotensión ortostática.

- Polimedicación o en tratamientos de riesgo.
- Necesidades especiales de higiene.

- Extrínsecos:

- Mobiliario: falta de barandilla, altura de la cama inadecuada, freno de la cama sin poner, etc.
- Iluminación insuficiente.
- Timbre de llamada inaccesible.
- Baño: sin asideros, sin timbre de llamada, suelo sin antideslizante, suelo mojado.
- Ropa y calzado inadecuado.
- Desorden en la habitación
- Suelos irregulares, resbaladizos y mojados.
- Falta de pasamanos en las habitaciones y pasillos.
- Falta o mala adaptación de gafas y audífonos.
- Ausencia de sistemas de apoyo (familiares y cuidadores).

4ª Registro en la Valoración de Enfermería.

5º Información al paciente con riesgo y a la familia.

6º Adaptación de medidas de prevención ante caídas.

7º Evaluaciones por las enfermeras responsables de cada turno: comprobar las medidas de prevención y verificar la información del paciente y cuidadores.

8º Re-evaluaciones de los riesgos y modificación de las intervenciones según los resultados de la evaluación.

Plan de actuación de enfermería ante caída:

1. Valoración del estado del residente.
2. Valoración de posibles lesiones.
3. Levantar al residente con ayuda.
4. Avisar al médico, si fuera necesario.
5. Cura de las posibles lesiones (heridas, hematomas)
6. Complimentar Registro de caídas.
7. Valoración del paciente durante las 24h post-caída.
8. Informar de la caída a dirección, fisioterapia y auxiliares de enfermería.

Intervenciones

En nuestro centro tenemos distintos pacientes con distintos grados de movilidad alterada, además de pacientes portadores de ayudas ortoprotésicas para la deambulaci3n como sillas, bastones, muletas o prótesis, así como pacientes con patologías que requieren tratamientos que interfieren en su movilidad y equilibrio (hipotensores, diuréticos, benzodiazepinas). Por ello contemplamos las siguientes intervenciones para evitar y disminuir las caídas en nuestro residentes: suelo antideslizante, luminosidad y visibilidad suficientes, camillas hidráulicas y de doble cuerpo, acompa1amiento de pacientes con trastorno de movilidad, auxiliar de enfermería (asistencia en el tratamiento a demanda del fisioterapeuta, asistencia en los ejercicios de los pacientes, ayuda en su traslado o transferencia, mantenimiento de un correcto orden y colocaci3n del mobiliario en las distintas salas, ...), disposici3n adecuada del mobiliario y sistemas de ayuda a la deambulaci3n (barandillas, bastones y andadores).

Evaluaci3n

Evaluaci3n del protocolo, mensual, trimestral y anualmente, teniendo en cuenta:

- Cumplimentaci3n del Registro de Caídas y análisis de los datos recogidos.
- Causas del “no cumplimiento” del protocolo por parte de los profesionales.
- Encuestas para la detecci3n de posibles problemas.
- Efectividad del registro y comunicaci3n al equipo del centro.
- Evaluaci3n de medidas preventivas implantadas.
- Estudio del número de caídas durante el a1o y factores de riesgo nuevos encontrados.

Bibliografía:

1. *Boletín informativo: Prevenci3n de las caídas en las personas de edad avanzada. Seguridad de las personas de edades avanzada entrada en las lesiones accidentales.* European Network for safety among elderly. <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf>.

2. Haralambous et al. *A protocol for an individualised, facilitated and sustainable approach to implementing current evidence in preventing falls in residential aged care facilities.* BMC Geriatrics 2010, 10:8.

3. Hospital Da Costa. *Protocolo de contenci3n y prevenci3n de caídas.* Burela: Hospital da Costa; 2002.

Capítulo 175

Preocupación por la imagen corporal en estudiantes de grado de la rama de Ciencias de la Salud

Autores:

Casero Peinado, Nuria

Laderas Díaz, Estíbaliz

Lucas Caballero, Marina

Panea Pizarro, Isabel

López Espuela, Fidel

PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE GRADO DE LA RAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORES : [Redacted]

INTRODUCCIÓN

La alteración de la propia imagen corporal se entiende como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física y es uno de los criterios que se evalúan en el diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario. Diferentes estudios han encontrado que los estudiantes universitarios tienen problemas asociados con el comportamiento alimentario y la percepción de la imagen corporal. A pesar de ello, existe una falta de conocimiento en la preocupación por la imagen corporal de los mismos.

En base a los estudios existentes, nuestra hipótesis de trabajo es que los estudiantes del grado de Nutrición Humana y Dietética (NHYD) tendrán una mayor preocupación por su imagen corporal respecto al resto de los estudiantes de Ciencias de la Salud debido al tipo de carrera cursada.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue encontrar diferencias en cuanto a la preocupación por la imagen corporal en estudiantes de diferentes grados universitarios de ciencias de la salud. Otros objetivos fueron la relación entre la preocupación por la imagen corporal, género y el Índice de Masa Corporal (IMC).

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio: Estudio descriptivo y transversal.

Muestra y tamaño: la población de estudio fueron alumnos de los Grados de Enfermería, Podología y Nutrición Humana y Dietética. El criterio de exclusión fue padecer enfermedades metabólicas o psicológicas crónicas con graves repercusiones sobre el aspecto físico.

El periodo de estudio fue el curso 2016/17 en la Universidad [Redacted].

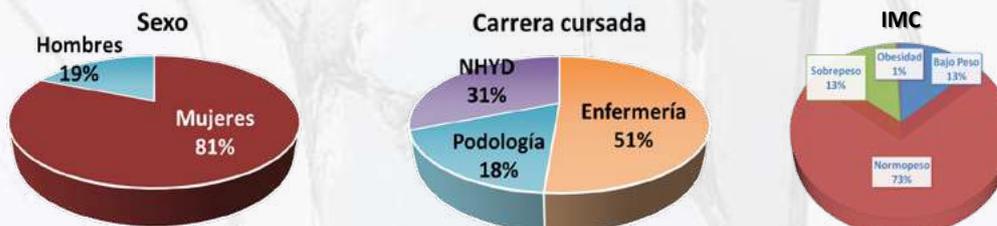
El tamaño de la muestra se realizó con la calculadora de tamaño muestral GRANMO versión 7.12 y se obtuvo un tamaño muestral mínimo necesario de 213 sujetos para cada grupo.

Instrumentos de Evaluación y recogida de datos: se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, carrera universitaria cursada y curso académico), además de peso, talla e IMC autorreferidos y la escala Body Shape Questionnaire (BSQ-34). El BSQ-34, consta de 34 ítems, y mide la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física y la evitación de situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención. Altas puntuaciones significan mayor preocupación por la imagen corporal.

Análisis de los resultados: Se realizó el estudio descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas. la prueba de Kolmogorov - Smirnov para determinar la normalidad. Se compararon las variables cualitativas sexo y pertenecer a las diferentes carreras según la prueba estadística de Chi-cuadrado. Se comparó la edad, peso, altura y el IMC mediante la prueba estadística Wilcoxon-Mann-Whitney para muestras independientes de dos grupos según fueran hombres o mujeres y el test de Kruskal-Wallis para muestras independientes para tres o más grupos como en el caso del tipo de carrera sanitaria cursada y según el IMC autorreferido. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS para Windows v.19, con una significación estadística α del 0,05.

RESULTADOS

Participaron 252 estudiantes, de los grados de Enfermería (n=129), Nutrición Humana y Dietética(n=79) y Podología (n=44).



La puntuación media global obtenida de la escala BSQ-34, se obtuvo una media en toda la muestra de $81,17 \pm 29,28$ (IC 95% 77,53-84,80).

La puntuación media de la escala según la carrera sanitaria de la escala total fue 82,66, DS $\pm 26,89$ (IC 95% 76,63-88,68) en estudiantes de NHYD, 82,77 DS $\pm 34,58$ (72,26-93,29) en estudiantes de Podología y de 79,71 DS $\pm 28,9$ (74,68-84,75) en estudiantes de Enfermería.

Además, se comparó la puntuación de cada pregunta de la escala BSQ-34, y se analizaron los resultados según género, donde se encontró una relación estadísticamente significativa en la puntuación total obtenida de la escala BSQ-34: $82,20 \pm 29,60$ vs $64,60 \pm 20,00$ siendo $p = 0,01$.

Se encontraron diferencias significativas entre la preocupación por la imagen corporal y el IMC autorreferido. Para ello, se relacionó la puntuación obtenida en la escala BSQ-34 según tuvieran bajo peso (IMC < 18,9), normopeso (IMC 18,9-24,99), sobrepeso (IMC 25-29,9) u obesidad (IMC > 30), donde la puntuación media fue mayor en el sobrepeso (Media \pm DS : $103,09 \pm 35,40$) respecto al normopeso (Media \pm DS : $79,96 \pm 26,6$), la obesidad (Media \pm DS : $79,50 \pm 34,64$) y el bajo peso (Media \pm DS : $65,42 \pm 24,28$).

CONCLUSIONES

- La preocupación por la imagen corporal se relaciona con ser mujer y/o padecer sobrepeso por delante del bajo peso, normopeso u obesidad.
- El hecho de cursar una carrera sanitaria u otra, no se relacionó con mayores puntuaciones de la escala.
- Dada la relación que existe entre padecer un trastorno del comportamiento alimentario y la insatisfacción con la imagen corporal, los programas y estrategias de promoción de la salud en relación con la alimentación en universitarios, no tienen que ir dirigidos sólo a mejorar los hábitos en la alimentación, sino también deben incluir herramientas que persigan mejorar la percepción de la imagen corporal de los estudiantes universitarios.

Resumen: *Introducción:* Estudios han analizado problemas en la percepción de la imagen corporal en universitarios y estos se relacionan con trastornos de conducta alimentaria. El objetivo fue analizar la preocupación por la imagen corporal en estudiantes de diferentes ramas sanitarias. *Metodología:* Se suministró la escala BSQ-34 y recogida de datos sociodemográficos. *Resultados:* Muestra de 252 estudiantes. Puntuación media 81,17 (IC 95% 77,53-84,80). Las mujeres presentaron mayor puntuación ($82,20 \pm DS 29,60$) respecto hombres ($64,60 \pm DS 20,00$), ($p < 0,05$). También diferencias significativas según el IMC (p).

Palabras Clave: *Imagen Corporal; Constitución corporal; Estudiantes del área de la salud.*

Introducción / Objetivos

La alteración de la propia imagen corporal se entiende como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física y es uno de los criterios que se evalúan en el diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario. Diferentes estudios han encontrado que los estudiantes universitarios tienen problemas asociados con el comportamiento alimentario y la percepción de la imagen corporal. A pesar de ello, existe una falta de conocimiento en la preocupación por la imagen corporal de los mismos.

En base a los estudios existentes, la hipótesis de trabajo era encontrar que los estudiantes del grado de Nutrición Humana y Dietética (NHYD) tenían una mayor preocupación por su imagen corporal respecto al resto de los estudiantes de Ciencias de la Salud debido al tipo de carrera cursada.

Por tanto, el objetivo principal del estudio era encontrar diferencias en cuanto a la preocupación por la imagen corporal en estudiantes de diferentes grados universitarios de ciencias de la salud. Los objetivos específicos fueron determinar la preocupación por la imagen corporal global y por carrera cursada en estudiantes de NHYD, Podología y Enfermería, analizar si existían diferencias de género e IMC en la preocupación por imagen corporal.

Metodología

Tipo de estudio: Estudio descriptivo y transversal.

Muestra y tamaño: la población de estudio fueron alumnos de los Grados de Enfermería, Podología y Nutrición Humana y Dietética. El criterio de exclusión fue padecer enfermedades metabólicas o psicológicas crónicas con graves repercusiones sobre el aspecto físico.

El periodo de estudio fue el curso 2016/17 en la Universidad Complutense de Madrid.

El tamaño de la muestra se realizó con la calculadora de tamaño muestral GRANMO versión 7.12 y se obtuvo un tamaño muestral mínimo necesario de 213 sujetos para cada grupo.

Instrumentos de Evaluación y recogida de datos: Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, carrera universitaria cursada y curso académico), además de peso, talla e IMC autorreferidos y la escala Body Shape Questionnaire (BSQ-34). La escala BSQ-34 está validada a la población española, consta de 34 ítems, y mide la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física

y la evitación de situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención. Altas puntuaciones significan mayor preocupación por la imagen corporal. No existe un punto de corte establecido.

Análisis de los resultados: Se realizó el estudio descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas. La prueba de Kolmogorov - Smirnov para determinar la normalidad. Se compararon las variables cualitativas sexo y pertenecer a las diferentes carreras según la prueba estadística de Chi-cuadrado. Se comparó la edad, peso, altura y el IMC mediante la prueba estadística Wilcoxon-Mann-Whitney para muestras independientes de dos grupos según fueran hombres o mujeres y el test de Kruskal-Wallis para muestras independientes para tres o más grupos como en el caso del tipo de carrera sanitaria cursada y según el IMC autorreferido. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS para Windows v.19, con una significación estadística α del 0,05.

Resultados

Participaron 252 estudiantes, de los grados de Enfermería (n=129), NHYD (n=79) y Podología (n=44), de los cuales el 84,5% eran mujeres.

La puntuación media global obtenida de la escala BSQ-34, se obtuvo una media en toda la muestra de $81,17 \pm 29,28$ (IC 95% 77,53-84,80).

La puntuación media de la escala según la carrera sanitaria de la escala total fue 82,66, DS $\pm 26,89$ (IC 95% 76,63-88,68) en estudiantes de NHYD, 82,77 DS $\pm 34,58$ (72,26-93,29) en estudiantes de Podología y de 79,71 DS $\pm 28,9$ (74,68-84,75) en estudiantes de Enfermería. Para conocer la puntuación obtenida según la carrera cursada en la escala BSQ-34 fue calculada para cada grupo. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa únicamente en la pregunta 28: ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)? y cursar las diferentes carreras universitarias: ($p > 0,05$), en el cual los estudiantes de NHYD tuvieron una mayor puntuación media ($3,32 \pm 1,74$) respecto a Enfermería ($2,66 \pm 1,62$) y Podología ($2,47 \pm 1,56$). No se encontraron diferencias significativas en el resto.

Además, se comparó la puntuación de cada pregunta de la escala BSQ-34 y se analizaron los resultados según género, donde se encontró una relación estadísticamente significativa en la puntuación total obtenida de la escala BSQ-34: $82,20 \pm 29,60$ vs $64,60 \pm 20,00$ siendo $p = 0,01$.

Se encontraron diferencias significativas entre la preocupación por la imagen corporal y el IMC autorreferido, donde la puntuación media fue mayor en el sobrepeso (Media \pm DS : $103,09 \pm 35,40$) respecto al normopeso (Media \pm DS: $79,96 \pm 26,6$), la obesidad (Media \pm DS: $79,50 \pm 34,64$) y el bajo peso (Media \pm DS: $65,42 \pm 24,28$).

Discusión y conclusiones

La preocupación por la imagen corporal se relaciona con ser mujer y/o padecer sobrepeso por delante del bajo peso, normopeso u obesidad.

El hecho de cursar una carrera sanitaria u otra, no se relacionó con mayores puntuaciones de la escala.

Dada la relación que existe entre padecer un trastorno del comportamiento alimentario y la insatisfacción con la imagen corporal, los programas y estrategias de promoción de la salud en relación con la alimentación en universitarios, no tienen que ir dirigidos sólo a mejorar los hábitos en la alimentación, sino también deben incluir herramientas que persigan mejorar la percepción de la imagen corporal de los estudiantes universitarios.

Bibliografía:

1. Sepúlveda AR, Carrobles JA, Gandarillas AM. *Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study*. BMC Public Health [Internet]. 2008;8(1):102.

2. Ledo Varela MT, Román de Luis A, Jauregui Izaloe O. *Características nutricionales y estilo de vida en universitarios*. Nutr Hosp. 2011;26(4):814-8.

3. Amaral Alves D, Hernández Regidor N, Basabe Barañño N, Rocandio P, Arroyo Izaga M. *Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco*. Endocrinol Nutr [Internet]. 2012;59(4):239-45.

4. Soto Ruiz MN, Fernández BM, Ontoso IA, Guillén-Grima F, Monzó IS, Armayor NC, et al. *Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra*. Nutr Hosp. 2015;31(5):2269-75.

5. Raich RMa, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L, et al. *Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal*. Clin y Salud. 1996;7:51-66.

Capítulo 176

Presbiacusia en el anciano

Autores:

Blanco Casero, María Dolores

Muñoz Sepúlveda, Almudena

Muñoz Fernández, Vera

PRESBIACUSIA EN EL ANCIANO

Introducción

La **presbiacusia** o pérdida auditiva relacionada con la edad es la causa más común de hipoacusia, así como la enfermedad neurodegenerativa predominante en la población mayor de 65 años. La presbiacusia disminuye su capacidad de comunicación y autonomía, limitando las posibilidades de relacionarse con el entorno social. Por ello, los efectos secundarios de esta carencia sensorial incluyen también la depresión, los cambios de percepción, introversión y aislamiento social.

Objetivo

Determinar la incidencia de presbiacusia en los usuarios de la Residencia Virgen de Peñarroya.
Establecer medidas de prevención y control para poder mejorar la adaptación de los ancianos al entorno social.

Material y Métodos

La unidad de ORL del Hospital General de Tomelloso ha llevado a cabo un estudio transversal para detectar la pérdida de agudeza auditiva, entre el 13 de febrero y el 10 de marzo del 2017, en la Residencia de ancianos Virgen de Peñarroya de Argamasilla de Alba.



Criterios de exclusión: Ancianos con deterioro cognitivo y menores de 70 años.
Métodos de diagnóstico: otoscopia, acumetría, audiometría y logaudiometría.

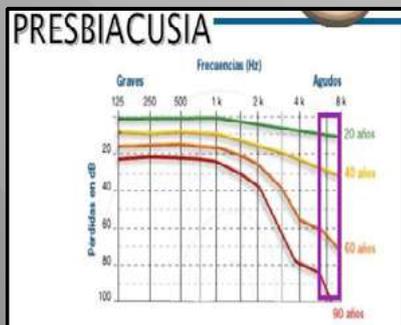
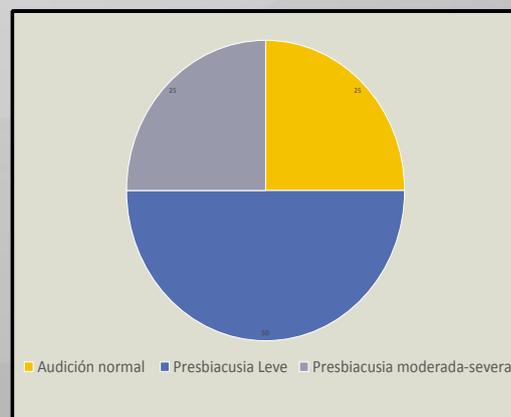
Criterios para establecer el diagnóstico de hipoacusia: *audición normal* umbral auditivo menor de 30 dB, *hipoacusia leve* umbral auditivo entre 31 y 40 dB, *hipoacusia moderada* umbral auditivo entre 41 y 70 dB e *hipoacusia severa* umbral auditivo entre 71 y 90 dB.

Resultados

La mediana de edad de los residentes que acudieron al estudio fue de 80,5 años, con un promedio de percepción verbal de 46,88 dB en el oído derecho y 44,06 dB en el oído izquierdo.

La presbiacusia leve estaba presente en el 50% de los residentes estudiados, lo que indica una buena comprensión de las palabras en un entorno silencioso, pero dificultades en la comprensión en entornos ruidosos o en conversaciones con tonos de voz suave o rápida.

En la mayoría de los casos no será necesario el uso de audioprótesis, pero si se recomiendan medidas de control del entorno.



La presbiacusia moderada-severa se encontraba presente en el 25% de los residentes, que pese a ser portadores de audioprótesis en algunos casos, requieren refuerzos visuales y técnicas de labiolectura para una mejor adaptación a su entorno habitual.

El otro 25% de los residentes estudiados presentaba normoacusia, por lo que no presentan dificultades para su desarrollo social, al menos derivadas de un déficit auditivo.

Conclusión

Los resultados nos muestran que es aconsejable una revisión auditiva a todos los residentes que no participaron en el estudio y a todos los residentes nuevos mayores de 70 años, en especial aquellos que sean portadores de audioprótesis o tengan antecedentes de patología otológica.

Esta recomendación es extensible a todas las personas mayores de 65 años, por ello será preciso que acudan a su unidad de ORL más cercana para poder realizarse un estudio audiológico completo y así poder diagnosticar y tratar las pérdidas auditivas lo antes posible.

Resumen: La presbiacusia o pérdida auditiva relacionada con la edad es la causa más común de hipoacusia. Los efectos secundarios de esta carencia sensorial incluyen también la depresión, los cambios de percepción, introversión y aislamiento social en el anciano. La unidad de ORL del Hospital General de Tomelloso ha llevado a cabo un estudio transversal para detectar la pérdida de agudeza auditiva en la Residencia de ancianos Virgen de Peñarroya de Argamasilla de Alba, con la finalidad de establecer medidas de prevención y control para poder mejorar la adaptación de los ancianos a su entorno social.

Palabras Clave: Hearing Loss, Sensorineural; Aged; Presbycusis.

Introducción

La presbiacusia o pérdida auditiva relacionada con la edad es la causa más común de hipoacusia, así como la enfermedad neurodegenerativa predominante en la población mayor de 65 años. La presbiacusia tiene una gran repercusión en el anciano, ya que disminuye su capacidad de comunicación y autonomía, limitando las posibilidades de relacionarse con el entorno social. Por ello, los efectos secundarios de esta carencia sensorial incluyen también la depresión, los cambios de percepción, introversión y aislamiento social.

Objetivos

- Determinar la incidencia de presbiacusia en los usuarios de la Residencia Virgen de Peñarroya.
- Establecer medidas de prevención y control para poder mejorar la adaptación de los ancianos al entorno social.

Material y métodos

La unidad de ORL del Hospital General de Tomelloso ha llevado a cabo un estudio transversal para detectar la pérdida de agudeza auditiva, entre el 13 de febrero y el 10 de marzo del 2017, en la Residencia de ancianos Virgen de Peñarroya de Argamasilla de Alba.

Criterios de exclusión: Ancianos con deterioro cognitivo y menores de 70 años.

Métodos de diagnóstico: otoscopia, acumetría, audiometría y logaudiometría.

Criterios para establecer el diagnóstico de hipoacusia: audición normal umbral auditivo menor de 30 decibelios (dB), hipoacusia leve umbral auditivo entre 31 y 40 dB, hipoacusia moderada umbral auditivo entre 41 y 70 dB e hipoacusia severa umbral auditivo entre 71 y 90 dB.

Resultados

La mediana de edad de los residentes que acudieron al estudio fue de 80,5 años, con un promedio de percepción verbal de 46,88 dB en el oído derecho y 44,06 dB en el oído izquierdo.

La presbiacusia leve estaba presente en el 50% de los residentes estudiados, lo que indica una buena comprensión de las palabras en un entorno silencioso, pero dificultades en la comprensión en entornos ruidosos o en conversaciones con tonos de voz suave o rápida. En la mayoría de los casos no será necesario el uso de audioprótesis, pero si se recomiendan medidas de control del entorno.

La presbiacusia moderada-severa se encontraba presente en el 25% de los residentes, que pese a ser portadores de audioprótesis en algunos casos, requieren refuerzos visuales y técnicas de labiolectura para una mejor adaptación a su entorno habitual.

El otro 25% de los residentes estudiados presentaba normoacusia, por lo que no presentan dificultades para su desarrollo social, al menos derivadas de un déficit auditivo.

Conclusiones

Los resultados nos muestran que es aconsejable una revisión auditiva a todos los residentes que no participaron en el estudio y a todos los residentes nuevos mayores de 70 años, en especial aquellos que sean portadores de audioprótesis o tengan antecedentes de patología otológica.

Esta recomendación es extensible a todas las personas mayores de 65 años, por ello será preciso que acudan a su unidad de otorrinolaringología más cercana para poder realizarse un estudio audiológico completo y así poder diagnosticar y tratar las pérdidas auditivas lo antes posible.

Bibliografía

1. Millán-Calenti J.C., Maseda A., Rochette S., García-Monasterios I. *Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: Revisión de la literatura*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2011; 46(1): 30-35.
2. Becerril-Ramírez P., González-Sánchez D., Gómez A., Figueroa R., Bravo G., García de la Cruz M. *Hearing loss screening tests for adults*. Otorrinolaringol esp. 2013; 64(3): 184-190.
3. Abellán A., Esparza C., Castejón P., Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. Gac Sanit. 2011; 25(S): 5-11.
4. Ha-Sheng L., Pruchno R. *Age-related hearing loss: Quality of care for quality of life*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol 2012; 265-271.

Capítulo 177

Prevalencia de obesidad. Factores relacionados

Autores:

Vizcaíno Caravantes, Cristina

Vizcaíno Navarro, José Luis

PREVALENCIA DE OBESIDAD. FACTORES RELACIONADOS

INTRODUCCIÓN

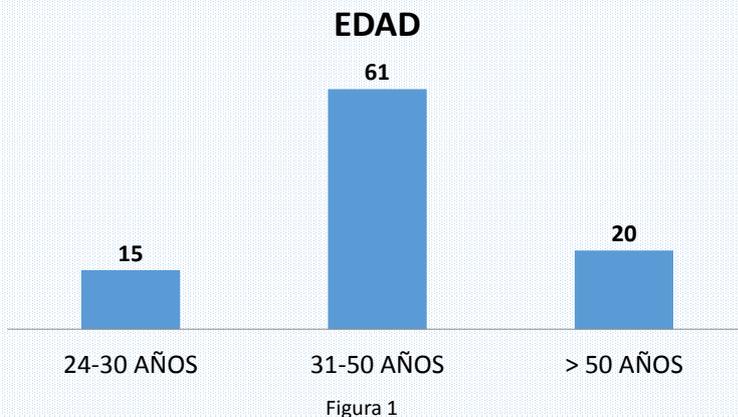
El importante aumento global de la obesidad es uno de los retos más difíciles en salud pública que debe afrontar la sociedad actual, situación que no solo afecta a los países con rentas más altas, sino que también está en aumento en los países con rentas medias y bajas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia mundial de obesidad (índice de masa corporal [IMC] >30) casi se ha duplicado. En el mundo el sobrepeso y la obesidad se asocian con más muertes que el bajo peso. Los valores de IMC altos presentan asociaciones bien conocidas con la mortalidad por todas las causas que repercuten en un aumento en el gasto sanitario. La obesidad es un factor de riesgo de enfermedades como la diabetes mellitus (DM) tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en una consulta de enfermería de un centro urbano. La población de estudio la formaron los pacientes del cupo que acudieron a la consulta de enfermería programada. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los mismos. Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), antropométricas (peso y talla), hábitos alimenticios, realización de ejercicio y patologías asociadas. Las mediciones se realizaron con los sujetos en bipedestación, descalzos y con ropa ligera. La talla se midió en centímetros y el peso corporal se midió en Kg utilizando balanzas de adulto con tallímetro (IMED®). Se calculó el IMC como el peso (kg) dividido entre el cuadrado de la talla (m). Se clasificó como sobrepeso valores de IMC >25 y como obesidad, IMC > 30. Además se utilizaron los criterios propuestos por la SEEDO para la tipificación ponderal con base en el valor de IMC, que considera las siguientes categorías: bajo peso (IMC < 18,5), normopeso (IMC= 18,5-24,9), sobrepeso I (IMC = 25,0-26,9), sobrepeso II (IMC = 27,0-29,9); obesidad I (IMC = 30,0-34,9); obesidad II (IMC = 35,0-39,9); obesidad III (IMC = 40,0-49,9) y obesidad IV (IMC > 50).

OBJETIVO

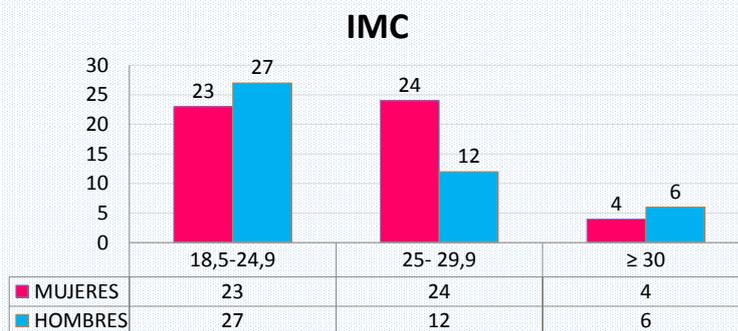
Describir la prevalencia de sobrepeso y obesidad y los factores asociados a ella en un cupo de un centro de salud urbano.



Se llevó a cabo análisis descriptivo de las variables, y cálculo de prevalencia por sexos. El análisis se llevó a cabo utilizando el paquete IBM SPSS v. 23.0. Se informó a todos los participantes de los objetivos y los procedimientos de estudio y dieron su consentimiento para participar. Se planteó el estricto respeto de la confidencialidad de la información proporcionada por todos los participantes regulada por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 96 pacientes que participaron en nuestro estudio. El 53% (51) fueron mujeres y el 47% (45) hombres respectivamente. Del total de la muestra un 15,6% (15) eran pacientes con edades comprendidas entre los 24-30 años, el 63,5% (61) tenían una edad entre 31-50 años y el 20,8% (20) eran mayores de 50 años, (figura 1). El IMC por sexo puede verse en la figura 2. La prevalencia de obesidad y sobrepeso según el género de los participantes puede verse en la figura 3. Respecto a los hábitos dietéticos el 88,5% (85) de la muestra toma comida rápida por falta de tiempo entre 3 y 4 veces a la semana y tan solo un 11,4% (11) refiere tener adherencia a la dieta mediterránea, figura 4. En relación con la actividad física de los entrevistados el 38,5% (37) realiza algún tipo de actividad física 3 veces a la semana. El 61,4% (59) lleva una vida sedentaria. El 47,9% (46) de los pacientes con sobrepeso y obesidad presentaban las patologías que aparecen en la figura 5.



OBESIDAD Y SOBREPESO



Figura 3

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA



Figura 4

PRINCIPALES ENFERMEDADES

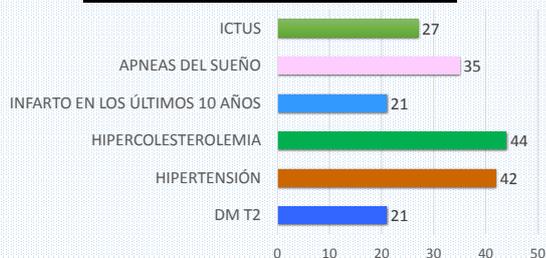


Figura 5

CONCLUSIONES

La prevalencia de sobrepeso y obesidad general en el grupo estudiado es alta, lo que indica la necesidad de una mejor vigilancia sistemática, especialmente en los grupos de población con mayor riesgo, la implementación de estrategias preventivas dirigidas a toda la población y acciones asistenciales específicas para los individuos afectados.

Resumen: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia mundial de obesidad (índice de masa corporal IMC >30) casi se ha duplicado. En el mundo, el sobrepeso y la obesidad se asocian con más muertes que el bajo peso. Los valores de IMC altos presentan asociaciones bien conocidas con la mortalidad por todas las causas que repercuten en un aumento en el gasto sanitario. Nuestro objetivo fue describir la prevalencia de obesidad y los factores asociados a ella en un cupo de una zona básica de salud urbana.

Palabras Clave: obesidad; mortalidad; riesgo.

Introducción

El importante aumento global de la obesidad es uno de los retos más difíciles en salud pública que debe afrontar la sociedad actual, situación que no solo afecta a los países con rentas más altas, sino que también está en aumento en los países con rentas medias y bajas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia mundial de obesidad (índice de masa corporal [IMC] >30) casi se ha duplicado. En el mundo el sobrepeso y la obesidad se asocian con más muertes que el bajo peso. Los valores de IMC altos presentan asociaciones bien conocidas con la mortalidad por todas las causas que repercuten en un aumento en el gasto sanitario. La obesidad es un factor de riesgo de enfermedades como la diabetes mellitus (DM) tipo 2., las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

Objetivo

Nuestro objetivo fue describir la prevalencia de obesidad y los factores asociados a ella en un cupo de una zona básica de salud urbana.

Material y métodos

Usamos un estudio observacional, descriptivo transversal realizado en una consulta de enfermería de un centro urbano.

La población de estudio la formaron los pacientes del cupo que acudieron a la consulta de enfermería programada. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los mismos.

Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), antropométricas (peso y talla), hábitos alimenticios, realización de ejercicio y patologías asociadas. Las mediciones se realizaron con los sujetos en bipedestación, descalzos y con ropa ligera.

La talla se midió en centímetros y el peso corporal se midió en Kg utilizando balanzas de adulto con tallímetro (IMED®). Se calculó el IMC como el peso (kg) dividido entre el cuadrado de la talla (m). Se clasificó como sobrepeso valores de IMC >25 y como obesidad, IMC > 30. Además se utilizaron los criterios propuestos por la SEEDO para la tipificación ponderal con base en el valor de IMC, que considera las siguientes categorías: bajo peso (IMC < 18,5), normopeso (IMC= 18,5-24,9), sobrepeso I (IMC = 25,0-26,9), sobrepeso II (IMC = 27,0-29,9); obesidad I (IMC = 30,0-34,9); obesidad II (IMC = 35,0-39,9); obesidad III (IMC = 40,0-49,9) y obesidad IV (IMC > 50).

Se llevó a cabo análisis descriptivo de las variables, y cálculo de prevalencia por sexos. El análisis se llevó a cabo utilizando el paquete IBM SPSS v. 23.0. Se informó a todos los participantes de los

objetivos y los procedimientos de estudio y dieron su consentimiento para participar. Se planteó el estricto respeto de la confidencialidad de la información proporcionada por todos los participantes regulada por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 96 pacientes que participaron en nuestro estudio. El 53% (51) fueron mujeres y el 47% (45) hombres respectivamente. Del total de la muestra un 15,6% (15) eran pacientes con edades comprendidas entre los 24-30 años, el 63,5% (61) tenían una edad entre 31-50 años y el 20,8% (20) eran mayores de 50 años. Respecto a los hábitos dietéticos el 88,5% (85) de la muestra toma comida rápida por falta de tiempo entre 3 y 4 veces a la semana y tan solo un 11,4% (11) refiere tener adherencia a la dieta mediterránea. En relación con la actividad física de los entrevistados el 38,5% (37) realiza algún tipo de actividad física 3 veces a la semana. El 61,4% (59) lleva una vida sedentaria. El 47,9% (46) de los pacientes con sobrepeso y obesidad presentaban las patologías siguientes: ictus, apneas del sueño, infarto en los últimos diez años, hipercolesterolemia, hipertensión y DM2.

Conclusión

Como conclusión obtendremos que la prevalencia de sobrepeso y obesidad general en el grupo estudiado es alta, lo que indica la necesidad de una mejor vigilancia sistemática, especialmente en los grupos de población con mayor riesgo, la implementación de estrategias preventivas dirigidas a toda la población y acciones asistenciales específicas para los individuos afectados.

Bibliografía

1. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. *Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales* [Internet]. 2008 [Received 30 June 2004, Accepted 16 November 2004, Available online 20 December 2008]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305718315>.
2. Hernán Daza C. *La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud* [Internet]. 2002 Vol. 33 N° 2. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/283/28333205/>.
3. Daza CH. *La transición nutricional en América Latina: El problema epidemiológico de la obesidad. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, OPS/OMS; 1993.

Capítulo 178

Prevalencia y causas del abandono de la lactancia materna al alta hospitalaria

Autora:

Delgado Arroyo, Noelia

PREVALENCIA Y CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA AL ALTA HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma de alimentación infantil más natural y saludable durante los primeros años de vida. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva (solo leche materna) durante los primeros 6 meses de vida, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento durante al menos 2 años.

La lactancia materna exclusiva tiene numerosos beneficios tanto para la madre como para el niño.

En el siglo XX se produjo una disminución de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva perdiéndose así el componente cultural ligado a la lactancia, como consecuencia, en la actualidad muchas madres desconocen los beneficios de la lactancia materna, así como la solución a posibles problemas que puedan ocurrir.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de la lactancia materna en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) al alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

- Diseño: observacional, descriptivo y trasversal
- Ámbito: HGUCR
- Periodo de estudio: entre febrero y marzo de 2017
- Fuentes de información: historia clínica y cuestionario de elaboración propia
- Variable de resultado principal: prevalencia de lactancia materna y los motivos de abandono
- Criterios de exclusión: feto muerto anteparto, minusvalías cognitivas y/o sensoriales y la no comprensión del castellano
- En total se obtuvo un tamaño muestral de 184 mujeres.
- Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0
- Para la estadística descriptiva:
 - De variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas
 - De variables cuantitativas, media y desviación estándar
- Para el análisis bivariante de variables independientes y dependientes de tipo cuantitativo se utilizó la prueba Ji cuadrado de Pearson

RESULTADOS



Evolución del tipo de alimentación del recién nacido durante la hospitalización



Factores que influyen en el inicio de la lactancia materna

Características	Valor P	Características	Valor P
Edad materna (categorizado)	0,030	Piel con piel tras el nacimiento	<0,001
Tipo de parto (dicotomizado)	<0,001	Bajo peso al nacimiento (<2500 gr.)	<0,001
Lactancia en hijos anteriores	0,001	Ingreso recién nacido	0,012

Factores asociados al abandono de la lactancia materna

Características	Valor P	Características	Valor P
Paridad	0,014	Inicio lactancia	<0,001
Lactancia en hijos anteriores	0,010	Piel con piel tras el nacimiento	0,001

CONCLUSIÓN

Los factores que influyen en el inicio temprano de la lactancia materna son: la edad materna, el tipo de parto, la lactancia en hijos anteriores, el piel con piel al nacimiento, el bajo peso al nacer y el ingreso del recién nacido.

Los factores asociados al abandono de la lactancia materna: la paridad, el tipo de lactancia en hijos anteriores y el inicio y el piel con piel al nacimiento

Por todo ello es importante desde el personal sanitario incidir en la importancia de la lactancia materna exclusiva así como, ayudar y facilitar a las madres tanto su inicio y como su mantenimiento.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de lactancia materna en el Hospital de Ciudad Real al alta hospitalaria y los motivos de abandono.

Para ello se realizó un estudio observacional, descriptivo y trasversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de 185 puérperas durante los meses de febrero y marzo de 2017.

Los resultados obtenidos fueron que el 67,9% de las madres mantenían la lactancia materna exclusiva al alta.

Los principales motivos de abandono de lactancia materna exclusiva fueron la hipogalactia con un 31,7% y problemas con la técnica en un 26,8%.

Palabras Clave: lactancia materna; recién nacido; prevalencia.

Introducción

La lactancia materna es la forma de alimentación infantil más natural y saludable durante los primeros años de vida. Además proporciona beneficios tanto a la madre como al niño. La OMS recomienda “lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más”.

Durante el siglo XX disminuyó la prevalencia de lactancia materna exclusiva, perdiéndose así el componente cultural ligado a la lactancia, por lo que en la actualidad muchas mujeres desconocen tanto sus beneficios, como la solución a posibles problemas que puedan ocurrir.

Objetivo

Determinar la prevalencia de lactancia materna en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) al alta hospitalaria y los principales motivos de abandono.

Método

Estudio observacional, descriptivo y trasversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de 185 puérperas durante los meses de febrero y marzo de 2017 en el HGUCR. Las fuentes de información fueron las historias clínicas y un cuestionario de elaboración propia ad hoc.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0.

Para la estadística descriptiva de variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, y para variables cuantitativas, medias y desviación estándar.

Para el análisis bivalente de variables independientes y dependientes de tipo cualitativo se empleó la prueba Ji cuadrado de Pearson.

Resultados

El 14,7% de las madres no iniciaron lactancia materna al nacimiento, mientras que el 85,3% sí que la iniciaron.

El 67,9% de las madres hacían una lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, el 26,1% mixta, y que el 6% artificial.

Las principales causas de abandono fueron la hipogalactia, un 31,7% y un problema con la técnica, un 26,8%.

En cuanto al tipo de alimentación de las madres que no iniciaron la lactancia materna al nacimiento, nos encontramos que el 29,6% abandonaron el hospital con lactancia materna exclusiva, el 44,4 % mixta y el 25,9 % artificial.

Sin embargo, si estudiamos el tipo de alimentación al alta hospitalaria de las madres que sí iniciaron la lactancia materna al nacimiento, nos encontramos que la alimentación del 74,4% era materna exclusiva, del 22,9 % mixta, y del 2,5 % artificial.

Los factores asociados al inicio de la lactancia materna son:

- Edad de la madre: En este sentido dentro del grupo de madre de < 35 años el porcentaje de inicio se situó en el 81,5% frente al 94,2% de las madres que eran mayor de 35 años ($p=0,030$).
- Tipo de parto: El porcentaje de madres con un parto vaginal que iniciaron la lactancia materna es del 91,4 %, mientras que el de las madres a las que se les practico una cesárea es de un 65,9% (p).

Bibliografía

1. T. Marco Alegría, D. Martínez Martínez, M. Muñoz Gómez, I. Sayas Ortiz, A. Oliver-Roig y M. Richart-Martínez, *Valores de referencia españoles para la versión reducida de la escala de autoeficacia para la lactancia materna BSES-SF*, An. Sist. Sanit. Navar., vol. 37, nº 2, pp. 203-211, 2014.

2. S. Otal-Lospaus, L. Morera-Liáñez, M. Bernal-Montañes y J. Tabueña-Acin, *El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea*, Matronas profesión, vol. 13, nº 1, pp. 3-8, 2012.

3. B. Pereda Goikoetxea, I. Etxaniz Elozegi, I. Aramburu Aliaga, M. Ugartemendia Yerobi, M. Urrutia Iturrioz y N. Zinkunegi Zubizarreta, *Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica*, Matronas profesión, vol. 15, nº 2, pp. e1-e8, 2014.

Capítulo 179

Prevalencia y evaluación de la adherencia al sistema de presión positiva continua en vía aérea

Autores:

Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción

López Rubio, Erica

Extremera Medina, Carlos Joaquín

PREVALENCIA Y EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL SISTEMA

ISBN: 978-84-949032-8-2 DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN VÍA AÉREA.

Autores: Concepción Muñoz de la Nava Zamorano, Erica López Rubio, Carlos Joaquín Extremera Medina

INTRODUCCIÓN.

El síndrome de apneas e hipopneas obstructivas durante el sueño (SAHOS) es un trastorno caracterizado por repetidas interrupciones de la respiración debidas a obstrucción de la vía aérea superior. La prevalencia del SAHOS se calcula entre el 4%-5% en la población general y se asocia con incremento en el riesgo cardiovascular, de accidentes de tráfico e incremento en el uso de recursos sanitarios.

La terapia con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), reduce la somnolencia diurna, mejora el desempeño cognitivo, disminuye la activación simpática, la presión arterial y la mortalidad. Esos resultados dependen de una adecuada adherencia al tratamiento. La suspensión o el uso insuficiente de la CPAP puede significar una recaída en los síntomas. Se estima que entre el 30 y el 60% de los pacientes no son adherentes al tratamiento con CPAP cuando son evaluados un año después de la indicación de la terapia

OBJETIVO.

Estimar la prevalencia y tipo de tratamiento con CPAP en nuestra Gerencia de Atención Integrada.

Evaluar la adherencia al tratamiento con terapia de presión positiva en la vía aérea

MATERIAL Y METODOS.

Tipo de estudio y ámbito:

Estudio observacional, descriptivo transversal tipo prevalencia de los pacientes en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) de la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano.

Población de estudio y variables medidas:

La población diana fueron los pacientes diagnosticados de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) y pacientes con patologías neuromusculares. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, tipo de ventilación, grado de cumplimiento de la terapia asignada. Se consideraron incumplidoras aquellas personas que según criterios de la SEPAR no cumplían un mínimo de 3 horas de tratamiento.

Análisis de datos:

Para la evaluación de los pacientes en tratamiento con VMNI se construyó una base de datos en Excel la cual fue analizada con el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Se calculó la prevalencia de la terapia no invasiva.

Consideraciones éticas:

La evaluación de la información registrada en la base de datos de los pacientes con SAOS y SAHS se realizó bajo total confidencialidad, garantizando la protección de la privacidad de la persona participante en la investigación.

RESULTADOS.

1355 pacientes utilizaban tratamiento con VMNI lo que supone una prevalencia del 2,7% en nuestra zona de estudio. El 51,4% de los pacientes en tratamiento eran mujeres, figura 1. El tipo de terapia utilizada puede verse en la figura 2. La relación entre la edad y tipo de terapia puede verse en la figura 3, 4 y 5. Cuatro pacientes con edades comprendidas entre los 40-70 años utilizaban ventilación mecánica con ventiladores mixtos por patología neuromuscular. Un total de 124 pacientes no llegaban a la adherencia mínima establecida para la mejoría de los síntomas, lo que supone un a tasa de incumplimiento del 9,1%. Las causas de incumplimiento pueden verse en la figura 6.

CONCLUSIÓN.

La prevalencia de SAHOS y SAHS en nuestra zona, es similar a la aportada por la literatura reciente que la sitúa entre un 4-5% de la población. Los resultados obtenidos de adherencia al tratamiento con presión positiva continua, abren la puerta al planteamiento de programas de manejo de las causas que interfieren con el adecuado cumplimiento. El incrementar la adherencia al tratamiento tendrá impacto importante en la seguridad y calidad de vida de estos pacientes.



Figura 1



Figura 2



Figura 6



Figura 3



Figura 4

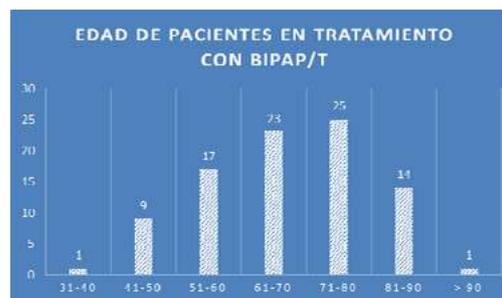


Figura 5



BIBLIOGRAFIA.

Décima T, Muñoz de la Nava Zamorano C, Bosio M, Salvado A, Campos J, Quadrelli S et al. Cumplimiento y abandono de la CPAP en pacientes con síndrome de apneas del sueño. Rev Am Med Respi 2013;4: 197-206.
 Russo-Magno P, O'Brien A, Panciera T, Rounds S. Compliance with CPAP therapy in older men with obstructive sleep apnea. J Am Geriatr Soc. 2001; 49:1205-11.
 Gay P, Weaver T, Loube D, Iber C. Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. Sleep 2006; 29: 381-401.

Resumen: El tratamiento con VMNI domiciliar de forma crónica, se utiliza, en las siguientes patologías; SAHS, Síndrome de Apneas-hipoapneas del sueño, Síndrome hipoventilación obesidad, Síndrome mixto (epoc SAHS) pacientes con patologías neuromusculares.

El SAOS es caracterizado por repetidas interrupciones de la respiración debidas a obstrucción de la vía aérea superior, su prevalencia se calcula entre el 4-5% en la población y se asocia con incremento en el riesgo cardiovascular, de accidentes de tráfico e incremento en el uso de recursos sanitarios.

La terapia con (CPAP), reduce la somnolencia diurna, mejora el desempeño cognitivo, disminuye la presión arterial y la mortalidad.

Palabras Clave: VMNI; SAOS; CPAP.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo transversal tipo prevalencia de los pacientes en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) de la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano.

Población de estudio y variables medidas:

La población diana fueron los pacientes diagnosticados de síndrome de apnea -hipoapnea del sueño, síndrome hipoventilación obesidad, síndrome mixto (epoc, SAHS) y pacientes con patologías neuromusculares. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, tipo de ventilación, grado de cumplimiento de la terapia asignada. Se consideraron incumplidores aquellas personas que según criterios de la SEPAR no cumplían un mínimo de 3 horas de tratamiento.

Análisis de datos:

Para la evaluación de los pacientes en tratamiento con VMNI se construyó una base de datos en Excel la cual fue analizada con el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Se calculó la prevalencia de la terapia no invasiva.

Consideraciones éticas:

La evaluación de la información registrada en la base de datos de los pacientes con SAOS y SAHS se realizó bajo total confidencialidad, garantizando la protección de la privacidad de la persona participante en la investigación.

Resultados

1355 pacientes utilizaban tratamiento con VMNI lo que supone una prevalencia del 2,7% en nuestra zona de estudio. El 51,4% de los pacientes en tratamiento eran mujeres, figura 1. El tipo de terapia utilizada puede verse en la figura 2. La relación entre la edad y tipo de terapia puede verse en la figura 3,4 y 5. Cuatro pacientes con edades comprendidas entre los 40-70 años utilizaban ventilación mecánica con ventiladores mixtos por patología neuromuscular. Un total de 124 pacientes no llegaban a la adherencia mínima establecida para la mejoría de los síntomas, lo que supone una tasa de incumplimiento del 9,1%.

Bibliografía

1. Décima T, Maldonado I, Bosio M, Salvado A, Campos J, Quadrelli S et al. *Cumplimiento y abandono de la CPAP en pacientes con síndrome de apneas del sueño*. Rev Am Med Respi 2013;4 : 197-206.
2. Russo-Magno P, O'Brien A, Panciera T, Rounds S. *Compliance with CPAP therapy in older men with obstructive sleep apnea*. J Am Geriatr Soc. 2001; 49:1205-11.
3. Gay P, Weaver T, Loubé D, Iber C. *Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults*. Sleep 2006; 29: 381-401.

Capítulo 180

Prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en UCI Pediátrica

Autora:

López Garrido, Laura

Prevención de la Neumonía asociada a la ventilación mecánica en UCI Pediátrica

Introducción

La infección intrahospitalaria o nosocomial es una de las causas más frecuentes de efectos adversos y complicaciones en los sistemas sanitarios y constituyen un importante problema hospitalario, especialmente en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), no solo por la morbilidad y mortalidad que causan, sino también por el aumento en la estancia hospitalaria, en la carga de trabajo y el gasto sanitario. En la UCIP la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es la segunda causa más frecuente de infección nosocomial, afecta al 8-9% de los pacientes ventilados. La NAV se define como la neumonía que se produce en los pacientes tras 48 horas de haber sido sometidos a ventilación mecánica (VM) y se incluyen las diagnosticadas en las 72 horas posteriores a la retirada de la VM.

Objetivos 1. Promover un cambio de cultura de seguridad del paciente centrada en la prevención de la Neumonía asociada a ventilación mecánica en los profesionales de la enfermería de la UCI Pediátrica. 2. Optimizar la calidad de atención con prácticas seguras mediante medidas de prevención de la NAV basadas en la evidencia. 3. Mejorar la seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos ofreciéndole una práctica asistencial responsable, segura y de calidad.

Método

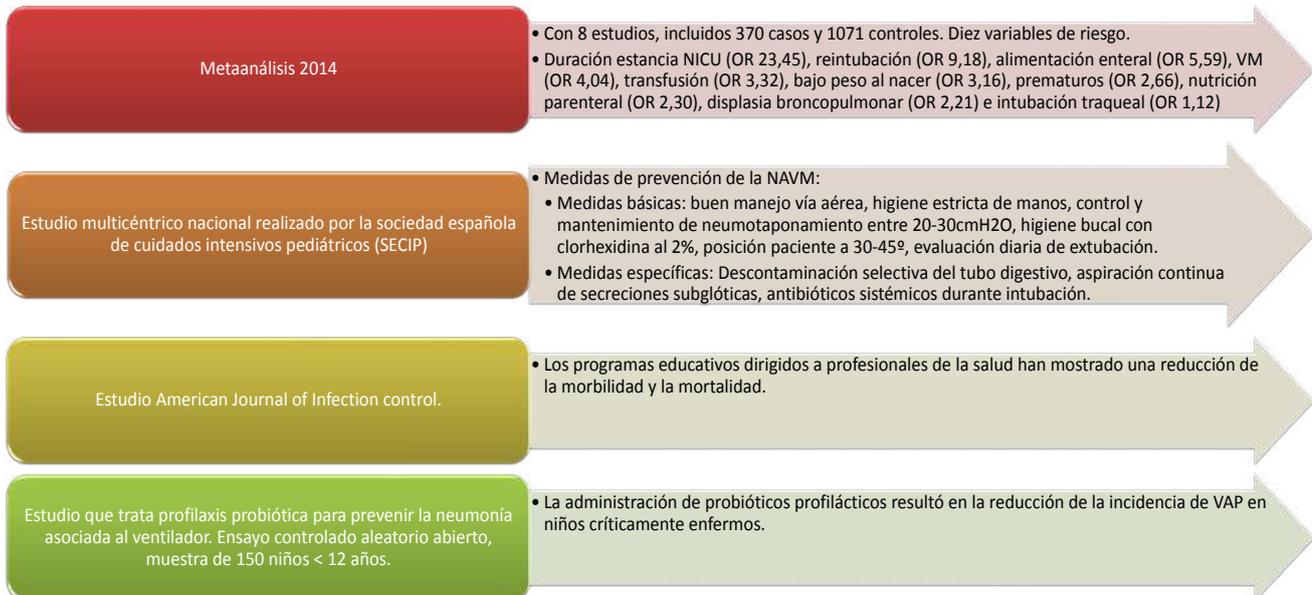
Diseño: Revisión sistemática.

Términos: Neumonía, ventilación mecánica, prevención, UCI pediátrica, pediatría, seguridad, niño, neumonía zero, enfermería.

Materia: Revisión bibliográfica sobre NAVM en las UCI pediátricas: concepto, incidencia, situación actual, estrategias preventivas, papel de la enfermería, protocolos, etc.

Bases de datos: Medline, Pubmed, Cochrane, Uptodate y Google académico.

Resultados



Conclusiones

- La infección nosocomial en un paciente crítico implica un cambio en el pronóstico, el tiempo de ocupación, las cargas de trabajo y los costes. Igualmente, pone a prueba la capacidad de acción conjunta multidisciplinar de todo el personal que trabaja en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- La evidencia ha demostrado que es importante la creación de una cultura de seguridad en el entorno de los cuidados intensivos pediátricos, que permita un cambio en la percepción de los profesionales.
- El uso de paquetes de medidas de prevención, la formación continua y las informaciones acerca del cumplimiento de estas medidas son decisivas para disminuir de manera efectiva la prevalencia de NAVM y mejorar la seguridad de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- La seguridad del paciente es esencial para el profesional de enfermería en cada una de sus actuaciones por lo que es fundamental su buena práctica para prevenir o minimizar el riesgo de infección nosocomial en la NAVM y con ello mejorar la calidad asistencial.
- Los profesionales de enfermería debemos desempeñar un papel importante en el control de la infección y la coordinación y el liderazgo son clave para ello.

Bibliografía

- García Aragus T, Irigoyen Aristorena I, Zazpe Oyarzun C, Baztán Madoz B y Barado Hugalde J. Evaluación de un programa de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV): resultados al año. Proyecto SEMICYUC Prevención Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica N-Z. *Enferm. Intensiva* 2012; 23(1): 4-10.2. Bonsel Cooper V, and Haut, C. Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Children: An Evidence-Based Protocol. *Crit Care Nurse June* 2013 vol.33 no.3 21-29.3. Jordan García, I. et al. Estudio multicéntrico nacional sobre la infección nosocomial en la UCI. *An.Pediatr. Barcelona* 2011. 80 (1): 28-33.4. Bigham MT et al. Ventilator associated pneumonia in the pediatric intensive care unit: characterizing the problem and implementing a sustainable solution. *J Pediatric* 2009; 154:582-587.5. Brilli RJ et al. The business case for preventing ventilator-associated pneumonia in pediatric intensive care unit patients. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34:629-38.6. Edson BS, Williams MC. Bundle de NAV en pediatría bundle pediatría. *JSPN* 2006; 11: 138-142.7. Pujol, M y Limón, E. Formación médica continuada: Infección nosocomial. Fundamentos y actuación clínica. *Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infect Microbiol Clin.* 2013; 31(2): 108-113.8. Vaquero, J. y Grupo de Trabajo EPINE. Resultados del "Estudio de Prevención de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE-EPPS) 9. Pachón E, Robles J, Vega F.J. Neumonía asociada a ventilación mecánica: mecanismos preventivos. *Rev. Enfermería de urgencias. [Internet]* Dic 2010. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2010/pagina10.html>.10. Alonso I, Jiménez E. Medidas de prevención de la neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica. *Rev Hygia. [serie en internet]* Sevilla 2010. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia73.pdf>.11. Lisboa T, Rello J. Prevención de la infección nosocomial: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la UCI. *Med. Intensiva Madrid.* Jul. 2008;12. Sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias (SEMICYUC), grupo de trabajo de enfermedades infecciosas. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva 2012. *ENVIN-HELICS Informe* 2012. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/informe_envin_uc_2012.pdf.13. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Ginebra: CIE. 2011. Información relativa a la salud para pacientes y consumidores. Adoptada en 2002. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. Disponible en: http://www.winnipeg.ca/interems/Statements/Documents/Publications/positionstatements/D05_Seguridad_Pacientes_Sp.pdf.14. Palomar M, Rodríguez P, Nieto M, Sancho S. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. *Med Intensiva. [serie en Internet]* Nov. 2010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-intensiva-64/prevencion-infeccionnosocomial-Pacientes-criticos-13156276-puesta-al-dia-medicina-intensiva-2010.15>.15. Olachea P.M, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. *Med Intensiva [serie en internet]*. Barcelona. Mayo 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021056912010000400006&script=sci_art16.16. Ministerio de Sanidad y Política Social. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENCA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.17. Hill, Charlotte. Nurse-led implementation of a ventilator-associated pneumonia care bundle in a children's critical care unit. *NURSING CHILDREN AND YOUNG PEOPLE.* 2016; 28(4): 23-27.18. Tan, Bin; Zhang, Fang; Zhang, Xian; Huang, Ya-Ling; Gao, Yu-Shuang; Liu, Xiao; Li, Ying-Li; Qiu, Jing-Fu. Risk factors for ventilator-associated pneumonia in the neonatal intensive care unit: a meta-analysis of observational studies. *EUROPEAN JOURNAL OF PEDIATRICS.* 2014; 173(4): 427-434.19. De Cristofano, Analía; Puschot, Verónica; Canepari, Andrea; Franco, Victoria; Perez, Augusto; Eulmeskian, Pablo. Implementation of a Ventilator-Associated Pneumonia Prevention Bundle in a Single PICU. *PEDIATRIC CRITICAL CARE MEDICINE.* 2016; 17(5): 451-456.20. Gupta, Ayush; Kapil, Arti; Kabra, Sushil Kumar; Lodha, Rakesh; Sood, Seema; Dhawan, Benu; Das, Bimal K; Sreenivas, Vishnuhathla. Assessing the impact of an educational intervention on ventilator-associated pneumonia in a pediatric critical care unit. *AMERICAN JOURNAL OF INFECTION CONTROL.* 2014; 42(2): 111-115.21. Hill C. Nurse-led implementation of a ventilator-associated pneumonia care bundle in a children's critical care unit. *Nurs Child Young People.* 2016 May 9;28(4):23-7. doi: 10.7748/ncyp.28.4.23.s21.22. [Azab SF¹, Sherbiny HS¹, Saleh SH¹, Elsaied WF⁴, Elshafey MM⁵, Siam AG⁶, Arafa MA⁷, Alkhabashy AA⁸, Bendary EA⁹, Basset MA⁹, Ismail SM¹¹, Akeel NE¹², Elsamad NA¹³, Mokhtar WA¹⁴, Gheith T¹⁵. Reducing ventilator-associated pneumonia in neonatal intensive care unit using "VAP prevention Bundle": a cohort study. *BMC Infect Dis.* 2015 Aug 6;15:314. doi: 10.1186/s12879-015-1062-1.23. Banerjee B¹, Biswal N, Srinivasaraghavan B, Narayanan P, Mandal J. Probiotic prophylaxis to prevent ventilator associated pneumonia \(VAP\) in children on mechanical ventilation: an open-label randomized controlled trial. *Intensive Care Med.* 2015 Apr;41\(4\):677-85. doi: 10.1007/s00134-015-3694-4. Epub 2015 Feb 24.](https://doi.org/10.7748/ncyp.28.4.23.s21.22)

Resumen: La infección nosocomial es una de las causas más frecuentes de complicaciones en los sistemas sanitarios y constituyen un importante problema hospitalario, especialmente en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). En las UCIP la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM) es la segunda causa más frecuente de infección nosocomial, afecta al 8-9% de los pacientes ventilados. La NAVVM se define como la neumonía que se produce en los pacientes tras 48 horas de haber sido sometidos a ventilación mecánica (VM) y se incluyen las diagnosticadas en las 72 horas posteriores a la retirada de la VM.

Palabras Clave: Neumonía; Ventilación mecánica; Pediatría.

Introducción

La infección nosocomial es una de las causas más frecuentes de complicaciones en los sistemas sanitarios y constituyen un importante problema hospitalario, especialmente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), no solamente por la morbilidad y mortalidad que causan, sino también por el aumento en la estancia hospitalaria, en las cargas de trabajo y en el gasto sanitario.

En la UCIP la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM) es la segunda causa más frecuente de infecciones nosocomiales, estimándose que afecta al 8-9% de los pacientes ventilados. La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM) se define como la neumonía que se produce en los pacientes, tras 48 horas de haber sido ventilados mediante tubo endotraqueal y que no estaba presente, ni en periodo de incubación, en el momento de la intubación. También se incluyen las neumonías diagnosticadas en las 72 horas posteriores a la retirada de la ventilación mecánica. Diferentes sociedades científicas han analizado, clasificado y recomendado medidas de prevención de la NAVVM, en base a su evidencia y a su aplicabilidad en cuidados intensivos pediátricos.

La prevención de las infecciones nosocomiales constituye un reto para todo el equipo de salud, especialmente para la enfermería por su acercamiento al paciente y su responsabilidad en la detección precoz y vigilancia de la infección.

Objetivos

- Promover un cambio de cultura de seguridad del paciente centrada en la prevención de la Neumonía asociada a ventilación mecánica en los profesionales de la enfermería de la UCI pediátrica.
- Optimizar la calidad de atención con prácticas seguras mediante medidas de prevención de la NAVVM basadas en la evidencia.
- Mejorar la seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos ofreciéndole una práctica asistencial responsable, segura y de calidad.

Método

Revisión bibliográfica sobre NAVVM en las UCIP: concepto, incidencia, situación actual, estrategias preventivas, papel de la enfermería, protocolos, etc.

Resultados

Tras dicha revisión bibliográfica podemos afirmar que las infecciones nosocomiales se han convertido en una incómoda complicación que puede en algunos casos retrasar la recuperación del paciente e incluso llevarlo a un desenlace fatal. El profesional de enfermería de la UCIP tiene un papel fundamental en la prevención, propagación y control de la NAVM.

Según un metaanálisis publicado en 2014 con un total de ocho estudios, incluidos 370 casos y 1.071 controles. Se identificaron diez variables de riesgo: duración de la estancia en NICU (OR 23.45), reintubación (OR 9.18), alimentación enteral (OR 5.59), ventilación mecánica (OR 4,04), transfusión (OR 3,32), bajo peso al nacer (OR 3,16), prematuros (OR 2,66), nutrición parenteral (OR 2,30), displasia broncopulmonar (OR 2,21) e intubación traqueal (OR 1,12).

En un estudio publicado en American Journal of Infection control, los programas educativos dirigidos a profesionales de la salud han mostrado una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas con las infecciones asociadas a la salud.

Según un estudio que trata de la profilaxis probiótica para prevenir la neumonía asociada al ventilador (VAP): un ensayo controlado aleatorio abierto, muestra de 150 niños menores de 12 años. Se concluye que la administración de probióticos profilácticos resultó en la reducción de la incidencia de VAP en niños críticamente enfermos.

Según el estudio multicéntrico nacional realizado por la sociedad española de cuidados intensivos pediátrico (SECIP) la tasa de incidencia de NAVM en las UCIP españolas es de 9,4/1000 días de ventilación mecánica, por lo que hace que sea una prioridad implantar las medidas de prevención de la NAVM necesarias para mejorar la calidad de atención con prácticas seguras basadas en la evidencia científica: 1- Medidas básicas de obligado cumplimiento: buen manejo de la vía aérea; higiene estricta de manos; control y mantenimiento del neumotaponamiento entre 20-30cm H₂O; higiene bucal cada 6-8 horas utilizando clorhexidina al 2%; posicionamiento del paciente con ángulo de 30 a 45°; favorecer todos los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración. Suspensión diaria de la sedación y evaluación diaria de extubación; Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores, filtros y tubos traqueales. 2- Medidas específicas altamente recomendables: descontaminación selectiva del tubo digestivo (DDS); aspiración continua de secreciones subglóticas; antibióticos sistémicos durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

Conclusiones

1. La infección nosocomial en un paciente crítico implica un cambio en el pronóstico, el tiempo de ocupación, las cargas de trabajo y los costes. Igualmente, pone a prueba la capacidad de acción conjunta multidisciplinar de todo el personal que trabaja en una Unidad de Cuidos Intensivos Pediátricos.
2. La evidencia ha demostrado que es importante la creación de una cultura de seguridad en el entorno de los cuidados intensivos pediátricos, que permita un cambio en la percepción de los profesionales.
3. El uso de paquetes de medidas de prevención, la formación continua y las informaciones acerca del cumplimiento de estas medidas son decisivas para disminuir de manera efectiva la prevalencia de NAVM y mejorar la seguridad de los pacientes ingresados en la Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

4. La seguridad del paciente es esencial para el profesional de enfermería en cada una de sus actuaciones por lo que es fundamental su buena práctica para prevenir o minimizar el riesgo de infección nosocomial en la NAVM y con ello mejorar la calidad asistencial.
5. Los profesionales de enfermería debemos desempeñar un papel importante en el control de la infección y la coordinación y el liderazgo son clave para ello.

Bibliografía

1. García Araguas T, Irigoyen Aristorena I, Zazpe Oyarzun C, Baztán Madoz B y Barado Hugalde J. *Evaluación de un programa de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM): resultados al año*. Proyecto SEMICYUC Prevención Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica N-Z. *Enferm. Intensiva* 2012; 23(1): 4-10.
2. Bonsal Cooper,V. and Haut, C. *Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Children: An Evidence-Based Protocol*. *Crit Care Nurse* June 2013 vol.33 no.3 21-29.
3. Jordan García, I. et al. *Estudio multicéntrico nacional sobre la infección nosocomial en la UCIP*. *An.Pediatr. Barcelona* 2011. 80 (1): 28-33.
4. Hill, Charlotte. *Nurse-led implementation of a ventilator-associated pneumonia care bundle in a children's critical care unit*. *Nursing children and young people*. 2016; 28(4): 23-27.
5. Azab SF1, Sherbiny HS2, Saleh SH3, Elsaeed WF4, Elshafiey MM5, Siam AG6, Arafa MA7, Alghobashy AA8, Bendary EA9, Basset MA10, Ismail SM11, Akeel NE12, Elsamad NA13, Mokhtar WA14, Gheith T15. *Reducing ventilator-associated pneumonia in neonatal intensive care unit using "VAP prevention Bundle": a cohort study*. *BMC Infect Dis*. 2015 Aug 6;15:314. doi: 10.1186/s12879-015-1062-1.

Capítulo 181

Prevención de las caídas en personas mayores

Autores:

Clemente Nieto, Encarnación

Ladero Torrijos, María José

Manzano Silva, Beatriz

PREVENCIÓN DE LAS CAIDAS EN PERSONAS MAYORES

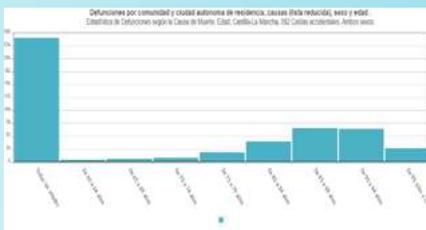
Introducción

El número total de fracturas ha aumentado durante los últimos 50 años, con una prevalencia mundial estimada de fracturas por fragilidad en adultos mayores de 50 años en 9 millones, de los cuales 1,6 millones fueron de cadera, 1,7 millones de antebrazo y 1,4 millones de fracturas vertebrales clínicamente diagnosticadas. Se estima que este aumento se mantendrá debido a los cambios demográficos. Dos de los factores de riesgo más importantes de fracturas son las caídas y la fragilidad ósea. Aproximadamente un tercio de los habitantes de 65 años o más y 50-60% de los residentes en centros sanitarios y en los hogares de ancianos se caen anualmente, siendo las mujeres el grupo que sufre más caídas.

Objetivo

Identificar los factores de riesgo relacionados con las caídas en mayores.

Conocer las intervenciones que son efectivas para la prevención de las caídas en personas mayores

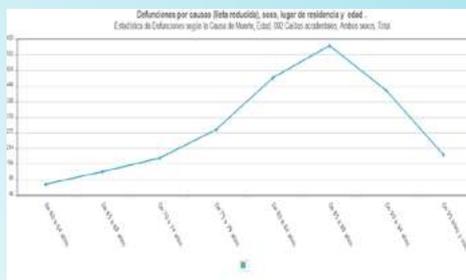


Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica. **Fuentes de información:** Para elaborarla se consultaron las bases de datos PubMed, Google Académico y Cochrane Library plus con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la metodología de elaboración de una revisión. **Estrategia de búsqueda:** Para la búsqueda de información se limitaron los años intentando que la mayor parte de los artículos fueran de fechas posteriores al 2013, hasta la fecha actual con las palabras clave: "Elderly", "Epidemiology", "Falls", "Fractures", "Prevention". Se limitó el idioma (Castellano e inglés) y el tipo de estudio (Revisión Sistemática). **Criterios de inclusión:** Trabajos que abordaran la epidemiología, y los factores relacionados con las caídas y las principales medidas efectivas. Se excluyeron poblaciones especiales (accidente cerebrovascular y osteoporosis)

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Asegúrese de que la casa tiene buena iluminación, de manera que se evite tropezar con objetos que son difíciles de ver. Instale luces nocturnas en el pasillo, hall, dormitorio y cuarto de baño.
- Las alfombras han de estar bien sujetas al suelo o disponer de superficies antideslizantes.
- Los cables de la electricidad no deben estar en el suelo o en zonas de paso.
- Ponga barandillas en el cuarto de baño, para el uso de la bañera, ducha y retrete. Sustituya la bañera por una ducha.
- No utilice escaleras sin barandillas, asegúrese que están bien iluminadas.
- No coloque las cosas ni demasiado altas ni demasiado bajas, que todo esté al alcance de la mano, para de esta manera evitar el uso de escaleras.
- Use zapatos de suela antideslizante y de tacón bajo.
- Evite llevar sandalias y chancas, para prevenir tropezos.
- Si no siente seguridad al caminar use bastón o andador, así aumentará su base de apoyo.
- Antes de levantarse de la cama o de una silla siéntese unos minutos en el borde, antes de ponerse de pie.
- Si nota mareos o disminución de la visión, consulte con su médico



INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL RIESGO DE CAIDAS

Factores de riesgo	Intervenciones
Hipotensión postural: Disminución de la presión sistólica en > 20mmHg o presión < 90mmHg de pie	Realizar ejercicios para favorecer la función de bomba de los músculos de las piernas, elevar la cabecera de la cama
Uso de benzodiazepinas o de otras drogas hipnosedantes	Educación acerca del uso apropiado de estas drogas Tratamiento no farmacológico de los problemas del sueño como la restricción del sueño
Uso de cuatro o más medicaciones (polifarmacia)	Revisión de la medicación por Médico de Atención Primaria
Peligros ambientales para caer o resbalar	Evaluación de la seguridad del hogar con cambios apropiados como la remoción de peligros, selección de muebles apropiados e instalación de estructuras como barandas en el baño o sitios de estar
Cualquier alteración en la marcha	Entrenamiento de la marcha Uso de un dispositivo de asistencia apropiado Ejercicios de equilibrio o de fortalecimiento si están indicados
Cualquier alteración del balance	Ejercicios de equilibrio Instalación de estructuras como barandas en el baño o sitios de estar
Alteraciones en la fuerza de los músculos de las piernas y de las manos, y de estructuras que intervienen en la movilidad (talón, rodilla, cadera, hombro, mano o codo)	Ejercicios con bandas de resistencia dos o tres veces por semana, con incremento de resistencia cuando el paciente es capaz de completar 10 repeticiones con movilidad completa

Resultados

Se encontraron 19 revisiones sistemáticas que se ajustaron a los criterios de inclusión. Los factores de riesgo intrínsecos para las caídas incluyen: la edad, el género, IMC bajo, comorbilidades médicas, enfermedades musculoesqueléticas, deterioro cognitivo, alteraciones de la marcha, trastornos del equilibrio, alteraciones sensoriales, hipotensión postural, historia de caídas anteriores, el uso de ciertos medicamentos como las benzodiazepinas, fármacos hipnóticos, antidepresivos, fármacos antihipertensivos, fármacos antiarrítmicos, diuréticos, y anticonvulsivos. Entre los factores extrínsecos se detectaron: riesgos ambientales como las alfombras, suelos desiguales o resbaladizos, poca iluminación, presencia de cables eléctricos, sillas y butacas sin pasamanos y el calzado inadecuado. Las siguientes 10 intervenciones fueron identificadas en la búsqueda bibliográfica como medidas efectivas a implementar: programas de ejercicios, evaluación de la visión, cirugía de cataratas, modificaciones ambientales, suplementos de vitamina D, suplementos de calcio, terapia de reemplazo hormonal, retirada de medicación, protectores de cadera e intervenciones multifactoriales. Los programas de ejercicio fueron estratificados en programas específicos donde la rutina de ejercicios fue adaptada a las necesidades de los individuos y programas no focalizados que eran idénticos entre los sujetos



Conclusiones

La evidencia de alta calidad indica que los programas de ejercicios a largo plazo en personas de edad avanzada y las modificaciones ambientales en los hogares de ancianos frágiles reducirían las caídas y posiblemente las lesiones relacionadas con la caída en la población anciana de. Una combinación de vitamina D y suplementos de calcio en mujeres ancianas ayudará a reducir el riesgo de caídas en más del 40%. La evidencia es limitada y se requiere más investigación en el área del uso de dispositivos de estabilización de la marcha al aire libre para personas mayores. Aunque la retirada de la medicación psicotrópica puede ser un método eficaz para reducir las caídas, la evidencia es limitada y se ha demostrado que el cumplimiento a largo plazo es difícil de lograr, siendo la calidad de la evidencia baja.

Resumen: El número total de fracturas ha aumentado durante los últimos 50 años, con una prevalencia mundial de fracturas por fragilidad en adultos mayores de 50 años en 9 millones; 1,6 millones fueron de cadera, 1,7 millones de antebrazo y 1,4 millones de fracturas vertebrales clínicamente diagnosticadas. Dos de los factores de riesgo más importantes de fracturas son las caídas y la fragilidad ósea. Aproximadamente un tercio de los habitantes de 65 años o más y 50-60% de los residentes en centros sanitarios y en los hogares de ancianos se caen anualmente, siendo las mujeres el grupo que sufre más caídas.

Palabras Clave: Prevención de caídas; caídas en ancianos; riesgo de caídas.

Objetivo

- Identificar los factores de riesgo relacionados con las caídas en mayores.
- Conocer las intervenciones que son efectivas para la prevención de las caídas en personas mayores.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica. Fuentes de información: Para elaborarla se consultaron las bases de datos PubMed, Google Académico y Cochrane Library plus con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la metodología de elaboración de una revisión. Estrategia de búsqueda: Para la búsqueda de información se limitaron los años intentando que la mayor parte de los artículos fueran de fechas posteriores al 2013, hasta la fecha actual con las palabras clave: "Elderly", "Epidemiology", "Falls", "Fractures", "Prevention". Se limitó el idioma (Castellano e inglés) y el tipo de estudio (Revisión Sistemática). Criterios de inclusión: Trabajos que abordaran la epidemiología, y los factores relacionados con las caídas y las principales medidas efectivas. Se excluyeron poblaciones especiales (accidente cerebrovascular y osteoporosis)

Medidas preventivas

- Asegúrese de que la casa tiene buena iluminación, de manera que se evite tropezar con objetos que son difíciles de ver. Instale luces nocturnas en el pasillo, hall, dormitorio y cuarto de baño.
- Las alfombras han de estar bien sujetas al suelo o disponer de superficies antideslizantes.
- Los cables de la electricidad no deben estar en el suelo o en zonas de paso.
- Ponga barandillas en el cuarto de baño, para el uso de la bañera, ducha y retrete. Sustituya la bañera por una ducha.
- No utilice escaleras sin barandillas, asegúrese que están bien iluminadas.
- No coloque las cosas ni demasiado altas ni demasiado bajas, que todo esté al alcance de la mano, para de esta manera evitar el uso de escaleras.
- Use zapatos de suela antideslizante y de tacón bajo.

- Evite llevar sandalias y chanclas, para prevenir tropiezos.
- Si no siente seguridad al caminar use bastón o andador, así aumentará su base de apoyo.
- Antes de levantarse de la cama o de una silla siéntese unos minutos en el borde, antes de ponerse de pie.
- Si nota mareos o disminución de la visión, consulte con su médico.

Intervenciones para reducir el riesgo

Factores de riesgo:

1. Hipotensión postural: Disminución de la presión sistólica en $> 20\text{mmHg}$ o presión $< 90\text{mmHg}$ de pie.
2. Uso de benzodiazepinas o de otras drogas hipnosedantes.
3. Uso de cuatro o más medicaciones (polifarmacia).
4. Peligros ambientales para caer o resbalar.
5. Cualquier alteración en la marcha.
6. Cualquier alteración del balance.
7. Alteraciones en la fuerza de los músculos de las piernas y de las manos, y de estructuras que intervienen en la movilidad (talón, rodi-lla, cadera, hombro, mano o codo).

Intervenciones:

1. Realizar ejercicios para favorecer la función de bomba de los músculos de las piernas, elevar la cabecera de la cama.
2. Educación acerca del uso apropiado de estas drogas. Tratamiento no farmacológico de los problemas del sueño como la restricción del sueño.
3. Revisión de la medicación por Médico de Atención Primaria.
4. Evaluación de la seguridad del hogar con cambios apropiados como la remoción de peligros, selección de muebles apropiados e instalación de estructuras como barandas en el baño o sitios de estar.
5. Entrenamiento de la marcha .Uso de un dispositivo de asistencia apropiado Ejercicios de equilibrio o de fortalecimiento sí están indicados.
6. Ejercicios de equilibrio. Instalación de estructuras como barandas en el baño o sitios de estar.
7. Ejercicios con bandas de resistencia dos o tres veces por semana, con incremento de resistencia cuando el paciente es capaz de completar 10 repeticiones con movilidad completa.

Resultados

Se encontraron 19 revisiones sistemáticas que se ajustaron a los criterios de inclusión. Los factores de riesgo intrínsecos para las caídas incluyen: la edad, el género, IMC bajo, comorbilidades médicas, enfermedades musculoesqueléticas, deterioro cognitivo, alteraciones de la marcha, trastornos del equilibrio, alteraciones sensoriales, hipotensión postural, historia de caídas anteriores, el uso de ciertos medicamentos como las benzodiazepinas, fármacos hipnóticos, antidepresivos, fármacos antihipertensivos, fármacos antiarrítmicos, diuréticos, y anticonvulsivos. Entre los factores extrínsecos se detectaron: riesgos ambientales como las alfombras, suelos desiguales o resbaladizos, poca iluminación, presencia de cables eléctricos, sillas y butacas sin pasamanos y el calzado inadecuado. Las siguientes 10 intervenciones fueron identificadas en la búsqueda bibliográfica como medidas efectivas a implementar: programas de ejercicios, evaluación de la visión, cirugía de cataratas, modificaciones ambientales, suplementos de vitamina D, suplementos de calcio, terapia de reemplazo hormonal, retirada de medicación, protectores de cadera e intervenciones multifactoriales. Los programas de ejercicio fueron estratificados en programas específicos donde la rutina de ejercicios fue adaptada a las necesidades de los individuos y programas no focalizados que eran idénticos entre los sujetos.

Conclusiones

La evidencia de alta calidad indica que los programas de ejercicios a largo plazo en personas de edad avanzada y las modificaciones ambientales en los hogares de ancianos frágiles reducirían las caídas y posiblemente las lesiones relacionadas con la caída en la población anciana. Una combinación de vitamina D y suplementos de calcio en mujeres ancianas ayudará a reducir el riesgo de caídas en más del 40%. La evidencia es limitada y se requiere más investigación en el área del uso de dispositivos de estabilización de la marcha al aire libre para personas mayores. Aunque la retirada de la medicación psicotrópica puede ser un método eficaz para reducir las caídas, la evidencia es limitada y se ha demostrado que el cumplimiento a largo plazo es difícil de lograr, siendo la calidad de la evidencia baja.

Bibliografía

1. López R, Mancilla E, Villalobos A, Herrera P. *Manual de prevención de caída del adulto mayor programa de salud del adulto mayor*. MINSAL; 2010.
2. Da Silva Gama Z.A, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. *Epidemiología de caídas de ancianos en España*. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2008 [Citado 25 Feb 2015]; 82 (1): 43-56. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol82/vol82_1/RS821C_43.pdf.
3. Varas-Fabra F, Castro Martín E, Pérula de Torres L.A, et al. *Caídas en ancianos de la comunidad: Prevalencia, consecuencias y factores asociados*. Aten Primaria [Internet]. 2006 [Citado 28 Feb 2015]; 38 (8): 450-455. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705479>.
4. Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I, et al. *Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo*. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 2002;37(5):249-53.

Capítulo 182

Prevención de lesiones traumáticas en niños. Conocimiento y actitud de los padres

Autores:

Garrido Avileo, Anastasio

Labrandero Alcázar, María Dolores

Viedma Moreno, Isabel

Sobrino Moreno, María Luisa

Simón Toledo, María Ángeles

García Maján, Silvia

PREVENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS EN NIÑOS. CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS PADRES.

AUTORES:

INTRODUCCION

Las lesiones accidentales siguen constituyendo en el mundo la primera causa de muerte en niños y adultos jóvenes, y son una de las causas más importantes de morbilidad. Según el Informe Mundial sobre Prevención de las Lesiones en los Niños, los accidentes suponen un 9% de las muertes a nivel mundial. Estos eventos son un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, sufrimiento humano y costes económicos. Los factores que provocan lesiones se pueden estudiar y comprender, lo que permite realizar una adecuada prevención, siendo ésta la única forma de disminuir la morbimortalidad. Para ello, es importante identificar los conocimientos que poseen las personas y luego unificar los esfuerzos de los diferentes sectores de la comunidad para evitar estas lesiones.

OBJETIVO

Conocer cuál es la información sobre prevención de lesiones que tienen los padres de niños de 6-11 años de tres colegios públicos de Ciudad Real. Evaluar la utilización de medidas preventivas en lesiones traumáticas por parte de los padres

MATERIAL Y METODOS

Diseño/Población de estudio: Estudio Observacional descriptivo, prospectivo, cuya población fueron las madres o padres responsables de los niños cumpliendo los siguientes criterios de inclusión: Edad del niño de 6 a 11 años, y que vivieran con el niño. La recolección de datos se llevó a cabo durante el primer semestre de 2017 en los centros escolares: CP Don Quijote, San Francisco de Asís y Alcalde José Maestro. Se entrevistó a las madres o padres aplicando un formulario que constaba de 18 ítems dividido en dos bloques. En el primer bloque se recogen variables sociodemográficas (Edad, Sexo, Estudios) y un segundo bloque de preguntas acerca de: conceptos, actitudes y prácticas respecto a la prevención de lesiones más frecuentes en la infancia.

Análisis de datos: Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las variables cuantitativas. A cada participante se le asignó un código que solo conocían el investigadores y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística.

Consideraciones éticas: Se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio. Se mantuvo la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 152 encuestas. Del total de los entrevistados el 56,5% (86) fueron madres y el 43,5% (42) fueron padres. La edad media de las madres fue de 41,03±4,6 años y la de los padres 42,19±4,4 años. Los colegios participantes en el estudio pueden verse en la figura 1. El 39,6% (59) tenía estudios universitarios, figura 2. El 96,3% tenía entre 1-3 hijos. Al preguntar si los accidentes que sufren los niños son productos del azar, el 31,7% contestó que sí, y un 89% piensa que se pueden evitar. El 63,7% (93) tiene información sobre la prevención de accidentes en niños y mayoritariamente la obtuvieron a través de los medios de comunicación audiovisuales. El 98% (146) suele usar el coche como transporte para los niños. Un 6,6% (10) no utiliza silla para el transporte del niño. El 88,2% utiliza una silla adaptada al peso y la altura del niño. Los conocimientos relacionados con la orientación de la silla pueden verse en la figura 3. Un 13,8% (21) suele usar la moto para el transporte del niño y de estos un 1,3% (2) no utiliza el casco en los niños. Un 17,1% (26) no informa a sus hijos sobre medidas preventivas de accidentes. Un 42,3% (63) refiere que sus hijos se zambullen de cabeza en ríos, playas y piscinas. En la figura 4 se resumen la actitud ante actividades de riesgo.

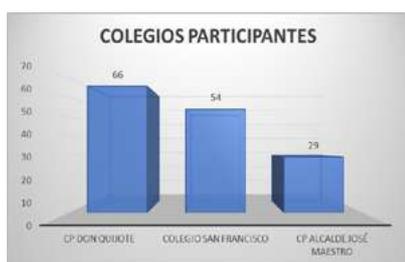


Figura 1



Figura 3



Figura 2



Figura 4



CONCLUSIONES

Aunque mayoritariamente la muestra analizada tiene información y utiliza medidas preventivas para la prevención de lesiones traumáticas en niños, existe todavía un número menor de padres que no implementa estas medidas y que no informa en casa a sus hijos. Recalamos la importancia de reformular planes primando el enfoque preventivo con adiestramiento concreto para optimizar las estrategias de prevención de accidentes.

Resumen: Las lesiones accidentales constituyen en el mundo la primera causa de morbi-mortalidad en niños. Según el Informe Mundial sobre Prevención de Lesiones en los Niños, los accidentes suponen un 9% de las muertes a nivel mundial. Estos eventos son un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos y costes económicos. Los factores que provocan lesiones pueden estudiarse, permitiendo realizar una adecuada prevención, siendo ésta la única forma de disminuir la morbi-mortalidad. Para ello, es importante identificar los conocimientos que poseen las personas y unificar los esfuerzos de los diferentes sectores de la comunidad para evitar estas lesiones.

Palabras Clave: Prevención de accidentes; Sillas para coches; Educación para la salud.

Objetivos

Los objetivos planteados en el estudio fueron dos:

1. Conocer cuál es la información sobre prevención de lesiones que tienen los padres de niños de 6-11 años de tres colegios públicos de Ciudad Real.
2. Evaluar la utilización de medidas preventivas en lesiones traumáticas por parte de los padres.

Material y métodos

Diseño/Población de estudio.

Estudio Observacional descriptivo, prospectivo, cuya población fueron las madres o padres responsables de los niños cumpliendo los siguientes criterios de inclusión: Edad del niño de 6 a 11 años, y que vivieran con el niño. La recolección de datos se llevó a cabo durante el primer semestre de 2017 en los centros escolares: CP Don Quijote, San Francisco de Asís y Alcalde José Maestro. Se entrevistó a las madres o padres aplicando un formulario que constaba de 18 ítems dividido en dos bloques. En el primer bloque se recogen variables sociodemográficas (edad, sexo, estudios) y un segundo bloque de preguntas acerca de: Conceptos, actitudes y prácticas respecto a la prevención de lesiones más frecuentes en la infancia.

Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media y desviación típica para las variables cuantitativas. A cada participante se le asignó un código que solo conocían los investigadores y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística.

Consideraciones éticas.

Se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio. Se mantuvo la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados

Se obtuvieron un total de 152 encuestas. Del total de los entrevistados el 56,5% (86) fueron madres y el 43,5% (42) fueron padres. La edad media de las madres fue de 41,03±4,6 años y la de los padres 42,19±4,4 años. El 39,6% (59) tenía estudios universitarios. El 96,3% tenía entre 1-3 hijos.

Al preguntar si los accidentes que sufren los niños son productos del azar, el 31,7% contestó que sí, y un 89% piensa que se pueden evitar. El 63,7% (93) tiene información sobre la prevención de accidentes en niños y mayoritariamente la obtuvieron a través de los medios de comunicación audiovisuales.

El 98% (146) suele usar el coche como transporte para los niños. Un 6,6% (10) no utiliza silla para el transporte del niño. El 88,2% utiliza una silla adaptada al peso y la altura del niño, y colocada en la orientación correcta. Un 13,8% (21) suele usar la moto para el transporte del niño y de estos un 1,3% (2) no utiliza el casco en los niños. Un 17,1% (26) no informa a sus hijos sobre medidas preventivas de accidentes. Un 42,3% (63) refiere que sus hijos se zambullen de cabeza en ríos, playas y piscinas.

Conclusiones

Aunque mayoritariamente la muestra analizada tiene información y utiliza medidas preventivas para la prevención de lesiones traumáticas en niños, existe todavía un número menor de padres que no implementa estas medidas y que no informa en casa a sus hijos. Recalamos la importancia de reformular planes primando el enfoque preventivo con adiestramiento concreto para optimizar las estrategias de prevención de accidentes.

Bibliografía

1. García I, Gándaro P, Cardozo N, Bianchi M, Santoro A, Pais T, Rubio I. *Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años*. Arch Pediatr Urug 2008; 79(4): 284-290.
2. Hernández M, García RG, Pérez D, Ramos D. *Información sobre prevención de accidentes que poseen adultos y niños a su cuidado*. Rev. Cubana Hig Epidemiol 2001; 39 (2): 95-100.
3. Viviana E, Sojo M, Iölstner N. *Prevención primaria. Sillas para autos: ¿qué saben los padres y qué podemos hacer los pediatras?* Arch.argent.pediatr 2002; 100 (4).

Capítulo 183

Prevención del linfedema en pacientes intervenidas por un cáncer de mama

Autora:

Lozano Muñoz, Laura María

PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDAS POR UN CÁNCER DE MAMA

INTRODUCCIÓN



El linfedema se define como un aumento anormal de linfa en el espacio intersticial. Se trata de un edema secundario a la mastectomía por cáncer de mama y/o radioterapia, y se produce por la obstrucción o destrucción de los vasos linfáticos, de forma que la capacidad de transportar la carga linfática, está disminuida. Los factores de aparición más frecuentes son la exéresis de los ganglios linfáticos y la radioterapia.

Se manifiesta por el incremento del tamaño de una extremidad o región del cuerpo. Es un edema blanco, duro y elástico, que no deja fovea a la presión digital y no mejora con la elevación del miembro afectado.

Es causa de discapacidad y tiene consecuencias sobre la calidad de vida del paciente (el dolor, el bienestar psicológico, la imagen corporal, la energía y la movilidad).

OBJETIVO

El objetivo es **informar a pacientes con riesgo de linfedema** (intervenidas por un cáncer de mama), acerca de las pautas de prevención y cuidados que han de mantener de por vida, así como de los ejercicios que han de realizar, **con el fin de evitar su aparición.**

METODOLOGÍA

Elaboración de un poster con las pautas de prevención del linfedema, basado en una búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales en la base de datos Pubmed; con las palabras clave: linfedema, prevención primaria y fisioterapia. Así como la búsqueda de información en webs y revistas de índole científica.

INTERVENCIÓN EN FISIOTERAPIA

Se debe desarrollar un **tratamiento rehabilitador de forma precoz por cuatro razones fundamentalmente:**

- ❖ Se obtiene una **recuperación funcional** de la extremidad a corto plazo.
- ❖ Se instruye a las pacientes sobre las normas de **prevención** del linfedema.
- ❖ Nos da una **información** sobre las pacientes de alto riesgo a padecerlo.
- ❖ En caso de que aparezca el linfedema, éste es **diagnosticado en primeros estadios.**



El protocolo a seguir consiste en las siguientes medidas:

❑ **Medidas posturales:** postoperatorio inmediato, paciente encamada, con ayuda de cojines, colocar el miembro afecto en posición de drenaje (declive de 45°). Cuando la paciente pueda movilizar el miembro, no se seguirá aplicando esta norma.

❑ **Medidas de higiene personal y cuidados.** Se le explican a la paciente y se le entrega una hoja con las siguientes recomendaciones:

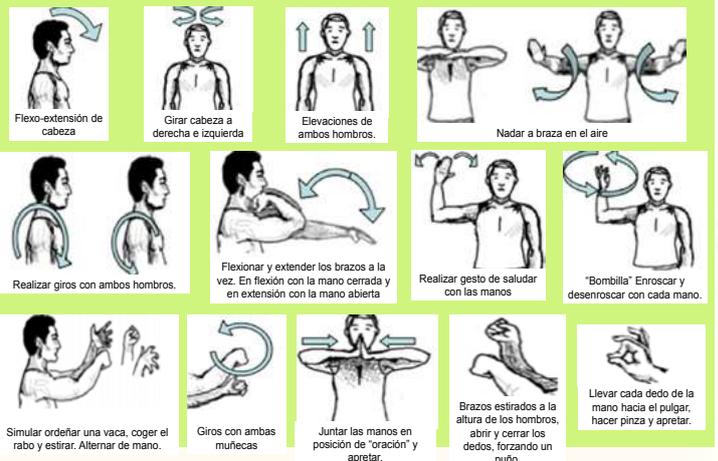
- **Ámbito hospitalario:** Evitar extracciones de sangre y la toma de tensión arterial en el brazo afecto. No aplicar agujas de acupuntura. Recibir los masajes en el brazo solo por especialistas.
- **Aseo personal:**
 - Lavar diariamente la piel con jabones no irritantes y secar con cuidado en los pliegues y espacios interdigitales. Utilizar cremas hidratantes con un pequeño masaje (sin apretar).
 - Evitar la depilación que arranque el folículo piloso o irrite la piel.
 - Evitar baños de agua muy caliente o muy fría. Evitar las saunas.
 - Evitar pulseras, anillos y relojes en el miembro afecto.
 - Evitar ropa que oprima pecho y brazo afecto.
- **Alimentación:** Evitar el sobrepeso y limitar la ingesta de sal. Así como reducir la ingesta de grasas animales.
- **Otros:**
 - Evitar quemaduras.
 - Evitar sobreesfuerzos físicos y posturas forzadas con el brazo.
 - Precaución con las agujas de coser.
 - Utilizar guantes de goma para limpiar, cocinar y cuidar el jardín.
 - Mantener higiene tras contacto con animales.
 - Evitar picaduras de insectos.

❑ **Cinesiterapia (ejercicios diarios):** se le explican a la paciente y se le entrega unas imágenes de los mismos. Se deben realizar 2-3 veces al día, máximo 30 min. Usar con prenda de contención si se tiene. La finalidad de los ejercicios es evitar rigideces articulares, así como ayudar a bombear la circulación linfática con la propia contracción muscular.

Ejercicios respiratorios: al inicio y al final del entrenamiento, paciente tumbada con brazos relajados. 3 repeticiones.

Inspiración: coger todo el aire que pueda por la nariz, elevando el abdomen.
Espiración: expulsar el aire lentamente por la boca, descendiendo el abdomen.

Ejercicios de cuello y miembros superiores: paciente sentada o de pie. Entre 5 y 20 repeticiones cada ejercicio. Se deben realizar con los dos brazos. Se puede realizar ejercicios similares con pelota y palo.



Tan fundamental es la aplicación de estas medidas con carácter precoz, como **mantenerlas de por vida.** Ya que el linfedema puede aparecer años después, sin sintomatología alguna.

CONCLUSIONES

El linfedema postmastectomía constituye actualmente una de las secuelas más graves y que más afecta a la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. El mejor tratamiento es la prevención, ya que está demostrado que el cumplimiento de las medidas de prevención y rehabilitación reducen significativamente la aparición del linfedema. Por este motivo, hemos creado un póster con el protocolo a realizar por los profesionales de fisioterapia.

Resumen: El linfedema postmastectomía es un edema secundario a la cirugía por cáncer de mama y/o radioterapia, que se produce por la obstrucción o destrucción de los vasos linfáticos. Consiste en el incremento de tamaño de una extremidad superior o región del cuerpo. Es un edema blanco, duro y elástico, que no deja fóvea a la presión digital. En este artículo se reúnen las pautas de prevención, cuidados y ejercicios que han de mantener de por vida las pacientes intervenidas de cáncer de mama para reducir las posibilidades de aparición del linfedema, ya que el mejor tratamiento es la prevención.

Palabras Clave: Linfedema; Prevención primaria; Fisioterapia.

Introducción

El linfedema es un aumento anormal de linfa en el espacio intersticial. Se trata de un edema secundario a la mastectomía por cáncer de mama y/o radioterapia, y se produce por la obstrucción o destrucción de los vasos linfáticos, de forma que la capacidad de transportar la carga linfática, está disminuida.

Se manifiesta por el incremento del tamaño de una extremidad o región del cuerpo. Es un edema blanco, duro y elástico, que no deja fóvea a la presión digital y no mejora con la elevación del miembro afectado.

Es causa de discapacidad y tiene consecuencias sobre la calidad de vida del paciente (el dolor, el bienestar psicológico, la imagen corporal, la energía y la movilidad).

Objetivo

El objetivo es informar a pacientes con riesgo de linfedema (intervenidas por un cáncer de mama), acerca de las pautas de prevención y cuidados que han de mantener de por vida, así como de los ejercicios que han de realizar, con el fin de evitar su aparición.

Metodología

Se ha elaborado un póster con las pautas de prevención del linfedema, basado en una búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales en la base de datos Pubmed; con las palabras clave: linfedema, prevención primaria y fisioterapia. Así como la búsqueda de información en webs y revistas de índole científica.

Intervención en fisioterapia:

Se debe desarrollar un tratamiento rehabilitador de forma precoz tras la intervención por cuatro razones fundamentalmente:

- Se obtiene una recuperación funcional de la extremidad a corto plazo.
- Se instruye a las pacientes sobre las normas de prevención del linfedema.
- Nos da una información sobre las pacientes de alto riesgo a padecerlo.
- En caso de que aparezca el linfedema, es diagnosticado en primeros estadios.

El protocolo a seguir consiste en las siguientes medidas:

Medidas posturales

Postoperatorio inmediato, la paciente está encamada, con ayuda de cojines se coloca el miembro afecto en posición de drenaje (declive de 45º). Cuando la paciente pueda movilizar el miembro, no se seguirá aplicando esta norma.

Medidas de higiene personal y cuidados

Se le explican a la paciente y se le entrega una hoja con las siguientes recomendaciones:

- **Ámbito hospitalario:** Evitar extracciones de sangre y la toma de tensión arterial en el brazo afecto. No se deben aplicar agujas de acupuntura sobre el brazo afecto. Recibir los masajes en el brazo solo por especialistas.

- **Aseo personal:**

- Lavar diariamente la piel con jabones no irritantes y secar con cuidado en los pliegues y espacios interdigitales. Aplicar cremas hidratantes con un pequeño masaje (sin apretar).
- Evitar la depilación que arranque el folículo piloso o irrite la piel.
- Evitar baños de agua muy caliente o muy fría.
- Evitar las saunas.
- Evitar pulseras, anillos y relojes en el miembro afecto.
- Evitar ropa que oprima pecho y brazo afecto.

- **Alimentación:** Evitar el sobrepeso y limitar la ingesta de sal. Así como reducir la ingesta de grasas animales.

- **Otros:**

- Evitar quemaduras.
- Evitar sobreesfuerzos físicos y posturas forzadas con el brazo.
- Tener precaución con las agujas de coser para no pincharnos.
- Utilizar guantes de goma para limpiar, cocinar y cuidar el jardín.
- Mantener higiene tras el contacto con animales.
- Evitar picaduras de insectos.

Cinesiterapia (ejercicios diarios)

Se le explican a la paciente los ejercicios y se le entrega unas imágenes de los mismos.

Se deben realizar 2-3 veces al día, máximo 30 minutos. Se deben realizar con la prenda de contención si se tiene. La finalidad es evitar rigideces articulares, así como ayudar a bombear la circulación linfática con la propia contracción muscular.

- Ejercicios respiratorios: Se realizan al inicio y al final del entrenamiento, con la paciente tumbada y los brazos relajados. 3 repeticiones.

- Inspiración: coger todo el aire que pueda por la nariz, elevando el abdomen.
- Espiración: expulsar el aire lentamente por la boca, descendiendo el abdomen.

- Ejercicios de cuello y miembros superiores: La paciente está sentada o de pie. Entre 5 y 20 repeticiones cada ejercicio. Se deben realizar con los dos brazos. Se puede realizar ejercicios similares con pelota y palo.

- Flexo-extensión de cabeza.
- Giros de cabeza a derecha e izquierda.
- Elevaciones de ambos hombros.
- Nadar a braza en el aire.
- Realizar giros con ambos hombros.
- Flexionar y extender los codos a la vez. En flexión con la mano cerrada y en extensión con la mano abierta.
- Realizar gesto de saludar con las manos.
- Realizar el gesto de enroscar y desenroscar una bombilla con cada mano.
- Simular ordeñar una vaca, coger el rabo y estirar. Alternar de mano.
- Giros con ambas muñecas.
- Juntar las manos en posición de "oración" y apretar.
- Con los brazos estirados a la altura de los hombros, abrir y cerrar los dedos, forzando un puño.
- Llevar cada dedo de la mano hacia el pulgar, hacer pinza y apretar.

Tan fundamental es la aplicación de estas medidas con carácter precoz, como mantenerlas de por vida. Ya que el linfedema puede aparecer años después, sin sintomatología alguna.

Conclusiones

El linfedema postmastectomía constituye actualmente una de las secuelas más graves y que más afecta a la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. El mejor tratamiento es la prevención, ya que está demostrado que el cumplimiento de las medidas de prevención y rehabilitación reducen significativamente la aparición del linfedema.

Bibliografía

1. Swedborg I. *Effectiveness of combined methods of physiotherapy for post-mastectomy lymphoedema*. Scand J Rehabil Med. 1980;12(2):77-85.
2. Lu S-R, Hong R-B, Chou W, Hsiao P-C. *Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery*. Therapeutics and Clinical Risk Management. 2015;11:319-327.

3. Forner I, Muñoz J, Maldonado D. *Necesidad de información para la prevención del linfedema posmastectomía* . Rehabilitación (Madr). 2003;37(3):141-144.

Capítulo 184

Primeros casos de CCCR en GAI Tomelloso

Autores:

Soto Luna, Juan Francisco

Fernández Expósito, Gemma María

Zarca Cano, María

Amador Castillo, Verónica

Primeros casos CCCR en GAI Tomelloso

INTRODUCCIÓN

- La instauración del programa de cribado de cáncer de colon en el SESCOAM ha sido una medida más que contrastada en las demás CCAA para la detección precoz del Cáncer de colon en paciente con factores de riesgo elevados, mejorando de manera indudable el bienestar, esperanza y calidad de vida de la población y una mejora en la costo-efectividad de la gestión sanitaria.

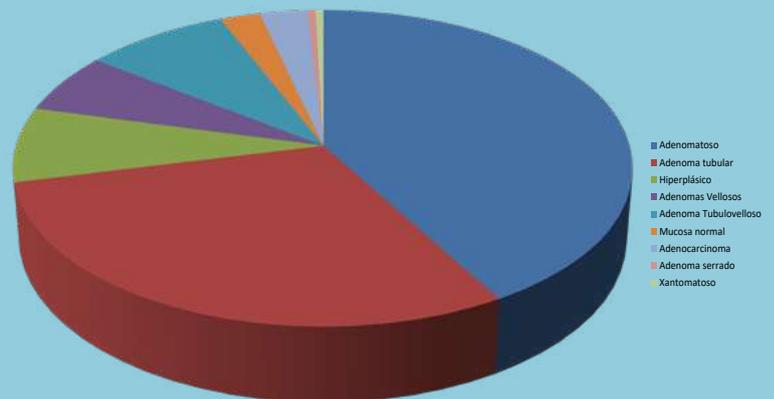
OBJETIVOS

- Una vez realizada la sonda piloto del cribado en las gerencias de Talavera, Cuenca, y Guadalajara, se debe valorar como trabajo de autoevaluación y control de mejora continua los resultados en el primer año del programa de CCCR, para poder reforzar los aspectos positivos y mejorar y rectificar los negativos.

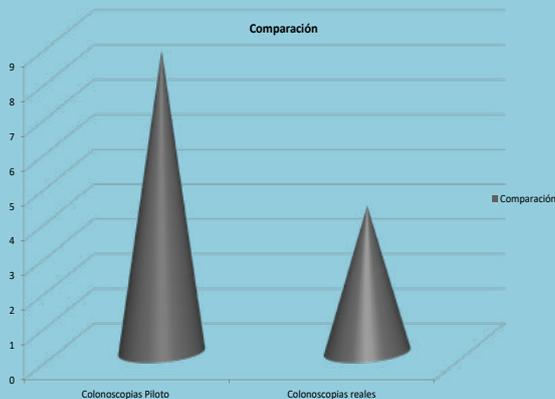
MATERIAL Y METODOS

- Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han llegado a atención especializada que han superado los filtros de edad, mayores de 65 años, sangre oculta en heces positiva en At. Primaria y han aceptado realizarse la colonoscopia.
- Son pacientes que acuden en el transcurso del primer año, desde 7/9/16 hasta 6/9/17 en el Hospital de Tomelloso con una muestra de 105 pacientes, todos son sometidos a sedación con Propofol por el equipo de endoscopias digestivas del Hospital de Tomelloso formado por una facultativo especialista en A. Digestivo y 2 enfermeros entrenados en endoscopias.

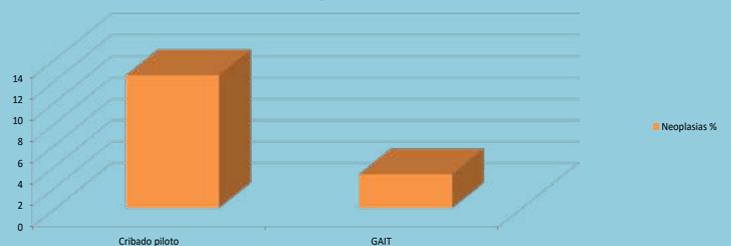
Anatomía Patológica



Comparación



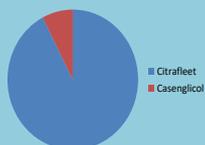
Neoplasias %



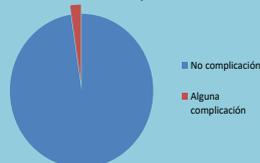
Se toma biopsia



Preparación



Colonoscopias



Resumen

- En éstos gráficos podemos ver cómo ha habido un descenso muy considerable (casi 50%) de la población que ha decidido realizarse la colonoscopia.
- El alto grado de toma de biopsias y por lo tanto de terapéutica.
- La preparación con Citrafleet es muy satisfactoria.
- La detección de Neoplasia y displasia de Alto grado disminuye en comparación a los datos obtenidos por el cribado piloto.

Conclusión

- La baja participación nos indica que se debería plantear una captación activa de población, aumentando la información sobre la prueba y los beneficios que ella conlleva.
- Tanto el número tan alto de captación de Pólipos de diversa anatomía como su nivel de displasia nos indican que la progresión de éstos a formaciones cancerosas está muy presente en la población y su prevención secundaria es vital para el paciente, siendo muy similar con los datos del cribado piloto.
- Las nuevas técnicas de realización de colonoscopias son seguras y mucho más eficientes que las tradicionales, basándose siempre en evidencia científica, donde el papel de enfermería y su formación es esencial.

Resumen: La GAIT de Tomelloso empezó el cribado de CCR debido al éxito de prueba piloto que surgió en otras Gerencias de CLM, debido a que ya pasó algún tiempo es necesario hacer una autoevaluación para contrastar los datos obtenidos respecto a los originales, ver posibles fallos y potenciar los aspectos positivos.

Palabras Clave: Cribado; Cáncer Colorrectal; Tomelloso.

Introducción

La instauración del programa de cribado de cáncer de colon en el SESCAM ha sido una medida más que contrastada en las demás CCAA para la detección precoz del cáncer de colon en paciente con factores de riesgo elevados, mejorando de manera indudable el bienestar, esperanza y calidad de vida de la población y una mejora en la costo-efectividad de la gestión sanitaria.

Objetivos

Una vez realizada la sonda piloto del cribado en las gerencias de Talavera, Cuenca, y Guadalajara, se debe valorar como trabajo de autoevaluación y control de mejora continua los resultados en el primer año del programa de CCCR, para poder reforzar los aspectos positivos y mejorar y rectificar los negativos.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han llegado a atención especializada que han superado los filtros de edad, mayores de 65 años, sangre oculta en heces positiva en atención primaria y han aceptado realizarse la colonoscopia.

Son pacientes que acuden en el transcurso del primer año, desde 7/9/16 hasta 6/9/17 en el Hospital de Tomelloso con una muestra de 105 pacientes, todos son sometidos a sedación con Propofol por el equipo de endoscopias digestivas del Hospital de Tomelloso formado por un facultativo especialista en aparato digestivo y 2 enfermeros entrenados en endoscopias.

Resumen

Podemos ver cómo ha habido un descenso muy considerable (casi 50%) de la población que ha decidido realizarse la colonoscopia.

El alto grado de toma de biopsias (80%) y por lo tanto de terapéutica.

La preparación con Citrafleet es muy satisfactoria.

La detección de neoplasia y displasia de alto grado disminuye en comparación a los datos obtenidos por el cribado piloto.

Conclusión

La baja participación nos indica que se debería plantear una captación activa de población, aumentando la información sobre la prueba y los beneficios que ella conlleva.

Tanto el número tan alto de captación de pólipos de diversa anatomía como su nivel de displasia nos indican que la progresión de éstos a formaciones cancerosas está muy presente en la población y su prevención secundaria es vital para el paciente, siendo muy similar con los datos del cribado piloto.

Las nuevas técnicas de realización de colonoscopias son seguras y mucho más eficientes que las tradicionales, basándose siempre en evidencia científica, donde el papel de enfermería y su formación es esencial.

Bibliografía

1. Base de datos de la Unidad de Digestivo de GAIT.

Capítulo 185

Procedimiento de atención al paciente con duodopa en ámbito de hospitalización

Autores:

Sánchez Laborda, Lara

Cascos Rubio, Óscar

Domínguez Díaz, Diana

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON DUODOPA® EN ÁMBITO DE HOSPITALIZACIÓN

OBJETIVOS

La Duodopa® es una fórmula galénica de levodopa/carbidopa en proporción 4:1 micronizada en un gel espesante de carmelosa sódica que se administra por vía intraduodenal y un sistema portátil de sondas y bomba de infusión.

Se administrará en el periodo previo de optimización a través de sonda nasoduodenal (SND) y posteriormente a través de una sonda de gastroeyunostomía percutánea (PEG) mediante una bomba de infusión portátil.

Está indicado en pacientes con enfermedad de parkinson idiopática en estadio avanzado (E.P.A.) que presenten fluctuaciones motoras graves e incapacitantes que no hayan respondido satisfactoriamente al tratamiento convencional.

Con este procedimiento se pretende:

1. Homogeneizar los cuidados entre los profesionales implicados
2. Educar al paciente y cuidador
3. Resolver las dudas e incidencias que puedan surgir



Fig.1

BIBLIOGRAFÍA

- Bianco G, Vuolo G, Olivelli M, Bartalini S, Chieca R, Rossi A, et al. A clinically silent, but severe, duodenal complication of duodopa infusion. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2012; 83 (6): 668-670
- Fernandez HH, Vanagunas A, Odin P, Espay AJ, Hauser RA, Standaert DG, et al. Levodopa-carbidopa intestinal gel in advanced Parkinson's disease open-label study: Interim results. Parkinsonism Relat Disord 2013;19 (3) :339-345.
- Flisar D, Avbersek A. Suicide in a PD patient treated with Duodopa-Second case. Parkinsonism Relat Disord 2012, WFN 2011, Shanghai, Poster presentation 2.257.

METODOLOGÍA

Para la implementación del tratamiento con duodopa es necesaria la participación interdisciplinar de distintos profesionales (Fig. 2):



Fig.2

Existen 2 fases bien diferenciadas en el proceso de implementación de la duodopa:

FASE TEST: Se optimiza la administración del fármaco mediante la colocación de una SND

FASE PEG: Una vez optimizado el tratamiento se procede a la colocación de una sonda permanente (Fig.1).



Fig.3



Fig.4

CONCLUSIONES

Con esta forma de administración se consigue que la absorción del fármaco sea continua y directa, pues saltamos la barrera gástrica y por tanto se reducen considerablemente las fluctuaciones presentes en el tratamiento oral. La educación sanitaria proporcionada por la enfermera especialista en E.P.A. les ayuda a convivir con la enfermedad y mejora la calidad de vida del enfermo y su entorno.

INTERVENCIONES

- Se programará el ingreso en planta de hospitalización de neurología.
- Se comprobará que el paciente ha retirado toda la medicación anti-parkinsoniana excepto aquellos fármacos que contengan levodopa/carbidopa oral. Se realizará la conversión de su medicación antiparkinsoniana a unidades de equivalencia de levodopa.
- Se revisará el tratamiento antiagregante/anticoagulante del paciente

PERIODO NASODUODENAL

DÍA 0	DÍA 1	DÍA 2
SONDA SND:		OPTIMIZACIÓN:
- Instruir a los compañeros en la colocación de la SND.	- Confirmar la correcta cumplimentación del consentimiento informado	- Verificar posición de SND mediante RX Abdomen (Fig.3).
- Verificar preanestesia		- Educar al paciente y cuidador en el manejo de la bomba, posibles problemas y soluciones.
		- Cumplimentación de plantilla de cambios clínicos que nos permita la optimización de la dosis: registro de periodo on-off. (Fig.4).
		- Toma de decisiones sobre continuar o no con el procedimiento en función de la mejoría objetiva y subjetiva.
		- Dejar al paciente en ayunas tras la cena, previo a la colocación de la PEG.

PERIODO PEG

DÍA 3	DÍA 4
PEG:	SEGUIMIENTO AL ALTA:
- Comprobar material para la inserción de la PEG.	- Verificar que el paciente y/o cuidador han entendido todas las instrucciones y que tienen todo el material.
- Verificar que se siguen los protocolos para la PEG.	- Facilitar teléfono de contacto de la empresa suministradora.
- Confirmar dosis establecidas en el periodo de optimización..	- Concertar visitas domiciliarias para evolución y seguimiento.
- Educar al paciente en los cuidados del estoma y la PEG.	- Entregar informe de continuidad de cuidados.

Resumen: El procedimiento de atención al paciente con Duodopa en el ámbito de hospitalización pretende homogeneizar los cuidados entre los profesionales implicados en el cuidado de los pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática en estadio avanzado (E.P.A) que presenten fluctuaciones motoras graves e incapacitantes y que no hayan respondido al tratamiento convencional.

La enfermera es un elemento clave en la optimización del tratamiento con Duodopa como en la educación sanitaria al paciente y cuidador además de ofrecer apoyo para resolver todas aquellas dudas e incidencias que puedan surgir durante todo el periodo de hospitalización.

Palabras Clave: Parkinson Disease; Levodopa; Gastronomy.

Objetivo

La Duodopa es una fórmula galénica de Levodopa/Carbidopa en proporción 4:1 micronizada es un gel espesante de carmelosa sódica que se administra por vía intraduodenal y un sistema portátil de sondas y bomba de infusión.

Se administrará en el periodo previo de optimización a través de sonda nasoduodenal (SND) y posteriormente a través de una sonda de gastroeyunostomía percutánea (PEG) mediante una bomba de infusión portátil.

Se pretende conseguir un mejor control de las fluctuaciones motoras graves e incapacitantes en pacientes con E.P.A que no hayan respondido de forma satisfactoria al tratamiento convencional.

Metodología

Para la implementación del tratamiento con Duodopa es necesaria la participación interdisciplinar de distintos profesionales; neurólogo especialista en trastornos del movimiento, enfermera especializada en Parkinson y médico endoscopista.

Existen dos fases diferenciadas en el proceso de implementación de la Duodopa; una de ellas es la fase TEST en la que se optimiza la administración del fármaco mediante la colocación de una SND y la fase PEG en la que una vez optimizado el tratamiento se procede a la colocación de una sonda permanente.

Intervenciones

- Se programará el ingreso en planta de hospitalización de neurología.
- Se comprobará que el paciente ha retirado toda la medicación anti-parkinsoniana excepto aquellos fármacos que contengan Levodopa/Carbidopa oral. Posteriormente se realizará la conversión a unidades de equivalencia de Levodopa.
- Se revisará el tratamiento antiagregante/anticoagulante del paciente.

A continuación vamos a describir que intervenciones llevamos a cabo en cada uno de los procesos:

1. Periodo Nasoduodenal:

Día 0: SND:

- Se instruirá a los compañeros en la colocación de la SND y se procederá a su colocación; se recomienda que prescriban domperidona para favorecer la migración de la misma.
- Es aconsejable ir confirmando la correcta cumplimentación del consentimiento informado y verificar la preanestesia.

Día 1 y 2: Optimización:

- A primera hora de la mañana el día siguiente realizar una radiografía abdominal simple para comprobar que la sonda se encuentra colocada en duodeno-yeyuno.
- Educar al paciente y cuidador en el manejo de la bomba, posibles problemas y soluciones.
- Cumplimentación de la plantilla de cambios clínicos que nos permita la optimización de la dosis: registro de periodo on-off.
- Toma de decisiones sobre continuar o no con el procedimiento en función de la mejoría objetiva y subjetiva.
- Dejar al paciente en ayunas tras la cena previo a la colocación de la PEG.

2. Periodo PEG:

Día 3: PEG:

- Comprobar material para inserción de la PEG.
- Verificar que el paciente y/o cuidador siguen los protocolos para la PEG.
- Confirmar la dosis establecidas en el periodo de optimización.
- Educar al paciente en los cuidados del estoma y la PEG.

Día 4: Seguimiento al alta:

- Verificar que el paciente y/o cuidador han entendido todas las instrucciones y que tienen todo el material.
- Facilitar el teléfono de contacto de la empresa suministradora.
- Concertar visitas domiciliarias para evolución y seguimiento.
- Entregar informe de continuidad de cuidados.

Conclusiones

Con esta forma de administración del fármaco se consigue que la absorción del fármaco sea continua y directa pues saltamos la barrera gástrica y por tanto se reducen de forma considerable las fluctuaciones presentes en el tratamiento oral.

La educación sanitaria proporcionada por la enfermera especialista en E.P.A les ayuda a convivir con la enfermedad y mejora la calidad de vida del enfermo y su entorno.

Bibliografía

1. Bianco G, Vuolo G, Ulivelli M, Bartalini S, Chieca R, Rossi A, et al. *A clinically silent, but severe, duodenal complication of Duodopa infusion*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2012; 83 (6): 668-670.
2. Fernandez HH, Vanagunas A, Odin P, Espay AJ, Hauser RA, Standaert DG, et al. *Levodopa-carbidopa intestinal gel in advanced Parkinson's disease open-label study: Interim results*. Parkinsonism Relat Disord 2013; 19 (3): 339-345.
3. Filsar D, Avbersek A. *Suicide in a PD patient treated with Duodopa-Second case*. Parkinsonism Relat Disord 2012, WFN 2011, Shanghai, Poster presentation 2.257.

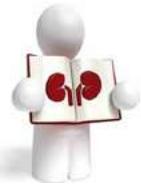
Capítulo 186

Propuesta programa de EPS a pacientes con ERC sometidos a tratamiento de hemodiálisis

Autores:

Gil García-Ajofrín, Marta

Espín Lorite, Ernesto Jesús



PROPUESTA PROGRAMA DE DE EpS A PACIENTES CON ERC SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS



SATSE Ciudad Real

Marta Gil García-Ajofrín, Ernesto Jesús Espín Lorite

Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con ERC sometidos a HD suponen un gran coste social y económico para el SNS. Esta enfermedad crónica supone un gran impacto psicosocial en el paciente y su entorno. La mayoría de estos presentan incumplimiento del tto, autocuidados inadecuados y falta de conocimientos provocando que aumente la morbilidad asociada a su

enfermedad. Por medio de EpS se puede mejorar la adherencia al tto con la consiguiente mejora en la calidad de vida de los pacientes. Por lo que las intervenciones de enfermería deben ir dirigidas a:



- Mayor calidad de vida posible
- Fomentar el autocuidado
- Modificar conducta
- Prevenir complicaciones crónicas

OBJETIVOS

General:

↑ Calidad de vida del paciente en HD mejorando sus conocimientos.

Específicos:

- Valorar los conocimientos pretest y postest → **Valorar Efectividad**
- Mejorar los conocimientos del grupo en: fisiología renal, tto HD, cuidados accesos vasculares → **Mejorar autocuidados**
- Educar al grupo en alimentación y fármacos → **Mejorar adhesión al tto**

MATERIAL/MÉTODO

¿A quién va dirigido? Creación de grupos de pacientes que están sometidos a HD desde hace más de dos meses y que en el cuestionario pretest de conocimientos muestran un déficit de conocimiento.

¿Cómo se va a desarrollar? Planificación de 6 sesiones, 1 por semana (antes de la HD) de una duración máxima de 70 min. Grupos de 10-15 personas.

RESULTADOS

Sesión 1 Presentación	Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
	Conocer objetivo del programa y la organización del proyecto. Realización de un pretest para evaluar conocimientos	Presentación	Presentación del profesional (10 min) Presentación de cada paciente (15 min) Presentación del proyecto (15 min)	40'	Ordenador Cañón Pantalla Pizarra Rotulador Enfermera

Sesión 4 Conociendo la HD	Objetivo educativo	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
	Conocer el funcionamiento de la HD.	¿Qué es la HD?	Técnica rejilla: Explicación y distribución en grupos (5'). Trabajo en grupo y exposición (25'). Aclaraciones y exposición por parte del profesional (15').	45'	Ordenador Cañón Pantalla Pizarra Rotulador Enfermera
	Conocer el cuidado de los accesos vasculares	¿Cómo cuido mi FAV/catéter?	Charla – coloquio (10')	10'	

Sesión 2 Fisiopatología IRC	Objetivo educativo	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
	Conocer fisiopatología IRC	¿Qué es la IRC y por qué se produce?	Presentación (5'). Sesión: -Lluvia de ideas (10'). -Exposición (20'). -Conclusión (10').	45'	Ordenador Cañón Pantalla Pizarra Rotulador Enfermera

Sesión 5 Dieta y HD	Objetivo educativo	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
	Conocer restricciones dietéticas en relación a iones.	Principales grupos de alimentos que contienen sodio, potasio y fósforo y alimentos concretos a evitar.	Lección participada (20')	20'	Ordenador Cañón Pantalla Pizarra Rotulador 11 sillas Enfermera
	Conocer técnicas y métodos para reducir el contenido mineral de los alimentos.	Técnica de remojo y doble cocción y otras técnicas	Lección participada (20')	20'	
	Conocer técnicas para reducir o calmar la sensación de sed.	Recomendaciones para reducir o calmar la sensación de sed.	Lección participada	10'	
	Elaboración de menús semanales	Menús apropiados y útiles en IRC.	Ejercicio individual: elaborar un menú semanal en domicilio.	45'	10 Fotocopias alternativas menús 10 plantillas en blanco

Sesión 3 Analítica y medicación	Objetivo educativo	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
	Conocer los valores analíticos normales de los principales iones.	¿Cuáles son los valores normales?	Sesión: -Lluvia de ideas (10'). -Exposición (10').	20'	Ordenador Cañón Pantalla Pizarra Rotulador Enfermera
	Conocer la principal medicación	¿Cuál es la medicación habitual en la IRC?	Charla – coloquio (10') Conclusión de la sesión (5').	15'	

CONCLUSIONES

Tras la asistencia a las 6 sesiones, se realizará el post-test valorando la eficacia del programa de EpS por medio de estadística descriptiva e inferencial que se traducirá en una mejora de los conocimientos y por consiguiente en la adhesión al tto.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Guía para el paciente renal en la unidad de diálisis [sede web]. Donostia: Hospital Universitario Donostia. Unidad de Nefrología-Diálisis; 2013 [acceso el 01 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/R3-akn0103/es/contenidos/informacion/id_publicaciones/es_idon/adjuntos/Guia_Paciente_Renal_C.pdf
- 2) Patiño Villena B. Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia. Guía de alimentación para pacientes renales. [sitio web]. Murcia. [acceso 26 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.adser.org/wp-content/uploads/guia_enfermos_renales_091.pdf
- 3) Carrascal SE. Castells Prat M, Pérez Oller L, Porta Martí M, Tomás Musach AM. ¿Qué puedo comer ahora que estoy en programa de Hemodiálisis? 3ªed. Barcelona: Hospital General de Vic; 2005.
- 4) Margallo PG. 11.440 Menús semanales para enfermos renales crónicos. 4 ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008.

Sesión 6 Evaluación	Objetivo educativo	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
	Conclusiones, Evaluación y despedida	Postest y evaluación del programa	Realización de postest (20') Evaluación (15')	65'	10 Bolígrafos 10 Fotocopias

Resumen: *La intervención principal de enfermería en los pacientes con ERC se centra en ayudarles a vivir con su enfermedad con la mayor calidad de vida posible fomentado su autocuidado, facilitando modificaciones en su conducta y previniendo complicaciones crónicas.*

La Educación para la Salud (EpS) en pacientes sometidos a Hemodiálisis (HD), debe basarse en el método científico, diseñando objetivos para solucionar los problemas existentes con el fin de mejorar la calidad de vida e influir positivamente en la adhesión al tratamiento. El incumplimiento del tratamiento, unos inadecuados autocuidados unidos a la falta de conocimientos provocan un aumento de la morbi-mortalidad.

Palabras Clave: *Renal Dialysis; Renal Insufficiency Chronic; Education.*

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente sometido a Hemodiálisis a través de la mejora de sus conocimientos, se creará un grupo diana al que irá dirigida la EpS. La fuente de captación para el programa será a través del vínculo directo entre enfermera y paciente. Los requisitos de este grupo son:

- Pacientes sometidos a Hemodiálisis desde hace más de dos meses.
- Ambos sexos, y todas las edades.
- Escasez de formación acerca del proceso de Hemodiálisis e ERC.
- Falta de conocimientos sobre hábitos de vida que pueden mantener.
- Todos los niveles socioeconómicos.
- Todos los niveles de formación académica.

El proyecto se desarrollará una hora y media antes de la sesión de HD dónde se pasará a los pacientes de forma individual un cuestionario de conocimientos (pretest); según su puntuación se dividirá a los pacientes en grupos.

Constará de 6 sesiones en total, repartidas en dos meses. La duración de la sesión no excederá los 70'. Las sesiones se realizarán en el aula habilitada de la Unidad de HD.

La primera sesión, consiste en una presentación del programa en general y la realización del test de conocimientos y de autoestima para conocer los conocimientos de las personas sometidas a HD.

La segunda sesión, trata de acercarse a la fisiología renal y fisiopatología de la IRC a través de las aportaciones de los pacientes por medio de la técnica de lluvia de ideas y de una posterior exposición de los profesionales de enfermería con lenguaje adaptado a los pacientes.

La tercera sesión, por medio de las técnicas de exposición y de lluvia de ideas, se enseñará a los pacientes a comprender los principales valores de analíticas en relación con su ERC (Hematíes; hemoglobina; hematocrito; creatinina sérica; urea sérica; ácido úrico sérico; proteínas totales; albúmina; calcio; fósforo; sodio y potasio) y los principales medicamentos y su importancia de administrarlo correctamente (hierro; eritropoyetina; calcio y quelantes de fósforo; antagonistas de potasio; hipotensores).

La cuarta sesión, por medio de la técnica de rejilla y del trabajo en grupo mostrará que la hemodiálisis consiste en filtrar el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo mediante el paso de la sangre del paciente por un filtro periódicamente. Y que será necesaria cuando los riñones ya no son capaces de eliminar los desechos y el exceso de líquido de la sangre en cantidades suficientes como para mantener sano al paciente. Generalmente, esto ocurre cuando los riñones funcionan al 5-15 % de lo normal.

Además, se explicará cómo funciona el proceso de HD, el tiempo de cada sesión de HD y los parámetros que son necesarios para determinar estas sesiones. Se describirán la sintomatología que acompaña al proceso de HD y las medidas que se deben adoptar antes y después de cada sesión.

Se dividirá a los pacientes según sean portadores de fistula arteriovenosa (FAV) o catéter y a través de charla coloquio impartida por el profesional de enfermería se les enumerarán las recomendaciones sobre su mantenimiento.

La quinta sesión, por medio de las técnicas de lección participativa, se abordarán los siguientes temas: pautas generales sobre alimentación y en que grupos de alimentos se concentran los principales iones; los alimentos a excluir y técnicas para disminuir el contenido mineral de los alimentos y para calmar la sensación de sed. La sesión concluirá con la realización de un ejercicio individual correspondiente a la elaboración de un menú adecuado a todo lo enseñado.

La sexta sesión, consistirá en el cierre del programa a través de la realización de postest y de una encuesta de valoración de las sesiones y los docentes.

Las profesionales de enfermería tratarán de reflexionar sobre como a través de los grupos se facilita la detección de problemas, situaciones no deseadas y posibilita el razonamiento, búsqueda y planteamiento de soluciones alternativas; de tal manera, que propondrán la creación de grupos de ayuda mutua (GAM) que se reunirán de forma periódica y voluntaria. Estos grupos surgen de las necesidades de un grupo de personas y va a ser el propio grupo el que decida cómo abordarlo. El personal de enfermería se mantiene ajeno al funcionamiento interno del grupo y únicamente facilita la formación de dicho grupo.

Se propondrá la creación de tres grupos de GAM en la Unidad de Hemodiálisis:

- Grupo de acogida.
- Grupo de pacientes.
- Grupo de familiares.

El objetivo es el de establecer un marco donde los pacientes con ERC y sometidos a HD puedan compartir experiencias y colaborar unos con los otros a superar las adversidades y mejorar la calidad de vida en su situación. Esto se consigue mediante contenidos que tengan como objetivo proporcionar a los enfermos y familiares la formación e información necesaria para conseguir mejorar la adaptación psicológica, funcional y social de la ERC.

Bibliografía

1. Hospital Universitario Donostia: Unidad de Nefrología-Diálisis. *Guía de alimentación en pacientes con insuficiencia renal*. [sitio web]. Unidad de Comunicación. [acceso 26 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/informacion/hd_publica

caciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Alimentacion_Insuficiencia_Renal_C.pdf.

2. Andreu Periz L., Force Sanmartín E., *500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2001.

3. Lewis SM, Heitkemper MMc, Dirksen SR. *Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos*. Vol. 1. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

4. *Guía para el paciente renal en la unidad de diálisis* [sede web]. Donostia: Hospital Universitario Donostia. Unidad de Nefrología-Diálisis; 2013 [acceso el 26 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Paciente_Renal_C.pdf.

Capítulo 187

Protocolo de actuación de enfermería en pacientes sometidos a terapia de resincronización cardiaca

Autores:

Castillo Muñoz, María del Pilar

Gutiérrez Fernández-Aparicio, Sonia

Rodríguez Ramírez, Laura

García Rubio, Lorena

Laguna Morcillo, Gema María

González Campos, María del Pilar

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACION CARDIACA

Autores:

Introducción.

La insuficiencia cardíaca es una de las enfermedades más prevalentes en los países desarrollados. El pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada es todavía malo, a pesar de que en las últimas décadas se han investigado nuevas terapias para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de estos enfermos. Por otra parte, hasta el 30% de los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada presenta alteraciones de la conducción intraventricular, lo que condiciona una asincronía en la contractilidad normal del ventrículo que deteriorará la función cardíaca. Mediante la terapia de estimulación cardíaca con resincronización se puede conseguir una mayor sincronía en la contractilidad ventricular. La terapia de Resincronización cardíaca (TRC) tiene por objetivo monitorizar y tratar arritmias cardíacas en pacientes con Insuficiencia Cardíaca avanzada. El sistema de TRC consta de un generador de impulsos (dispositivo) que generalmente se implanta en el tórax y tres electrodos que se implantan en el corazón en la aurícula derecha, ventrículo derecho y ventrículo izquierdo. Utilizando como técnica de elección para la implantación el acceso venoso central (subclavia izquierda)

OBJETIVOS

Conocer de forma específica las necesidades identificadas en los pacientes sometidos a terapia de estimulación cardíaca.
Identificar los síntomas relacionados con las complicaciones en los pacientes sometidos a la implantación terapia de estimulación cardíaca

METODOLOGIA: CUIDADOS DE ENFERMERIA

Preparación prequirúrgica del paciente para la implantación del dispositivo

Ayunas.
Administración de premedicación.
Realización de EKG.
Control de constantes vitales y extracción analítica.
Consentimientos Informados firmados



Colaboración en la técnica de inserción

Preparación del campo quirúrgico.
Administración de medicación anestésica para sedación.
Monitorización cardíaca y de constantes vitales.
Preparación del material.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL DISPOSITIVO Y SU ALOJAMIENTO EN EL ORGANISMO

- Infección de la bolsa: Identificar síntomas locales (eritema, dolor, inflamación, exudado purulento) y síntomas generales (fiebre, leucocitosis,..)
- Hematoma: Producidos por una extrusión del dispositivo ya que este puede llegar a dañar los tejidos.
- Edematización del miembro superior donde esta alojada la bolsa, producido en los primeros meses debido a una trombosis de la vena subclavia .
- Dislocación del electrodo en las primeras semanas postimplante detectables en las revisiones al alta y seguimiento en la consulta.
- Fracturas del electrodo, frecuente en pacientes jóvenes que se manifiesta por episodios de arritmias no sostenidas.
- Interferencias electromagnéticas que pueden causar dos problemas: Inhibición de la estimulación o descargas inapropiadas.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LAS TERAPIAS DE RESINCRONIZACION

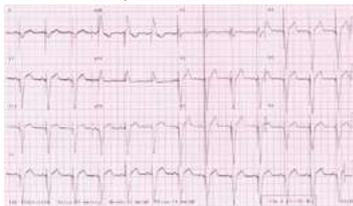
- Elevado número de terapias adecuadas o inadecuadas es una complicación frecuente en las unidades de seguimiento. En múltiples terapias adecuadas (tormenta arritmica) el pc necesitara ingreso hospitalario para tratamientos alternativos. En el caso de terapias inadecuadas , una correcta programación del dispositivo puede solucionar el problema sin necesidad de ingreso.
- AUSENCIA DE TAQUICARDIAS TRATADAS: Puede deberse a una detección baja del dispositivo.
- FALLOS DE LA ESTIMULACION: Debidos a dislocación o rotura del electrodo.
- PROBLEMAS PSICOLOGICOS: Bien por cuestiones estéticas o negación de la enfermedad .

EDUCACION SANITARIA PARA PROMOVER EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE Y EL DISPOSITIVO:

Identificar los síntomas relacionados con las complicaciones descritas anteriormente.(eritema, fiebre, exudado purulento, edema,..)
Conocimiento de las disfunciones y funcionamiento correcto del dispositivo, relacionado con síntomas como mareo , palpitations, taquicardia, disnea, dolor torácico,.
Conocimiento de restricciones en el modo de vida que conlleva su cardiopatía.(Dieta , ejercicio moderado, control de factores cardiovascular (HTA, Diabetes, obesidad).



EKG de paciente con insuficiencia cardíaca



EKG tras el implante del sistema de resincronización



Imágenes tomadas de Hernández A et al, en resincronización
2004, 17(7):880-93

Conclusiones.

Cada día son más las unidades de seguimiento de estos dispositivos que son llevadas por profesionales de enfermería, con una formación exhaustiva y altamente cualificados. Manejar estos dispositivos implica conocimiento de los diferentes procesos patológicos y su manifestación clínica junto con todos los aspectos relacionados con el funcionamiento de los dispositivos.

Los profesionales de Enfermería juegan un papel insustituible en la preparación, la implantación quirúrgica, la atención tras la intervención, el seguimiento, la educación sanitaria y en todas las fases de los procesos que se relacionan con los pacientes que precisan este tipo de dispositivos.

Resumen: La terapia de Resincronización cardiaca tiene por objetivo monitorizar y tratar arritmias cardiacas en pc con Insuficiencia Cardiaca avanzada.

El sistema de TRC consta de un generador de impulsos (dispositivo) que generalmente se implanta en el torax y tres electrodos que se implantan en el corazón en auricula derecha, ventrículo derecho y ventrículo izquierdo. Utilizando como técnica de elección para la implantación el acceso venoso central.

Cada día son más las unidades de seguimiento de estos dispositivos que son llevadas por profesionales de enfermería, con una formación exhaustiva y altamente cualificados

Palabras Clave: Enfermería.; Arritmias; Cuidados.

Introducción

La terapia de Resincronización cardiaca tiene por objetivo monitorizar y tratar arritmias cardiacas en pc con Insuficiencia Cardiaca avanzada.

El sistema de TRC consta de un generador de impulsos (dispositivo) que generalmente se implanta en el torax y tres electrodos que se implantan en el corazón en auricula derecha, ventrículo derecho y ventrículo izquierdo. Utilizando como técnica de elección para la implantación el acceso venoso central (subclavia izquierda)

Objetivos

- 1º Preparación del paciente para la realización de la técnica.
- 2º Identificación y prevención de síntomas relacionados con las complicaciones .
- 3º Conocimiento de las disfunciones del dispositivo.
- 4º Educación sanitaria para promover el autocuidado tanto del paciente como del dispositivo.

Actuaciones de enfermería

OBJETIVO 1º: Preparación quirúrgica del paciente para la implantación del dispositivo:

- Ayunas.
- Administración de premedicación.
- Realización de EKG.
- Control de constantes vitales y extracción analítica.
- Consentimientos Informados firmados.
- Colaboración en la técnica de inserción del dispositivo:
- Preparación del campo quirúrgico.
- Administración de medicación anestésica para sedación.

- Monitorización cardiaca y de constantes vitales.
- Preparación del material.

OBJETIVO 2º: Reconocimiento de síntomas asociados a complicaciones postimplantación. Relacionadas con el dispositivo y su alojamiento en el organismo.

- Infección de la bolsa: Identificar síntomas locales (eritema, dolor, inflamación, exudado purulento) y síntomas generales (fiebre, leucocitosis,..)
- Hematoma: Producidos por una extrusión del dispositivo ya que este puede llegar a dañar los tejidos.
- Edematización del miembro superior donde esta alojada la bolsa, producido en los primeros meses debido a una trombosis de la vena subclavia .
- Dislocación del electrodo en las primeras semanas postimplante detectables en las revisiones al alta y seguimiento en la consulta.
- Fracturas del electrodo, frecuente en pacientes jóvenes que se manifiesta por episodios de arritmias no sostenidas.
- Interferencias electromagnéticas que pueden causar dos problemas: Inhibición de la estimulación o descargas inapropiadas.

OBJETIVO 3º: Complicaciones asociadas con las terapias de resincronización.

Elevado número de terapias adecuadas o inadecuadas es una complicación frecuente en las unidades de seguimiento. En múltiples terapias adecuadas (tormenta arritmica) el pc necesitara ingreso hospitalario para tratamientos alternativos. En el caso de terapias inadecuadas , una correcta programación del dispositivo puede solucionar el problema sin necesidad de ingreso.

- Ausencia de taquicardias tratadas: Puede deberse a una detección baja del dispositivo.
- Fallos de la estimulación: Debidos a dislocación o rotura del electrodo.
- Problemas psicológicos: Bien por cuestiones estéticas o negación de la enfermedad.

OBJETIVO 4º: Educación sanitaria para promover el autocuidado del paciente y el dispositivo.

- Identificar los síntomas relacionados con las complicaciones descritas anteriormente. (eritema, fiebre, exudado purulento, edema,..)
- Conocimiento de las disfunciones y funcionamiento correcto del dispositivo, relacionado con síntomas como mareo , palpitaciones, taquicardia, disnea, dolor torácico,.
- Conocimiento de restricciones en el modo de vida que conlleva su cardiopatía.(Dieta , ejercicio moderado, control de factores cardiovascular(HTA, Diabetes, obesidad,..).

Conclusión

Cada día son más las unidades de seguimiento de estos dispositivos que son llevadas por profesionales de enfermería, con una formación exhaustiva y altamente cualificados para:

El conocimiento de los diferentes procesos patológicos y su manifestación clínica.

Conocimiento de todos los aspectos relacionados con el funcionamiento de los dispositivos.

Los profesionales de Enfermería juegan un papel insustituible en la preparación, la implantación quirúrgica, la atención tras la intervención, el seguimiento, la educación sanitaria y en todas las fases de los procesos que se relacionan con los pacientes que precisan este tipo de dispositivos.

Bibliografía

1. García Alberola A. *Electrocardiograma y resincronización: ¿Es suficiente con la duración del QRS?* Rev Esp Cardiol. 2008;61(12):1236-1238. Disponible en: www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=13129745 Consulta: 15 marzo 2010.

2. Kenny T. *The Nuts and Bolts of Cardiac Resynchronization Therapy*. Malden (MA): Blackwell Publishing; 2007.

3. Mont L, Sitges M. *Cómo mejorar los resultados de la resincronización cardiaca: Papel de las técnicas de imagen en el implante*. Rev Esp Cardiol. 2008;61(09):914-916. Disponible en: www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=13125511. Consulta: 15 marzo 2010.

Capítulo 188

Protocolo de actuación en la asistencia sanitaria a pacientes con trastorno espectro autista

Autores:

González García-Minguillán, Rosa Belén

Duque Siller, M^a Gracia

Galindo Gómez, María de los Santos

López Angulo, Ana Raquel

Trenado Moya, Montserrat

PROTOSCOLOS DE ACTUACION EN LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

OBJETIVOS

El objetivo principal es implantar protocolos de actuación para la buena praxis, rentabilidad y éxito de la atención sanitaria en personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA). Todos los TEA van a presentar en mayor o menor grado alteración en la comunicación, alteración en la interacción social y un patrón restringido de interés y es por estas características por las que se necesita implantar un protocolo de actuación, que consiga que se puedan flexibilizar los espacios, contextos, tiempos y recursos humanos y materiales.

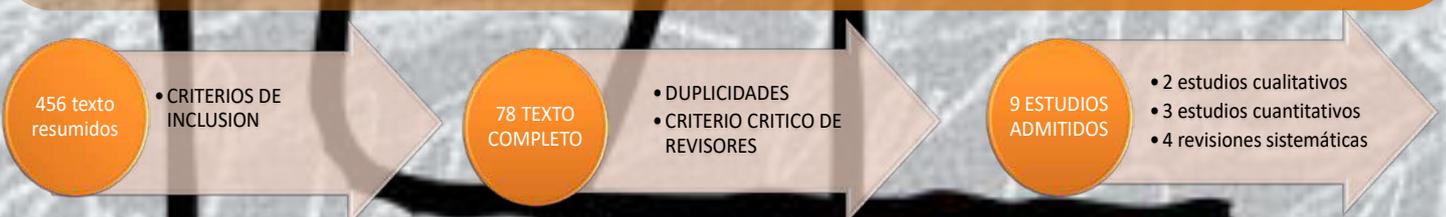
Con la puesta en marcha de estos protocolos vamos a conseguir como objetivos secundarios.

- Incrementar la colaboración del paciente y su confort.
- Disminuir el temor del paciente y la ansiedad parental.
- Crear destrezas, habilidades y estrategias acordes con una buena praxis a el personal sanitario.

METODOLOGIA

Se realizó una revisión sistemática cualitativa entre los meses de enero y febrero de 2018, en la que se examinaron artículos publicados en español entre 2008 y 2018 de estudios cuantitativos y cualitativos que identificaran las barreras y facilitadores de acceso a la atención sanitaria a paciente TEA según usuarios y personal sanitario dentro del sistema sanitario español. También se revisaron diferentes guías medicas consensuadas científicamente. Para esta revisión de guías medicas se usaron como palabras claves: Atención sanitaria, protocolos de actuación y Trastorno del espectro autista y se consultaron en tres de las principales base de datos científicas como son. PUBMED, MEDLINE Y GOOGLE ACADÉMICO. Para evitar sesgo de publicación se consulto documentos técnicos e informes de jornadas nacionales e internacionales. La búsqueda de artículos se realizó por dos revisoras que examinaron los de contenidos de forma paralela e independiente y los desacuerdos se trataron para lograr consenso.

Tras esta revisión bibliográfica, donde queda en evidencia la falta de adaptación de los servicios de salud y la falta de formación de los profesionales sanitarios para prestar atención a los pacientes TEA, se elabora un protocolo de actuación para la atención sanitaria a pacientes TEA. Para la elaboración de este protocolo nos hemos basado en las guías de cuidados revisadas, además de basarnos en nuestra practica clínica y nuestra formación en este tema.



INTERVENCIONES.

Se elabora un protocolo de actuación donde se indican las actividades a realizar previas, durante y posteriores a la actividad asistencial. Prácticamente la mayor parte de las actividades a realizar van destinadas a paliar los problemas de conducta que presentan estos pacientes durante las asistencia sanitaria que son debidos a la incomprensión de la situación, a la falta de información adaptada y a la escasa adaptación del medio y profesionales a sus necesidades de apoyo.

INTERVENCIONES PREVIAS

- **Programas de desensibilización.** Se trabajan simulaciones de situaciones sanitaria para favorecer la desensibilización de los estímulos ansiógenos y anticipar futuras actividades asistenciales o técnicas diagnóstica. Pueden ser: videos de rutas asistenciales, agendas visuales o visitas guiadas por el propio centro sanitario.
- **Préstamo de material.** Para preparar futuras visitas se entregara a los cuidadores diferentes materiales sanitarios para preparar al paciente TEA.

INTERVENCIONES DURANTE

- **Uso de comunicación aumentativa y alternativa.** Los TEA comprenden, asimilan y retienen mejor la información que se le presenta de manera visual. Por tanto es imprescindible apoyar nuestra comunicación verbal con un sistema alternativo y aumentativo de comunicación. Estos apoyos visuales van desde objetos reales, fotografías o pictogramas.
- **Sistemas de Alerta en la historia Clínica.** Consiste en alertar a los profesionales sanitarios de la llegada de un paciente TEA para adaptar la visita a sus necesidades: acortando los tiempo de espera, que esta espera sea en espacio silencioso y con poco trasiego y que en todo momento este acompañado de una persona de referencia y que durante todo el proceso sea atendido por el mismo personal.

INTERVENCIONES POSTERIORES

- **Uso de recompensas.** Consiste en ofrecerle una expectativa agradable a el paciente TEA, con esto le ayudamos a comprender que esta situación tiene un final. Se premia al paciente TEA por colaborar en las intervenciones sanitarias, aunque esta colaboración no haya sido absoluta y se ignoraran los comportamientos problemáticos. Esto facilitara la próxima visita.

CONCLUSION

Con los estudios revisados se ha puesto de manifiesto las necesidades específicas que tiene las personas TEA a la hora de recibir asistencia sanitaria. Por ello es imprescindible que el personal sanitario este formado y adiestrado para dar una asistencia sanitaria de calidad. Pero no basta solo con la formación multidisciplinar sino que también es necesario dotar a los centros sanitarios de los apoyos visuales necesarios, rutas asistenciales sencillas, salas de esperas adecuadas, paginas web adaptadas para programas de desensibilización. Una enfermera gestora de casos seria un recurso excepcional que coordinaría, programaría y anticiparía las actuaciones sanitaria junto a la familia y además seria el profesional sanitario de referencia para estos pacientes y su familia.

Resumen: Es necesario implantar protocolos de actuación para la buena praxis, rentabilidad y éxito de la atención sanitaria en personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA).

Para elaborar este protocolo se realizó una revisión sistemática de estudios que identificaran las barreras y facilitadores de acceso a la atención sanitaria a paciente TEA. También se revisaron diferentes guías médicas consensuadas científicamente.

El protocolo de actuación que se ha realizado indica las actividades a realizar previas, durante y posteriores a la actividad asistencial.

Con la puesta en marcha del protocolo se va a asegurar una buena praxis y éxito en la asistencia sanitaria

Palabras Clave: Atención sanitaria; Protocolos de actuación; Trastorno Espectro Autista.

Objetivo

El objetivo principal es implantar protocolos de actuación para la buena praxis, rentabilidad y éxito de la atención sanitaria en personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA). Todos los TEA van a presentar en mayor o menor grado alteración en la comunicación, alteración en la interacción social y un patrón restringido de interés y es por estas características por las que se necesita implantar un protocolo de actuación, que consiga que se puedan flexibilizar los espacios, contextos, tiempos y recursos humanos y materiales.

Con la puesta en marcha de estos protocolos vamos a conseguir como objetivos secundarios.

- Incrementar la colaboración del paciente y su confort.
- Disminuir el temor del paciente y la ansiedad parental.
- Crear destrezas, habilidades y estrategias acordes con una buena praxis a el personal sanitario.

Material y métodos

Para conseguirlo se realizó una revisión sistemática cualitativa entre los meses de enero y febrero de 2018, en la que se examinaron artículos publicados en español entre 2008 y 2018 de estudios cuantitativos y cualitativos que identificaran las barreras y facilitadores de acceso a la atención sanitaria a paciente TEA según usuarios y personal sanitario dentro del Sistema Sanitario Español. También se revisaron diferentes guías médicas consensuadas científicamente. Para esta revisión de guías médicas se usaron como palabras claves: Atención sanitaria, protocolos de actuación y trastorno del espectro autista y se consultaron en tres de las principales base de datos científicas como son *Pubmed*, *Medline* y *Google Académico*.

Para evitar sesgo de publicación se consultaron documentos técnicos e informes de jornadas nacionales e internacionales. La búsqueda de artículos se realizó por dos revisoras que examinaron los contenidos de forma paralela e independiente y los desacuerdos se trataron para lograr consenso. Tras esta revisión bibliográfica, donde queda en evidencia la falta de adaptación de los servicios de salud y la falta de formación de los profesionales sanitarios para prestar atención a los pacientes TEA, se elabora un protocolo de actuación para la atención sanitaria a pacientes TEA.

Para la elaboración de este protocolo nos hemos basado en las guías de cuidados revisadas, además de basarnos en nuestra práctica clínica y nuestra formación en este tema.

Después de esta revisión se elabora un protocolo de actuación donde se indican las actividades a realizar previas, durante y posteriores a la actividad asistencial. Prácticamente la mayor parte de las actividades a realizar van destinadas a paliar los problemas de conducta que presentan estos pacientes durante la asistencia sanitaria que son debidos a la incompreensión de la situación, a la falta de información adaptada y a la escasa adaptación del medio y profesionales a sus necesidades de apoyo.

Intervenciones previas

- Programas de desensibilización. Se trabajan simulaciones de situaciones sanitarias para favorecer la desensibilización de los estímulos ansiógenos y anticipar futuras actividades asistenciales o técnicas diagnósticas. Pueden ser: vídeos de rutas asistenciales, agendas visuales o visitas guiadas por el propio centro sanitario.
- Préstamo de material. Para preparar futuras visitas se entregará a los cuidadores diferentes materiales sanitarios para preparar al paciente TEA.

Intervenciones durante

- Uso de comunicación aumentativa y alternativa. Los TEA comprenden, asimilan y retienen mejor la información que se le presenta de manera visual. Por tanto es imprescindible apoyar nuestra comunicación verbal con un sistema alternativo y aumentativo de comunicación. Estos apoyos visuales van desde objetos reales, fotografías o pictogramas.
- Sistemas de alerta en la historia clínica. Consiste en alertar a los profesionales sanitarios de la llegada de un paciente TEA para adaptar la visita a sus necesidades: acortando el tiempo de espera, que esta espera sea en espacio silencioso y con poco trasiego y que en todo momento esté acompañado de una persona de referencia y que durante todo el proceso sea atendido por el mismo personal.

Intervenciones posteriores

- Uso de recompensas. Consiste en ofrecerle una expectativa agradable a el paciente TEA, con esto le ayudamos a comprender que esta situación tiene un final. Se premia al paciente TEA por colaborar en las intervenciones sanitarias, aunque esta colaboración no haya sido absoluta y se ignoraran los comportamientos problemáticos. Esto facilitará la próxima visita.

Conclusiones

Con los estudios revisados se ha puesto de manifiesto las necesidades específicas que tienen las personas TEA a la hora de recibir asistencia sanitaria. Por ello es imprescindible que el personal sanitario esté formado y adiestrado para dar una asistencia sanitaria de calidad. Pero no basta sólo con la formación multidisciplinar sino que también es necesario dotar a los centros sanitarios de los apoyos visuales necesarios, rutas asistenciales sencillas, salas de esperas adecuadas, páginas web adaptadas para programas de desensibilización. Una enfermera gestora de casos sería un recurso excepcional que coordinaría, programaría y anticiparía las actuaciones sanitarias junto a la familia y además sería el profesional sanitario de referencia para estos pacientes y su familia.

Bibliografía

1. Barthélemy C., Fuentes J., Van der Gaag R., Visconti P., Shattock P. (2000) *Descripción del Autismo*. Documento oficial de la Asociación Internacional Autismo-Europa. Autisme-Europe. Obtenido 6 noviembre, 2014.
2. Grupo de trabajo de la Guía de práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. *Guía de la Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-3.
3. M. Merino Martínez, N. Esteban Heras, A. Simón Rodríguez, L. Martín López, J.L. Cuesta Gómez. *Guía de Actuación en Urgencias para personas con autismo*. Federación Autismo Castilla y León. 2010. Fundación Once
4. Alvarez Pérez, R.; Lobatón Rodríguez, S. e. Rojano Martíns, M.A. *Las personas con autismo en el ámbito sanitario. Una guía para profesionales de la salud, familiares y personas con TEA*. Editorial: Federación Andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro Autista. Autismo Andalucía. Madrid, 2017.

Capítulo 189

Protocolo de actuación enfermera en el Intraoperatorio del neonato prematuro para evitar la hipotermia

Autores:

Puado Puado, Ivanna

Balmón Pérez, Sara

Balmón Pérez, Laura

Moreno Quesada, María Esther

Díaz Gallego, César

López Ruiz, Cecilia María

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL INTRAOPERATORIO DEL NEONATO PREMATURO PARA EVITAR LA HIPOTERMIA

DEFINICIÓN:

La termorregulación es la habilidad de mantener el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, para que la temperatura esté dentro del rango de normalidad. Es una función crítica en el RNP ligada a su supervivencia, su estado de salud y morbilidad, siendo necesario llevar a cabo una serie de actividades con el objetivo de conservar la temperatura adecuada para el RNP. **Es importante tener en cuenta que un RNP hipotérmico, es un RNP grave.**

OBJETIVOS:

- ✓ Mantener al RNP en estado de termoneutralidad durante el intraoperatorio.
- ✓ Identificar factores de riesgo para prevenir la hipotermia de forma precoz y oportuna.
- ✓ Establecer estrategias dirigidas a reducir la pérdida de calor en cada uno de los mecanismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se ha realizado una revisión bibliográfica: base de datos Cochrane, fuentes primarias y Google Scholar.
- Límites: año de publicación 2010-2017, español, open access.
- Palabras clave: RNP, cuidados de enfermería, hipotermia.
- Criterios de inclusión: RNP intraoperatorio con hipotermia.
- Criterios de exclusión: el suceso contrario.

*Los niveles de evidencia proceden de CEBM:

GRADO DE EVIDENCIA (CEBM)	DEFINICIÓN
A	Evidencia científica sólida
B	Documentación limitada
C	Documentación limitada para su aplicación
D	No se recomienda ni se desaconseja

INTERVENCIONES

➤ Irán dirigidas a todos los RNP sometidos a una intervención quirúrgica durante el intraoperatorio.

➤ Serán realizadas por aquellas personas que formen el equipo quirúrgico, principalmente por el anestesta y la/el enfermera/o circulante.

- Monitorización de la temperatura central (termómetro nasofaríngeo, timpánico), FC, FR, TA, Sat O₂, NIRS, BIS. (N.E:C)
- Utilización de mantas de aire forzado, se colocarán los plásticos tapando al paciente de forma que quede expuesta la zona a intervenir (preparar 15 min antes de la llegada del paciente a quirófano). (N.E:A)
- Utilización de calentadores de fluidos iv (tipo Hotline) para sueroterapia y hemoderivados. (N.E:C)
- Conseguir un ambiente térmico neutro. A través de:
 - Control de temperatura ambiental del quirófano adecuada según la semana gestacional de RNP.
 - Evitar corrientes de aire. Las puertas del quirófano deberán estar cerradas.

- Lavado de la zona quirúrgica, previo a la intervención, con agua caliente. (N.E:C)
- Calentamiento de líquidos de irrigación de cavidades corporales (SSFF 0,9%, clorhexidina acuosa 0,5%). Se usarán siempre calientes o templados. (N.E:C)
- Cubrir al paciente con algodón y plástico de polipropileno, dejando únicamente expuesta la zona corporal quirúrgica, para reducir la pérdida de calor cutánea. (N.E:C)
- Gorro de algodón para cubrir la cabeza. (N.E:C)
- Una vez terminada la cirugía, traslado del paciente lo antes posible a la incubadora de transporte con la temperatura adecuada y preparada 15 min antes. (N.E:C)



AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO



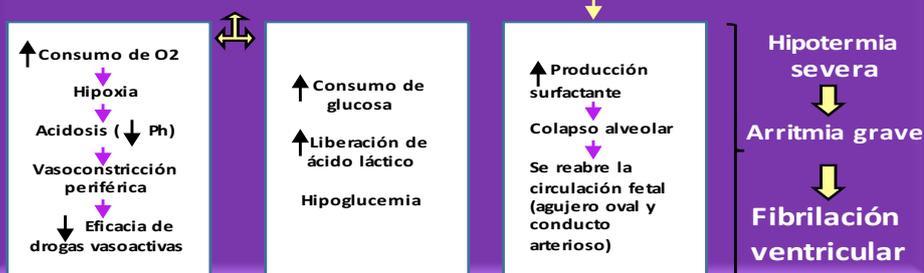
También llamada zona de confort, es la franja de temperatura ambiente dentro de la cual el metabolismo y el consumo de O₂ son mínimos y la regulación de la temperatura se efectúa por mecanismos físicos no evaporativos, manteniéndose la temperatura corporal profunda en rangos normales entre 37°C a 37,5°C



POSIBLES COMPLICACIONES:

- Hipertermia.
- Quemaduras (por incorrecta utilización de aire forzado).
- Hipotermia:

Leve 36,4°C – 36°C 35,9°C – 35,5°C (cutánea)	Moderada 35,9°C – 32°C 35,4°C – 31,5°C (cutánea)	Grave < 32°C < 31,5°C (cutánea)
---	---	--



CONCLUSIONES

El control de la temperatura del RNP durante el intraoperatorio está relacionado con mayor efectividad para prevenir la hipotermia y sus consecuencias. El manejo estandarizado de las actividades mencionadas en este protocolo, unifican criterios para todos los profesionales y aseguran el correcto manejo para mantener al RNP en normotemperatura.

Resumen: A raíz de nuestra experiencia profesional surgió la idea de realizar este protocolo dirigido al RNP (recién nacido prematuro) durante el intraoperatorio, ya que este tipo de pacientes presentan una inmadurez funcional por su edad gestacional.

Para ello proponemos cuidados adecuados a través de actividades de enfermería, con el objetivo de prevenir la hipotermia, ya que ésta puede producir una fibrilación ventricular e incluso una parada cardiorrespiratoria en el RNP.

Debido a esto pensamos que es fundamental establecer estrategias dirigidas a la prevención de la pérdida de calor mediante actividades estandarizadas que garanticen cuidados de calidad durante el intraoperatorio.

Palabras Clave: Recién Nacido Prematuro (RNP); Cuidados de enfermería; hipotermia.

Introducción

El Recién Nacido Prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación según la OMS⁽¹⁾ y cuyos riesgos adicionales son la pérdida excesiva de calor y la dificultad para la regulación de la temperatura⁽¹⁾. La termorregulación es la habilidad de mantener el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura esté dentro del rango de normalidad.

El RNP pierde rápidamente calor debido a varios factores que le hacen especialmente vulnerable:

- Cuando disminuye la temperatura se activan receptores que aumentan la noradrenalina, provocando reacciones metabólicas en la grasa parda que divide a los triglicéridos en glicerol y ácidos grasos que se oxidan y producen calor⁽¹⁾⁽³⁾. En los prematuros esta reacción es deficiente y prácticamente no tiene grasa parda⁽¹⁾⁽³⁾ con una limitación para la producción de calor.
- La producción del calor incrementa el consumo de oxígeno, desafiando al sistema cardiovascular y pulmonar inmaduros⁽³⁾.
- No tiene una capa adiposa aislante de tejido celular subcutáneo.
- Respuesta muscular involuntaria incompleta (escalofrío), para aumentar la producción de calor⁽³⁾⁽¹⁾.
- Por debajo de la semana 32, la epidermis es muy delgada y muy delicada pudiendo dañarse y perder gran cantidad de fluidos⁽¹⁾.
- La termorregulación es limitada y complicada por condiciones ambientales⁽¹⁾⁽³⁾.
- Tienen gran potencial para la pérdida de calor (gran superficie corporal en relación al peso)⁽¹⁾⁽³⁾.
- Aumento de la conductancia térmica.
- Aumento de la pérdida de calor por evaporación a través de la piel⁽¹⁾⁽³⁾.

La termorregulación es una función crítica en el RNP ligada a la supervivencia, su estado de salud y morbilidad, siendo necesario llevar a cabo una serie de actividades con el objetivo de conservar la temperatura adecuada para el RNP. Es importante tener en cuenta que un RNP Hipotérmico es un

RNP grave.

Objetivos

Los objetivos irán encaminados a mantener al RNP en estado de termoneutralidad durante el intraoperatorio, identificar factores de riesgo para prevenir la hipotermia de forma precoz y oportuna y establecer estrategias dirigidas a reducir la pérdida de calor en cada uno de los mecanismos.

Metodología

Las intervenciones irán dirigidas a todos los RNP sometidos a una intervención quirúrgica durante el intraoperatorio siendo realizadas por aquellas personas que formen el equipo de quirúrgico y principalmente por el anestesista y la enfermera/o circulante.

Actividades de Enfermería

- Monitorización de la Temperatura central:

- Temperatura nasofaríngea: La sonda se coloca sobre el paladar quedando relativamente cerca del cerebro y por tanto de la temperatura central⁽¹⁾⁽⁴⁾.
- Temperatura timpánica: Se considera fiable. La medición requiere que el transductor esté en contacto con la membrana timpánica. Un escaso contacto o la existencia de cerumen harían que las lecturas fuesen inexactas⁽⁴⁾.
- La medición de la temperatura rectal puede verse afectada por la existencia de deposición o bacterias que generen calor. En estos casos tiende a exceder la temperatura corporal. No debe usarse cuando hay alteraciones importantes de la temperatura porque puede estar alejada de la real⁽⁴⁾.

- Monitorización de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno⁽¹⁾, oximetría cerebral basada en la espectroscopia cercana al infrarrojo e Índice Biespectral

Medidas pasivas

Deberemos conseguir un Ambiente Térmico Neutro que se define como el rango de temperatura ambiental, en el cual la tasa metabólica (consumo de oxígeno) es mínima y la termorregulación se logra sin control vasomotor⁽³⁾.

En el estado de termoneutralidad el RNP no gana ni pierde calor y el consumo de O₂ es mínimo⁽²⁾ y conseguiremos esto a través de:

Un control de la temperatura ambiental del quirófano adecuada según la semana gestacional del RNP⁽²⁾. En los prematuros, debido a las mayores pérdidas insensibles de agua y su escasa habilidad de producir calor en respuesta al frío, pueden requerir una temperatura ambiental más alta que la temperatura corporal⁽³⁾.

Evitaremos corrientes de aire asegurándonos que las puertas de quirófano estarán cerradas.

Deberemos mantener una humedad ambiental adecuada según edad gestacional⁽³⁾.

El manejo de un prematuro se puede simplificar manteniéndolo en un ambiente húmedo y caliente⁽³⁾.

Realizaremos un aislamiento pasivo de su superficie corporal⁽⁴⁾ mediante cuidados como cubrir al paciente con algodón⁽⁴⁾ usar cubiertas protectoras plásticas, transparentes y flexibles⁽³⁾ o bolsas plásticas envolventes de polietileno⁽³⁾ dejando únicamente expuesta la zona corporal quirúrgica, para reducir la pérdida de calor cutánea, junto con el uso de gorros plásticos de polietileno⁽³⁾ o de algodón⁽⁴⁾.

Medidas activas

Usaremos mantas de aire forzado, siendo los más efectivos en la prevención de hipotermias intraquirúrgicas⁽⁴⁾ (preparar 15 minutos antes de la llegada del paciente a quirófano) además de calentadores de fluidos intravenosos (tipo hotline) para sueroterapia y hemoderivados⁽⁴⁾ junto con el calentamiento de líquidos para irrigación de cavidades corporales⁽⁴⁾.

En cuanto al lavado de la zona quirúrgica se realizará previo a la intervención con agua caliente y antiséptico caliente para la desinfección de la zona.

Una vez finalizada la cirugía se trasladará al paciente lo antes posible a la incubadora de transporte con la temperatura adecuada y preparada 15 minutos antes.

Posibles complicaciones

- Hipertermia.
- Quemaduras (por incorrecta utilización del sistema de aire forzado)⁽⁴⁾.
- Hipotermia: Se puede clasificar de acuerdo a su severidad⁽²⁾ y en función de ésta encontraremos consecuencias metabólicas y respiratorias pudiendo llegar a una arritmia grave que ocasione una fibrilación ventricular.

Conclusiones

El manejo estandarizado de las actividades mencionadas en este protocolo, unifican criterios para todos los profesionales y aseguran el correcto manejo para mantener al RNP en normotemperatura .

Bibliografía

1. Campos G. *Anestesia en el paciente prematuro*. Revi Mex Anest. 2014; 37: S92-S97.
2. Quiroga A, Chattas G, Gil A, Ramírez M, Montes MT, Iglesias A et al. *Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido*. Sociedad Iberoamericana de Neonatología. 2010
3. Zamorano Jiménez CA, Cordero González G, Flores Ortega J, Baptista González HA, Fernández Carrocera LA. *Control térmico en el recién nacido pretérmino*. Perinatol Reprod Hum. 2012; 26: 43-50
4. San Juan Álvarez M, Abad Fau de Casa Juana EM, De la Flor Robledo M. *Termorregulación y manejo perioperatorio*. Cir May Amb. 2011; 4: 173-190
5. Sinclair JC. *Servocontrol para mantener a 36 °C la temperatura de la piel del abdomen en lactantes de bajo peso al nacer* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4

Capítulo 190

Protocolo de atención a pacientes con dolor crónico mediante iontoforesis

Autores:

Vilar Palomo, Samuel

Blanco Palomo, Carlos

Bolet Carreño, Milagros

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO MEDIANTE IONTOFORESIS

INTRODUCCIÓN

La terapia mediante iontoforesis se trata de un procedimiento terapéutico no invasivo que consiste en la administración transcutánea de medicamentos (sustancias ionizadas) por medio de la aplicación de una corriente galvánica continua.

OBJETIVO

•Este protocolo tiene como objetivo describir la actuación detallada y consensuada del personal de enfermería que aplica la terapia en pacientes con dolor crónico de carácter tendinoso, miofascial, neuropático y/o articular.

METODOLOGÍA

•Se realiza búsqueda en bases de datos tales como Pubmed y WOS para comprobación del estado actual de conocimiento sobre la terapia. Una vez realizado se comparan con el actual protocolo utilizado por parte de la Unidad del Dolor para su actualización en caso de ser necesario.

INTERVENCIONES



Ejemplos prácticos de la terapia aplicada según protocolo



CONCLUSIONES

El protocolo de atención a pacientes con dolor crónico mediante iontoforesis se muestra como un protocolo eficaz para evitar la variabilidad en la práctica clínica por parte del personal de enfermería, conllevando una reducción del dolor en los pacientes y por ello una reducción de medicación oral y de asistencias a urgencias médicas y/o atención primaria.

Resumen: La terapia mediante iontoforesis se trata de un procedimiento terapéutico no invasivo que consiste en la administración transcutánea de medicamentos (sustancias ionizadas) por medio de la aplicación de una corriente galvánica continua. Para la aplicación de esta terapia en nuestra Unidad del Dolor el personal de enfermería sigue el protocolo establecido que se describe en este trabajo para la atención de pacientes con dolor crónico de origen tendinoso, miofascial, neuropático y/o articular obteniendo reducción del dolor en los pacientes a los que se le aplica sin efectos secundarios ni complicaciones derivadas de la terapia.

Palabras Clave: Iontoforesis; Dolor crónico; Atención de enfermería.

Introducción

La terapia mediante iontoforesis se trata de un procedimiento terapéutico no invasivo que consiste en la administración transcutánea de medicamentos (sustancias ionizadas) por medio de la aplicación de una corriente galvánica continua. Este tipo de terapia esta basada en la capacidad que tienen las moléculas de descomponerse en partículas con carga positiva o negativa, siendo atraídas las partículas electronegativas por un polo positivo y repelidas por uno negativo, y las electropositivas a la inversa. Estas partículas penetran en la piel a través de folículos pilosos, glándulas sudoríparas o sebáceas, quedando almacenadas temporalmente en la dermis provocando una acción local de la sustancia.

Objetivo

Este protocolo tiene como objetivo describir la actuación detallada y consensuada del personal de enfermería que aplica la terapia en pacientes con dolor crónico de carácter tendinoso, miofascial, neuropático y/o articular.

Metodología

Se realiza búsqueda en bases de datos tales como Pubmed y WOS para comprobación del estado actual de conocimiento sobre la terapia de iontoforesis para el tratamiento del dolor crónico. Una vez realizado se comparan los resultados con el actual protocolo utilizado por parte de la Unidad del Dolor para su actualización en caso de ser necesario.

Intervenciones

Para la aplicación de la terapia se necesitan 3 elementos fundamentales:

1. Generador de corriente.
2. Electrodo: Electrodo activo (donde se deposita la medicación) y electrodo neutro.
3. Medicación: Según nuestro protocolo utilizaremos una dilución de 5 ml Dexametasona 40 mg + 10 ml Lidocaína 5% + agua destilada hasta 20 ml en total. De esta dilución se aplica en el electrodo activo 4 ml o 2.5 ml (según capacidad de absorción detallada en el electrodo).

Proceso de aplicación:

1. La terapia se inicia calculando la dosis (40 mA x min ó 25 mA x min, dependiendo del tamaño del área a tratar), y colocando el polo negativo (administración de Dexametasona) y positivo en el electrodo activo y neutro respectivamente.
2. Una vez administrada dicha dosis, se procede al cambio de polaridad en los electrodos para permitir el paso de Lidocaína en el polo positivo colocado en el electrodo activo.
3. La duración del procedimiento oscila entre 20-30 minutos en función de la intensidad soportada por el paciente.
4. El protocolo aplicado por nuestra Unidad conlleva una sesión semanal durante 3 semanas y dos sesiones restantes distribuidas cada 15 días.

Conclusiones

El protocolo de atención a pacientes con dolor crónico mediante iontoforesis se muestra como un protocolo eficaz para evitar la variabilidad en la práctica clínica por parte del personal de enfermería, conllevando una reducción del dolor en los pacientes y por ello una reducción de medicación oral y de asistencias a urgencias médicas y/o atención primaria.

Bibliografía

1. Vaquer Quiles L, Blasco González L, Honrubia Gozávez E, Bayona Bausset M, Villanueva Pérez V, Asensio Samper J et al. *Iontoforesis en el abordaje del paciente con dolor crónico*. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2009;16(5):275-278.
2. Brown C, lauber C, Cappaert T. *The Effect of Dexamethasone Iontophoresis on Decreasing Pain and Improving Function in Patients with Musculoskeletal Conditions*. Journal of Sport Rehabilitation. 2015;24(3):327-331.
3. Plaja, Juan. *Analgesia por medios físicos*. Editorial Interamericana. 2003

Capítulo 191

Protocolo de colestasis intrahepática en la gestación

Autores:

Rabanal Marcos, Marta

Serrano Moya, Natalia

PROTOCOLO COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN LA GESTACIÓN

INTRODUCCIÓN

La Colestasis intrahepática (CIH) es una forma reversible de colestasis, específica de la gestación, que aparece en el 3º trimestre del embarazo (raramente < semana 26). Los ácidos biliares son eliminados de forma incompleta por el hígado de las gestantes, lo que aumenta sus concentraciones en sangre y líquido amniótico. El ↑ de ácidos biliares totales se ha asociado con: ↑ contractilidad uterina, que favorece el parto pretérmino; ↑ motilidad del colon fetal, por ello en el 25-60% de los casos hay expulsión de meconio; vasoconstricción de las vellosidades coriónicas placentarias, lo que provoca hipoxia aguda fetal y ser una de las causas de mayor mortalidad fetal anteparto e intraparto.

OBJETIVOS

- Establecer un protocolo de atención enfermera ante la colestasis intrahepática en gestantes.
- Identificar precozmente este cuadro y disminuir su morbi-mortalidad fetal.



METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google académico, Biblioteca Cochrane o MedlinePlus sobre las actuaciones de enfermería en la colestasis intrahepática en la gestación. Utilizando como descriptores colestasis intrahepática, gestación y mortalidad fetal.

INTERVENCIONES

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Prurito (80%) palmo-plantar de predominio nocturno que puede generalizarse. (nivel de evidencia II, grado de recomendación B)
- Ictericia (10-25%). ↑ bilirrubina directa.
- Nauseas, vómitos, molestias hipogástricas.
- Esteatorrea (rara).

DIAGNÓSTICO

- Observación de la clínica
- Extracción de analítica sanguínea, donde se aprecia:

- ↑ ácidos biliares >10 μmol/l
- ↑ transaminasas (20-60%)
- ↑ fosfatasa alcalina (7-10 veces por encima de valores normales)
- ↑ bilirrubina.
- Tiempo de protrombina (habitualmente es normal, pero puede alargarse)

CONTROL MATERNO

- Se deberá realizar analítica de control cada 1-2 semanas (hemograma, bioquímica (con perfil hepático) y coagulación).
- Determinación de sales biliares a las 37 semanas.
- Control gestacional semanal en consulta de alto riesgo o FPF.
- Medidas farmacológicas:
 - Ácido ursodesoxicólico (Ursochol®): 10-16 mg/kg/día v.o.
 - Antihistamínicos: Dexclorfeniramina (Polaramine®) 2-6 mg c/6-12h. v.o. Hidroxicina (Atarax®) 25-50mg c/8h. v.o.
 - Soluciones tópicas: loción de calamina, Glucocorticoides tópicos (Lexema®), Diprobace®, pomadas de mentol 0,25%.
 - Vitamina K (Konakion®): 10mg/semanal I.M; 10mg c/24h. v.o.

CONTROL FETAL

- NST cada 1-2 semanas desde el momento del diagnóstico. Si NST patológico se deberá realizar perfil biofísico
- Ecografías habituales según la edad gestacional. No hay evidencia de insuficiencia placentaria en la CIH, por lo que no se recomendará doppler adicional.
- Control de movimientos fetales por parte de la paciente. Se deberá informar a la gestante sobre los motivos para acudir a urgencias.

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN: Debido a mayor riesgo de morbi-mortalidad fetal se recomienda la inducción del parto a partir de la semana 37-38 (nivel de evidencia III, grado de recomendación B), con anterioridad cuando en presencia de un feto maduro, la clínica materna no pueda controlarse con la medicación habitual.

SEGUIMIENTO POSTPARTO: Solicitar analítica después de 10 días postparto (bioquímica (perfil hepático)+ hemograma). Se comprobará la resolución postnatal del prurito y resto de sintomatología materna. Se informará del riesgo de recurrencia en gestaciones posteriores.

CONCLUSIONES

- La colestasis obstétrica es un trastorno hepático que aparece con mayor frecuencia en el tercer trimestre. Está asociado con parto pretérmino y una mayor morbi-mortalidad fetal.
- El prurito es el indicador clínico cardinal, sin lesiones dérmicas. Ante el prurito pertinaz, se deben realizar estudios para detectar la enfermedad.
- El cuadro revierte de 2 a 8 semanas tras la terminación del embarazo sin dejar secuelas para la madre.

Resumen: La colestasis intrahepática en la gestación se trata de una forma reversible de colestasis que aparece que el tercer trimestre de embarazo. Está asociada a parto pretérmino, líquido amniótico meconial y vasoconstricción de las vellosidades coriónicas placentarias, desembocando, todo ello, en un incremento de la morbi-mortalidad fetal.

La detección temprana de signos y síntomas, de los cuáles destaca el prurito como indicador clínico cardinal y la realización de analítica sanguínea, pueden permitir establecer un diagnóstico certero.

La actuación del profesional consistirá, fundamentalmente, en educar a la gestante para detectar signos de alarma, alivio sintomatológico materno y control del bienestar fetal.

Palabras Clave: Colestasis Intrahepática; Embarazo; Prurito.

Introducción

La colestasis obstétrica es un trastorno hepático que se observa durante el embarazo, aparece con mayor frecuencia en el tercer trimestre del mismo. El hecho central de su fisiopatología es la elevación del nivel sanguíneo de ácidos biliares, teniendo repercusiones sintomáticas sobre la gestante y aumentando considerablemente la morbi-mortalidad fetal.

Se trata de la hepatopatía más frecuente relacionada con la gestación y la segunda causa de ictericia en el embarazo. La incidencia se sitúa en torno a 10-100 casos por 10000 gestaciones y su prevalencia varía en función la época gestacional y las distintas áreas geográficas.

Objetivos

- Establecer un protocolo de atención del especialista en enfermería ante la colestasis intrahepática en gestantes.
- Identificar precozmente este cuadro y disminuir su morbi-mortalidad.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google Académico, Biblioteca Cochrane o MedlinePlus sobre las actuaciones de enfermería en la Colestasis intrahepática en el embarazo. Limitada a los últimos doce años.

Intervenciones

Se puede detectar la colestasis intrahepática obstétrica mediante el uso de pruebas de laboratorio que muestren la elevación de ácidos biliares por encima de 10 $\mu\text{mol/l}$, aumento de transaminasas (20-60%), aumento fosfatasa alcalina hasta 7-10 veces por encima de valores normales, hiperbilirrubinemia, incluso, puede alargarse el tiempo de protrombina, que, sumando a la clínica, donde predomina el prurito (80% de los casos), sobre todo palmo-plantar, ictericia (10-25%), molestias digestivas o esteatorrea.

El tratamiento consiste en el control materno en consulta de alto riesgo mediante analítica de control con perfil hepático y determinación de ácidos biliares a las 37 semanas. Así como aplicación de medidas farmacológicas para alivio de la sintomatología, se podrá administrar:

- Ácido ursodesoxicólico (Ursochol®) 10-16 mg/kg/día vía oral.
- Antihistamínicos: Dexclorfeniramina (Polaramine®) 2-6 mg cada 6-12 horas vía oral o Hidroxicina (Atarax®) 25-50 mg cada 8 horas vía oral.
- Soluciones tópicas: Loción de calamina, glucocorticoides o pomadas de mentol al 0,25%.
- Vitamina K (Konakion®) 10 mg semanalmente vía intramuscular.

Así mismo, se realizará control fetal mediante NST cada semana desde el diagnóstico, si fuese patológico se procederá a obtener un perfil biofísico. Se realizarán las ecografías habituales según la edad gestacional. Es fundamental instruir a la gestante en la detección precoz de signos de alarma por los que acudirá a urgencias obstétricas, destacando la disminución de movimientos fetales.

Debido a la elevación del riesgo de morbilidad fetal, se recomienda la inducción al parto a partir de la semana 37-38, o bien, con anterioridad en presencia de un feto maduro, cuando la clínica materna no pueda controlarse con la medicación habitual o ante niveles de sales biliares por encima de 40 $\mu\text{mol/l}$. A las 48 horas posparto se comprobará la resolución posnatal del prurito y resto de sintomatología materna. Del mismo modo, a los diez días posparto se solicitará analítica sanguínea con perfil hepático. Se informará del riesgo de recurrencia en gestaciones posteriores (45-70%).

Conclusiones

La colestasis Intrahepática en la gestación constituye la segunda hepatopatía más frecuente en el embarazo, no se asocia con complicaciones maternas, sin embargo está caracterizada ocasionar problemas fetales anteparto o intraparto. Dada esta repercusión en el bienestar fetal, es primordial que el profesional de enfermería tenga un amplio conocimiento sobre esta patología y su abordaje, haciendo disminuir la morbi-mortalidad fetal causada.

Bibliografía

1. Medina Lomeli JM, Jauregui Melendrez RA, Medina Castro N, Medina Castro D. *Colestasis intrahepática del embarazo: Una revisión*. Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):285-294.
2. Gurung V, Middleton P, Milan S, Hague W, Thornton J. *Intervenciones para el tratamiento de la colestasis durante el embarazo*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art. No.: CD000493. DOI: 10.1002/14651858.CD000493.
3. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Hepatopatías y Embarazo*. Actualización 2006.
4. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. *Protocolo de Colestasis Intrahepática del Embarazo*. Hospital Clínic de Barcelona. 2012.
5. Román Santamaría J.M, De la Puente Yagüe M. Coordinadores. *Urgencias Gineco-Obstétricas al descubierto*. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología; 2013. Editado por Italfarmaco, S.A.

Capítulo 192

Protocolo de cuidados de enfermería en URPA al paciente pediátrico sometido a un cateterismo para el cierre percutáneo de CIA/CIV/Ductus arterioso

Autores:

Moreno Quesada, María Esther

Puado Puado, Ivanna

Balmón Pérez, Laura

Balmón Pérez, Sara

López Ruíz, Cecilia María

Díaz Gallego, César

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URPA, AL PACIENTE PEDIÁTRICO SOMETIDO A UN CATETERISMO PARA EL CIERRE PERCUTÁNEO DE CIA/CIV/DUCTUS ARTERIOSO

DEFINICIÓN:

Se trata de establecer unos cuidados de enfermería destinados a la prevención y detección precoz de posibles complicaciones y tratamiento de pacientes pediátricos que han sido sometidos al cierre percutáneo de CIA (Comunicación interauricular) /CIV (Comunicación interventricular) /DUCTUS ARTERIOSO.

OBJETIVOS:

- ❑ Detectar posibles complicaciones tras el cateterismo
- ❑ Unificar criterios de actuación del equipo de enfermería y facilitar el trabajo al equipo de nueva incorporación.
- ❑ Enumerar las actividades de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

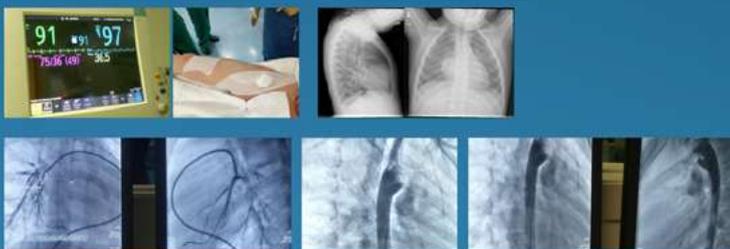
- ❑ Se ha realizado una revisión bibliográfica: base de datos Cochrane, fuentes primarias y Google Scholar.
- ❑ Límites: año de publicación 2010-2017, español, open access.
- ❑ Palabras clave: Cateterismo pediátrico, cuidados en URPA.
- ❑ Criterios de inclusión: Cierre percutáneo de CIA/CIV/DUCTUS ARTERIOSO.
- ❑ Criterios de exclusión: el suceso contrario.

*Los niveles de evidencia proceden de CEBM:

GRADO DE RECOMENDACIÓN	DEFINICIÓN
A	Evidentemente documentada
B	Recomendación basada
C	Recomendación basada pero no concluyente
D	No se recomienda o se desaconseja

INTERVENCIONES:

Van dirigidas a cualquier paciente pediátrico que se someta al cierre percutáneo de CIA/CIV/DUCTUS ARTERIOSO y se realizarán a la llegada y durante la estancia del paciente pediátrico en la URPA y hasta que reciba el alta en dicha unidad.



ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A REALIZAR EN URPA:

- Monitorización del paciente y toma de constantes vitales cada 15 minutos. (N.E:C)
- Vigilancia de apósito compresivo en la zona de punción, por si hay sangrado cada 15 minutos. (N.E:C)
- Vigilancia de pulsos, temperatura y coloración (miembros inferiores si la punción ha sido vía femoral y en miembros superiores si ha sido radial). (N.E:C)
- Vigilancia del nivel de conciencia. (N.E:C)
- Oxigenoterapia. (N.E:C)
- Control del dolor con pauta de analgesia según anestesista. (N.E:C)
- Se pondrá Midazolam intravenoso si precisa, por orden de anestesia, para evitar que el paciente se mueva o tosa. (N.E:C)
- Educación sanitaria a la familia para evitar posibles complicaciones después del alta de URPA e indicarles que el paciente estará inmovilizado y sin deambular hasta el día siguiente. (N.E:C)
- Alta de URPA con ≥ 9 puntos según Escala de Aldrete, hemodinámicamente estable, buen estado de conciencia, no hemorragia ni hematoma y firma de anestesista. (N.E:C)

PROBLEMAS:

- Dolor, presión torácica.
- ↑ frecuencia cardíaca.
- Hipotensión.
- Taquipnea.
- Pulso débil.
- Piel húmeda y fría.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de conciencia.
- ↓ de la diuresis.
- Hemorragia.
- Hematoma retroperitoneal.
- Reacción vasovagal.
- Cambios en el E.C.G..
- Palpitaciones, síncope.
- Migración del dispositivo a otra localización.
- Fibrilación ventricular/PCR



ESCALA DE ALDRETE

Puntuación de Aldrete	
Actividad	0-2
Respiración	0-2
Estado de Conciencia	0-2
Saturación de O ₂	0-2
Control de la presión arterial	0-2
Respiración	0-2
Puntuación total: 0-10	

CONCLUSIONES:

La secuencia de esta serie de intervenciones implementa la calidad de los cuidados y reduce la variabilidad de los mismos, suponiendo un marco profesional basado en la evidencia para el personal de la unidad y una guía docente para el personal de nueva incorporación.

Resumen: Actualmente, el cateterismo pediátrico terapéutico consigue solventar un alto porcentaje de cierre percutáneo de Comunicación Interauricular (CIA), Comunicación Interventricular (CIV) y Ductus Arterioso, lo cuál es altamente beneficioso para el paciente, ya que reduce los días de estancia hospitalaria y otros riesgos asociados a la cirugía cardiaca. Hay otras complicaciones inmediatas asociadas al postcateterismo, que el profesional de Enfermería, debe de saber identificar y diagnosticar para poder actuar de forma anticipada en URPA (Unidad de Recuperación Post Anestésica) pediátrica, para lo cuál se describirán las actividades de Enfermería que nos ayudarán a anticiparnos a posibles complicaciones.

Palabras Clave: Cateterismo pediátrico; urpa; actividades de enfermería.

En el campo de la cardiología pediátrica y las cardiopatías congénitas, se ha progresado mucho en los últimos años. Desde que, en el año 1966, Rashkind y Miller realizaran el primer cateterismo intervencionista en un paciente con una cardiopatía congénita, la evolución de dicha técnica ha sido espectacular⁽⁴⁾.

El cateterismo terapéutico ha reemplazado a la cirugía convencional en el tratamiento de algunos defectos cardíacos congénitos, es una alternativa en otras lesiones y, por otro lado, se encuentran en fase de experimentación clínica nuevas técnicas y dispositivos con resultados preliminares esperanzadores. Los perfeccionamientos futuros en técnicas y materiales auguran un brillante porvenir a este tipo de terapéutica. No obstante, debemos mantener la cautela ante la, todavía, escasa información sobre resultados a largo plazo de muchas de estas técnicas.

En comparación con el cateterismo diagnóstico, los procedimientos terapéuticos son más difíciles y peligrosos, por lo que requieren más experiencia y destreza y demandan la disposición de más recursos⁽³⁾.

En la actualidad, se observa un gran avance y mejora en las técnicas de cierre de cortocircuitos intra o extra cardíacos, como es el caso del ductus arterioso y la comunicación interauricular (CIA) tipo Ostium Secundum (70-80% de las CIAs), patologías en las cuales el cierre percutáneo es considerado como la técnica de primera opción, evitando la intervención quirúrgica y alcanzando excelentes resultados⁽¹⁾. En el caso de la comunicación interventricular (CIV), sólo ciertos casos son susceptibles de cierre percutáneo, predominando el cierre quirúrgico.

Para el uso del cierre percutáneo se han desarrollado en los últimos años múltiples dispositivos de cierre por cateterismo, con distintos tamaños y formas, con un diseño orientado a la realización de procedimientos menos invasivos y más seguros y eficaces para el paciente. Estos dispositivos implantables son biocompatibles. No generan rechazo y, en general, se endotelizan (se recubren de tejido orgánico propio) en unos 6 meses tras el implante⁽¹⁾. El cierre percutáneo es una técnica que minimiza riesgos frente al procedimiento quirúrgico, disminuye los días de hospitalización, y al ser menos invasiva, evita ingresos en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Sin embargo, estos procedimientos percutáneos requieren anestesia general cuando se realizan en la edad pediátrica y adolescente, por lo que una vez finalizada la técnica y antes de pasar el paciente a planta, éste deberá permanecer un tiempo en la URPA pediátrica.

Este protocolo, ha sido diseñado para establecer un plan de actividades de enfermería estandarizadas, destinadas a la prevención y detección precoz de posibles complicaciones en URPA , en pacientes pediátricos sometidos al cierre percutáneo de CIA, CIV y Ductus arterioso.

De esta manera, se unifican criterios de actuación entre los profesionales del equipo de enfermería y se facilita el trabajo al personal de nueva incorporación.

Actividades de enfermería a realizar en unidad de anestesia post-quirúrgica (URPA)

- Monitorización del paciente: ECG, FR, TA Y Temperatura. La toma de constantes vitales se realizará cada 15 min.
- Vigilancia de FR y saturación de oxígeno. Observaremos también el trabajo respiratorio.
- Oxigenoterapia a su llegada a URPA con gafas nasales o mascarilla facial, hasta que se compruebe que tiene una saturación de oxígeno adecuada.
- Vigilar nivel de conciencia.
- Mantenimiento de la sueroterapia.
- Valoración y control del dolor con analgesia pautada según anestesia. La valoración se realizará según escalas del dolor correspondiente a cada edad. (se adjuntan escalas anexas).
- Vigilancia cada 15 minutos de apósito compresivo en el lugar de punción (la mayoría de las veces vía femoral), por si hay sangrado o hematoma.
- Vigilancia de la temperatura, color y pulso en la zona de punción cada 15 minutos.
- Se evitarán maniobras que aumenten la presión intraabdominal como la tos, náuseas y vómitos. Para ello se administrará midazolam intravenoso si precisa por orden de anestesia.
- Disminuir la ansiedad que pueda experimentar el niño. Para ello es muy importante que este acompañado por sus padres en todo momento desde su llegada URPA. Dar apoyo a la familia, escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas.
- Educación sanitaria a la familia para evitar complicaciones al alta de URPA e indicarles que el paciente estará inmovilizado y sin deambular hasta el día siguiente.
- Alta de URPA con \geq 9 puntos según escala de Aldrete y firmada por anestesista responsable del paciente.

Complicaciones

El cateterismo tiene sus riesgos y complicaciones, aunque son bajas. Sin embargo, han de ser tenidos en cuenta por la Enfermera/o responsable del paciente en URPA. Los más importantes son:

- Problemas inherentes a la anestesia general, necesaria en la mayoría de los procedimientos: Náuseas, vómitos, pérdida de conciencia, etc⁽²⁾.
- Problemas de daño en los accesos vasculares (punciones de arterias y venas) que pueden provocar:

- Hemorragias, anemización ⁽²⁾.
 - Hematoma retroperitoneal.
 - Hipotensión, taquicardia y taquipnea.
 - Pulso débil. Piel húmeda y fría.
 - Dolor.
- Embolismos: Los pacientes sometidos a cateterismos son tratados con anticoagulación durante el procedimiento. Existe una posibilidad de que un trombo se genere en los catéteres, se movilice desde algún punto y pueda moverse con el flujo sanguíneo, pudiendo ocluir un vaso en algún punto⁽¹⁾.
 - Reacción vasovagal.
 - Cambios en el electrocardiograma.
 - Síncope.
 - Palpitaciones.
 - Migración del dispositivo a otra localización.
 - Fibrilación ventricular/parada cardiorrespiratoria.
 - La complicación inmediata más importante es la hemorragia en el punto de punción. Si hay sangrado activo en dicho punto, retirar el apósito, comprimir en el lugar de la hemorragia con una gasa estéril y se avisar al anestesista.

Bibliografía

1. https://cardiopatiascongenitas.net/diagnostico_y_tratamiento/cateterismo_terapeutico/oclusiones/.
2. https://cardiopatiascongenitas.net/diagnostico_y_tratamiento/cateterismo_terapeutico/.
3. <http://www.revespcardiol.org/es/guias-actuacion-clinica-sociedad-espanola/articulo/171/>.
4. <https://es.slideshare.net/CAS0609/cardiologa-intervencionista-nueva-terapeutica-en-las-cardiopatias-congenitas>.

Capítulo 193

Protocolo de cuidados de enfermería, en heridas post-implante quirúrgico de dispositivos de estimulación cardiaca

Autores:

Rodríguez Ramírez, Laura

Rodríguez Ramírez, Irene

Laguna Morcillo, Gema María

Castillo Muñoz, María Pilar

Gutiérrez Fernández-Aparicio Sonia

García Rubio, Lorena

Autores:

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un incremento en las indicaciones de dispositivos de estimulación cardíaca, y con ello un aumento de la prevalencia de las complicaciones asociadas con el bolsillo del generador. Los profesionales de enfermería juegan un papel insustituible en la atención, tras la intervención, el seguimiento y educación sanitaria de estos pacientes.

OBJETIVO

Dar a conocer el manejo y cuidado de las complicaciones relacionadas con el implante de marcapasos definitivo.



METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de documentos sobre los cuidados de enfermería en heridas post-implante quirúrgico de dispositivos de estimulación cardíaca.

Se han buscado artículos en diferentes bases de datos como Cochrane, Medline, Pubmed y Cuiden. Como palabras clave se han utilizado, paciente, cuidados y complicaciones post-implante.

INTERVENCIÓN:

1. Consultas de revisión .

- 1ª Visita: 24-48h post-implante: Se vigilarán signos de hematoma, dehiscencia, inflamación, cambios en la coloración de la piel, dolor y temperatura.

- 2ª Visita: 10-14 días: Controlar el correcto proceso de cicatrización.

En ambas consultas se imparte **EDUCACIÓN SANITARIA**: Se mostrarán con imágenes la evolución y cambios normales de coloración que sufre la piel, y se informará sobre las posibles complicaciones.

2. Preguntas, material y técnica

MATERIAL

- Gasas estériles
- Apósito oclusivo
- Campo estéril
- Clorhexidina
- Guantes estériles y no estériles
- Material para cursar frotis

¿Ha tenido fiebre?,
¿Escalofríos o dolor?,
¿Ha notado usted, si sale liquido por la herida?



TÉCNICA

- Retirar el apósito, utilizando guantes, no estériles
- Lavado de manos, manipulamos herida con guantes estériles
- Lavado de la herida con SF
- Secado con gasa estéril
- Pintar la zona siguiendo el protocolo de clorhexidina
- Colocar apósito oclusivo cubriendo la herida completamente

3. Complicaciones y resolución del problema

Complicación	Imagen	Resolución
<u>Hematoma</u>		Delimitar el perímetro del hematoma. Fotografiar para ver evolución y realizar un seguimiento semanal
<u>Infección</u>		Tomar muestra para cultivo. Comunicar al facultativo para solicitar analítica y pauta de antibiótico si fuera necesario
<u>Protusión</u>		Vigilar signos de erosión de la piel
<u>Dehiscencia</u>		Tratar como una infección
<u>Dolor</u>		Consultar al facultativo para posible recolocación

CONCLUSIONES

El riesgo de complicaciones del bolsillo quirúrgico post-implante disminuye haciendo un seguimiento exhaustivo por personal especializado y formado.



Resumen: En los últimos años se ha producido un incremento en las indicaciones de dispositivos de estimulación cardíaca, y con ello un aumento de la prevalencia de las complicaciones asociadas con el bolsillo del generador. Los profesionales de enfermería juegan un papel insustituible en la atención, tras la intervención, el seguimiento y educación sanitaria de estos pacientes.

Por lo que la consulta de seguimiento tiene un papel fundamental en el diagnóstico de estas complicaciones derivadas de la herida quirúrgica, y es el personal de enfermería quién valora, en la mayoría de los casos, aspecto y evolución del dispositivo de estimulación cardíaca.

Palabras Clave: Paciente; Cuidados; Complicaciones post-implante.

Introducción

Teniendo en cuenta que, en los últimos tiempos se ha producido un incremento en las indicaciones de dispositivos de estimulación cardíaca, esto ha llevado a un aumento de la prevalencia de las complicaciones asociadas con el bolsillo del generador. Los profesionales de enfermería, se han convertido en un papel muy importante en la atención a los pacientes, tras la intervención, el seguimiento y educación sanitaria.

Objetivos

El objetivo es dar a conocer el manejo y cuidado de las complicaciones relacionadas con el implante de marcapasos definitivo, así como el papel que juega el personal de enfermería.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de documentos sobre los cuidados de enfermería en heridas post-implante quirúrgico de dispositivos de estimulación cardíaca. Buscando artículos en diferentes bases de datos como Cochrane, Medline, Pubmed y Cuiden.

El personal de enfermería llevará a cabo una serie de consultas de revisión para el control de la herida post-implante.

- La primera visita, se realizará a las 24-48h post-implante: Se vigilarán signos de hematoma, dehiscencia, inflamación, cambios en la coloración de la piel, dolor y temperatura.
- La segunda visita será a los 10-14 días, donde se llevará a cabo el controlar del correcto proceso de cicatrización. Aquí se realizará la retirada del apósito, utilizando guantes no estériles, a continuación se procederá a un lavado de manos, para poder manipular la herida de la forma más limpia posible y lo haremos con ayuda de guantes estériles, después se llevará a cabo el lavado de la herida con SF y secado con gasa estéril, pintaremos la zona siguiendo el protocolo de clorhexidina y por último colocaremos el apósito oclusivo cubriendo la herida por completo.

En ambas consultas se imparten Educación Sanitaria, donde se mostrarán con imágenes la evolución y cambios normales de coloración que sufre la piel, también se informará sobre las posibles complicaciones.

Dentro de estas complicaciones se encuentran:

- Hematomas: Se delimitará el perímetro del hematoma, se realizarán fotografías para ver la evolución y así poder llevar un seguimiento.
- Infección: Se tomarán muestra para cultivo, se comunicará al facultativo para solicitar analítica y pauta de antibiótico si fuera necesario.
- Protusión: Vigilaremos los signos de erosión de la piel.
- Dehiscencia: Se tratará como una infección.
- Dolor: Se deberá consultar con el facultativo, para valorar una posible recolocación del dispositivo.

También se realizarán una serie de preguntas al paciente como: ¿Ha tenido fiebre?, ¿Escalofríos o dolor?, ¿Ha notado usted, si sale liquido por la herida?. Todo ello con objetivo de poder disminuir el riesgo de complicaciones del bolsillo quirúrgico post-implante.

Bibliografía

1. García Urra F. *Seguimiento de los pacientes portadores de marcapasos definitivos*. En: García Urra F, Porres Aracama JM (eds.). *Práctica clínica en electrofisiología, marcapasos definitivo y desfibrilador automático*. 2.ª edición. San Sebastián: Edición de los autores (Imprenta Ceregui); 2005: 175-188.

2. López Rodríguez R, Rodríguez Framil M, Hermida Ameijeiras A, Lado Lado FL. *Endocarditis del marcapasos*. *An Med Interna (Madrid)*. 2006; 23(4): 187-192. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-1992006000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Consulta: 12 abril 2010.

3. Molinero Ochoa A, Puertas Calvero M, Gallardo Barrancos O, Julià Serra C. *Uso de la crioterapia tras la implantación de marcapasos*. *Enferm Cardiol*. 2006; Año XIII(38):44-46. Disponible en: www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3807.pdf. Consulta: 12 abril 2010.

4. Aguado Ventas C, Mateos Corchero MD. *Utilidad del vendaje compresivo en la prevención de hematomas post-implante de marcapasos*. *Enferm Cardiol*. 2004; Año XI(32-33):54-57. Disponible www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3308.pdf. Consulta: 12 abril 2010.

Capítulo 194

Protocolo de la consulta ambulatoria de enfermería en los trastornos de conducta alimentaria (TCA)

Autores:

Naranjo Fernández, Jacinta

Fernández Aparicio Gómez Rico, María Jesús

García Muñoz González del Campo, María Reyes

Fernández de Marcos Velázquez, María de los Reyes

Gómez Rico Velázquez, María Pilar

Bravo Moraleda, Montserrat

PROTOCOLO DE LA CONSULTA AMBULATORIA DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

INTRODUCCIÓN

La consulta de enfermería en los trastornos de conducta alimentaria surge a raíz de la más que demostrada capacidad de los enfermeros para tratar este trastorno ya que está avalada por la experiencia clínica a lo largo de los años. Una de las ventajas es el seguimiento estrecho que facilita la continuidad en el tratamiento y una mejora en el trabajo multidisciplinar que permite tanto a pacientes como profesionales remar en la misma dirección.

OBJETIVOS DE LA CONSULTA

- 1-Mantenimiento tanto de los objetivos propuestos en el alta hospitalaria, como la consecución de objetivos que se van pactando paulatinamente.
- 2-Apoyo y seguimiento estrecho ambulatorio de pacientes que han decidido normalizar sus hábitos alimentarios.

METODOLOGÍA

- Adquisición de una pauta apropiada.
- Incorporación paulatina de alimentos prohibidos por el paciente
- Control actividad física patológica.
- Normalización patrón ingesta.
- Detectar y prevenir rituales alimentarios.
- Seguimiento nutricional y de constantes.
- Prevención de conductas atracón -purga
- Análisis de los mecanismos fisiológicos implicados en las consultas purgativas.
- Prevención desde el punto de vista nutricional de la aparición atracón-purga.
- Exploración de signos físicos indicativos de mal estado general o alteraciones alimentarias.
- Apoyo emocional al paciente y su familia.
- Ofrecer escucha activa ante las dificultades.
- Estimular la colaboración con el resto del equipo dejando claro el papel de cada uno de los miembros

00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO RELACIONADO CON FACTORES PSICOLÓGICOS MANIFESTADO POR IMC INFERIOR A 20 E INFORMES DE INGESTA INFERIOR A LAS CANTIDADES DIARIAS RECOMENDADAS.
NOC: 0303 AUTOCUIDADOS: COMER
1004 ESTADO NUTRICIONAL
1008 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS
NIC: 1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN
1050 ALIMENTACIÓN
1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL
1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

CRITERIOS DE ALTA

Normalización de las consultas alimentarias.
Mantenimiento de un peso sano.
Causas de altas previas pueden deberse a que el paciente deje de reunir los criterios de inclusión o por falta de respuesta al tratamiento

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Situación clínica crítica asociada a la ingesta patológica.
- Reconocen y están decididos a resolver sus hábitos alimentarios.
- No presentan un estado físico grave que pueda suponer riesgo vital.
- No tienen alteraciones psicopatológicas graves que les dificulten la capacidad de colaboración del paciente en las indicaciones dietéticas.
- Aceptación y colaboración familiar.
- Los pacientes se comprometen a acudir a la consulta hasta la finalización del programa (3 meses aproximadamente).

00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO RELACIONADO CON DÉFICIT DE SOPORTE SOCIAL MANIFESTADO POR VERBALIZACIÓN DE DIFICULTADES CON EL TRATAMIENTO PRESCRITO.

NOC: 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO
1609 CONDUCTA TERAPÉUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN

NIC: 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

DESARROLLO DEL PROGRAMA

PRIMERA CONSULTA

Valoración de:

Situación física - Actitud ante el tratamiento

La visión del paciente ante sus problemas - Expectativas de la consulta
Hábitos nutricionales del paciente - Restricciones dietéticas del paciente

Establecer el encuadre de la primera consulta:

Normas para el desarrollo de la consulta

Frecuencia de la consulta y duración del programa

Delimitación y priorización de los objetivos

Planificar la modificación de las pautas nutricionales y hábitos alimentarios

Solicitaremos:

Registro de hábitos alimentarios y purgaciones

Registro de rituales en torno a la ingesta

Registro de alimentos prohibidos por el paciente

Toda entrevista de enfermería debe concluirse especificando unas metas claras y objetivas a conseguir hasta la próxima revisión.

CONSULTAS SUCESIVAS:

Deben centrarse en la revisión de los objetivos basados en un análisis más certero de la situación y las dificultades para la normalización alimentaria.

CONCLUSIONES

La consulta de enfermería es especialmente resolutoria para pacientes que presentan un estado adecuado de motivación y han iniciado un proceso de cambio en sus hábitos alimentarios. Normalización alimentaria. Recuperación ponderal. Su eficacia va a venir condicionada por la correcta inclusión de los pacientes en este programa. No es función de esta consulta conseguir la motivación en el tratamiento abordar las alteraciones psicopatológicas, el manejo de conflictos familiares, problemáticas sociales o académicas. Los pacientes incluidos en el tratamiento están recibiendo otros abordajes terapéuticos (psicólogo, psiquiatra...).

Las enfermeras estamos especialmente preparadas para acompañar y conectar con las personas que sufren. Esto proporciona la oportunidad para que surja una interacción cada vez más positiva con sus pacientes, proporcionarle cuidados para que les permita la mayor autonomía y autocuidado posible.

La enfermería es esencial en el desarrollo de los cuidados de pacientes con un trastorno de conducta alimentaria por lo tanto allá donde haya este tipo de pacientes la enfermería debe estar presente.

Resumen: La consulta de enfermería en los trastornos de conducta alimentaria surge a raíz de la más que demostrada capacidad de los enfermeros para tratar este trastorno ya que está avalada por la experiencia clínica a lo largo de los años. Una de las ventajas es el seguimiento estrecho que facilita la continuidad en el tratamiento y una mejora en el trabajo multidisciplinar que permite tanto a pacientes como profesionales remar en la misma dirección. Las enfermeras estamos especialmente preparadas para acompañar y conectar con las personas que sufren proporcionando esto la oportunidad para una mejor interacción con sus pacientes.

Palabras Clave: consulta; alimentación; trastornos.

Introducción

La consulta de enfermería en los trastornos de conducta alimentaria surge a raíz de la más que demostrada capacidad de los enfermeros para tratar este trastorno ya que está avalada por la experiencia clínica a lo largo de los años. Una de las ventajas es el seguimiento estrecho que facilita la continuidad en el tratamiento y una mejora en el trabajo multidisciplinar que permite tanto a pacientes como profesionales remar en la misma dirección.

Objetivos de la consulta

1. Mantenimiento tanto de los objetivos propuestos en el alta hospitalaria, como la consecución de objetivos que se van pactando paulatinamente.
2. Apoyo y seguimiento estrecho ambulatorio de pacientes que han decidido normalizar sus hábitos alimentarios.

Criterios de inclusión:

- Situación clínica crítica asociada a la ingesta patológica.
- Reconocen y están decididos a resolver sus hábitos alimentarios.
- No presentan un estado físico grave que pueda suponer riesgo vital.
- No tienen alteraciones psicopatológicas graves que les dificulten la capacidad de colaboración del paciente en las indicaciones dietéticas.
- Aceptación y colaboración familiar.
- Los pacientes se comprometen a acudir a la consulta hasta la finalización del programa (3 meses aproximadamente).

Metodología

- Adquisición de una pauta apropiada.
- Incorporación paulatina de alimentos prohibidos por el paciente
- Control actividad física patológica.

- Normalización patrón ingesta.
- Detectar y prevenir rituales alimentarios.
- Seguimiento nutricional y de constantes.
- Prevención de conductas atracón -purga
- Análisis de los mecanismos fisiológicos implicados en las consultas purgativas.
- Prevención desde el punto de vista nutricional de la aparición atracón-purga.
- Exploración de signos físicos indicativos de mal estado general o alteraciones alimentarias.
- Apoyo emocional al paciente y su familia.
- Ofrecer escucha activa ante las dificultades.
- Estimular la colaboración con el resto del equipo dejando claro el papel de cada uno de los miembros

Desarrollo del programa

Primera consulta

Valoración de:

- Situación física - Actitud ante el tratamiento
- La visión del paciente ante sus problemas - Expectativas de la consulta
- Hábitos nutricionales del paciente - Restricciones dietéticas del paciente
- Establecer el encuadre de la primera consulta:
- Normas para el desarrollo de la consulta
- Frecuencia de la consulta y duración del programa
- Delimitación y priorización de los objetivos
- Planificar la modificación de las pautas nutricionales y hábitos alimentarios
- Solicitaremos:
- Registro de hábitos alimentarios y purgaciones
- Registro de rituales en torno a la ingesta
- Registro de alimentos prohibidos por el paciente

Toda entrevista de enfermería debe concluirse especificando unas metas claras y objetivas a conseguir hasta la próxima revisión.

Consultas sucesivas:

Deben centrarse en la revisión de los objetivos basados en un análisis más certero de la situación y las dificultades para la normalización alimentaria.

Criterios de alta:

- Normalización de las consultas alimentarias.
- Mantenimiento de un peso sano.
- Causas de altas previas pueden deberse a que el paciente deje de reunir los criterios de inclusión o por falta de respuesta al tratamiento.

Conclusiones

- La consulta de enfermería es especialmente resolutoria para pacientes que presentan un estado adecuado de motivación y han iniciado un proceso de cambio en sus hábitos alimentarios. Normalización alimentaria. Recuperación ponderal. Su eficacia va a venir condicionada por la correcta inclusión de los pacientes en este programa. No es función de esta consulta conseguir la motivación en el tratamiento abordar las alteraciones psicopatológicas, el manejo de conflictos familiares, problemáticas sociales o académicas. Los pacientes incluidos en el tratamiento están recibiendo otros abordajes terapéuticos (psicólogo, psiquiatra).
- Las enfermeras estamos especialmente preparadas para acompañar y conectar con las personas que sufren. Esto proporciona la oportunidad para que surja una interacción cada vez más positiva con sus pacientes, proporcionarle cuidados para que les permita la mayor autonomía y autocuidado posible.
- La enfermería es esencial en el desarrollo de los cuidados de pacientes con un trastorno de conducta alimentaria por lo tanto allá donde haya este tipo de pacientes la enfermería debe estar presente.

Diagnósticos de enfermería

- 00002 Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con factores psicológicos manifestado por IMC inferior a 20 e informes de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

NOC: 0303 Autocuidados: Comer

1004 Estado nutricional

1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos

NIC: 1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación

1050 Alimentación

1160 Monitorización nutricional

1100 Manejo de la nutrición

Bibliografía

1. Vellisca González, M. Y., Orejudo Hernández, S., & Latorre Marín, J. I. (2012). *Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. tardío*. Clínica y Salud, 23(2), 111-121.

2. Ferrón, S. B. *Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera especialista en Salud Mental como complemento a la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de Bulimia Nerviosa.*

3. Gracia-Arnaiz, M. (2014). *Comer o no comer¿ es esa la cuestión?: Una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios/To eat or not to eat, is that the question? An anthropological approach to the study of eating disorders.* *Política y Sociedad*, 51(1), 73-94.

4. Muñoz, Y. D., Hinojal, A. L., Bances, T. C., & Pastor, M. V. (2012). *Prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en la Unidad de Hospitalización de Cantabria.* *Nuberos Científica*, 1(6).

5. Baiges, M. O., Moreso, J. P., Vergara, N. M., de la Fuente García, M., Solé, A. R., & de Castellarnau, G. R. (2008, January). *Prevalencia de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus.* In *Anales de pediatria* (Vol. 68, No. 1, pp. 18-23). Elsevier Doyma.

Capítulo 195

Protocolo de profilaxis post-exposición ocupacional frente al VIH

Autores:

Montalvo Bueno, M^a José

PROTOCOLO DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN OCUPACIONAL FRENTE AL VIH

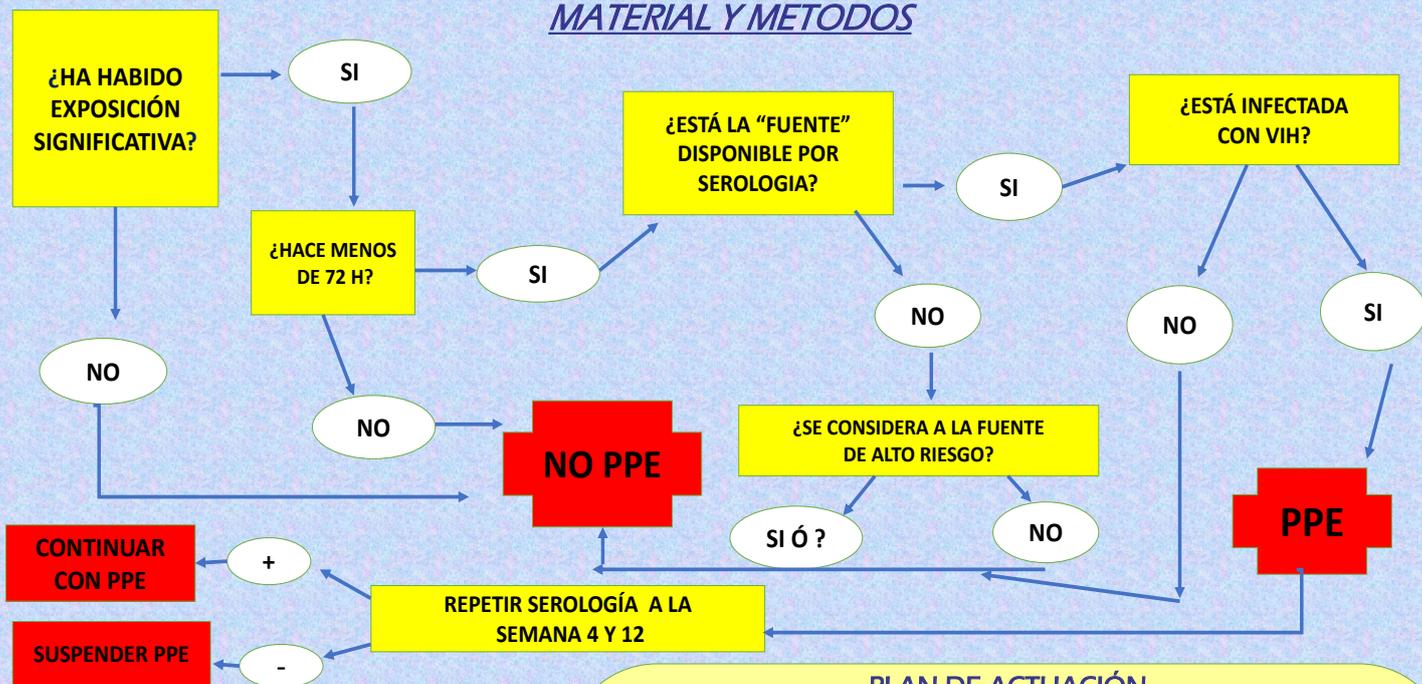
Las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituyen un importante problema de salud pública.

LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL se define como aquella situación en que se produce contacto con sangre y/o otros líquidos biológicos de manera accidental, habiendo incluso tomado medidas de prevención para ello, por vía sexual o parenteral dentro del ámbito estrictamente sanitario.

OBJETIVOS

- Dar unas pautas de actuación consensuadas con relación al uso la quimioprofilaxis post-exposición y otras medidas, en caso de posible exposición accidental al VIH.
- Describir el seguimiento adecuado de todos los individuos expuestos, en la administración de quimioprofilaxis post-exposición.

MATERIAL Y METODOS



EVALUACION DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN

➤ POST-EXPOSICIÓN OCUPACIONAL:

❖ Riesgo leve-moderado:

-Accidente superficial, sin sangre visible en el instrumento, o con aguja sólida (de sutura), lesión superficial, con guantes.

❖ Riesgo grave:

-Accidente con aguja acanalada, con sangre evidente, o con dispositivo que estuvo colocado en vaso sanguíneo, lesión profunda, con guantes. Contacto con piel o mucosas lesionada.

PLAN DE ACTUACIÓN

- ❖ Solicitar serología de VIH, VHB, VHC de la "fuente" siempre que sea posible. En caso de que se demuestre serología negativa de la fuente una vez iniciado el tratamiento, se detendrá éste inmediatamente.
- ❖ Iniciar tratamiento en las primeras 72 horas de exposición (preferiblemente antes de las 36 primeras horas en casos de alto riesgo y antes de 2 horas en casos de PPE ocupacional).
- ❖ Mantenimiento del tratamiento durante 28 días.
- ❖ **Advertencias/precauciones:**
 - Fármacos no recomendados en PPE; Didanosina, Nelfinavir, Tripanovir.
 - Fármacos contraindicados en PPE; Neviparina.
 - En anemia; sustituir Zidovudina (AZT) por Estavudina (d4T).
 - En nefrolitiasis evitar Atazanavir.
 - Abacavir; Riesgo elevado de reacciones de hipersensibilidad. Cuantificar HLA-B5701.
- ❖ **Seguimiento:**
 - Hemograma y bioquímica (con función renal y hepática) a las 2, 4, 6, 12, 24 semanas.

TRATAMIENTO

RIESGO LEVE-MODERADO (Riesgo de transmisión 1/10.000- 1/15.000)	RIESGO GRAVE (Riesgo de transmisión > 1/1.000)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ EMTRICITABINA (FTC) + TENOFOVIR (TDF). (TRUVADA 200/245 MG CADA 24H). <p>ALTERNATIVAS;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ZIDOVDINA (AZT) + LAMIVUDINA (3TC) (COMBIVIR 300/150 MG CADA 12 H). ✓ TDF + 3TC. (VIREAD 245 MG CADA 24 H + EPIVIR 300 MG CADA 24 H). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TDF + FTC + IP/RALTEGRAVIR (r). (TRUVADA 245/200 MG CADA 24 H + ISENTRESS 400MG CADA 12 H). <p>ALTERNATIVAS;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ AZT + 3TC +IP/r. (COMBIVIR 300/150 MG CADA 12 H + KALETRA 200/50 MG 2 COMP CADA 12H). ✓ AZT + 3TC +TDF. (COMBIVIR 300/150MG CADA 12H + VIREAD 245 MG CAD 24H)

CONCLUSIONES

La profilaxis post-exposición (PPE) es una estrategia preventiva, cuya finalidad es evitar la infección por VIH después de haber tenido lugar una cierta o probable exposición al virus.

De ahí la importancia de la rápida evaluación, actuación y tratamiento. Por ello destacar la necesidad de conocer este protocolo de actuación por parte de enfermería para asesorar y actuar de una forma eficaz.

Resumen: Las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituyen un importante problema de salud pública.

La exposición ocupacional es aquella situación en que se produce contacto con sangre y/o otros líquidos biológicos de manera accidental, habiendo incluso tomado medidas de prevención para ello, por vía sexual o parenteral dentro del ámbito estrictamente sanitario.

La exposición no ocupacional es aquella situación en que se produce contacto con sangre y/o otros líquidos biológicos de manera accidental, habiendo incluso tomado medidas de prevención para ello, por vía sexual o parenteral fuera del ámbito estrictamente sanitario.

Palabras Clave: Exposición Ocupacional; VIH; Profilaxis post-exposición.

Objetivos

- Dar unas pautas de actuación consensuadas con relación al uso la quimioprofilaxis post-exposición y otras medidas, en caso de posible exposición accidental al VIH.
- Describir el seguimiento adecuado de todos los individuos expuestos, en la administración de quimioprofilaxis post-exposición.

Material y métodos

1. Evaluación del riesgo de transmisión

Post-exposición ocupacional:

Riesgo leve-moderado:

- Accidente superficial, sin sangre visible en el instrumento, o con aguja sólida(de sutura), lesión superficial, con guantes.

Riesgo grave:

- Accidente con aguja acanalada, con sangre evidente, o con dispositivo que estuvo colocado en vaso sanguíneo, lesión profunda, con guantes. Contacto con piel o mucosas lesionada.

2. Plan de actuación

- Solicitar serología de VIH, VHB, VHC de la “fuente” siempre que sea posible. En caso de que se demuestre serología negativa de la fuente una vez iniciado el tratamiento, se detendrá éste inmediatamente.
- Iniciar tratamiento en las primeras 72 horas de exposición (preferiblemente antes de las 36 primeras horas en casos de alto riesgo y antes de 2 horas en casos de PPE ocupacional).
- Mantenimiento del tratamiento durante 28 días.

3. Advertencias/precauciones

- Fármacos no recomendados en PPE; Didanosina, Nelfinavir, Tripanovir.

- Fármacos contraindicados en PPE; Neviparina.
- En anemia; sustituir Zidovudina (AZT) por Estavudina (d4T).
- En nefrolitiasis evitar Atazanavir.
- Abacavir; Riesgo elevado de reacciones de hipersensibilidad. Cuantificar HLA-B5701.

4. Seguimiento:

- Hemograma y bioquímica (con función renal y hepática) a las 2, 4, 6, 12, 24 semanas.

Tratamiento

Riesgo leve-moderado (Riesgo de transmisión 1/10.000- 1/15.000):

Emtricitabina (FTC) + Tenofovir (TDF)

(Truvada 200/245 mg cada 24h).

Alternativas: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) (Combivir 300/150 mg cada 12 h). TDF + 3TC. (Viread 245 mg cada 24 h + Epivir 300 mg cada 24 h).

Riesgo grave (Riesgo de transmisión > 1/1.000):

TDF + FTC + IP/Raltegravir (r).

(Truvada 245/200 mg cada 24 h + Isentress 400mg cada 12 h).

Alternativas: AZT + 3TC +IP/r. (Combivir 300/150 mg cada 12 h + Kaletra 200/50 mg 2 comp cada 12h). AZT + 3TC +TDF. (Combivir 300/150mg cada 12h + Viread 245 mg cad 24h)

Conclusiones

- La profilaxis post-exposición (PPE) es una estrategia preventiva, cuya finalidad es evitar la infección por VIH después de haber tenido lugar una cierta o probable exposición al virus.
- De ahí la importancia de la rápida evaluación, actuación y tratamiento. Por ello destacar la necesidad de conocer este protocolo de actuación por parte de enfermería para asesorar y actuar de una forma eficaz.

Bibliografía

1. Alberta Guidelines for Non-Occupational, Occupational and Mandatory Testing and Disclosure Act Post-Exposure Management and Prophylaxis. HIV, Hepatitis B, Hepatitis C and Sexually Transmitted Infections. Alberta Health, Alberta Post-Exposure Management and Prophylaxis Guidelines. January 2013;1.

2. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, Gomaa A, Panlilio AL; US Public Health Service Working Group. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. Infect Control Hosp Epidemiol, 2013 Sep; 34 (9):875-92.

Capítulo 196

Protocolo de vigilancias ante conductas auto y heterolesivas en una unidad de hospitalización breve

Autores:

Rodríguez Pérez, Manuel

Tello Naharro, Vanesa

Ruiz Torija, Laura

Briñas García, Carmen

Ruiz García, Jacinto

PROTOCOLO DE VIGILANCIAS ANTE CONDUCTAS AUTO Y HETEROLESIVAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE.

1. INTRODUCCIÓN

Las conductas auto y heterolesivas pueden comprenderse como comportamientos transnosológicos que, por su riesgo vital y complejidad psicopatológica, requieren de un diagnóstico y manejo médico específicos. Este manejo debe ser conocido tanto por el médico psiquiatra como por facultativos de otras especialidades. Existen varias motivaciones que pueden desencadenar conductas lesivas, entre otras, las que tienen su origen en dificultades específicas relacionadas con el estado mental del paciente. Resulta imperativo identificar la presencia de patologías psiquiátricas desencadenantes, o concomitantes, para orientar el apropiado manejo clínico. Estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas, encuestran que el 21% de los adultos y entre el 30 y el 40% de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque han presentado alguna conducta autolesiva. En estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que del 13 al 29% de los adolescentes y entre el 4 y el 6% de los adultos ha presentado conductas de este tipo al menos una vez en la vida.

2. OBJETIVOS

- Evitar los suicidios y otras autolesiones con fines suicidas.
- Reducir las conductas auto y heterolesivas en general.
- Minimizar los efectos de dichas conductas cuando se hayan producido.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la literatura a través de diversas bases de datos: cuiden, medline, Cochrane teniendo en cuenta como palabras clave: conductas autolesivas, heterolesivas y vigilancia. También se han consultado a grupo de expertos.

4. PROCEDIMIENTO

VIGILANCIA TIPO I

DESCRIPCIÓN

Riesgo grave o inminente de conducta auto y heterolesivas:

Paciente que con mucha probabilidad presentaría de modo próximo en el tiempo una conducta agresiva. Ya sea hacia el mismo, hacia otro paciente o miembro del personal.

Este nivel de cuidado deberá ser aplicado a los pacientes de grado I de riesgo o de riesgo grave.

- El paciente debe estar en todo momento, mientras esté despierto, a la vista del personal sanitario de la Unidad (la enfermera de la planta designará al auxiliar encargado de esta función).
- Requiere habitación de control sin salir o salir acompañado.
- Puede ser necesario el uso de la sedación farmacológica y/o de la inmovilización terapéutica.
- Mientras el paciente esté dormido será visitado cada 1/2 hora por el auxiliar designado (El auxiliar designado rellenará un cuadrante dispuesto a tal fin en donde quedará constancia de la periodicidad del control indicado).

VIGILANCIA TIPO II

DESCRIPCIÓN

Riesgo medio de conducta auto y heterolesivas:

Pacientes que por su psicopatología manifestada en el momento de la evaluación, están considerando la posibilidad de un suicidio. También los pacientes impulsivos y con una reiterada historia de agresividad o aquellos que por su tristeza y angustia muy intensas se encuentran desesperanzados acerca de la mejoría de su enfermedad.

Este nivel de cuidado deberá ser aplicado a los pacientes de grado II de riesgo o de riesgo medio.

- El paciente debe ser visto al menos cada 15'. (la enfermera de la planta designará al auxiliar encargado de esta función. El auxiliar designado rellenará un cuadrante dispuesto a tal fin en donde quedará constancia de la periodicidad del control indicado).
- Es preferible situar al paciente en una de las dos habitaciones de control. Estos pacientes si su clínica es depresiva se benefician de estar en una habitación acompañados; deberá tenerse en cuenta que durante los fines de semana el paciente puede quedar sólo por el permiso de su compañero de habitación.
- El paciente no debe salir de la Unidad salvo indicación expresa de su médico correspondiente.

VIGILANCIA TIPO III

DESCRIPCIÓN

Posibilidad de conductas auto y heterolesivas:

Pacientes que carecen de antecedentes de intentos de suicidio y/o los actos que han llevado a cabo han sido de escaso riesgo para su vida y/o que tampoco cuentan con un historial de episodios agresividad. Habitualmente son pacientes que conservan el juicio de realidad, suelen sufrir una angustia intensa y un marcado histrionismo.

Este nivel de cuidado deberá ser aplicado a los pacientes de grado III de riesgo o pacientes que presenten una posibilidad próxima de conductas de riesgo.

- Deben ser vistos cada 30' (la enfermera de la planta designará al auxiliar encargado de esta función. El auxiliar designado rellenará un cuadrante dispuesto a tal fin en donde quedará constancia de la periodicidad del control indicado).
- Si las habitaciones de control están ocupadas deben ser ubicados en habitaciones acompañados de otros pacientes.
- Pueden participar en Terapia Ocupacional.
- Se aplicarán las normas generales de vigilancia.
- Visitas permitidas en la Unidad.
- No estará permitido el paseo.

5. CONCLUSIONES

TODAS LAS UHB PRESENTAN PACIENTES CON CONDUCTAS AUTO Y HETEROLESIVAS
ESTE PROCEDIMIENTO UNIFICA CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE ESTAS CONDUCTAS
SE REDUCEN CONSIDERABLEMENTE LAS CONDUCTAS AUTO Y HETEROLESIVAS
LAS CONSECUENCIAS DE ESTAS CONDUCTAS SE MINIMIZAN EN UN ALTO PORCENTAJE

6. BIBLIOGRAFÍA

- Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.

- Guía de práctica clínica del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Universidad Autónoma de Madrid.

- Juana Villarreal G., Sonia Jerez C., M. Angélica Montenegro M., Cristian Montes A., Miko Igor M. y Hernán Silva I.

Conductas autolesivas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico

- Plutchick R, Van Praag HM, Conte HR, Ficker S. Correlates of Suicide and Violence Risk: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 30(4): 294-302.

- Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 41(2): 143-52.

Resumen: Las conductas auto y heterolesivas pueden comprenderse como comportamientos transnosológicos que, por su riesgo vital y complejidad psicopatológica. La prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 21% de los adultos y el 30 a 40% de los adolescentes

Objetivos: Evitar los suicidios y otras autolesiones. Reducir las conductas auto y heterolesivas. Reducir y minimizar los efectos de dichas conductas.

Metodología: Se ha realizado una revisión de la literatura a través de diversas bases de datos: cuiden, medline

Conclusiones: Todas las UHB presentan conductas auto y heterolesivas. Se unifican criterios de actuación. Reducción considerable de las conductas auto y heterolesivas.

Palabras Clave: Conductas autolesivas; conductas heterolesivas; vigilancia.

Introducción

Las conductas auto y heterolesivas pueden comprenderse como comportamientos transnosológicos que, por su riesgo vital y complejidad psicopatológica, requieren de un diagnóstico y manejo médico específicos. Este manejo debe ser conocido tanto por el médico psiquiatra como por facultativos de otras especialidades. Existen variadas motivaciones que pueden desencadenar conductas lesivas, las que tienen su origen en dificultades específicas relacionadas con el estado mental del paciente. Resulta imperativo identificar la presencia de patologías psiquiátricas desencadenantes, o concomitantes, para orientar el apropiado manejo clínico. Estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 21% de los adultos y el 30 a 40% de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva. En estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29% de los adolescentes y el 4 a 6% de los adultos ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida.

Objetivos

- Evitar los suicidios y otras autolesiones con fines suicidas.
- Reducir las conductas auto y heterolesivas en general.
- Reducir y minimizar los efectos de dichas conductas cuando se hayan producido.

Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura a través de diversas bases de datos: cuiden, medline, Cochrane teniendo en cuenta como palabras clave conductas autolesivas, heterolesivas y vigilancia. También se han consultado a grupo de expertos.

Protocolo

Vigilancia Tipo 1:

Riesgo grave o inminente de conducta auto y heterolesivas: Paciente que con mucha probabilidad presentaría de modo próximo en el tiempo una conducta agresiva. Ya sea hacia el mismo, hacia otro paciente o miembro del personal.

Este nivel de cuidado deberá ser aplicado en general a los pacientes del grado I de riesgo o de riesgo grave.

- El paciente debe estar en todo momento, mientras esté despierto, a la vista del personal sanitario de la Unidad (la enfermera de la planta designará al auxiliar encargado de esta función).
- Requiere habitación de control sin salir o salir acompañado.
- Puede necesitarse el concurso de la sedación farmacológica y/o de la sujeción mecánica.
- Mientras el paciente esté dormido será visitado cada 1/2 hora por el auxiliar designado (El auxiliar designado rellenará un cuadrante dispuesto a tal fin en donde quedará constancia de la periodicidad del control indicado).

Vigilancia Tipo 2:

Riesgo medio de conducta auto y heterolesivas: Pacientes que por su psicopatología manifestada en el momento de la evaluación, están considerando la posibilidad de un suicidio. También los pacientes impulsivos y con una reiterada historia de agresividad o aquellos que por su tristeza y angustia muy intensas se encuentran desesperanzados acerca de la mejoría de su enfermedad.

Este nivel de medida deberá ser aplicado en general para los pacientes del grado II de riesgo o de riesgo medio.

- El paciente debe ser visto al menos cada 15 minutos; (la enfermera de la planta designará al auxiliar encargado de esta función. El auxiliar designado rellenará un cuadrante dispuesto a tal fin en donde quedará constancia de la periodicidad del control indicado).
- Es preferible situar al paciente en una de las dos habitaciones del control. Estos pacientes si su clínica es depresiva se benefician de estar en una habitación acompañados; deberá tenerse en cuenta que durante los fines de semana el paciente puede quedar sólo por el permiso de su compañero de habitación.
- El paciente no debe salir de la Unidad salvo indicación expresa de su médico correspondiente.

Vigilancia Tipo 3:

Posibilidad de conductas auto y heterolesivas: Pacientes que carecen de antecedentes de intentos de suicidio y/o los actos han sido de escaso riesgo para su vida y/o que tampoco cuentan con un historial de episodios agresividad. Habitualmente son pacientes que conservan el juicio de realidad, suelen sufrir una angustia intensa y un marcado histrionismo.

Este grado de medidas a adoptar se corresponderá con el grado de riesgo III y será aplicado a los pacientes que presenten una posibilidad próxima de conductas de riesgo.

- Deben ser vistos cada 30 minutos; (la enfermera de la planta designará al auxiliar encargado de esta función. El auxiliar designado rellenará un cuadrante dispuesto a tal fin en donde quedará constancia de la periodicidad del control indicado).
- Si las habitaciones del control está ocupadas deben ser situados en habitaciones acompañados de otros pacientes.
- Pueden bajar a laborterapia.

- Se aplicarán las normas generales de vigilancia.
- Visitas en sala. No paseo.

Conclusiones

- Todas las UHB presentan conductas auto y heterolesivas.
- Este procedimiento unifica criterios de actuación ante estas conductas.
- Reducción considerable de conductas auto y heterolesivas.
- Las consecuencias de estas conductas se minimizan en un alto porcentaje.

Bibliografía

1. Guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.
2. *Guías de práctica clínica del SNS*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
3. *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Universidad Autónoma de Madrid.
4. Juana Villarroel G., Sonia Jerez C., M. Angélica Montenegro M., Cristian Montes A., Mirko Igor M. y Hernán Silva I. *Conductas autolesivas en la práctica clínica. Primera parte: Conceptualización y diagnóstico*.

Capítulo 197

Protocolo: Prevención y tratamiento de la caquexia en el paciente oncológico

Autores:

Segovia Félix, José Miguel

Segador Madrid, Elisabeth

Rodríguez López, Rosa María

Sánchez Colmenar, Sonia

Fernández Campos, Gloria

Segovia Félix, Ignacio

PROTOCOLO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Hasta un 80% de los **pacientes oncológicos** pueden presentar **caquexia**, un cuadro de desnutrición y pérdida de peso asociado a la **astenia de la fase terminal**.

El/la paciente no puede alimentarse e hidratarse como lo hacía antes de la enfermedad, lo cual genera una situación de **angustia** tanto en él/ella como en su entorno. A veces se piensa que sin una buena alimentación el/la paciente no podrá luchar adecuadamente contra la enfermedad, lo que supone que a menudo se vea obligado a alimentarse aunque le resulte estresante, superior a sus necesidades o le conlleve un gran esfuerzo.

El **objetivo de este protocolo** se centra en que el/la paciente **potencie el apetito** y comience a comer de forma tranquila y placentera y, además, disminuir la angustia que se produce en su entorno cuando rechaza la comida. Consideramos entonces de **total importancia** abordar esta problemática de forma **multifactorial** para poder actuar sobre estos desencadenantes de la falta de apetito.

METODOLOGÍA

Para poder abordar de forma eficaz la caquexia, conoceremos previamente y de forma resumida los **factores causantes** mediante esta clasificación, y a continuación en el apartado "INTERVENCIONES" mostraremos un **Plan de Cuidados de Enfermería**, tomando la NANDA como referencia. Para la realización de este protocolo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la bibliografía actual así como se ha tenido en cuenta la experiencia profesional de los autores.

FACTORES PSICOSOCIALES

- ANSIEDAD
- DEPRESIÓN
- Soledad
- Ambiente poco acogedor

FACTORES DIGESTIVOS

- Alteración del gusto
- Sequedad de la boca
- Mucositis
- Estreñimiento
- Disfagia
- Náuseas y/o vómitos

FACTORES SECUNDARIOS AL CÁNCER

- DOLOR
- Anemia
- Hipercalemia
- Alteración de la conciencia
- Alteraciones del sueño
- Pérdida muscular

FACTORES ALIMENTARIOS

- Comida poco apetitosa
- Comida abundante

INTERVENCIONES

00002 Desequilibrio nutricional por defecto			
Criterio de resultado: Estado nutricional: ingesta de nutrientes (1009)			
Indicadores de resultado: Ingesta calórica (100901)			
Puntuación inicial: inadecuado (1) a completamente adecuado (5)	-	Puntuación objetivo:	5
Intervenciones a realizar: Manejo de la nutrición (1100); Ayuda para ganar peso (1240).			
Actividades:			
Manejo de la nutrición (1100):			
<ul style="list-style-type: none">• Determinar las preferencias de comidas del paciente.• Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.• Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede.• Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.• Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.• Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.			
Ayuda para ganar peso (1240):			
<ul style="list-style-type: none">• Observar si hay náuseas y vómitos.• Administrar medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer, si es necesario.• Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.• Disponer periodos de descanso, si es necesario.• Proporcionar alimentos adecuados al paciente: dieta general, de masticación fácil, fórmula mezcladas o comerciales por medio de sonda nasogástrica o de gastronomía o nutrición parenteral total, según órdenes médicas.• Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.• Servir las comidas de forma agradable y atractiva.			

00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos			
Criterio de resultado: Hidratación (0602).			
Indicadores de resultado: Ingesta adecuada de líquidos (060215).			
Puntuación inicial: Gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)	-	Puntuación objetivo:	5
Intervenciones a realizar: Manejo de líquidos (4120).			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none">• Administrar líquidos, si procede.• Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.• Controlar la ingesta de alimentos / líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.• Favorecer la ingesta oral.• Administrar la reposición prescrita de líquidos por vía nasogástrica en función de las salidas, según corresponda.			

00118 Trastorno de la imagen corporal R/C enfermedad			
Criterio de resultado: Imagen corporal (1200)			
Indicadores de resultado: Adaptación a cambios en el estado físico (120007) y Adaptación a cambios en la función corporal (120008).			
Puntuación inicial: Nunca positivo (1) a siempre positivo (5).	-	Puntuación objetivo:	5
Intervenciones a realizar: Apoyo emocional (5270); Aumentar el afrontamiento (5230).			
Actividades:			
Apoyo emocional (5270):			
<ul style="list-style-type: none">• Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.• Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.• Proporcionar apoyo al paciente y estimular la interacción social.			
Aumentar el afrontamiento (5230):			
<ul style="list-style-type: none">• Dar apoyo al paciente y ayudar a la familia a que se implique en proporcionárselo.• Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.• Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.			

00147 Ansiedad ante la muerte R/C percepción de proximidad de la muerte			
Criterio de resultado: Muerte confortable (2007)			
Indicadores de resultado: Calma y tranquilidad (200701)			
Puntuación inicial: Gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)	-	Puntuación objetivo:	5
Intervenciones a realizar: Cuidados en la agonía (5260).			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none">• Identificar las prioridades de cuidados del paciente.• Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte.• Permanecer en proximidad física a los pacientes atemorizados.• Minimizar la incomodidad, cuando sea posible.• Respetar la necesidad de intimidad.			

00101 Deterioro generalizado del adulto R/C depresión			
Criterio de resultado: Nivel de depresión (1208)			
Indicadores de resultado: Estado de ánimo deprimido (120801)			
Puntuación inicial: Nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5)	-	Puntuación objetivo:	5
Intervenciones a realizar: Control del estado de ánimo (5330).			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.• Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).• Administrar medicamentos estabilizadores del ánimo.			

00133 Dolor crónico			
Criterio de resultado: Control del dolor (1605).			
Indicadores de resultado: Refiere síntomas al profesional sanitario (160507).			
Puntuación inicial: Nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5).	-	Puntuación objetivo:	5
Intervenciones a realizar: Manejo del dolor (1400); Administración de analgésicos (2210).			
Actividades:			
Manejo del dolor (1400):			
<ul style="list-style-type: none">• Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.• Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.• Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.			
Administración de analgésicos (2210):			
<ul style="list-style-type: none">• Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.• Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.			

00046 Deterioro de la integridad cutánea; 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea			
Criterio de resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).			
Indicadores de resultado: Piel intacta (110113)			
Puntuación inicial: Gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)	-	Puntuación objetivo:	5
Intervenciones a realizar: Vigilancia de la piel (3590).			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none">• Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.• Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.• Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.• Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.			

CONCLUSIONES

Con este Protocolo hacemos hincapié en la necesidad de acompañar las actividades de Enfermería para tratar la caquexia con medidas paliativas del plano **psicosocial**, dado el alto grado de afectación de este nivel tanto en el paciente como en su entorno familiar durante la fase terminal. Una visión **precoz** de los síntomas, **holística** e **interdisciplinar** es fundamental para paliar los efectos finales del cáncer.

Bibliografía

- JOHNSON, Marion. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Tercera Edición. Barcelona: Elsevier; 2012.
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Primera Edición. Madrid: Elsevier; 2012.
- <http://www.mgyf.org/medicinageneral/abril2000/395-402.pdf>
- https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nic_data.php?codnic=5270
- <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/SINTOMASMASFRECUENTESYTRATAMIENTO/Paginas/Dolor.aspx>

Resumen: La caquexia es un cuadro de desnutrición y pérdida de peso que pueden presentar hasta un 80% de los pacientes oncológicos, estando asociado a la astenia de la fase terminal. Este protocolo subraya la necesidad de acompañar las actividades de Enfermería para tratar la caquexia con medidas paliativas del plano psicosocial, dado el alto grado de afectación de este nivel tanto en el paciente como en su entorno familiar. Por lo tanto, una visión precoz de los síntomas, holística e interdisciplinar resulta fundamental para paliar estos efectos.

Palabras Clave: Cáncer; Caquexia; Agonía.

Introducción

El/la paciente oncológico/a no puede alimentarse e hidratarse como lo hacía antes de la enfermedad, lo cual genera una situación de angustia tanto en él/ella como en su entorno. A veces se piensa que sin una buena alimentación el/la paciente no podrá luchar adecuadamente contra su enfermedad, lo que supone que a menudo se vea obligado a alimentarse aunque le resulte estresante, superior a sus necesidades o le conlleve un gran esfuerzo.

Objetivos

Este protocolo desarrolla acciones que se centran en que el/la paciente potencie el apetito y comience a comer de forma tranquila y placentera y, además, disminuir la angustia que se produce en su entorno familiar cuando rechaza la comida. Se considera entonces de total importancia abordar esta problemática de forma multifactorial para poder actuar sobre estos desencadenantes de la falta de apetito.

Materiales y método

Para ello procedemos a conocer los factores causantes de la caquexia. Por un lado contamos con factores psicosociales, principalmente la ansiedad y la depresión, y otros como la soledad o un ambiente poco acogedor. También valoraremos diversos factores digestivos, como la alteración del gusto, la sequedad de la boca, la mucositis, el estreñimiento, la disfagia o las náuseas y los vómitos. En cuanto a los factores secundarios al propio cáncer destaca el dolor, la alteración de la conciencia y la hipercalcemia, entre otros, y además se tendrán en cuenta diversos factores alimentarios como el exceso de comida en la presentación, la comida poco apetitosa, los olores desagradables, etc.

Una vez conocidos algunos de los factores desencadenantes de la caquexia más importantes, podemos desglosar un **Plan de Cuidados de Enfermería**, tomando a la NANDA como referencia. Para la realización de este protocolo se ha realizado una búsqueda exhaustiva en una bibliografía actualizada y también se ha tenido muy en cuenta la experiencia profesional de los autores.

Con el fin de clasificar en 7 bloques el desarrollo de nuestro trabajo, los diferenciaremos a partir de 7 etiquetas diagnósticas, con sus correspondientes criterios de resultado, indicadores de resultado e intervenciones a realizar.

00002 Desequilibrio nutricional por defecto.

Criterio de resultado (CR): Estado nutricional: ingesta de nutrientes (1009).

Indicadores de resultado (IR): Ingesta calórica (100901).

Intervenciones a realizar: Manejo de la nutrición (1100) y Ayuda para ganar peso (1240).

00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

CR: Hidratación (0602).

IR: Ingesta adecuada de líquidos (060215).

Intervenciones: Manejo de líquidos (4120).

00118 Trastorno de la imagen corporal R/C enfermedad.

CR: Imagen corporal (1200).

IR: Adaptación a cambios en el estado físico (120007) y Adaptación a cambios en la función corporal (120008).

Intervenciones: Apoyo emocional (5270) y Aumentar el afrontamiento (5230).

00147 Ansiedad ante la muerte R/C percepción de proximidad de la muerte.

CR: Muerte confortable (2007).

IR: Calma y tranquilidad (200701).

Intervenciones: Cuidados en la agonía (5260).

00101 Deterioro generalizado del adulto R/C depresión.

CR: Nivel de depresión (1208).

IR: Estado de ánimo deprimido (120801).

Intervenciones: Control del estado de ánimo (5330).

00133 Dolor crónico.

CR: Control del dolor (1605).

IR: Refiere síntomas al profesional sanitario (160507).

Intervenciones: Manejo del dolor (1400) y Administración de analgésicos (2210).

00046 Deterioro de la integridad cutánea; 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

CR: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).

IR: Piel intacta (110113).

Intervenciones: Vigilancia de la piel (3590).

Bibliografía

1. Johnson, Marion. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Tercera Edición. Barcelona: Elsevier; 2012.

2. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Primera Edición. Madrid: Elsevier; 2012.

3. Antonio Sacristán Rodea. *Manejo del dolor en el paciente terminal. Tratamiento del dolor oncológico*. SEMERGEN [Internet]. 2004 [citado 4 Ene 2018]. 30 (Supl. 1): 39-45. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-manejo-del-dolor-el-paciente-13066287>.

Capítulo 198

Proyecto "bacteriemia zero", adaptación a las plantas de hospitalización. Mantenimiento y uso del catéter venoso central

Autores:

Jiménez Álvarez, Vicente

Herreros Rosillo, Pedro

Marchante Montero, María Ángeles

Fernández Alonso, Monserrat

Márquez Lara, Ana Belén

Grueso Navarro, Mayte

PROYECTO “BACTERIEMIA ZERO”, ADAPTACIÓN A LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN. MANTENIMIENTO Y USO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVOS

GENERAL: -ESTANDARIZAR las medidas de prevención de las infecciones relacionadas con los CVC (catéter venoso central) en las plantas de hospitalización disminuyendo la morbi-mortalidad. BRC (bacteriemia cero).

ESPECIFICOS

- PREVENIR la entrada de microorganismos en el paciente a través del punto de inserción y de las conexiones
- Conocer los FACTORES DE RIESGO de bacteriemia para evitarlos
- SISTEMATIZAR los cuidados de los catéteres centrales



MATERIAL Y MÉTODO

-Material fungible necesario para el mantenimiento de catéteres

-Proyecto BACTERIEMIAZERO, 1ª edición, 2009. Basado en el proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins (Pronovost et al., N Eng J Med, 2006; 2725:32) impulsado por la OMS, cuyos SEIS pilares fundamentales son: (Categoría IA de evidencia científica)

- **HIGIENE adecuada de manos**
- **Uso de CLORHEXIDINA en la preparación de la piel**
- **MEDIDAS BARRERA total en la inserción del CVC**
- **Preferencia de la VENA SUBCLAVIA**
- **RETIRADA de los CVC no necesarios**
- **Manejo higiénico de pacientes**

-Poner en práctica el PSI (Plan de Seguridad Integral)

1. Evaluar la Cultura de Seguridad (medición basal y periódica)
2. Educar en la Seguridad del Paciente.
3. Identificar errores en la práctica habitual (por los profesionales)
4. Establecer alianzas con la dirección para la mejora de la seguridad
5. Aprender de los errores

CAMBIO DE ELEMENTOS DEL SISTEMA

- Retirada de apósito transparente **7días**
- Cambio apósito gasas..... **48horas**
- Cambio sistemas, llaves y válvulas de inyección..... **72horas**
- Cambio sistemas hematología y lípidos (NPT)..... **24horas**
- Cambio de los sistemas de propofol..... **12horas**
- Cambio de CVC colocado sin técnica aséptica..... **48horas**

- ✓ El apósito **SE CAMBIARÁ** si está despegado, húmedo, sucio
- ✓ **RETIRAR** cualquier **CATÉTER** que no sea absolutamente imprescindible.
- ✓ **PROTEGER APÓSITOS** y conexiones en todas las actividades que puedan suponer un riesgo de contaminación

INTERVENCIONES

INSERCIÓN DEL CATÉTER

- Usar CLORHEXIDINA. dejar secar
- Higiene de manos antes y después.
- Técnica **ESTÉRIL** con barrera (mascarilla, gorro, guantes, y bata estéril)
- **MÍNIMO** número de luces y puertos
- Preferiblemente **SUBCLAVIA**. evitar femoral
- Siempre bajo monitorización.



MANTENIMIENTO Y USO DEL CVC

- **VIGILANCIA** del punto de punción diariamente sin retirar apósitos.
- **MANIPULACIÓN ESTÉRIL**
- **ANOTAR LA FECHA** de colocación
- No aplicar pomadas antibióticas
- Uso de apósitos **TRANSPARENTES**
- Si diaforesis o sangrado, apósito gasa
- No sumergir el catéter en agua
- **MÍNIMO** número de luces y llaves de tres vías
- Evitar uso de agujas para acceso al sistema
- **LUZ ÚNICA** para soluciones lipídicas (NPT, propofol)
- Limpiar los puntos de inyección con alcohol 70° antes de acceder al sistema
- **EVITAR Válvulas de inyección**. Usar sólo por donde se administran bolus.



CONCLUSIÓN

- El uso de las recomendaciones del proyecto “Bacteriemia Zero” en las plantas de hospitalización permite mantener la seguridad de los pacientes portadores de CVC con cuidados basados en la evidencia (ec IA) reduciendo el riesgo de bacteriemias.
- Los problemas relacionados con el CVC se pueden prevenir disminuyendo por tanto la morbi-mortalidad del paciente y aumentando la eficacia y la eficiencia de la atención sanitaria

Resumen: Las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) son uno de los problemas sanitarios en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). No obstante, investigadores de la Universidad Johns Hopkins Safety Research Group (JHU QSRG), en colaboración con Michigan Health & Hospital Association Keystone Center (MHA Keystone) desarrollaron en 2006 una intervención para eliminar casi en su totalidad las BRC en 130 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En 2009 se implementó el proyecto “bacteriemia zero” en España. Adaptando las herramientas y recomendaciones de dicho proyecto, pretendemos aplicarlas de forma estandarizada en el ámbito de la hospitalización para alcanzar la misma calidad asistencial.

Palabras Clave: Central Venous Catheter; Bacteriemia zero project; Hospitalization Service.

Introducción

Con este plan de cuidados pretendemos reunir los datos, recomendaciones e intervenciones recogidas en el proyecto “bacteriemia zero” con el objetivo de maximizar los beneficios de los cuidados del catéter venoso central (CVC) reduciendo la posibilidad de bacteriemias. Para ello, es necesario adaptar dicho proyecto a las posibilidades asistenciales de los servicios de hospitalización.

Objetivos

General

- Estandarizar las medidas de prevención de las infecciones relacionadas con los catéteres centrales en las plantas de hospitalización disminuyendo la morbi-mortalidad.

Específicos

- Prevenir la entrada de microorganismos en el paciente a través del punto de inserción y de las conexiones.
- Conocer los factores de riesgo de bacteriemia para evitarlos.
- Sistematizar y estandarizar los cuidados de los catéteres centrales.

Material y métodos

- Material fungible necesario para el mantenimiento de catéteres: Paños estériles, gasas, clorhexidina, sistemas de infusión, llaves de tres pasos, tapones, válvulas de inyección, jeringas, suero, apósitos transparentes, apósitos de gasa

- Proyecto Bacteriemia Zero, impulsado por la OMS y cuyos 6 pilares fundamentales son:

- Higiene adecuada de manos.
- Uso de Clorhexidina en la preparación de la piel.
- Usar medidas barrera total en la inserción del CVC.
- Preferencia de la vena subclavia como lugar de colocación.

- Retirada de los CVC no necesarios.
 - Maneo higiénico de pacientes.
- Poner en práctica el PSI (Plan de Seguridad Integral), dirigido a profesionales:
1. Evaluar la Cultura de Seguridad (medición basal y periódica).
 2. Educar en la Seguridad del Paciente.
 3. Identificar errores en la práctica habitual (por los profesionales).
 4. Establecer alianzas con la dirección para la mejora de la seguridad.
 5. Aprender de los errores.

Intervenciones

Es imprescindible conocer los **factores de riesgo** que complican el cuidados correcto del CVC, con la finalidad de desarrollar intervenciones para evitarlos y/o disminuir sus consecuencias.

- Inexperiencia del personal que inserta el CVC.
- Técnica no estéril.
- Infección secundaria desde otro lugar.
- Colonización del catéter por Micro-Organismos (MO).
- Cateterización endovenosa superior a 72h.
- Uso de llaves de tres pasos.
- Lugar de inserción.
 - La vena Subclavia tiene menor riesgo de bacteriemia.
 - Las venas yugular y femoral tienen mayor riesgo de bacteriemia.
- Catéteres multilumen.
 - Mayor trauma en el tejido subcutáneo.
 - Más manipulaciones.
 - Más riesgo de contaminación de las conexiones.
- Administración de NPT y lípidos.
- Inapropiada relación enfermera/paciente.

En el proceso de **inserción del catéter** es preciso seguir estas 6 pautas para disminuir el riesgo de bacteriemia:

- Usar Clorhexidina. dejar secar.
- Higiene de manos antes y después.

- Técnica estéril con barrera (mascarilla, gorro, guantes, y bata estéril).
- Mínimo número de luces y puertos.
- Preferiblemente Subclavia evitar femoral y yugular.
- Siempre bajo monitorización.

Del mismo modo en el ***mantenimiento y uso del catéter*** tendremos siempre en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Uso de apósitos transparentes.
- Vigilancia del punto de punción diariamente sin retirar apósitos.
- Manipulación estéril.
- Anotar la fecha de colocación.
- No aplicar pomadas antibióticas.
- Si diaforesis o sangrado limpiar el punto de inserción y usar apósito gasa.
- No sumergir el catéter en agua.
- Mínimo número de luces y llaves de tres vías.
- Evitar uso de agujas para acceso al sistema.
- Luz única para soluciones lipídicas.
- Limpiar los puntos de inyección con alcohol 70º antes de acceder.
- Válvulas de inyección sólo por donde se administran bolus.

Un punto muy importante a tratar en el uso del CVC es la sistematización de los ***cambios de elementos del sistema:***

- Retirada de apósito transparente 7 días.
- Cambio apósito gasas 48 horas.
- Cambio sistemas, llaves y válvulas de inyección.... 72 horas.
- Cambio sistemas hematología y lípidos (NPT)..... 24 horas.
- Cambio de los sistemas de propofol..... 12 horas.
- Cambio de CVC colocado sin técnica aséptica 48 horas.
- El apósito se cambiará si está despegado, húmedo, sucio.
- Retirar cualquier catéter que no sea absolutamente imprescindible.
- Proteger apósitos y conexiones en todas las actividades que puedan suponer un riesgo de contaminación.

Conclusión

- El uso de las recomendaciones del proyecto “Bacteriemia Zero” adaptadas al servicio de hos-

pitalización, al igual que en la UCI, permite mantener la seguridad de los pacientes portadores de CVC frente al riesgo de bacteriemia, gracias a una serie de precauciones, cuidados e intervenciones basadas en la evidencia (ec IA).

- Los problemas relacionados con el CVC se pueden prevenir disminuyendo por tanto la morbimortalidad del paciente y aumentando la eficacia y la eficiencia de la atención sanitaria tanto en la UCI como en el servicio de hospitalización.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [internet]. *España: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*; c2008-2015. Seguridad del paciente.es; [cited 2018 feb 12]; [about 1 screen]; Available from: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>.

2. Peter Pronovost MD. Et al. *An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU*. The New England Journal of Medicine. 2006; 335 (26): 2725-2732.

3. *Guía de prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares*. Versión española adaptada 2003/04, de Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter- Related Infections 2002 CDC- USA.

4. Palomar Martínez M1, Alvarez Lerma F, Riera Badía MA, León Gil C, López Pueyo MJ, Díaz Tobajas C, Sierra Camerino R, Benítez Ruiz L, Agra Varela Y; Grupo de Trabajo del Estudio Piloto «Bacteriemia Zero». *Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Prevention of bacteriemia related with ICU catheters by multifactorial intervention: a report of the pilot study*. Med Intensiva. 2010 Dec;34(9):581-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569110002238?via%3Dihub>.

Capítulo 199

Rabdomiólisis por ejercicio físico intenso

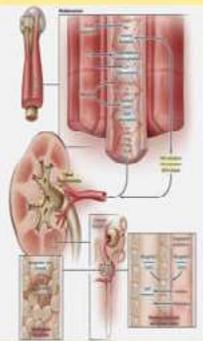
Autora:

López Ramírez, María Dolores

RABDOMIOLISIS POR EJERCICIO FISICO INTENSO

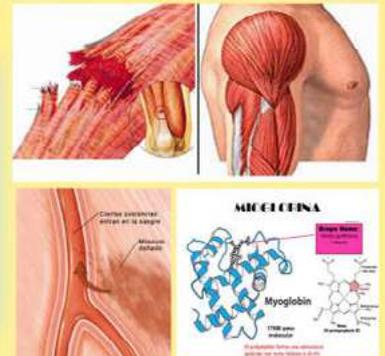
INTRODUCCIÓN

La Rabdomiolisis (RML) es un síndrome caracterizado por la destrucción de músculo esquelético, resultado de un daño muscular directo o de un desbalance energético en el músculo que interfiere en la homeostasis del calcio y en el correcto funcionamiento de la bomba Na/K ATP-asa (de gran importancia para mantener la integridad de la membrana celular), liberándose el contenido intracelular de las fibras musculares (mioglobina, enzimas musculares y electrolitos) al torrente circulatorio, sustancias que son nocivas para la salud. Está causada por: esfuerzo importante durante el ejercicio físico, traumatismos, consumo excesivo de alcohol, etc. Aunque podemos encontrar desde formas asintomáticas hasta cuadros severos, dependiendo de la extensión y severidad del daño muscular; se suele manifestar con dolor muscular, debilidad y orina oscura (color: té o cola).



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 24 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de 6-8 horas de evolución de dolor y tumefacción en antebrazo y brazo izquierdos sin antecedente traumático. Refiere haber realizado esfuerzo físico intenso en gimnasio en los últimos días con ejercicios isométricos de musculación. No orinas pigmentadas, fiebre ni otros síntomas. Al explorarlo se aprecia, en MSI, tumefacción y aumento de contorno a expensas de tejido celular subcutáneo y vientres musculares de bíceps y de musculatura de antebrazo que a la palpación resulta discretamente doloroso. Pulsos distales radiales simétricos y conservados. Se solicita: 1) Analítica (objetiva elevación de enzimas musculares en el contexto de RML aguda); 2) Radiografía (no lesiones óseas); 3) Eco Doppler (muestra signos de edema en tejido celular subcutáneo de predominio en cara anterior y lateral de brazo y antebrazo izquierdos). Se confirma diagnóstico (Dx) de RML; y se establece tratamiento (Tto): hidratación y controles clínicos y analíticos posteriores.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Se realiza por el personal de enfermería:

- Acogida y presentación a su llegada a urgencias (a las 23:00h).
 - Toma de constantes: TA, FC, Tª.
 - Realización de ECG.
 - Canalización de vía venosa periférica.
 - Extracción de sangre para analítica (Hemograma, Bioquímica y Coagulación).
 - Recogida de muestra de orina para analítica (elemental y sedimento).
 - Administración de tratamiento (Tto) pautado:
 - 1º Droal 1 ampolla iv en 100 ml de SF, Pantoprazol 1 vial en bolo.
 - 2º 2000 ml de SF en 1 hora (en este espacio de tiempo realizan Rx de codo y Eco Doppler y se reciben resultados de analítica que muestran RML; instaurándose entonces hidratación más intensa)
 - Monitorización del paciente.
 - 3º 1000 ml de SF en 1 h.
 - 4º 1000 ml de SF en 2 h.
 - 5º 1000 ml de SF en 2 h y 1 ampolla de Seguril iv en bolo.
 - 6º 1000 ml de SF en 3 h.
 - Extracción de analítica de control (a las 9:00h).
 - Administración de Tto pautado: 1000 ml de SF c/2h y 1 ampolla de Seguril iv en bolo.
 - Extracción de analítica de control (a las 17:00h).
- Se realizan sucesivos controles de constantes y de diuresis durante toda su estancia en urgencias. Tras los resultados de última analítica, le dan alta médica con pauta de tratamiento: Ingesta abundante de líquidos, al menos 2-3 litros/día de agua, Furosemida 1 comprimido c/24h y control con analítica en 48h. Se realiza educación sanitaria por parte de enfermería.

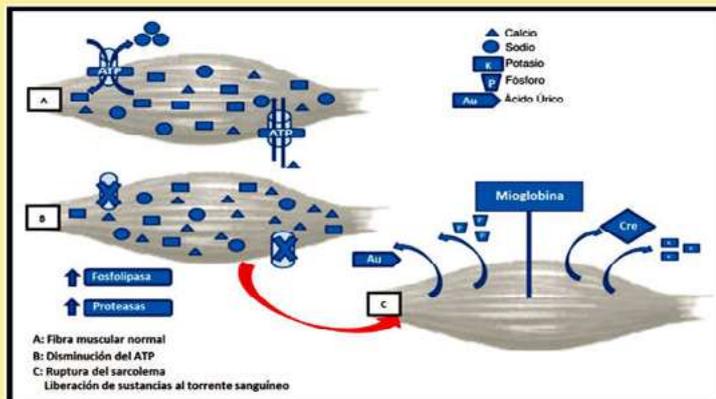


Figura 1. Fisiopatología de la rabdomiolisis. A: Fibra muscular normal, con funcionamiento adecuado de los transportadores en presencia de ATP. B: Fibra muscular sin sustrato energético. C: Acumulación de calcio, ruptura del sarcolema y liberación de sustancias, como la mioglobina, al torrente sanguíneo

CONCLUSIONES

El pronóstico de la RML es muy bueno siempre que el Tto se instaure precozmente, por lo que es muy importante sospecharla, diagnosticarla y tratarla con prontitud, ya que de ello derivará que se resuelva rápidamente o que aparezcan graves complicaciones como IRA o arritmias cardíacas. La sospecha de RML (síntomas que presenta y antecedente de ejercicio intenso previo sin la debida preparación), su confirmación diagnóstica con resultados de analítica (CPK elevadísima y también otras enzimas musculares) y eco Doppler; y la rápida instauración de terapia intensiva y agresiva de hidratación y administración de diuréticos (para que el paciente elimine lo antes posible la mioglobina de su torrente sanguíneo) han hecho posible que el paciente pueda recuperarse.

DISCUSIÓN

- La prevalencia de la RML es mayor en hombres que en mujeres. La mortalidad, si no se trata, puede llegar al 8%.
- Los síntomas son vagos o están ausentes en más del 50% de los pacientes y, a veces, se piensa en agujetas o tendinitis.
- En la 1ª analítica realizada (GOT 156 UI/l, GPT 112 UI/l, LDL 253 UI/l, CPK 7002 UI/l), se constata CPK muy elevada respecto a valores normales (30-200). En 2ª analítica (GOT 91, GPT 85, CPK 3713), tras administración de Tto, los valores de CPK han disminuido significativamente respecto a los que presentaba a su llegada a urgencias. En 3ª analítica (GOT 85, GPT 85, CPK 3183). En 4ª analítica (cuando vuelve a urgencias para nuevo control a las 48h): GOT 50, GPT 76, CPK 1051; tras resultados se le administra 1000 ml de SF iv y se cita para nuevo control con analítica en 4 días manteniendo Tto prescrito al alta.
- Los factores de riesgo para desarrollar RML por ejercicio son: practicarlo en condiciones de humedad y temperatura extremas, sudoración excesiva que origina pérdida de potasio y realizarlo sin estar entrenado o acostumbrado.
- El Dx de RML se realiza tras detectar una elevación en suero de la CPK > a 5 veces el límite superior de la normalidad (> de 1000 UI/l). La concentración de CPK comienza a elevarse aproximadamente a las 2-12h de comenzar el daño muscular y llega al máximo a las 24-72h, tras lo cual comienza a descender. Una elevación persistente de la CPK indica que el daño muscular continúa.
- La mioglobinuria puede ayudar a establecer el Dx (en este caso no se objetiva con el característico color de té o bebida de cola de la orina). La mioglobina en condiciones normales se une a las proteínas plasmáticas y sus valores en plasma son muy bajos. Cuando el daño muscular se produce y la cantidad de mioglobina liberada excede la capacidad de las proteínas plasmáticas de captarla, precipita y causa la obstrucción de los túbulos renales originando una IRA.
- La RML por ejercicio físico está descrita sobre todo tras un esfuerzo físico importante (culturistas, corredores de maratón, etc), siendo más rara con ejercicios de baja intensidad.
- Son útiles medidas preventivas: 1) El entrenamiento progresivo, dirigido por profesionales, 2) evitar esfuerzos extremos para los que no se está preparado, 3) cuidar nuestra hidratación antes, durante y después del ejercicio, 4) no exponerse ni llegar a temperaturas elevadas.
- Diagnosticada la RML resulta de vital importancia: 1) eliminar el agente causante, 2) instaurar precozmente Tto (una rápida y agresiva hidratación mediante sueroterapia iv) y asegurar buena diuresis (con control de la misma y, si es preciso, forzándola con la administración de diuréticos), y, con ello, 3) prevenir las complicaciones (en especial IRA que podría poner en riesgo la vida).
- La fluidoterapia debería mantenerse hasta que los valores de CPK estuviesen por debajo de 1000 UI/l.



Resumen: La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción de músculo esquelético que libera al torrente sanguíneo mioglobina, enzimas musculares y electrolitos nocivos para la salud. En este trabajo se presenta el caso de un joven que acude a urgencias por rabdomiólisis tras días de ejercicio físico intenso en gimnasio. Y se exponen los controles, pruebas diagnósticas y tratamientos a los que se le somete durante su estancia en urgencias.

Sospecharla, diagnosticarla y tratarla con prontitud, con hidratación agresiva mediante sueroterapia y forzando la diuresis, permite que se resuelva rápidamente, lo contrario derivaría en graves complicaciones como insuficiencia renal aguda.

Palabras Clave: Rabdomiólisis; Mioglobina; Ejercicio.

Introducción

La rabdomiólisis (RML) es un síndrome caracterizado por la destrucción de músculo esquelético, resultado de un daño muscular directo, o de un desbalance energético en el músculo, liberándose mioglobina, enzimas musculares y electrolitos al torrente circulatorio. Sustancias que son nocivas para la salud.

Está causada por: esfuerzo importante durante el ejercicio físico, traumatismos, consumo excesivo de alcohol, etc.

Podemos encontrar desde formas asintomáticas hasta cuadros severos. Se suele manifestar con dolor muscular, debilidad y orina oscura.

Observación clínica

Varón de 24 años que acude a urgencias por cuadro de 6-8 horas de evolución de dolor y tumefacción en antebrazo y brazo izquierdos tras esfuerzo físico intenso en gimnasio en los últimos días.

Al explorarlo se aprecia tumefacción y aumento de contorno a expensas de tejido celular subcutáneo, vientres musculares de bíceps y musculatura de antebrazo que a la palpación resulta discretamente doloroso.

Se solicita: 1) Analítica (objetiva elevación de enzimas musculares en el contexto de RML aguda); 2) Radiografía (no lesiones óseas); 3) Eco Doppler (muestra signos de edema en tejido celular subcutáneo de antebrazo y brazo izquierdos).

Se confirma diagnóstico (Dx) de RML. Y se establece tratamiento (Tto): hidratación, controles clínicos y analíticos posteriores.

Plan de cuidados enfermeros

Se realiza por enfermería:

- Acogida y presentación a su llegada a urgencias (23:00 h).
- Toma de constantes: TA, FC, Tª.

- Realización de ECG.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Extracción de sangre para analítica (Hemograma, Bioquímica y Coagulación).
- Recogida de orina para analítica (elemental y sedimento).
- Administración de Tto pautado:
 1. Droal 1 ampolla y Pantoprazol 1 vial iv.
 2. 2000 ml de SF en 1 hora (la analítica muestra RML; instaurándose entonces hidratación más intensa)
- Monitorización del paciente.
 1. 1000 ml de SF en 1 h.
 2. 1000 ml de SF en 2 h.
 3. 1000 ml de SF en 2h y 1 ampolla de Seguril iv en bolo.
 4. 1000 ml de SF en 3h.
- Extracción de analítica a las 9:00 h.
- Administración de: 1000 ml de SF c/2h y 1 ampolla de Seguril iv en bolo.
- Extracción de analítica a las 17:00 h.
- Se realizan sucesivos controles de constantes y diuresis durante toda su estancia en urgencias. Tras últimos resultados de analítica, le dan alta médica con este Tto: Ingesta abundante de líquidos, al menos 2-3 litros/día de agua, Furosemida 1 comprimido c/24h y control con analítica en 48h.
- Educación sanitaria.

Discusión

- La prevalencia de la RML es mayor en hombres que en mujeres. La mortalidad, si no se trata, puede llegar al 8 %.
- Los síntomas son vagos o están ausentes en más del 50% de los pacientes y, a veces, se piensa en agujetas o tendinitis.
- En la 1ª analítica realizada (GOT 156 UI/l, GPT 112 UI/l, LDL 253 UI/l, CPK 7002 UI/l), se constata CPK muy elevada respecto a valores normales (30-200). En 2ª analítica (GOT 91, GPT 85, CPK 3713), tras administración de Tto, los valores de CPK han disminuido significativamente respecto a los que presentaba a su llegada a urgencias. En 3ª analítica (GOT 85, GPT 85, CPK 3183). En 4ª analítica (cuando vuelve a urgencias para nuevo control a las 48h): GOT 50, GPT 76, CPK 1051; tras resultados se le administra 1000 ml de SF iv y se cita para nuevo control con analítica en 4 días manteniendo Tto prescrito al alta.
- Los factores de riesgo para desarrollar RML por ejercicio son: practicarlo en condiciones de humedad y temperatura extremas, sudoración excesiva que origina pérdida de potasio y realizarlo sin estar entrenado o acostumbrado.

- El Dx de RML se realiza tras detectar una elevación en suero de la CPK > a 5 veces el límite superior de la normalidad (> de 1000 UI/l). La concentración de CPK comienza a elevarse aproximadamente a las 2-12h de comenzar el daño muscular y llega al máximo a las 24-72h, tras lo cual comienza a descender.
- La mioglobinuria puede ayudar a establecer el Dx. Cuando se produce daño muscular, la cantidad de mioglobina liberada excede la capacidad de las proteínas plasmáticas de captarla, precipita y causa la obstrucción de los túbulos renales originando una IRA.
- La RML por ejercicio físico está descrita sobre todo tras un esfuerzo físico importante (cultu-ristas, corredores de maratón, etc.).
- Son útiles medidas preventivas: 1) El entrenamiento progresivo, dirigido por profesionales, 2) evitar esfuerzos extremos, 3) cuidar nuestra hidratación antes, durante y después del ejercicio, 4) no exponerse ni llegar a temperaturas elevadas.
- Diagnosticada la RML resulta de vital importancia: 1) eliminar el agente causante, 2) instaurar precozmente Tto (rápida y agresiva hidratación mediante sueroterapia iv) y asegurar buena diuresis (controlándola y, si es preciso, forzándola con diuréticos), y, con ello, 3) prevenir las complicaciones (en especial IRA que podría poner en riesgo su vida).
- La fluidoterapia debería mantenerse hasta que los valores de CPK estuviesen por debajo de 1000 UI/l.

Conclusiones

El pronóstico de la RML es muy bueno siempre que el Tto se instaure precozmente. Sospecharla, diagnosticarla y tratarla con prontitud permitirá que se resuelva rápidamente y no aparezcan graves complicaciones como IRA. La sospecha de RML (síntomas que presenta y antecedente de ejercicio intenso sin la debida preparación), su confirmación diagnóstica con analítica (CPK elevadísima) y eco Doppler; y la rápida instauración de terapia intensiva y agresiva de hidratación y administración de diuréticos (para que elimine lo antes posible la mioglobina de su torrente sanguíneo) han hecho posible que el paciente pueda recuperarse.

Bibliografía

1. http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2009/01/25/182931.php.
2. <http://muysaludable.sanitas.es/deporte/la-rabdomiolisis-causas-sintomas-tratamientos/>.
3. <https://www.sanar.org/enfermedades/rabdomiolisis>.

Capítulo 200

Recogida de orina estéril mediante tapinng en recién nacido

Autora:

Montalvo Bueno, M^a José

RECOGIDA DE ORINA ESTÉRIL MEDIANTE TAPPING EN RECIÉN NACIDOS.

Según la Asociación de Pediatría, el mejor método para diagnosticar una ITU es la recogida de orina mediante el chorro de micción, esto implica una ardua tarea.

Esta recogida se puede realizar mediante 2 técnicas no agresivas; la colocación de una bolsa de orina, pero todos los estudios revisados indican que es un método poco fiable debido a su alto índice de contaminación o maniobras de estimulación vesical en recién nacidos.

OBJETIVOS

- Conocer la técnica de estimulación vesical en recién nacido.
- Adquirir destreza por parte del profesional de enfermería en la realización de la técnica.
- Determinar la viabilidad de la técnica de estimulación vesical, como uno de los métodos más fiables, seguro y rápido.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo por enfermería en Consulta de Pediatría.

El estudio se realiza con 40 niños menores de 30 días, durante 6 meses consecutivos.

Se busca bibliografía en bases de datos.

TÉCNICA

- ✓ El primer paso es alimentar al pecho materno ó lactancia artificial apropiada para la edad y peso del recién nacido.
- ✓ Veinticinco minutos después de la alimentación, se limpiaron los genitales del recién nacido, cuidadosamente con agua tibia y jabón y secaron con gasa estéril.
- ✓ Un recolector estéril se colocó cerca del recién nacido con el fin de evitar la pérdida de muestras de orina.
- ✓ Antes de realizar la técnica, se administró analgesia no farmacológica, tal como succión no nutritiva (chupete) ó jarabe de sacarosa al 2%, para evitar / disminuir el llanto.
- ✓ Sostener al neonato debajo de sus axilas, con sus piernas colgando (A).
- ✓ Se inicia la estimulación de la vejiga, que consiste en golpecitos suaves en la zona suprapúbica a una frecuencia de 100 golpes por minuto durante 30 seg. (A).
- ✓ También se estimula la zona paravertebral lumbar, zona baja de la espalda con un ligero masaje circular durante 30 seg. (B)
- ✓ Ambas maniobras de estimulación se repiten hasta que se inicie la micción, y una muestra de orina de mitad del chorro puede ser recogida en un recolector estéril.(C).

❖ El procedimiento consisten en estimular el reflejo medular de arco simple, de contracción del músculo detrusor, que es innervado por los nervios parasimpáticos pélvicos. En individuos continentes este reflejo es inhibido por control cortical.

❖ Esta técnica consiste de una combinación de ingesta de líquidos y maniobras de estimulación de la vejiga no invasivas.

RESULTADOS

“Se considera un éxito si se consigue orina en menos de cinco minutos”.

Los resultados fueron que en un 89% de los recién nacidos se recogió muestra de orina en menos de 1 minuto.



CONCLUSIONES

La técnica se demuestra efectiva, segura y rápida una vez que se realiza por personal entrenado. Aunque el estudio se ha llevado a cabo solo en recién nacidos, posiblemente también puede ser aplicado a lactantes y niños pequeños incontinentes.

Resumen: Según la Asociación de Pediatría, el mejor método para diagnosticar una ITU es la recogida de orina mediante el chorro de micción, esto implica una ardua tarea.

Esta recogida se puede realizar mediante 2 técnicas no agresivas; la recogida de orina a chorro en niños mediante maniobras de estimulación vesical en recién nacidos y la colocación de una bolsa de orina, pero todos los estudios revisados indican que este último método es poco fiable debido a su alto índice de contaminación.

Palabras Clave: Estimulación vesical; Recogida orina en recién nacido; Tapping.

Objetivos

- Conocer la técnica de estimulación vesical en recién nacido.
- Adquirir destreza por parte del profesional de enfermería en la realización de la técnica.
- Determinar la viabilidad de la técnica de estimulación vesical, como uno de los métodos más fiables, seguro y rápido.

Metodología

- Estudio descriptivo transversal llevado a cabo por enfermería en consulta de Pediatría.
- El estudio se realiza con 40 niños menores de 30 días, durante 6 meses consecutivos.
- Se busca bibliografía en bases de datos.

Técnica

- El procedimiento consisten en estimular el reflejo medular de arco simple, de contracción del músculo detrusor, que es inervado por los nervios parasimpáticos pélvicos. En individuos continentales este reflejo es inhibido por control cortical.
- Esta técnica consiste de una combinación de ingesta de líquidos y maniobras de estimulación de la vejiga no invasivas .
- El primer paso es alimentar al pecho materno ó lactancia artificial apropiada para la edad y peso del recién nacido.
- Veinticinco minutos después de la alimentación, se limpiaron los genitales del recién nacido, cuidadosamente con agua tibia y jabón y secaron con gasa estéril.
- Un recolector estéril se colocó cerca del recién nacido con el fin de evitar la pérdida de muestras de orina.
- Antes de realizar la técnica , se administró analgesia no farmacológica , tal como succión no nutritiva (chupete) ó jarabe de sacarosa al 2 %, para evitar / disminuir el llanto.
- Sostener al neonato debajo de sus axilas , con sus piernas colgando (A).
- Se inicia la estimulación de la vejiga, que consiste en golpecitos suaves en la zona suprapúbica a una frecuencia de 100 golpes por minuto durante 30 seg.

- También se estimula la zona paravertebral lumbar, zona baja de la espalda con un ligero masaje circular durante 30 seg.
- Ambas maniobras de estimulación se repiten hasta que se inicie la micción, y una muestra de orina de mitad del chorro puede ser recogida en un recolector estéril.

Resultados

“Se considera un éxito si se consigue orina en menos de cinco minutos”.

Los resultados fueron que en un 89% de los recién nacidos se recogió muestra de orina en menos de 1 minuto.

Conclusiones

La técnica se demuestra efectiva, segura y rápida una vez que se realiza por personal entrenado. Aunque el estudio se ha llevado a cabo solo en recién nacidos, posiblemente también puede ser aplicado a lactantes y niños pequeños incontinentes.

Bibliografía

1. Ramage IJ, Chapman JP, Hollman AS, Elabassi M, McColl JH, Beattie TJ. *Accuracy of clean-catch urine collection in infancy*. J Pediatr, 135 (1999), pp. 765-7
2. *Archives of Disease in Childhood*: Herreros Fernández ML, et al. Arch Dis Child 2013;98:27-29. doi:10.1136/archdischild-2012-301872 27
3. Verrier K, Banerjee J, Boddy SA, et al., National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Guideline Development Group. *Urinary tract infection in children: Diagnosis, treatment and long-term management*. Clinical guideline. 2007:44-8.
4. Hiting P, Westwood M, Bojke L, et al. *Clinical effectiveness and cost-effectiveness of tests for the diagnosis and investigation of urinary tract infection in children: A systematic review and economic model*. Health Technol Asses 2006;10:1-154.
- 5 Prasad RS, Smith SJ, Wright H. *Lower abdominal pressure versus external bladder stimulation to aid bladder emptying in multiple sclerosis: A randomized controlled study*. Clin Rehabil 2003;17:42-7.

Capítulo 201

Reconstrucción de quemadura de 3^{er} grado. Integra

Autores:

Fernández-Infantes Rodríguez, Sara

Rodrigo García, Rosa María

Hernández de Castro, María Cristina

Fúnez Ruiz del Valle, Eva María

Merlo Ormeño, Alicia

Puñal Ortega, Eva

RECONSTRUCCIÓN QUEMADURA DE 3º GRADO.

Integra®

AUTORES:

Introducción:

Las quemaduras térmicas son las producidas por contacto de llamas, fuego u otras fuentes de calor. Pueden llegar a provocar quemaduras de segundo y tercer grado con graves secuelas.

En ocasiones es necesaria la utilización de injertos, cuyo objetivo es la prevención de complicaciones derivadas de la pérdida de continuidad de la piel y las deformidades producidas por una mala cicatrización. En algunos casos se utiliza la INTEGRA, consiste en una matriz de colágeno y glicosaminoglicanos, porosa, de origen bovino, que proporciona el andamiaje para la invasión celular y el crecimiento capilar.



Observación clínica:

Mujer de 80 años, con quemadura térmica de tercer grado en cara lateral de pie izquierdo con necrosis completa de 5º dedo y parcial en cara lateral de 4º y 1º dedo.

AP: Diabética en tratamiento con insulina. Hepatectomía izquierda por colangiocarcinoma en 2009. FA con tratamiento, hace 2 años se retira el sintrón. Motivo del ingreso: cirugía programada para reconstrucción.

Tipo de intervención: Desbridamiento + integra + amputación 5º dedo

Técnica: Escarectomía hasta plano sano. Amputación hasta 5º dedo incluyendo cabeza 5º metatarsiano. Desbridamiento hasta plano sano en cara lateral de 4º dedo y distal de 1º dedo. Hemostasia. Avance de capsula articular y tejidos blandos para cobertura de muñón de amputación. Cobertura cara lateral pie con dermis artificial (INTEGRA). Resto cura por segunda intención.

Conclusión:

- El uso de dermis artificial puede ocupar ya un lugar dentro de los procedimientos quirúrgicos en cirugía plástica.
- La facilidad de la manipulación y los buenos resultados estéticos obtenidos, hacen que a pesar de las posibles complicaciones tenga que ser considerada como un sustituto ideal en múltiples patologías.



Discusión:

Además de para tratar a pacientes quemados, la dermis artificial se ha aplicado para el tratamiento de avulsiones, fascitis necrotizantes, defectos cutáneos secundarios a refección tumoral, heridas agudas o crónicas con pérdida de sustancia y como relleno de estructuras profundas.

Para el desarrollo adecuado de la técnica quirúrgica aplicada al uso de **Integra®** son fundamentales tanto la hemostasia meticulosa del lecho quirúrgico como la extirpación completa de las zonas lesionadas. Son también importantes la perfecta adaptación de la dermis a su lecho evitando la formación de arrugas y la vigilancia diaria, especialmente la primera semana, para vaciar las pequeñas acumulaciones de líquido que se forman bajo la capa de silicona.

Después de 2-4 semanas, el color anaranjado de la dermis artificial indica que el colágeno bovino ha sido reemplazado por las células y el colágeno del paciente. En este momento se sustituye la capa de silicona por un injerto de piel parcial tan fina como permita el dermatomo eléctrico.

Las complicaciones más importantes son las infecciones y las derivadas del sangrado del lecho quirúrgico.

Las ventajas de su uso son, simultanear las técnicas convencionales de escarectomía e injerto sin que aumente la estancia media en los grandes quemados. Proporciona un cierre inmediato a la herida evitando pérdidas de líquidos y electrolitos y disminuyendo la reacción inflamatoria, protege frente a la invasión bacteriana, permite cambios indolores de vendajes, ofrece posibilidad de fisioterapia y movilización precoces y garantiza un mejor aspecto estético final.

Diagnósticos de enfermería (NANDA).	Criterios de resultado (NOC).	Intervenciones de enfermería (NIC).
00146 Ansiedad r/c con el cambio del estado de salud.	1402 Control de la ansiedad.	5820 Disminución de la ansiedad 1850 Fomentar el sueño 5616 Enseñanza: tratamientos prescritos
00085 Deterioro de la movilidad física r/c Malestar y dolor.	0208 Nivel de movilidad. 1811 Conocimiento actividad prescrita.	1400 Manejo del dolor. 5612 Enseñanza: Actividad/Ejercicio prescrito. 0221 Terapia de ejercicios. Deambulación.
00132 Dolor agudo.	002102 Nivel del dolor. 2101 Dolor: Efectos nocivos.	001400 Manejo del dolor. 2210 Administración de analgesia. 1880 Ayuda al autocuidado.
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c -Alteración de la sensibilidad. -Alteración del estado metabólico.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1102 Curación de la herida: por primera intención.	3480 Monitorización de la extremidades inferiores. 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico. 3660 Cuidados de las heridas. 4070 Precauciones circulatorias. 3590 Vigilancia de la piel. 5618 Enseñanza: Procedimiento/tratamiento. 6540 Control de infecciones. 6550 Protección contras las infecciones.

Resumen: Hacer conocer una nueva técnica de injertos dérmicos artificiales, la llamada **Integra**, que consiste en una matriz de colágeno y glicosaminoglicanos, de origen bovino que actualmente se utiliza para la reconstrucción de múltiples patologías de la piel (avulsiones, fascitis necrotizantes, defectos cutáneos secundarios a refección tumoral, heridas agudas o crónicas con pérdida de sustancia).

En este caso exponemos la técnica y cuidados realizados en la aplicación de dicho injerto a una paciente con una quemadura de 3^{er} grado y los excelentes resultados obtenidos.

Palabras Clave: Quemaduras.; Injertos.; Piel artificial.

Introducción

Las quemaduras térmicas son las producidas por contacto de llamas, fuego u otras fuentes de calor. Pueden llegar a provocar quemaduras de segundo y tercer grado con graves secuelas.

En ocasiones es necesaria la utilización de injertos, cuyo objetivo es la prevención de complicaciones derivadas de la pérdida de continuidad de la piel y las deformidades producidas por una mala cicatrización. En algunos casos se utiliza la INTEGRA, consiste en una matriz de colágeno y glicosaminoglicanos, porosa, de origen bovino, que proporciona el andamiaje para la invasión celular y el crecimiento capilar.

Observación clínica

- Mujer de 80 años, con quemadura térmica de tercer grado en cara lateral de pie izquierdo con necrosis completa de 5º dedo y parcial en cara lateral de 4º y 1º dedo.
- AP: Diabética en tratamiento con insulina. Hepatectomía izquierda por colangiocarcinoma en 2009. FA con tratamiento, hace 2 años se retira el sintrón.
- Motivo del ingreso: Cirugía programada para reconstrucción.
- Tipo de intervención: Desbridamiento + integra + amputación 5º dedo.
- Técnica: Escarectomía hasta plano sano. Amputación hasta 5º dedo incluyendo cabeza 5º metatarsiano. Desbridamiento hasta plano sano en cara lateral de 4º dedo y distal de 1º dedo. Hemostasia. Avance de capsula articular y tejidos blandos para cobertura de muñón de amputación. Cobertura cara lateral pie con dermis artificial (INTEGRA). Resto cura por segunda intención.

Discusión

Además de para tratar a pacientes quemados, la dermis artificial se ha aplicado para el tratamiento de avulsiones, fascitis necrotizantes, defectos cutáneos secundarios a refección tumoral, heridas agudas o crónicas con pérdida de sustancia y como relleno de estructuras profundas.

Para el desarrollo adecuado de la técnica quirúrgica aplicada al uso de Integra® son fundamentales tanto la hemostasia meticulosa del lecho quirúrgico como la extirpación completa de las zonas lesionadas. Son también importantes la perfecta adaptación de la dermis a su lecho evitando la formación de arrugas y la vigilancia diaria, especialmente la primera semana, para vaciar las pequeñas acumulaciones de líquido que se forman bajo la capa de silicona.

Después de 2-4 semanas, el color anaranjado de la dermis artificial indica que el colágeno bovino ha sido reemplazado por las células y el colágeno del paciente. En este momento se sustituye la capa de silicona por un injerto de piel parcial tan fina como permita el dermatomo eléctrico.

Las complicaciones más importantes son las infecciones y las derivadas del sangrado del lecho quirúrgico.

Las ventajas de su uso son, simultanear las técnicas convencionales de escarectomía e injerto sin que aumente la estancia media en los grandes quemados. Proporciona un cierre inmediato a la herida evitando pérdidas de líquidos y electrolitos y disminuyendo la reacción inflamatoria, protege frente a la invasión bacteriana, permite cambios indoloros de vendajes, ofrece posibilidad de fisioterapia y movilización precoces y garantiza un mejor aspecto estético final.

Plan de cuidados

Diagnósticos de enfermería (NANDA).

- 00146 Ansiedad r/c con el cambio del estado de salud.
- 00085 Deterioro de la movilidad física r/c malestar y dolor.
- 00132 Dolor agudo.
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c
 - Alteración de la sensibilidad.
 - Alteración del estado metabólico.

Criterios de resultado (NOC).

- 1402 Control de la ansiedad.
- 0208 Nivel de movilidad.
- 1811 Conocimiento actividad prescrita.
- 002102 Nivel del dolor.
- 2101 Dolor: Efectos nocivos.
- 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.
- 1102 Curación de la herida: por primera intención.

Intervenciones de enfermería (NIC).

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 1850 Fomentar el sueño
- 5616 Enseñanza: Tratamientos prescritos
- 1400 Manejo del dolor.
- 5612 Enseñanza: Actividad/Ejercicio prescrito.

- 0221 Terapia de ejercicios. Deambulación.
- 001400 Manejo del dolor.
- 2210 Administración de analgesia.
- 1880 Ayuda al autocuidado.
- 3480 Monitorización de la extremidades inferiores.
- 3584 Cuidados de la piel: Tratamiento tópico.
- 3660 Cuidados de las heridas.
- 4070 Precauciones circulatorias.
- 3590 Vigilancia de la piel.
- 5618 Enseñanza: Procedimiento/tratamiento.
- 6540 Control de infecciones.
- 6550 Protección contras las infecciones.

Conclusión

- El uso de dermis artificial puede ocupar ya un lugar dentro de los procedimientos quirúrgicos en cirugía plástica.
- La facilidad de la manipulación y los buenos resultados estéticos obtenidos, hacen que a pesar de las posibles complicaciones tenga que ser considerada como un sustituto ideal en múltiples patologías.

Bibliografía

1. Ehrenreich M, Ruszczak Z. *Update on dermal substitutes*. Acta Dermatovenerol Croat, 14 (2006), pp. 172-187
2. González I, Torrero J, Martín P, Gabilondo F. *Combined use of negative pressure wound therapy and integra to treat complex defects in lower extremities after burns*. Ann Burns Fire Disasters, 26 (2013), pp. 90-93
3. Lagus H, Sarlomo-Rikala M , Böhling T, Voula J. *Prospective study on burns treated with Integra a cellulosa sponge and split thickness akin graft comparativeclinical and histological study-Ramdomized controlledtrial*. Burns,39 (2013),pp 1577-1587.
4. Oasis Wound Matrix Web site. 2010. Available at: <http://www.oasiswoundmatrix.com> (Accessed May 23, 2010).

Capítulo 202

Recuperación de las fracturas de cadera relacionada con el deterioro cognitivo

Autores:

García Landete, Marta

Martínez Arana, Marta

Martínez Arana, Diego

Recuperación de las fracturas de cadera relacionada con el Deterioro Cognitivo

Introducción:

La incidencia de la fractura de cadera (frc) es de un 90% en mayores de 50 años, con una media de 80 años, siendo más afectadas las mujeres y 3 veces más si se está institucionalizado.

Es evidente por el acortamiento y rotación externa de la extremidad y suele existir dolor e impotencia funcional. El test de Pfeiffer es el más utilizado para clasificar el deterioro cognitivo considerando que una persona se encuentra:

- Sin deterioro cognitivo (0-2 errores)
- Leve- moderado (3-7 errores)
- Grave (8-10 errores).

La disfunción cognitiva más frecuente es la demencia.

Objetivo:

El objetivo de este estudio es comprobar como influye el deterioro cognitivo en la recuperación de la autonomía tras una frc, comparando aquellos residentes que recuperan la capacidad funcional en relación a su estado cognitivo.

Material y Método:

Se realiza un estudio longitudinal prospectivo durante dos años en una residencia de ancianos.

Los criterios de inclusión son:

1. Todos aquellos residentes que sufren una frc durante su estancia en la residencia.
2. Residentes que han ingresado en ésta para recuperarse (estancia temporal).
3. Todos ellos deambulaban de forma independiente antes de sufrir la frc.

El total de residentes que participa en el estudio es de 15 aunque uno fallece antes de los dos años que dura.

Se les pasa el Test de Pfeiffer antes de comenzar la rehabilitación y se crean 3 categorías: los que no presentan deterioro cognitivo (6 residentes), los que presentan deterioro cognitivo leve-moderado (3) y los de deterioro grave (5).

El tratamiento rehabilitador es individualizado, diario y específico para cada tipo de frc y residente.

Resultados:

- Residentes (R) sin deterioro cognitivo:

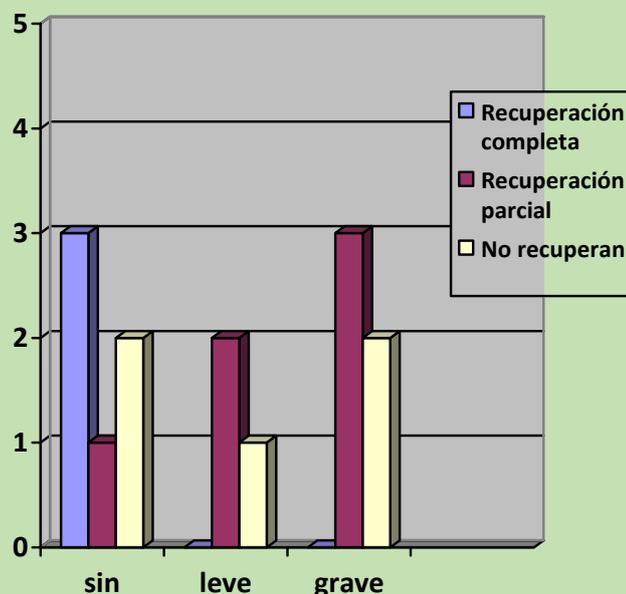
- 3 recuperan la deambulación independiente.
- 1 necesita ayuda en la deambulación (paralelas).
- 2 no recuperan.

- R con deterioro cognitivo leve-moderado;

- ninguno recupera deambulación independiente
- 2 necesitan ayuda (1 andador con supervisión; 1 paralelas)
- 1 no recupera.

-R con deterioro cognitivo grave:

- ninguno recupera deambulación independiente
- 3 necesitan ayuda (1 andador con supervisión y 2 paralelas)
- 2 no recuperan.



Conclusiones:

El deterioro cognitivo constituye uno de los factores de riesgo en la recuperación de la frc, ya que la recuperación de la marcha se ha visto comprometida en aquellos residentes que presentaban mayor deterioro cognitivo, frente a los que no, ya que el hecho de presentar deterioro influye en la participación de los pacientes en la rehabilitación y consecuentemente en la recuperación o pérdida de su autonomía. Si bien es cierto, no es el único factor que contribuye en la recuperación, ya que otros factores como la comorbilidad, el tiempo transcurrido entre la frc y la cirugía, incluso la edad, entre otros, pueden afectar a la recuperación.

Resumen:

Introducción: La incidencia de la fractura de cadera (frc) es de un 90% en mayores de 50 años. El test de Pfeiffer clasifica el deterioro cognitivo (DC). Objetivo: Cómo influye el DC en la recuperación de la autonomía tras una frc. Material y método: Estudio longitudinal prospectivo. Total de residentes (R): 15; uno fallece. Se pasa el Test de Pfeiffer antes de la rehabilitación. Estableciéndose 3 categorías: sin DC (6), DC leve-moderado (3), DC grave (5). Resultados: Se observó que a mayor DC peor era la recuperación. Conclusiones: El DC constituye uno de los factores de riesgo en la recuperación de la frc.

Palabras Clave: Demencia; Test de Pfeiffer; Deambulacion.

Introducción

La incidencia de la fractura de cadera (frc) es de un 90% en mayores de 50 años, con una media de 80 años, siendo más afectadas las mujeres y 3 veces más si se está institucionalizado.

La clínica que acompaña a la frc es un evidente acortamiento y rotación externa de la extremidad; además de dolor e impotencia funcional.

Hay multitud de tests para valorar el estado cognitivo de una persona.

El test de Pfeiffer es el más utilizado para clasificar éste considerando que una persona se encuentra:

- Sin deterioro cognitivo (0-2 errores).
- Leve-moderado (3-7 errores).
- Grave (8-10 errores).

La disfunción cognitiva más frecuente es la demencia. Ésta según la OMS(Organización Mundial de la Salud) es un “síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación”.

Objetivo

El objetivo de este estudio es comprobar cómo influye el deterioro cognitivo en la recuperación de la autonomía tras una frc, comparando aquellos residentes que recuperan la capacidad funcional en relación a su estado cognitivo.

Material y método

Se realiza un estudio longitudinal prospectivo durante dos años en una residencia de ancianos.

Los criterios de inclusión son:

1. Todos aquellos residentes que sufren una frc durante su estancia en la residencia.

2. Residentes que han ingresado en ésta para recuperarse (estancia temporal).
3. Todos ellos deambulaban de forma independiente antes de sufrir la frc.

El total de residentes que participa en el estudio es de 15 aunque uno fallece antes de los dos años que dura.

Se les pasa el Test de Pfeiffer antes de comenzar la rehabilitación y se crean 3 categorías: los que no presentan deterioro cognitivo (6 residentes (R)), los que presentan deterioro cognitivo leve-moderado (3) y los de deterioro grave (5).

El tratamiento rehabilitador es individualizado, diario y específico para cada tipo de frc y residente.

Resultados

- R sin deterioro cognitivo:

- 3 Recuperan la deambulación independiente.
- 1 Necesita ayuda en la deambulación (paralelas).
- 2 No recupera.

- R con deterioro cognitivo leve-moderado;

- Ninguno recupera deambulación independiente.
- 2 Necesitan ayuda (1 andador con supervisión; 1 paralelas).
- 1 No recupera.

-R con deterioro cognitivo grave:

- Ninguno recupera deambulación independiente.
- 3 Necesitan ayuda (1 andador con supervisión y 2 paralelas).
- 2 No recuperan.

Conclusiones

El deterioro cognitivo constituye uno de los factores de riesgo en la recuperación de la frc, ya que la recuperación de la marcha se ha visto comprometida en aquellos residentes que presentaban mayor deterioro cognitivo, frente a los que no, ya que el hecho de presentar deterioro influye en la participación de los pacientes en la rehabilitación y consecuentemente en la recuperación o pérdida de su autonomía. Si bien es cierto, no es el único factor que contribuye en la recuperación, ya que otros factores como la comorbilidad, el tiempo transcurrido entre la frc y la cirugía, incluso la edad, entre otros, pueden afectar a la recuperación.

Bibliografía

1. Parker M, Johansen A. *Hip Fracture*. BMJ 2006; 333: 27-30.
2. Pfeiffer E. *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients*. J Am Geriatr Soc 1975 oct;23 (10);433-41.
3. Dauge L, Jae J, Ji J, Sang K. *Prognostic Factors Predicting Early Recovery od Pre-Fracture Functional Mobility*.

Capítulo 20

Relación entre la duración de la segunda etapa del parto y la anemia postparto

Autora:

Infante Torres, Nuria

Relación entre la duración de la segunda etapa del parto y la anemia postparto

Introducción

- Segunda etapa del parto o periodo expulsivo ⇒ Transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal.
- Anemia postparto ⇒ Valores de hemoglobina < 11 g/dL durante la primera semana postparto.
- Parto prolongado ⇒ Agotamiento uterino ⇒ Atonía uterina ⇒ Hemorragia postparto ⇒ Anemia postparto.
- Objetivo segunda etapa del parto ⇒ Lograr un parto vaginal, asegurando el bienestar materno y neonatal.
- Duración ideal de la segunda etapa del parto ⇒ No está claramente definida.

Objetivo

→ Conocer la relación entre la duración de la segunda etapa del parto y la anemia postparto en el parto eutócico y establecer, si se encontrara tal asociación, el punto temporal a partir del cual existe mayor riesgo y que podría ser útil para orientar a los profesionales en la práctica clínica.

Metodología

- Estudio observacional, analítico, de cohortes retrospectivo sobre 3437 mujeres con parto eutócico en el Hospital "X" durante 2013 – 2016.
- Fuentes de información: Historias clínicas de las mujeres y los datos de laboratorio.
- Análisis estadísticos: Análisis univariante de los potenciales factores predictivos y análisis multivariante por medio de regresión logística binaria para el control de sesgos de confusión.

Gráfico 1. Selección de los sujetos objeto de estudio

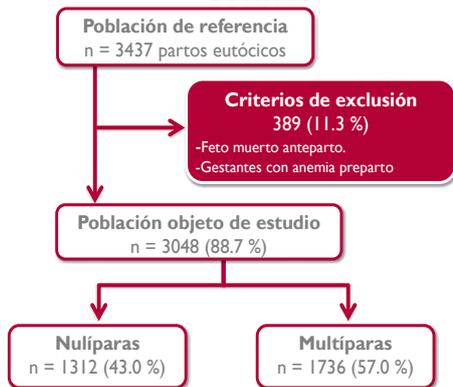


Gráfico 2. Relación entre la duración del expulsivo y la anemia postparto. Análisis univariante

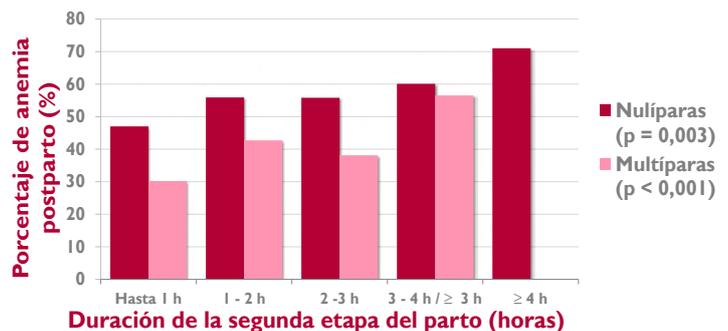


Tabla 1: Análisis multivariante para anemia postparto en nulíparas

Variablen	OR (IC 95%)	Valor p
Edad materna (CR: < 35 años)		
≥ 35 years	1.65 (1.13 – 2.40)	0.009
Inducción del parto (CR: No inducción)		
Si	0.72 (0.55 – 0.95)	0.018
Alumbramiento dirigido (CR: No)		
Si	0.59 (0.47 – 0.75)	<0.001
Episiotomía (CR: No)		
Si	2.32 (1.78 – 3.03)	<0.001
Desgarro perineal (CR: No desgarro)		<0.001
Desgarro 1º y 2º grado	1.96 (1.41 – 2.71)	<0.001
Desgarro 3º y 4º grado	2.67 (0.78 – 9.18)	0.119
Analgesia epidural (CR: No)		
Si	1.77 (1.10 – 2.84)	0.018
Edad gestacional (CR: < 37 semanas)		
37 – 41 semanas	1.63 (0.94 – 2.83)	0.079
> 41 semanas	2.33 (1.23 – 4.41)	0.009
Duración primera etapa del parto (CR: Hasta 3h)		0.001
3 – 6 horas	1.54 (1.15 – 2.06)	0.004
6 – 9 horas	1.96 (1.37 – 2.79)	<0.001
> 9 horas	1.98 (1.26 – 3.13)	0.003
Segunda etapa del parto prolongada (> 4 horas) (CR: ≤ 4 horas)		
> 4 horas	2.07 (0.92 – 4.63)	0.078

CR: Categoría de referencia

Tabla 2: Análisis multivariante para anemia postparto en multiparas

Variablen	OR (IC 95%)	Valor p
Alumbramiento dirigido (CR: No)		
Si	0.58 (0.47 – 0.71)	<0.001
Episiotomía (CR: No)		
Si	1.86 (1.42 – 2.43)	<0.001
Desgarro perineal (CR: No desgarro)		<0.001
Desgarro 1º y 2º grado	1.63 (1.28 – 2.07)	<0.001
Desgarro 3º y 4º grado	4.61 (1.08 – 19.75)	0.040
Cesárea anterior (CR: No)		
Si	2.22 (1.58 – 3.13)	<0.001
Peso del recién nacido (CR: < 2500gr)		0.023
2500 – 3999 gr	0.98 (0.55 – 1.72)	0.932
> 4000 gr	1.73 (0.87 – 3.44)	0.116
Duración primera etapa del parto (CR: Hasta 3h)		0.017
3 – 6 horas	1.31 (1.04 – 1.64)	0.020
6 – 9 horas	1.43 (0.92 – 2.09)	0.062
> 9 horas	1.96 (1.06 – 3.62)	0.032
Segunda etapa del parto prolongada (> 3 horas) (CR: ≤ 3horas)		
> 3 horas	2.43 (1.30 – 4.52)	0.005

CR: Categoría de referencia

Resultados

Conclusiones

- Una duración de la segunda etapa del parto mayor a 4 horas en nulíparas no presenta mayor riesgo de anemia postparto.
- En multiparas sí que hay un mayor riesgo de anemia postparto cuando la duración de la segunda etapa del parto es mayor a 3 horas.
- En este último grupo sería recomendable aumentar la vigilancia en el postparto inmediato e implementar medidas preventivas como el manejo activo de la tercera etapa del parto o la suplementación con ferroterapia en aquellas mujeres con anemia preparto.

Resumen: *Objetivo: Valorar la relación entre la duración de la segunda etapa del parto y la anemia postparto en parto eutócico.*

Metodología: Estudio observacional, analítico, de cohortes retrospectivo en el Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan, durante el periodo 2013 - 2016. La población estuvo constituida por 3437 mujeres con parto eutócico. Se empleó análisis univariante y multivariante.

Resultados: El riesgo de anemia postparto no aumenta en nulíparas con una segunda etapa del parto mayor a 4 horas. Sin embargo, en multíparas, una duración mayor a 3 horas sí presenta mayor riesgo de anemia postparto.

Palabras Clave: *Segunda etapa del parto; Anemia postparto; Prolongada.*

Introducción

La anemia postparto representa un problema de salud pública importante por su prevalencia, sus repercusiones sobre la salud materna y su impacto socioeconómico. Se considera que una mujer presenta anemia postparto cuando presenta valores de hemoglobina < 11 g/dL durante la primera semana postparto.

Su prevalencia oscila alrededor del 50% en mujeres europeas.

Una de sus principales causas es la hemorragia postparto. A su vez, se responsabiliza a la atonía uterina (fallo de contracción del útero tras el parto) de un 80% de la hemorragia postparto. Pero, ¿por qué se produce una atonía uterina? Existen múltiples factores asociados a la aparición de atonía uterina tras el parto, pero una de las hipótesis más plausibles es la del agotamiento muscular en los partos excesivamente prolongados y la posterior pérdida de la capacidad contráctil uterina.

Entonces, ¿cuándo se considera excesiva la duración de la segunda etapa del parto? El principal objetivo de esta etapa es lograr un parto vaginal, asegurando en todo momento que no exista impacto negativo en los resultados maternos o neonatales. Sin embargo, a raíz del empleo de la analgesia epidural como método de alivio del dolor durante el parto y el uso del pujo tardío, se ha tendido a prolongar la duración de la segunda etapa del parto para aumentar la probabilidad de un parto eutócico, pero al mismo tiempo se ha creado el debate de cuánto debe durar esta etapa para que se considere segura tanto para la madre como para el recién nacido.

Objetivos

Muchos autores han estudiado el efecto de la prolongación de la segunda etapa del parto sobre la salud materna y neonatal, pero no hemos encontrado ningún trabajo que relacione directamente la duración de la segunda etapa del parto con la anemia postparto. Por este motivo nos planteamos la realización de este estudio, con el objetivo de conocer la relación entre la duración de la segunda etapa del parto y la anemia postparto en el parto eutócico y establecer el punto temporal a partir del cual existe mayor riesgo y que podría ser útil para orientar a los profesionales.

Materiales y método

Tras la realización de un estudio observacional, analítico, de cohortes retrospectivo sobre 3437 mujeres con parto eutócico, usando análisis univariante y multivariante, llegamos a los siguientes resultados.

Resultados

Partiendo de una población de referencia de 3437 mujeres con parto eutócico y tras excluir 389 mujeres con anemia preparto, la población objeto de estudio estuvo compuesta por 3048 (88.7%) mujeres. De ellas, el 43.0 % (1312) fueron nulíparas, situándose la incidencia de anemia postparto en el 42.0 % (1281) del total de la muestra.

A continuación se realizó un análisis univariante para estudiar la relación entre la anemia postparto con los potenciales factores de riesgo, tanto en nulíparas como en multíparas. Se observó relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) en ambos grupos con el alumbramiento dirigido, la episiotomía, analgesia regional, duración de la primera etapa del parto y duración de la segunda etapa del parto. Además, en nulíparas también se encontró relación con la edad materna y la edad gestacional, y en multíparas con el tipo de desgarro perineal, la cesárea anterior y el peso del recién nacido. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la anemia postparto y la inducción del parto y el alumbramiento manual.

El siguiente paso fue llevar a cabo un análisis multivariante incorporando todos los factores de riesgo que obtuvieron en el análisis univariante valores $p < 0.25$. Para las nulíparas se observó que la edad materna > 35 años, la inducción del parto, el alumbramiento dirigido, la episiotomía, la presencia de desgarros, analgesia regional, la edad gestacional > 41 semanas, la duración de la primera etapa del parto y la duración de la segunda etapa del parto se relacionaron estadísticamente con la anemia postparto. En el caso concreto de la duración de la segunda etapa del parto, solamente una duración mayor a 4 horas aumentó el riesgo de anemia postparto con una OR de 2.28 (IC95%: 1.00 - 5.17). Sin embargo, si replicamos el análisis pero agrupamos la duración de la segunda etapa del parto en dos categorías (≤ 4 horas vs. > 4 horas) no se encontró relación entre la segunda etapa prolongada y un mayor riesgo de anemia postparto.

En cuanto a las multíparas, el alumbramiento dirigido, la episiotomía, la presencia de desgarro perineal, antecedente de cesárea anterior, el peso del recién nacido y la duración de la segunda etapa del parto, se relacionaron estadísticamente con la anemia postparto. En el caso concreto de la segunda etapa del parto, una duración de más de 3 horas en multíparas aumentó el riesgo de anemia tras el parto con una OR 2.61 (IC95% 1.40 - 4.87). En este caso, si replicamos el análisis pero agrupamos la duración de la segunda etapa del parto en dos categorías ($\leq 3h$ vs $> 3h$) se sigue observando relación estadísticamente significativa con la anemia postparto con una OR 2.43 (IC95% 1.30 - 4.52).

Conclusiones

Para concluir, podemos decir que la duración de la segunda etapa del parto en nulíparas mayor a 4 horas es segura en cuanto a la posibilidad de padecer anemia en el postparto. En multíparas, se debería aumentar la vigilancia cuando la segunda etapa del parto excede las 3 horas, puesto que se incrementa el riesgo de anemia postparto. En este grupo sería especialmente recomendable aumentar la vigilancia en el postparto inmediato e implementar medidas preventivas como el manejo activo de la tercera etapa del parto y la suplementación con ferrotterapia en aquellas mujeres con anemia preparto.

Bibliografía

1. Milman N. *Postpartum anemia I: Definition, prevalence, causes, and consequences*. Ann Hematol. 2011 Nov; 90 (11):1247-53. DOI: 10.1007/s00277-011-1279-z
2. Figo Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. *Management of the second stage of labor*. International Journal of Gynecology and Obstetrics 119 (2012) 111–116. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.08.002
3. Miller CM, Cohn S, Akdagli S, Carvalho B, Blumenfeld YJ, Butwick AJ. *Postpartum hemorrhage following vaginal delivery: Risk factors and maternal outcomes*. J Perinatol. 2017 Mar;37(3):243-248. DOI:10.1038/jp.2016.225.
4. Michael C. Lu, Eunice Muthengi, Fathima Wakeel, Moshe Fridman, Lisa M. Korst & Kimberly D. Gregory. *Prolonged second stage of labor and postpartum hemorrhage*, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2009. 22:3, 227-232. DOI: 10.1080/14767050802676709
5. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. *Obstetric care consensus nº 1: Safe prevention of the primary cesarean delivery*. Obstet Gynecol 2014; 123:693. DOI: 10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d.

Capítulo 204

Relación entre lactancia materna y cociente intelectual: Revisión sistemática

Autores:

Moreno Escobar, Paloma

Moreno Escobar, María Eugenia

Cano Rosado, Laura

Bermejo Cantarero, Alberto

Cerrillo Urbina, Alberto José

Palomo Gómez, Carmen



RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y COCIENTE INTELECTUAL: Revisión sistemática



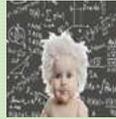
INTRODUCCION

El cociente intelectual es la cifra que representa la inteligencia y que se obtiene mediante la división entre la edad mental del individuo (obtenido mediante test de inteligencia) y su edad cronológica multiplicada por cien.

Gran cantidad de literatura ha establecido el efecto positivo de la lactancia materna en los resultados del desarrollo cognitivo infantil. Existe un consenso cada vez mayor de que los niños amamantados tienen un cociente intelectual más alto después de tener en cuenta las variables clave, incluida la educación materna, el cociente intelectual y el nivel socioeconómico. Las investigaciones transversales de los efectos de la lactancia materna en el desarrollo cerebral estructural sugieren que los bebés amamantados tienen volúmenes cerebrales más grandes. Hasta la fecha, pocos estudios han relacionado estas medidas de la estructura cerebral con el cociente intelectual en niños amamantados versus no amamantados en una muestra longitudinal.

OBJETIVO

Valorar la existencia de asociación entre la lactancia materna y el cociente intelectual.



METODOS

Se realizó una búsqueda de artículos escritos en inglés y español, entre 1998 y 2017. Como palabras clave se utilizaron los términos "breastfeeding", "brain development", "childhood IQ" y "intelligence", con AND y OR como operadores booleanos. La población de estudio son niños en edad escolar.

Criterios de inclusión: evaluación de inteligencia y/o habilidades matemáticas, medidas en edad escolar, cohortes

Criterios exclusión: evaluación del desarrollo cognitivo o habilidades verbales, revisiones sistemáticas.

La calidad de los estudios incluidos se evaluó con la escala New Castle-Otawa. Se incluyeron sólo aquellos estudios que obtuvieron un resultado considerado de buena calidad o calidad equitativa. Se incluyen 15 estudios de cohortes.



RESULTADOS



Figura 1: Diagrama de flujo para la selección de estudios

AUTOR	AÑO	POBLACIÓN (n)	RESULTADOS
Belfort MB	2016	180	Mayor cociente intelectual, función motora y memoria en lactancia materna.
McCrary C	2011	8226	Cualquier cantidad de lactancia materna se asoció con mayor cociente intelectual
Horwood LJ	1998	1000	La lactancia materna se asoció con aumentos constantes y estadísticamente significativos de cociente intelectual, comprensión de lectura, habilidad matemática y habilidad escolar
Jacobson SW	1999	323 y 280	El efecto de la lactancia materna no fue significativo después de ajustar por el cociente intelectual materno y por las habilidades de crianza
J Korean Med Sci.	2016	697	Los bebés que fueron amamantados durante ≥ 9 meses tuvieron un cociente intelectual significativamente mejor que aquellos que no habían sido amamantados
Horta	2013	10,082	La lactancia materna no se relacionan consistentemente con el cociente intelectual en países de ingresos bajos y medianos.
Victoria CG	2015	5914	La lactancia materna está asociada con un mejor cociente intelectual
Belfort MB	2013	1312	La mayor duración de la lactancia materna se asoció con mayor cociente intelectual
Jedrychowski W	2012	468	Los niños amamantados exclusivamente tenían cocientes intelectuales más altos
Rao MR	2002	519	La duración de la lactancia materna exclusiva tiene un impacto significativo en el cociente intelectual
Slykerman RF	2005	550	La lactancia materna no se relacionó de manera significativa con el cociente intelectual en la muestra total. Sin embargo, en el grupo de bajo peso, la lactancia materna se relacionó significativamente con el CI
Veena SR	2010	514	No hay efecto beneficioso de la lactancia sobre el cociente intelectual
Mortensen EL	2003	3253	Asociación positiva significativa entre la duración de la lactancia materna y el cociente intelectual en dos muestras independientes de adultos jóvenes, evaluadas con dos pruebas de inteligencia diferentes
Jacobson SW	2014	7500	La lactancia materna no se relaciona con el cociente intelectual
Luby JL	2016	148	Los niños alimentados con leche materna tuvieron puntajes de CI significativamente más altos

CONCLUSIONES

- En general, los sujetos amamantados lograron un CI más alto, pero los estudios que controlaron el cociente intelectual materno mostraron un beneficio menor de la lactancia materna. Gran parte del efecto informado de la lactancia materna sobre el neurodesarrollo infantil se debe a factores de confusión. Es poco probable que un trabajo adicional cambie la síntesis actual. Los estudios futuros deben intentar controlar rigurosamente todos los factores de confusión. Como alternativa, los diseños de estudio con cohortes de hermano pueden arrojar conclusiones más robustas

Resumen: Gran cantidad de literatura ha establecido el efecto positivo de la lactancia materna en los resultados del desarrollo cognitivo infantil.

El objetivo de este estudio fue valorar la existencia de asociación entre la lactancia materna y el coeficiente intelectual.

En general, los sujetos amamantados lograron un CI más alto, pero los estudios que controlaron el cociente intelectual materno mostraron un beneficio menor de la lactancia materna. Gran parte del efecto informado de la lactancia materna sobre el neurodesarrollo infantil se debe a factores de confusión

Palabras Clave: Breastfeeding; childhood IQ; intelligence.

Introducción

El cociente intelectual es la cifra que representa la inteligencia y que se obtiene mediante la división entre la edad mental del individuo (obtenido mediante test de inteligencia) y su edad cronológica multiplicada por cien.

Gran cantidad de literatura ha establecido el efecto positivo de la lactancia materna en los resultados del desarrollo cognitivo infantil. Existe un consenso cada vez mayor de que los niños amamantados tienen un coeficiente de inteligencia más alto después de tener en cuenta las variables clave, incluida la educación materna, el cociente intelectual y el nivel socioeconómico. Las investigaciones transversales de los efectos de la lactancia materna en el desarrollo cerebral estructural sugieren que los bebés amamantados tienen volúmenes cerebrales más grandes. Hasta la fecha, pocos estudios han relacionado estas medidas de la estructura cerebral con el cociente intelectual en niños amamantados versus no amamantados en una muestra longitudinal.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue valorar la existencia de asociación entre la lactancia materna y el coeficiente intelectual.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda de artículos escritos en inglés y español, entre 1998 y 2017. Como palabras clave se utilizaron los términos “breastfeeding”, “brain development”, “childhood IQ” y “intelligence”, con AND y OR como operadores booleanos. La población de estudio son niños en edad escolar.

- Criterios de inclusión de los estudios: Evaluación de inteligencia y/o habilidades matemáticas, medidas en edad escolar, cohortes
- Criterios exclusión: Evaluación del desarrollo cognitivo o habilidades verbales, revisiones sistemáticas.

De la búsqueda inicial en las bases de datos mencionadas se obtuvieron un total de 177 artículos, quedando sólo 113 tras eliminar duplicados. Se seleccionaron 42 artículos para lectura com-

pleta, descartando el resto tras leer título y resumen de esos 42 artículos se incluyeron un total de 16 estudios en esta revisión el resto se eliminaron por no cumplir los criterios de inclusión antes mencionados.

Se pasó el cuestionario de calidad para estudios de cohortes New Castle-Otawa, contando sólo con aquellos estudios que obtuvieron un resultado en dicha escala de buena calidad o calidad equitativa. Se incluyen 16 estudios de cohortes.

Conclusiones

Muchos estudios concluyen que la lactancia materna tiene una estrecha relación con un cociente intelectual más alto en niños, pero muchos otros obtienen resultados no concluyentes, puesto que se menciona que en dichos estudios no hay un control de las variables de confusión, como podrían ser el cociente intelectual de los padres, la educación, el nivel socioeconómico y las habilidades de crianza de los padres.

En general, los sujetos amamantados lograron un CI más alto, pero los estudios que controlaron el cociente intelectual materno mostraron un beneficio menor de la lactancia materna. Gran parte del efecto informado de la lactancia materna sobre el neurodesarrollo infantil se debe a factores de confusión. Es poco probable que un trabajo adicional cambie la síntesis actual. Los estudios futuros deben intentar controlar rigurosamente todos los factores de confusión. Como alternativa, los diseños de estudio con cohortes de hermano pueden arrojar conclusiones más robustas

Bibliografía

1. Kim JI, Kim BN, Kim JW, Hong SB, Shin MS, Yoo HJ2, Cho SC. *Breastfeeding is associated with enhanced learning abilities in school-aged children.* Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2017 Jul 19;11:36. doi: 10.1186/s13034-017-0169-0. eCollection 2017.
2. Horwood LJ, Fergusson DM. *Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes.* Pediatrics. 1998 Jan; 101(1): E9.
3. Jain A, Concato J, Leventhal JM. *How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?* Pediatrics. 2002 Jun; 109(6): 1044-53.

Capítulo 205

Revisión sistemática

¿La realización de actividad física durante el embarazo afecta a la duración del parto?

Autora:

Infante Torres, Nuria

REVISIÓN SISTEMÁTICA

¿La realización de actividad física durante el embarazo afecta a la duración del parto?

Introducción

- La realización de ejercicio físico moderado durante el embarazo ha demostrado ser beneficiosa tanto para la madre como para el bebé, siempre que no existan contraindicaciones.
- A su vez, la duración del parto puede verse influenciada por factores maternos y fetales, tales como la edad materna, la paridad, la ganancia de peso, el peso fetal, la posición fetal...
- En teoría, la buena forma física durante el embarazo puede influir en el curso del parto, puesto que la práctica de ejercicio físico reduce la posibilidad de ganancia de peso excesiva e induce cambios metabólicos y hormonales que pueden afectar a la resistencia y contractilidad uterina.

Objetivo

Examinar la influencia de la realización de ejercicio físico durante el embarazo sobre la duración del parto.

Metodología

- Revisión en distintas bases de datos, principalmente PubMed.
- Criterios de inclusión:**
 - Limitación temporal entre 2000 – 2018
 - Estudios que relacionen el ejercicio físico durante el embarazo con la duración del parto.
 - Con acceso a texto completo.
 - Sin restricción de idioma.
- Selección de artículos incluidos:**

(Physical activity) AND ("Labor onset"[Mesh]) AND (length OR duration OR prolonged)
Búsqueda manual

16 artículos

A partir del año 2000

14 artículos

Ejercicio físico durante embarazo + Duración del parto

4 artículos

1 artículo

5

Resultados

Autores / Año	Tipo de estudio	Muestra	Intervención/ Procedimiento	Resultados / Conclusiones
Maggan et al, 2002	Estudio observacional prospectivo	750 mujeres militares	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario extenso antes del parto, intraparto y postparto. 4 grupos: No ejercicio, ejercicio leve, ejercicio moderado y ejercicio intenso. 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres que realizan más ejercicio tienen más riesgo de 1ª etapa del parto más larga ($p=0,032$), lo que conlleva un parto más largo ($p=0,011$) Si comparamos el grupo <i>No ejercicio</i> con <i>Ejercicio intenso</i>: Mayor riesgo de 1ª etapa prolongada ($RR 1,38, p=0,009$)
Gawade et al, 2009	Estudio de cohortes prospectivo	725 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> Kaiser Physical Activity Survey. Recogida de información de la pregestación, 15 SG y 28 SG. 	<ul style="list-style-type: none"> No existe asociación entre la actividad física y la duración del parto.
Melzer et al, 2010	Estudio observacional	Gestantes activas \Rightarrow 27 Gestantes inactivas \Rightarrow 17	<ul style="list-style-type: none"> Gestante activas \Rightarrow Realización de ≥ 30 min de ejercicio físico moderado diario en el último trimestre. Captadas en 35 – 41 SG 	<ul style="list-style-type: none"> Las gestantes activas tienen una duración de la 2ª etapa del parto más corta que las gestantes inactivas ($88 \text{ min VS. } 146 \text{ min, } p=0,05$). No hay diferencias en la duración de la 1ª etapa o del pujo materno.
Salvensen et al, 2014	Análisis secundario de un ensayo clínico controlado aleatorizado.	Grupo intervención \Rightarrow 429 gestantes Grupo control \Rightarrow 426 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> 20 SG \Rightarrow 36 Sg 1 sesión semanal (programa de 12 sem) 55-70 min 45 min, 2 veces/sem en casa 	<ul style="list-style-type: none"> No hay diferencias entre la duración del parto entre el grupo intervención y el grupo control ($289 \text{ min VS. } 281 \text{ min, } p=0,13$).
Perales et al, 2016	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Grupo intervención \Rightarrow 83 gestantes Grupo control \Rightarrow 83 gestantes	<ul style="list-style-type: none"> 9-11 SG \Rightarrow 39-40 SG 3 sesiones semanales 55-60 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> La duración de la 1ª etapa del parto es más corta en el grupo intervención que en el grupo control ($389,6 \text{ min VS. } 515,72 \text{ min, } p=0,02$). No hay diferencias en la duración de la 2ª y 3ª etapa del parto.

Conclusiones

- No existe evidencia científica clara que relacione la realización de ejercicio físico durante el embarazo con una disminución de la duración del parto. Los resultados de los trabajos analizados son contradictorios.
- Se necesitan más estudios de calidad, con muestras más grandes, que analicen este tema para poder ofrecer una conclusión más fiable.
- A pesar de esto, la práctica de ejercicio físico moderado durante la gestación debe recomendarse siempre que no existan contraindicaciones, debido a los otros múltiples beneficios que presenta tanto para la madre como para el recién nacido.

Resumen: *Objetivo: Examinar la influencia de la realización de ejercicio físico durante el embarazo sobre la duración del parto.*

Metodología: Se realizó una revisión en las principales bases de datos, cumpliendo con los criterios de inclusión establecidos, y se seleccionaron 5 artículos.

Conclusiones: No existe evidencia científica clara que relacione la realización de ejercicio físico durante el embarazo con una disminución en la duración del parto. Los resultados de los trabajos analizados son contradictorios. Se necesitan más estudios de calidad, con muestras más grandes, que analicen este tema para poder ofrecer una conclusión más fiable.

Palabras Clave: *Ejercicio físico; Duración del parto; Embarazo.*

Introducción

La realización de ejercicio físico moderado durante el embarazo ha demostrado ser beneficiosa tanto para la madre como para el bebé, siempre que no existan contraindicaciones.

A su vez, la duración del parto puede verse influenciada por factores maternos y fetales, tales como la edad materna, la paridad, la ganancia de peso, el peso fetal, la posición fetal

En teoría, la buena forma física durante el embarazo puede influir en el curso del parto, puesto que la práctica de ejercicio físico reduce la posibilidad de ganancia de peso excesiva e induce cambios metabólicos y hormonales que pueden afectar a la resistencia y contractilidad uterina.

Objetivos

El objetivo de estudio fue examinar la influencia de la realización de ejercicio físico durante el embarazo sobre la duración del parto.

Material y métodos

Para ello, se realizó una exhaustiva revisión en las distintas bases de datos disponibles, principalmente Pubmed. Los criterios de inclusión fueron:

- Limitación temporal entre 2000 - 2018
- Estudios que relacionen el ejercicio físico durante el embarazo con la duración del parto.
- Con acceso a texto completo.
- Sin restricción de idioma.

Se utilizó como estrategia de búsqueda la siguiente: (Physical activity) AND ("Labor onset"[Mesh]) AND (length OR duration OR prolonged). Se encontraron 4 trabajos que cumplían los criterios de inclusión. También se realizó una búsqueda manual, con el resultado de un estudio más. En total, fueron 5 trabajos los que se analizaron profundamente.

El primero de ellos, de Magan et al, fue un estudio observacional prospectivo sobre 750 mujeres a las que se repartió un cuestionario sobre el ejercicio realizado antes del parto, intraparto y postparto. Concluyeron que las mujeres que realizan más ejercicio tienen más riesgo de una primera etapa del parto prolongada, lo que conlleva un parto más largo.

Gawade et al realizaron un estudio de cohortes retrospectivo sobre 725 mujeres a las que también se le realizó una encuesta validada en la semana 15 y 18 de gestación. No encontraron asociación entre la actividad física y la duración del parto.

Por su parte, Melzer et al, en su estudio observacional sobre 27 gestantes activas (realizaron más de 30 min de ejercicio físico diario en el último trimestre) y 17 gestantes inactivas concluyeron que las gestantes activas tenían una duración de la segunda etapa del parto más corta que las gestantes inactivas. No encontraron diferencias en la duración de la primera etapa del parto.

Salvensen et al realizaron un análisis secundario de un ensayo clínico controlado aleatorizado en el que participaron 429 gestantes en el grupo intervención y 426 en el grupo control. La intervención consistía en una sesión de ejercicio semanal desde la semana 20 a la 36 de gestación. No encontraron diferencias entre la duración del parto entre ambos grupos.

Para finalizar, Perales et al realizaron un ensayo clínico sobre 83 gestantes en el grupo intervención y 83 gestantes en el grupo control. La intervención consistía en 3 sesiones semanales de 55-60 min. Concluyeron que la duración de la primera etapa del parto es más corta en el grupo intervención que en el grupo control. Sin embargo, no encontraron diferencias en la duración de la segunda y la tercera etapa del parto.

Conclusiones

Para concluir, podemos decir que no existe evidencia científica clara que relacione la realización de ejercicio físico durante el embarazo con una disminución de la duración del parto. Los resultados de los trabajos analizados son contradictorios.

Se necesitan más estudios de calidad, con muestras más grandes, que analicen este tema para poder ofrecer una conclusión más fiable.

A pesar de esto, la práctica de ejercicio físico moderado durante la gestación debe recomendarse siempre que no existan contraindicaciones, debido a los otros múltiples beneficios que presenta tanto para la madre como para el recién nacido.

Bibliografía

1. Magann EF, Evans SF, Weitz B, Newham J. *Antepartum, intrapartum and neonatal significance of exercise on healthy low-risk pregnant working women*. Vol. 99, Nº. 3, March 2002 The American College of Obstetricians and Gynecologists.
2. Gawade P, Pekow P, Markenson G, Plevyak M, Goh W, Chasan-Taber L. *Physical activity before and during pregnancy and duration of second stage of labor among hispanic women*. J Reprod Med 2009; 54:429-435
3. Melzer K, Schutz Y, Soehnchen N, et al. *Effects of recommended levels of physical activity on pregnancy outcomes*. Am J Obstet Gynecol 2010;202:266.e1-6.
4. Salvesen K A, Stafne SN, Eggebø TM, Mørkved S. *Does regular exercise in pregnancy influence duration of labor? A secondary analysis of a randomized controlled trial*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93:73-79.
5. Perales M, Calabria I, López C, Franco E, Coteron J, Barakat R. *Regular exercise throughout pregnancy is associated with a shorter first stage of labor*. American Journal of Health Promotion. January/February 2016, Vol. 30, Nº.3.

Capítulo 206

Revisión sistemática. Baby-led weaning y riesgo de atragantamiento y asfixia

Autores:

Santos Hernández, Gloria

Donate Manzanares, Miriam

REVISION SISTEMATICA: BABY-LED WEANING Y RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO Y ASFIXIA

INTRODUCCION:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, aconsejando la iniciación de la alimentación complementaria a partir de este período. Esto ha generado controversia respecto a la edad de iniciación de sólidos (de 4 a 6 meses), pero poco se ha estudiado en cómo introducir dichos sólidos.

El *baby-led weaning* ó BLW (alimentación a demanda o guiada por el bebé) es un método alternativo de iniciación de sólidos en creciente popularidad. Consiste en iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses en forma de alimentos enteros, no triturados, con el tamaño y forma adecuadas para que sea el propio bebé el que los coja con sus manos y se los lleve a la boca en función de su apetito y preferencias.

Según el método BLW se promueven hábitos de alimentación más saludables, se prolonga la lactancia materna y ayuda al desarrollo psicomotor del niño. A pesar de estas ventajas, hay profesionales sanitarios que se muestran reacios a recomendarlo por la creencia de que existen carencias nutricionales, deficiencias en el crecimiento y sobre todo un alto riesgo de ahogamiento. Además, muchos sanitarios poseen escasos conocimientos y poca experiencia a la hora de asesorar a padres que eligen esta forma de alimentación. Dado que actualmente la incidencia de obesidad infantil en España es una de las más altas de Europa, conviene profundizar en la efectividad del BLW por si pudiera ayudar a prevenir este problema. Este estudio intenta investigar en primer lugar la seguridad del método, desglosando los casos de atragantamiento y asfixia.



OBJETIVOS:

- Explorar la repercusión que el método baby-led weaning tiene en relación con casos de atragantamiento y/o asfixia.

MATERIAL Y METODOS:

- Revisión sistemática de las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, ENFISPO, CUIDEN, Lilacs, BDIE.
- Criterios de inclusión: Ensayos clínicos, caso-contrroles y revisiones sistemáticas.
- Palabras clave: *infant, baby-led weaning, complementary feeding, choking, gagging*.
- Estudios publicados a partir del año 2012, en inglés y español.

RESULTADOS:

7 ARTICULOS ENCONTRADOS. 4 ARTICULOS SELECCIONADOS. 3 ARTICULOS EXCLUIDOS POR SER PROTOCOLOS DE ESTUDIO.

Autores/Año	Tipo de estudio	Participantes	Procedimiento	Resultado
Brown, A. 2017	Observacional prospectivo	362 tradicional 412 BLW (captados a través de internet)	Criterios de exclusión: no consentimiento materno, problemas de salud del bebé relacionados con la dieta o el desarrollo. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta autocompletada por los padres a través de internet.	11.6% tradicional vs 11.9% BLW (p=0.001) 67.5% de los episodios ocurrieron entre los 4 y 7 meses. No hay asociación estadística entre la edad en que se introducen sólidos y la frecuencia de atragantamiento (p=0.153)
Louise J, et al. 2016	Ensayo clínico	101 tradicional 105 BLW (captados durante embarazo en su centro de salud)	Criterios de exclusión: parto prematuro (antes de 37 semanas), diagnóstico de anomalía fetal o discapacidad que afectase al desarrollo o alimentación. Los datos se recogieron a través de cuestionarios entregados a los padres a los 6, 7 y 8 meses.	6 meses: 18.1% trad. vs 21.6% BLW (p>0.61) 8 meses: 18.2% trad. vs 14.7% BLW (p>0.46) El 51% del total de casos se resolvieron sin intervención. Sólo en 3 ocasiones el niño ingresó en el hospital. 2 tradicional por ingerir leche y 1 del BLW en cuyo caso el padre puso comida en la boca del niño.
Sonya L, et al. 2013	Observacional prospectivo	140 tradicional 17 BLW (captados a través de prensa local)	Criterios de inclusión: niños entre 6 y 12 meses, nacidos a término y sin problemas neurológicos o del desarrollo. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta autocompletada por los padres a través de internet.	Ahogo: 30.7% tradicional vs 31.3% BLW (p>0.56) Atragantamiento: 70.7% tradicional vs 58.8% BLW (p=0.286)
Sonya L, et al. 2015	Estudio piloto, Observacional prospectivo	14 tradicional 9 BLW (captados a través de prensa local)	Criterios de exclusión: niños con problemas psicomotores o dificultades del desarrollo para tragar. Los participantes decidían a que grupo querían pertenecer. Los datos se recogieron a través de una entrevista semanal de 30 min. vía telefónica.	Se registraron 3 casos de ahogo , que se resolvieron en casa sin necesidad de asistencia médica (2 tradicional y 1 BLW).

CONCLUSIONES:

No existen evidencias suficientes para afirmar que el método BLW produce más casos de atragantamiento y/o asfixia que otros sistemas tradicionales.

Las investigaciones llevadas a cabo en el BLW se limitan a Nueva Zelanda y el tamaño muestral es muy bajo. Una gran limitación de estos estudios es tener que delegar en los padres para recabar los parámetros. Muchos casos de atragantamiento y/o asfixia se producen por ofrecer alimentos inadecuados. Es necesario hacer educación para la salud con los padres para que sepan que alimentos dar y cómo ofrecérselos a los niños. También conviene educar a los adultos en primeros auxilios.

Son necesarios más estudios de calidad, multicéntricos en diferentes países y con mayor número de participantes para explorar también otros parámetros del baby led weaning tales como el peso y el estado nutricional de los niños.

Resumen: El baby-led weaning (BLW) es un método alternativo de iniciación de sólidos en niños. Los principales beneficios de este sistema radican en que promueve hábitos de alimentación saludables, ayuda al desarrollo psicomotor del niño y prolonga la lactancia materna. La principal crítica hacia este sistema consiste en relacionarlo con un mayor riesgo de atragantamiento y asfixia. Se considera esencial y prioritario garantizar la seguridad de este método antes de recomendarlo, motivo por el cual esta revisión sistemática explora qué relación existe entre el uso del BLW con casos de atragantamiento y asfixia.

Palabras Clave: baby led weaning; choking; gagging.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, aconsejando la iniciación de la alimentación complementaria a partir de este período. Esto ha generado controversia respecto a la edad de iniciación de sólidos, que ha pasado de 4 a 6 meses, pero poco se ha estudiado en cómo introducir dichos sólidos.

El BLW, también conocido como alimentación a demanda o guiada por el bebé, es un método alternativo de iniciación de sólidos en creciente popularidad. Consiste en comenzar la alimentación complementaria a los 6 meses en forma de alimentos enteros, no triturados, con el tamaño y forma adecuados para que sea el propio bebé quien los coja con sus manos y se los lleve a la boca en función de su apetito y preferencias.

Las ventajas de este sistema es que se promueven hábitos de alimentación más saludables, se prolonga la lactancia materna y ayuda al desarrollo psicomotor del niño. A pesar de estas ventajas, hay profesionales sanitarios que se muestran reacios a recomendarlo por la creencia de que pueden producirse carencias nutricionales, deficiencias en el crecimiento y sobre todo un alto riesgo de ahogamiento. Además, muchos sanitarios poseen escasos conocimientos y poca experiencia a la hora de asesorar a padres que eligen esta forma de alimentación.

Al promover este método hábitos de alimentación saludables y prolongar la lactancia materna, con todos los beneficios que ello conlleva, se considera oportuno el estudio de este sistema por poder ser un buen elemento de promoción de la salud a largo plazo, sobre todo, hoy día en que la incidencia de obesidad infantil en España aumenta, llegando a ser una de las más altas de Europa. Por ello, este estudio intenta investigar en primer lugar la seguridad del BLW explorando los casos de atragantamiento y asfixia.

Objetivo

Explorar la repercusión que el método BLW tiene en relación con los casos de atragantamiento y/o asfixia.

Material y métodos

Revisión sistemática de las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, ENFISPO, CUIDEN, Liliacs y BDIE de estudios realizados a partir del año 2012 en español e inglés.

Resultados

Sólo se han encontrado cuatro publicaciones que estudien el objetivo de esta revisión. Todas realizadas en Nueva Zelanda.

Ningún estudio demostró diferencias estadísticamente significativas para asociar el método BLW con atragantamiento o asfixia en comparación con métodos más tradicionales de alimentación como la alimentación con purés a través del adulto con una cuchara.

En la mayoría de los estudios los participantes fueron llamados a participar de forma voluntaria a través de anuncios en medios de comunicación, obteniendo tamaños muestrales muy pequeños.

La gran dificultad de estas investigaciones es tener que delegar en los padres para recabar la información, la cual se recoge vía telemática a través de formularios. Sólo hubo un estudio en que se realizaron entrevistas telefónicas, ninguno de forma presencial, ni se observó cómo los padres aplicaban el método.

Tampoco se explica en ningún caso qué formación tenían los profesionales sanitarios respecto al BLW ni cómo se educaba a los padres en este método. Quizá en Nueva Zelanda el método sea más conocido que en España por estos profesionales y se sientan más seguros a la hora de ayudar a padres con este tipo de alimentación. Sin embargo, los casos aislados que sucedieron de asfixia en los que el niño tuvo que ser trasladado al hospital se debieron a la mala práctica del método. En uno de ellos el adulto puso comida en la boca del niño y en otro se ofrecieron alimentos inadecuados. Coinciden todos los estudios en que los alimentos con más riesgo de asfixia son los vegetales crudos, la manzana cruda, las salchichas y las uvas.

Se desprende de estas publicaciones una cierta incapacidad de los cuidadores a la hora de identificar e incluso de responder ante posibles casos de atragantamiento o asfixia.

Conclusiones

No existen evidencias suficientes para afirmar que el método BLW produce más casos de atragantamiento y/o asfixia que los sistemas tradicionales.

Son necesarios más estudios de calidad, multicéntricos, en diferentes países y con mayor número de participantes. Sería conveniente reforzar la formación en el método tanto a profesionales como a padres e instruir a estos últimos en la práctica de primeros auxilios.

También sería interesante incluir otras variables como el peso y el estado nutricional de los niños.

Bibliografía

1. Brown A, Wyn Jones S, Rowan H. Baby-led Weaning: The evidence to date. *Curr Nutr Rep.* 2017; 6(2):148-156.
2. Fangupo J L, Heath M AL, Williams M S, Erickson Williams W L, Morison J Brittany, Taylor J Barry et al. A baby-led approach to eating solids and risk of choking. *Pediatrics.* 2016;138(4). pii: e20160772. PubMed PMID: 27647715.
3. Cameron L S, Taylor W R, Heath M AL. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open.* 2013;(3):e003946 doi:10.1136/bmjopen-2013-003946. PubMed PMID: 24327363.
4. Cameron L S, Taylor W T, Heath M AL. Development and pilot testing of Baby-led introduction to solids a version of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC pediatrics.* 2015 26;15:99 doi 10.1186/s12887-015-0422-8. PubMed PMID: 26306667.

Capítulo 207

Revisión sistemática:

¿Existe relación entre la edad materna y la duración de la segunda etapa del parto?

Autora:

Infante Torres, Nuria

REVISIÓN SISTEMÁTICA:

¿Existe relación entre la edad materna y la duración de la segunda etapa del parto?

Introducción

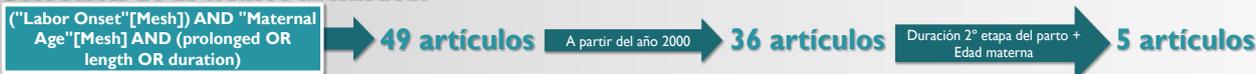
- En la actualidad muchas mujeres posponen su maternidad por múltiples razones.
- La tendencia a retrasar el primer embarazo incrementa las complicaciones materno-fetales debido a que el sistema reproductor va envejeciendo. Estas complicaciones son: trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, mayor índice de cesáreas...
- Pero, ¿qué ocurre durante el parto? La edad materna se considera un factor que determina la duración del parto, pero no se conoce con exactitud la influencia que ejerce la edad de la madre en el momento del parto con su duración.

Objetivo

- Conocer si existe relación entre la edad materna y la duración de la segunda etapa del parto (o periodo expulsivo).

Metodología

- Revisión en distintas bases de datos, principalmente PubMed.
- **Estrategia de búsqueda:** ("Labor Onset"[Mesh]) AND "Maternal Age"[Mesh] AND (prolonged OR length OR duration)
- **Criterios de inclusión:**
 - Limitación temporal entre 2000 – 2018
 - Estudios que relacionen la edad materna con la duración del parto.
 - Con acceso a texto completo.
 - Sin restricción de idioma.
- **Selección de artículos incluidos:**



Resultados

Autores / Año	Muestra	Porcentaje de mujeres con edad ≥ 40 años	Conclusiones
Main et al, 2000 <i>The relationship between maternal age and uterine dysfunction: A continuous effect throughout reproductive life</i>	8496 nulíparas	3,41 %	⇒ A partir de los 25 años, la duración de la 2ª etapa del parto aumenta con el aumento de la edad materna.
Schiessl et al, 2005 <i>Obstetrical parameters influencing the duration of the second stage of labor</i>	1200 partos	2,40 %	⇒ Tras realizar análisis multivariante, no hay relación estadísticamente significativa entre la edad materna y la duración de la segunda etapa del parto.
Papadias et al, 2006 <i>Maternal age and the duration of the second stage of labor</i>	6511 partos	2,90 %	⇒ En primíparas, conforme aumenta la edad materna aumenta la duración de la 2ª etapa. ⇒ En múltiparas, no hay diferencia entre la duración de la segunda etapa del parto y los distintos grupos de edad.
Greenberg et al, 2007 <i>Does length of labor vary by maternal age?</i>	31976 partos	2,50 %	⇒ La duración de la 2ª etapa del parto aumenta con el aumento de la edad materna en nulíparas y en múltiparas.
Zaki et al, 2013 <i>Contemporary patterns and maternal age</i>	120442 mujeres	2,46 %	⇒ La duración de la 2ª etapa del parto aumenta con el aumento de la edad (con o sin epidural) en nulíparas. En múltiparas no hay diferencias.

Conclusiones

- En la mayor parte de los estudios analizados se observa un aumento de la duración del periodo expulsivo con el aumento de la edad materna en nulíparas. En múltiparas, no observan dicha relación.
- Son necesarios más estudios de calidad que relacionen la edad materna con la duración del parto para ofrecer una conclusión más fiable, puesto que los estudios analizados tienen ciertas limitaciones, como las propias de cualquier estudio retrospectivo.
- La edad de la madre en el momento del parto debería tenerse en cuenta para un manejo óptimo de la segunda etapa del parto.

Resumen: *Objetivo: Conocer si existe relación entre la edad materna y la duración de la segunda etapa del parto.*

Metodología: Se realizó una revisión en las principales bases de datos, principalmente Pubmed. Finalmente, cinco trabajos cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizados.

Resultados y conclusiones: En la mayor parte de los estudios analizados se observa un aumento de la duración del periodo expulsivo con el aumento de la edad materna en nulíparas. En multíparas, no observan dicha relación.

Son necesarios más estudios de calidad que relacionen la edad materna con la duración del parto para ofrecer una conclusión más fiable.

Palabras Clave: *Edad materna; Segunda etapa del parto; Duración.*

Introducción

En la actualidad muchas mujeres posponen su maternidad por múltiples razones.

La tendencia a retrasar el primer embarazo incrementa las complicaciones materno-fetales debido a que el sistema reproductor va envejeciendo. Estas complicaciones son: trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, mayor índice de cesáreas.

Objetivos

¿Qué ocurre durante el parto? La edad materna se considera un factor que determina la duración del parto, pero no se conoce con exactitud la influencia que ejerce la edad de la madre en el momento del parto con su duración.

Por este motivo nos planteamos la realización de este estudio, con el objetivo de conocer si existe relación entre la edad materna en el momento del parto y la duración de la segunda etapa del parto (o periodo expulsivo).

Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión de las principales bases de datos disponibles, principalmente Pubmed, utilizando la siguiente estrategia de búsqueda: ("Labor Onset"[Mesh]) AND "Maternal Age"[Mesh] AND (prolonged OR length OR duration)

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Limitación temporal entre 2000 y 2018.
- Estudios que relacionen la edad materna con la duración de la segunda etapa del parto.
- Con acceso a texto completo.
- Sin restricción de idioma.

Tras aplicar la estrategia de búsqueda y los criterios de inclusión, entraron a formar parte de nuestro estudio 5 artículos.

En el primero de ellos, Main et al estudiaron a 8496 nulíparas y concluyeron que, a partir de los 25 años, la duración de la segunda etapa del parto aumenta con el aumento de la edad materna.

Shiessl et al analizaron 1200 partos y concluyeron que no existe relación estadísticamente significativa entre la edad materna y la duración de la segunda etapa del parto, tras realizar análisis multivariante.

Papadias et al realizaron un estudio sobre más de 6500 partos y concluyeron que, en primíparas, conforme aumenta la edad materna aumenta la duración de la segunda etapa del parto. Sin embargo, en múltiparas, no hay diferencias entre la duración de la segunda etapa del parto y los distintos grupos de edad.

Por su parte, Greenberg et al analizaron 31976 partos y concluyeron que la duración de la segunda etapa del parto aumenta con el aumento de la edad materna, tanto en nulíparas como en múltiparas.

Finalmente, Zaki et al en 2013 estudiaron a 120442 mujeres y destacaron que la duración de la segunda etapa del parto aumenta con el aumento de la edad (con o sin epidural) en nulíparas. En múltiparas no encontraron diferencias.

Conclusiones

Podemos concluir que en la mayor parte de los estudios analizados se observa un aumento de la duración del periodo expulsivo con el aumento de la edad materna en nulíparas. En múltiparas, no observan dicha relación.

Son necesarios más estudios de calidad que relacionen la edad materna con la duración del parto para ofrecer una conclusión más fiable, puesto que los estudios analizados tienen ciertas limitaciones, como las propias de cualquier estudio retrospectivo.

La edad de la madre en el momento del parto debería tenerse en cuenta para un manejo óptimo de la segunda etapa del parto.

Bibliografía

1. Main DM, Main, EK, Moore DH. *The relationship between maternal age and uterine dysfunction. A continuous effect throughout reproductive life.* Am J Obstet Gynecol. Volume 182, Number 6. 2000.
2. Schiessl B, Janni W, Jundt K, Rammel G, Peschers U, Kainer F. *Obstetrical parameters influencing the duration of the second stage of labor.* European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 118 (2005) 17-20.
3. Papadias K, Christopoulos P, Deligeoroglou E, Vitoratos N, Makrakis E, Kaltapanidou P, et al. *Maternal age and the duration of the second stage of labor.* Ann. N.Y. Acad. Sci. 1092: 414–417 (2006).
4. Greenberg MB, Cheng YW, Sullivan M, Norton ME, Hopkins LM, Caughey AB. *Does length of labor vary by maternal age?* Am J Obstet Gynecol 2007;197:428.e1-428.e7.
5. Zaki MN, Hibbard JU, Kominiarek MA. *Contemporary labor patterns and maternal age.* Obstet Gynecol. 2013 November ; 122(5): 1018–1024.

Capítulo 208

Revisión: Actuación de enfermería y errores de medicación en el medio hospitalario

Autores:

Botia Portero, Antonio

Rullo Sánchez, Ana María

REVISIÓN: Actuación de enfermería y errores de medicación en el medio hospitalario

Autores:

INTRODUCCION

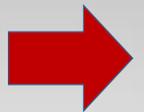
La base de esta revisión, se debe en gran medida, a que lo que está en juego es algo tan valioso como la seguridad del paciente, constituyendo actualmente una prioridad para los sistemas sanitarios ya que esta es un área susceptible de mejora.



Los errores en la administración de medicación, son eventos presentes desde el inicio de la utilización de los medicamentos y que han sido detectados en todos los sistemas de salud, incluyendo países desarrollados como España, donde se supone que contamos con sistemas de mayor seguridad y vigilancia



La National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention define un error de medicación como " cualquier evento evitable que puede causar o inducir al uso inapropiado de medicamento o perjudicar al paciente mientras el medicamento está bajo el control del profesional de salud, del paciente o del consumidor "



La bibliografía al respecto es extensa, encontrando numerosos estudios a nivel nacional e internacional donde se analizan en profundidad todos aquellos aspectos que pueden estar relacionados con la medicación, desde su prescripción, validación, dispensación, administración, ... , con el fin de identificar aquellos puntos débiles de la cadena en los que es más susceptible de aparecer el error

OBJETIVOS

Como objetivo general se plantea realizar una revisión bibliográfica sobre los errores de medicación en el medio hospitalario y sus posibles causas, publicados en los últimos 10 años

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (CUIDEN, PUBMED, MEDLINE, ...), y búsqueda adicional en las principales páginas relacionadas con errores de medicación en el medio hospitalario, y sistemas de actuación. Se incluyeron estudios descriptivos y revisiones bibliográficas que abordan las causas existentes en los errores de medicación.

Palabras clave: Errores de medicación, Seguridad, Enfermería, Sistemas de Medicación en Hospital

RESULTADOS

De los 11 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades, se seleccionaron 5 artículos para la evaluación y conocimiento de las posibles y principales causas existentes de errores de medicación en el medio hospitalario, incluyéndose estudios descriptivos y revisiones bibliográficas que abordan las posibles causas, y por consiguiente, sus resultados y/o conclusiones.

Artículo	Año/País	Tipo de estudio	Muestra	Unidad	Objetivo	Resultados/Conclusiones
Errores de medicación en unidades de terapia intensiva neonatal	2014 Brasil	Revisión Bibliográfica	Base de datos: Pubmed, Medline	UCI neonatal	Identificar en base a la evidencia, los factores relacionados, consecuencias y mecanismos de los errores de medicación en la UCI neonatal	La ocurrencia de errores es alta y la mayoría debido a problemas de comunicación, prescripción y falta de estándares
Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos en enfermería	2009 México	Estudio Descriptivo cualitativo	173 enfermeras	-	Describir las percepciones de las enfermeras sobre varios tópicos relacionados con los errores de medicación	-El error por confusión de medicamentos fue el más común y atribuido a que tenían nombres parecidos. -La polifarmacia, la capacitación y la falta de identificación son factores que contribuyen a los errores de medicación
Identificación y análisis de los errores de medicación en 6 hospitales Brasileños	2010 Brasil	Estudio Descriptivo Cuantitativo Transversal	6.169 dosis de fármacos administrados	Medicina Interna	Identificar y analizar los errores de medicación	- El 17% de los fármacos administrados fue diferente al prescrito. - El 3.3% de la dosis adm en mg y el 8.1% de las dosis prescritas en otras formas fueron adm por otras vías a la prescripción. - El 2.2% de los fármacos fue administrado una hora antes y el 7.4% más de una hora después de lo prescrito.
Implantación de un programa de notificación y análisis de errores de medicación en el paciente oncológico	2008 España	Estudio Descriptivo	Revisión prescripciones medicas de 87 pacientes oncológicos	Oncología	-Analizar los errores de medicación en el servicio de oncología. -Conocer los puntos débiles en la utilización de los medicamentos, los tipos de error más frecuentes e implantar medidas de prevención	-La implantación de un programa de notificación de errores de medicación es el primer paso para conocer el estado y magnitud del problema. -La notificación de forma anónima, voluntaria, confidencial y no punitiva es un método eficaz para conocer los errores de medicación.
Medication errors in patients with dysphagia	2012 U.K.	Estudio Descriptivo Observacional	65 rondas de medicación 2129 administraciones de fármacos	Hospital de agudos	Determinar si los errores en medicina error de la administración (MAE) son más frecuentes en los pacientes con disfagia	-Los resultados concluyen que los errores de medicación son más frecuentes en los pacientes con disfagia, debido en gran parte a los errores en la formulación y la preparación de los fármacos. -La disminución de errores en pacientes con disfagia, precisa de un cuidado extra durante la prescripción y administración.

CONCLUSIONES

El conocimiento de los profesionales del circuito que siguen los medicamentos desde su prescripción hasta su administración al paciente y la identificación de todos aquellos puntos o circunstancias críticas que pueden propiciar en mayor o menor medida la ocurrencia de un error respecto a la medicación es un buen punto de partida a la hora de prevenir la incidencia de sucesos adversos, potencialmente dañinos para el paciente, que ponen en grave riesgo su salud.

Es necesario que enfermería participe activamente en el registro de errores, notificándolos voluntariamente siguiendo las medidas de farmacovigilancia con el propósito de reconocer el problema y que los Gestores de los centros puedan tomar decisiones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo del personal, incidir en la formación respecto a los medicamentos, los sistemas de prescripción electrónica y todos aquellos puntos débiles detectados, generando, en definitiva, una cultura de seguridad entre todos sus trabajadores.

USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS

Profesionales de la Salud: MD-ENP-SF, Prescripción, Información, Atención de enfermería, Atención de farmacia, Atención de laboratorio.

Instituciones: Administraciones, Corporaciones/Asociaciones, CIBs, Medios de comunicación, Internet.

Laboratorio F, Nota Técnica.

Fármacos: Análisis, Pureza, Substitución, Terapia, Medicación.

Farmacéutico: Dispensación/Consejo, Atención Farmacéutica(AF), Calidad, Farmacovigilancia.

Paciente

AQUÍ HAY UN ERROR?

Seguridad del Paciente

Administración de medicamentos

Castillo C, Sánchez M, Chirre M, García JC. Universidad de La Laguna. 2013

Resumen: Los errores en la administración de medicación, son eventos presentes desde el inicio de la utilización de los medicamentos y que han sido detectados en todos los sistemas de salud, incluyendo países desarrollados como España, donde se supone que contamos con sistemas de mayor seguridad y vigilancia.

La bibliografía al respecto es extensa, encontrando numerosos estudios a nivel nacional e internacional donde se analizan en profundidad todos aquellos aspectos que pueden estar relacionados con errores de medicación, con el fin de identificar aquellos puntos débiles de la cadena en los que es más susceptible de aparecer el error.

Palabras Clave: Errores de medicación; Seguridad; Enfermería.

Introducción

La base de esta revisión bibliográfica, se debe en gran medida, a que lo que está en juego es algo tan valioso como la seguridad del paciente, constituyendo actualmente una prioridad para los sistemas sanitarios ya que esta es un área susceptible de mejora.

Objetivos

Como objetivo general se plantea realizar una revisión bibliográfica sobre los errores de medicación en el medio hospitalario y sus posibles causas, publicados en los últimos 10 años.

Material y métodos

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (Cuiden, Pubmed, Medline), y búsqueda adicional en las principales páginas relacionadas con errores de medicación en el medio hospitalario, y sistemas de actuación. Se incluyeron estudios descriptivos y revisiones bibliográficas que abordan las causas existentes en los errores de medicación.

Resultados

De los 11 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades, se seleccionaron 5 artículos para la evaluación y conocimiento de las posibles y principales causas existentes de errores de medicación en el medio hospitalario, incluyéndose estudios descriptivos y revisiones bibliográficas que abordan las posibles causas, y por consiguiente, sus resultados y/o conclusiones.

Conclusiones

Es necesario que enfermería participe activamente en el registro de errores, notificándolos voluntariamente siguiendo las medidas de farmacovigilancia con el propósito de reconocer el problema y que los Gestores de los centros puedan tomar decisiones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo del personal, incidir en la formación respecto a los medicamentos, los sistemas de prescripción electrónica y todos aquellos puntos débiles detectados, generando, en definitiva, una cultura de seguridad entre todos sus trabajadores.

El conocimiento de los profesionales del circuito que siguen los medicamentos desde su prescripción hasta su administración al paciente y la identificación de todos aquellos puntos o circunstancias críticas que pueden propiciar en mayor o menor medida la ocurrencia de un error respecto a la medicación es un buen punto de partida a la hora de prevenir la incidencia de sucesos adversos, potencialmente dañinos para el paciente, que ponen en grave riesgo su salud.

Bibliografía

1. Díaz Pallarés MV. *Análisis modal de fallos y efectos en el proceso de preinscripción, validación y dispensación de medicamentos*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”* [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

3. Alcaraz G, Zapata M, Gómez M, Tavera E. *Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: Tratando de dar cuidado directo*. Rev. Invest Educ enferm [en línea] 2010; 28(1): 43-53.

4. Junta de Andalucía. *Buenas Prácticas en el uso de medicamentos* [sede web]. Andalucía: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2010.

5. Dias da Silva G, Silvino Z R, Saraiva de Almeida V, Lemos D, Silva P, Pompeu B. *Errores de medicación en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal*. Rev.Enf Global [en línea]2014; 13(1): 1-10.

Capítulo 209

Rol de enfermería en atención continuada

Autores:

Carrillo Prieto, Esmeralda

De la Cruz Alguacil, Patricia

Musa Alí, Bohavid

Morales Martín, Ángela



ROL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN CONTINUADA

Autores

1. INTRODUCCIÓN

La atención continuada constituye la atención urgente a la población de una Zona Básica de Salud (ZBS), llevada a cabo en los Puntos de Atención Continuada (PAC) de los centros de salud, las 24 horas del día y los 365 días al año.

Con el siguiente estudio queremos conocer cuáles son las características socio-demográficas y clínicas más específicas de la población que acude al servicio de atención continuada de una ZBS rural y el papel del enfermero en el servicio de urgencias, con el fin de mejorar los recursos materiales y humanos de acuerdo a las necesidades de nuestra población en la atención socio-sanitaria prestada.

PALABRAS CLAVE:

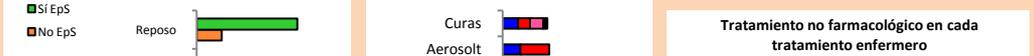
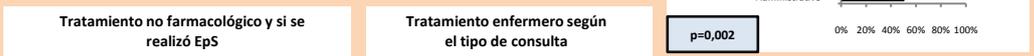
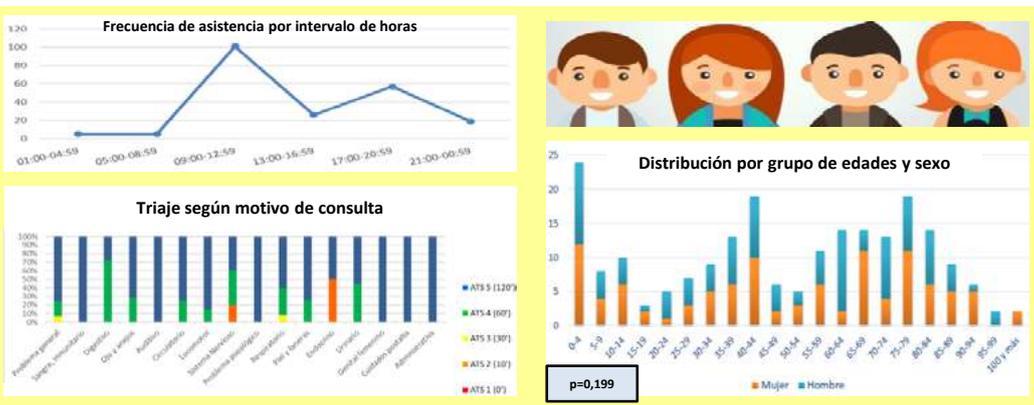
Atención continuada, enfermería, triaje, urgencias, atención primaria.

2. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Población de estudio: N=10546 habitantes. Tamaño muestral: n=199 pacientes (nivel de confianza 95%, precisión 3% y proporción 5%). Criterios de inclusión: personas que acuden al servicio de urgencias del PAC. Tipo de muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Recogida de datos: Diciembre 2017, por personal de enfermería mediante un cuestionario con variables socio-demográficas, tipo de consulta, triaje según Australian Triage Scale (ATS), motivo de consulta (CIAP-2), diagnóstico (CIE-9), tratamiento no farmacológico, recursos humanos y si se realiza educación para la salud (EpS). Base de datos: programa informático Microsoft Office Excel 2007. Análisis de los datos: paquete estadístico SPSS 19.0 para Chi-cuadrado de Pearson y t-student. Los procedimientos utilizados en los sujetos fueron realizados tras la obtención del consentimiento informado, que cumplía los criterios definidos en la LOPD 15/1999 y conocían la capacidad de ejercer los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación u oposición).

3. RESULTADOS

Se recogieron datos de 213 participantes con edad media 49,09 años (DT = 28,97). 49,8% mujeres. 74,6% fue acompañado. 96,7% nacionalidad española. 65,3% procedía de la localidad en la que se sitúa el PAC, el resto fueron de municipios cercanos (hasta 25km). 6,6% eran desplazados. 92,5% acudieron desde su domicilio, 3,3% de residencias y 4,2% de otros lugares. 87,3% acudieron en una guardia de 24 horas. Los mayores motivos de consulta fueron: 28,2% respiratorio, 16% aparato locomotor, 14,6% piel y faneras y 13,6% problemas generales. El tratamiento enfermero que más se llevó a cabo fue la toma de constantes, seguido de administración de medicación intramuscular, aerosolterapia y curas. Los tratamientos no farmacológicos realizados por enfermería más frecuentes fueron el cuidado de las heridas, las medidas higiénicas y la observación en domicilio, mientras que en la consulta conjunta se realizaron en mayor proporción las medidas dietéticas, la aplicación de calor y el aumento de la ingesta hídrica.



4. CONCLUSIONES

Las características socio-demográficas de los sujetos reflejaron el perfil general de la población de estudio, exceptuando en la distribución por edades, que se observó un alto número en el grupo de 0 a 4 años. Los sujetos acudieron principalmente acompañados y desde el domicilio. Cabe destacar que la mayor parte de la población atendida presentó una situación no urgente según triaje. Por esta razón, el perfil de la población que acude nos sugiere profundizar en el estudio de las posibles causas no urgentes por las que acuden, principalmente en la población pediátrica.

Por otro lado, el profesional de enfermería tuvo una implicación importante en el servicio, ya que atendió de forma independiente la mayor parte de las consultas programadas y una gran proporción de la atención urgente. La EpS se impuso como aspecto importante en el servicio: se llevó a cabo en la mayor parte de las veces que se pautó tratamiento no farmacológico y, sobre todo, en aquellos pacientes con diagnósticos de lesiones y envenenamientos, genitourinario, respiratorio y digestivo y se desarrolló más en aquellas consultas donde enfermería realizó toma de constantes, aerosolterapia y curas, siendo éstas las actividades enfermeras realizadas con mayor frecuencia. Sería interesante observar qué ocurre en el resto de estaciones del año en futuros estudios.

Podemos concluir que la enfermería es primordial en el PAC, ya sea para una rápida y correcta valoración de la urgencia y adecuación de recursos, como para favorecer el éxito de los tratamientos y prestar una atención de calidad a la población.

Resumen: *Objetivo: Conocer las características socio-demográficas y clínicas de la población y el papel del enfermero en el Punto de Atención Continuada de un centro de salud rural. Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Resultados: No hubo diferencias por sexo, mayoría con nacionalidad española y acompañados. Mayores motivos de consulta: respiratorios, aparato locomotor y piel-faneras. Tratamientos enfermeros más realizados: constantes, administración de medicación intramuscular, aerosolterapia y curas. Conclusiones: La enfermería es primordial en la atención continuada, ya sea para una rápida y correcta valoración de la urgencia y adecuación de recursos, como para favorecer el éxito de los tratamientos.*

Palabras Clave: *Atención primaria de salud; Urgencias médicas; Triage.*

Introducción

La atención continuada constituye la atención urgente a la población de una Zona Básica de Salud (ZBS), llevada a cabo en los Puntos de Atención Continuada (PAC) de los centros de salud, las 24 horas del día y los 365 días al año. Con el siguiente estudio queremos conocer cuáles son las características socio-demográficas y clínicas más específicas de la población que acude al servicio de atención continuada de una ZBS rural y el papel del enfermero en el servicio de urgencias, con el fin de mejorar los recursos materiales y humanos de acuerdo a las necesidades de nuestra población en la atención socio-sanitaria prestada.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Población de estudio: N=10546 habitantes. Tamaño muestral: n=199 pacientes (nivel de confianza 95%, precisión 3% y proporción 5%). Criterios de inclusión: personas que acuden al servicio de urgencias del PAC. Tipo de muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Recogida de datos: Diciembre 2017, por personal de enfermería mediante un cuestionario con variables socio-demográficas, tipo de consulta, triaje según Australian Triage Scale (ATS), motivo de consulta (CIAP-2), diagnóstico (CIE-9), tratamiento no farmacológico, recursos humanos y si se realiza educación para la salud (EpS). Base de datos: programa informático Microsoft Office Excel 2007. Análisis de los datos: SPSS 19.0. Los procedimientos utilizados en los sujetos fueron realizados tras la obtención del consentimiento informado, que cumplía los criterios definidos en la LOPD 15/1999 y conocían la capacidad de ejercer los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación u oposición).

Resultados

Se recogieron datos de 213 participantes con edad media de 49,09 años (DT=28,97), siendo los grupos de mayor asistencia 0-4 años (11,3%), 40-44 años (8,9%) y 75-79 años (8,9%). 49,8% fueron mujeres y 50,2% hombres. El 74,6% fue acompañado. El 96,7% tenía nacionalidad española, 1,4% fue de origen europeo (excluyendo los españoles) y 1,9% de origen latino. El 65,3% procedía de la localidad en la que se sitúa el PAC, 2,3% de una población a 5,5km, 14,5% a 6,8km, 12,2% a 19km, 1% a 26km y 4,7% de fuera de la ZBS. El 6,6% eran desplazados. El 92,5% acudieron desde su domicilio, 3,3% de residencias y 4,2% de otros lugares. El 87,3% acudieron en una guardia de 24 horas y el 12,7% en una de 17 horas. El intervalo de mayor asistencia fue de 9:00-13:00 horas, acudiendo el 47,4%. La asistencia disminuyó en la tarde, siendo más acentuado en la noche (12,2% de 13:00-17:00 horas, 26,8% de 17:00-21:00 horas, 8,9% de 21:00-1:00 horas y 4,7% de 1:00-9:00 horas).

Se realizó triaje a la llegada de los pacientes según motivo de consulta y nadie necesitó asistencia inmediata (Puntuación ATS 1). El 0,9% tuvo ATS 2 (la asistencia pudo demorar hasta 10 minutos), el 2,2% ATS 3 (hasta 30 minutos) y el resto no necesitó asistencia antes de 60 minutos.

Los mayores motivos de consulta fueron: 28,2% de tipo respiratorio, 16% del aparato locomotor, 14,6% de la piel y faneras y 13,6% fueron problemas generales. El tratamiento enfermero que más se llevó a cabo fue la toma de constantes (18,9%), seguido de administración de medicación intramuscular (13,5%), aerosolterapia (9,6%) y realización de curas (10,8%). Los tratamientos no farmacológicos realizados por enfermería más frecuentes fueron el cuidado de las heridas (1,3%), medidas higiénicas (6,7%) y observación en domicilio (3,8%), mientras que en la consulta conjunta se realizaron en mayor proporción las medidas dietéticas (5,4%), aplicación de calor (0,6%) y aumento de la ingesta hídrica (1,9%).

En el 60% de las consultas se realizó educación para la salud, siendo mayoritariamente realizado en la consulta conjunta y en la de enfermería (33% y 16% respectivamente). Se realizó sobre todo en aquellos pacientes con diagnósticos relacionados con lesiones y envenenamientos (0,3%), respiratorios (17,3%), genitourinarios (2,6%) y de piel y tejido subcutáneo (5,8%) y en aquellos donde se recomendó tratamiento no farmacológico como medidas higiénicas (12,5%), medidas dietéticas (7,7%) y aplicación de calor (1%).

Conclusiones

Las características socio-demográficas de los sujetos reflejaron el perfil general de la población de estudio, exceptuando en la distribución por edades, que se observó un alto número en el grupo de 0 a 4 años. Los sujetos acudieron principalmente acompañados y desde el domicilio. Cabe destacar que la mayor parte de la población atendida presentó una situación no urgente según triaje. Por esta razón, el perfil de la población que acude nos sugiere profundizar en el estudio de las posibles causas no urgentes por las que acuden, principalmente en la población pediátrica.

Por otro lado, el profesional de enfermería tuvo una implicación importante en el servicio, ya que atendió de forma independiente la mayor parte de las consultas programadas y una gran proporción de la atención urgente. La EpS se impuso como aspecto importante en el servicio: se llevó a cabo en la mayor parte de las veces que se pautó tratamiento no farmacológico y, sobre todo, en aquellos pacientes con diagnósticos de lesiones y envenenamientos, genitourinario, respiratorio y digestivo y se desarrolló más en aquellas consultas donde enfermería realizó toma de constantes, aerosolterapia y curas, siendo éstas las actividades enfermeras realizadas con mayor frecuencia. Sería interesante observar qué ocurre en el resto de estaciones del año en futuros estudios.

Podemos concluir que la enfermería es primordial en el PAC, ya sea para una rápida y correcta valoración de la urgencia y adecuación de los recursos, como para favorecer el éxito de los tratamientos y prestar una atención de calidad a la población.

Bibliografía

1. Calero Mercado N. *Comparativa de los modelos de triaje existentes*. Rev SEEUE [Revista en Internet]. Ene-Feb 2018 [Acceso 2 feb 2018]; 59. Disponible en: <http://ciberfebrero2018.enfermeriadeurgencias.com/originales/p%C3%A1gina-3.html>.
2. Galiano Leis MA, Fernández Rodríguez MT. *Perfil de los pacientes que deciden acudir a un Punto de Atención Continuada (PAC)*. Cad Aten Primaria [Revista en Internet]. 2012; 19:159-163. Disponible en: https://www.agamfec.com/antiga2013/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_3/2.Orixiniais/Orixiniais_vol19_n3_1.pdf.
3. Miguel García F, Fernández Quintana A, Díaz Prats A. *La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial*. Informe SES-PAS 2012. Gac Sanit [Revista en Internet]. Mar 2012;26 Supl 1:134-41. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-atencion-urgencia-las-comunidades/articulo/S0213911111004080/>.

Capítulo 210

Satisfacción de los profesionales de enfermería de Ciudad Real respecto a su sistema de triaje en los servicios de urgencias

Autor:

Pardo Pardo, Roberto

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CIUDAD REAL RESPECTO A SU SISTEMA DE TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El triaje es un procedimiento de clasificación y selección de pacientes con el objetivo de garantizar seguridad clínica, una correcta optimización de los recursos y una asistencia sanitaria de calidad. Con un buen triaje no solo sale beneficiado el paciente, sino también el profesional sanitario.

Es una herramienta fundamental en todo servicio de urgencias, y al ser en muchos casos la enfermería responsable de esta labor, es necesario valorar la satisfacción que tienen los profesionales de enfermería, tanto de servicios de urgencias hospitalarias como de atención primaria, en Ciudad Real.

En el HGUCR (Hospital General Universitario de Ciudad Real) emplean el MTS (Manchester Triage System) como herramienta, mientras que en el centro de salud 1 de Ciudad Real la clasificación la realizan aplicando su experiencia profesional y su ojo clínico.

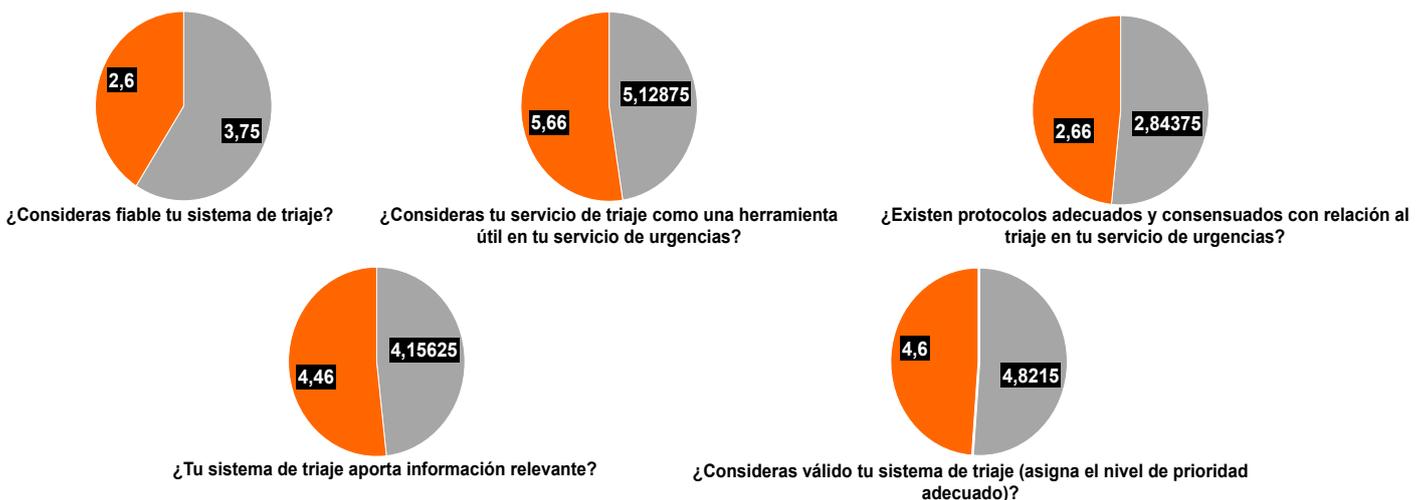
OBJETIVOS	MATERIAL Y MÉTODO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRINCIPAL <ul style="list-style-type: none"> • Describir el grado de satisfacción de los profesionales de enfermería de Ciudad Real. ▪ SECUNDARIO <ul style="list-style-type: none"> • Comparar los resultados obtenidos del HGUCR con los resultados obtenidos en el centro de salud 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • DISEÑO: se realizó un estudio descriptivo y comparativo que tuvo lugar desde el 13 de diciembre de 2016 hasta el 19 de marzo de 2017. • MUESTRA: el estudio se dirigió a los profesionales de enfermería de Ciudad Real, tanto de las urgencias hospitalarias como de atención primaria. Teniendo una muestra final de 47 profesionales de enfermería (32 del HGUCR y 15 del centro de salud 1). • PROCEDIMIENTO: se realizó mediante encuestas anónimas entregadas a mano. • INSTRUMENTO: para la realización del estudio, empleamos los cuestionarios obtenidos del artículo de: <i>Sánchez-Bermejo, R. (2015). Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios.</i> • CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN: se incluyeron todas las encuestas en buen estado y con respuesta legible, mientras que se excluyeron todas aquellas con respuestas múltiples y realizadas a lápiz.

RESULTADOS

Para la medición de la satisfacción acerca del sistema de triaje utilizado en cada servicio, se empleó una escala cuya valoración consistía en: 7 = muy satisfecho y 1 = muy insatisfecho; siendo 2, 3, 4, 5 y 6 valores intermedios.

A continuación se exponen las comparativas de las medias de los resultados de cada servicio respecto a cada pregunta planteada.

■ Centro de salud 1 Ciudad Real
 ■ Hospital General Universitario de Ciudad Real



CONCLUSIONES

- Como podemos observar, los profesionales de enfermería tanto del HGUCR como del centro de salud 1, consideran el servicio de triaje como una herramienta útil, que aporta información relevante y que asigna el nivel de prioridad adecuado. Por otro lado, consideran que no es muy fiable y que no existen protocolos adecuados, eso se ve reflejado en que muchas veces no se atiende a los pacientes según el orden de triaje.
- El sistema de triaje MTS no influye, a gran escala, en la valoración de los aspectos del triaje que tienen los profesionales de enfermería del HGUCR, sino que, la influencia se debe a la mala organización (debido a ausencia de protocolos) y a la sobrecarga de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

- Nogué, S., Ramos, A., & Bohils, M. (2010). Adecuación de un sistema de triaje y del circuito asistencial en urgencias al paciente intoxicado. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 338-344.
- Sánchez-Bermejo, R. (2015). Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*, 103-108.
- Schuetz, P., Hausfater, P., Amin, D., Haubit, S., Fässler, L., & Grolimund, E. (2013). Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. *BioMed Central*, 1-11.

Resumen: El triaje es un procedimiento de selección y clasificación de pacientes que acuden a los servicios de urgencias, tanto hospitalarias como de atención primaria. Al ser una labor, en muchos casos, íntegra de la enfermería, es necesario realizar una valoración de la satisfacción que tienen los enfermeros acerca de esta herramienta tan importante en los servicios de urgencias.

Para ello, se evaluó una muestra de 55 profesionales de enfermería tanto del Hospital General de Ciudad Real como del Centro de Salud "Ciudad Real 1" durante su jornada laboral.

Palabras Clave: Enfermeros; Satisfacción en el Trabajo; Triage.

Introducción

El triaje es un procedimiento de clasificación y selección de pacientes con el objetivo de garantizar seguridad clínica, una correcta optimización de los recursos y una asistencia sanitaria de calidad. Con un buen triaje no solo sale beneficiado el paciente, sino también el profesional sanitario.

Es una herramienta fundamental en todo servicio de urgencias, y al ser en muchos casos la enfermería responsable de esta labor, es necesario valorar la satisfacción que tienen los profesionales de enfermería, tanto de servicios de urgencias hospitalarias como de atención primaria, en Ciudad Real.

En el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) emplean el Manchester Triage System (MTS) como herramienta, mientras que en el Centro de Salud 1 de Ciudad Real la clasificación la realizan aplicando su experiencia profesional y su ojo clínico.

Objetivos

- Principal: Describir el grado de satisfacción de los profesionales de enfermería de Ciudad Real.
- Secundarios: Comparar los resultados obtenidos del HGUCR con los resultados obtenidos en el Centro de Salud 1.

Material y método

- Diseño: Se realizó un estudio descriptivo y comparativo que tuvo lugar desde el 13 de diciembre de 2016 hasta el 19 de marzo de 2017.
- Muestra: El estudio se dirigió a los profesionales de enfermería de Ciudad Real, tanto de las urgencias hospitalarias como de atención primaria. Teniendo una muestra final de 47 profesionales de enfermería (32 del HGUCR y 15 del Centro de Salud 1).
- Procedimiento: El estudio se realizó a través de encuestas cumplimentadas anónimas, las cuales fueron entregadas en mano y personalmente a los profesionales de enfermería encargados del triaje.
- Instrumento: Para la realización del estudio, se emplearon los cuestionarios obtenidos del artículo de Sánchez-Bermejo, R. (2015). *Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios*.
- Criterios de inclusión/exclusión: Se incluyeron todas las encuestas en buen estado y con respuesta legible, mientras que se excluyeron todas aquellas con respuestas múltiples y realizadas a lápiz.

Resultados

Para la medición de la satisfacción acerca del sistema de triaje utilizado en cada servicio, se empleó una escala cuya valoración consistía en: 7 = muy satisfecho y 1 = muy insatisfecho; siendo 2, 3, 4, 5 y 6 valores intermedios.

A continuación se exponen las comparativas de las medias de los resultados de cada servicio respecto a cada pregunta planteada.

1. Respecto a la pregunta: ¿Consideras fiable tu sistema de triaje (rinde los mismos resultados independientemente de quien realiza el triaje) ?, se puede observar que la nota media dada por los profesionales de enfermería del Hospital General Universitario de Ciudad Real es de 3,75 sobre 7, mientras que la obtenida por los del centro de salud Ciudad Real 1 es de 2,6 sobre 7.
2. Respecto a la pregunta: ¿Consideras tu servicio de triaje como una herramienta útil en tu servicio de urgencias?, podemos ver que la nota media de la puntuación de la valoración de los profesionales de enfermería del Hospital General Universitario de Ciudad Real es de 5,12875 sobre 7, mientras que la dada por los del centro de salud Ciudad Real 1 es de 5,66 sobre 7.
3. Respecto a la pregunta: ¿Existen protocolos adecuados y consensuados con relación al triaje en tu servicio de urgencias?, vemos una disminución en la valoración tanto de un servicio como de otro; mientras que los profesional de enfermería del Hospital General Universitario de Ciudad Real dan una puntuación de 2,84375 sobre 7, los del centro de salud Ciudad Real 1 dan una puntuación de 2,66 sobre 7.
4. Respecto a la pregunta: ¿Tu sistema de triaje aporta información relevante?, los profesionales de enfermería dan una puntuación más alta en comparación con la pregunta anterior. Los profesionales de enfermería del Hospital General Universitario de Ciudad Real puntúan con un 4,15625 sobre 7, mientras que los del centro de salud Ciudad Real 1 puntúan con un 4,46 sobre 7.
5. Respecto a la pregunta: ¿Consideras válido tu sistema de triaje (asigna el nivel de prioridad a los pacientes que están en ese nivel)?, se puede observar que los profesionales de enfermería del Hospital General Universitario de Ciudad Real dan una puntuación por encima del aprobado con un 4,8215 sobre 7, al igual que los profesionales de enfermería del centro de salud Ciudad Real 1, que puntúan con un 4,6 sobre 7.

Conclusiones

Como podemos observar, los profesionales de enfermería tanto del HGUCR como del centro de salud 1, consideran el servicio de triaje como una herramienta útil, que aporta información relevante y que asigna el nivel de prioridad adecuado. Por otro lado, consideran que no es muy fiable y que no existen protocolos adecuados, eso se ve reflejado en que muchas veces no se atiende a los pacientes según el orden de triaje.

El sistema de triaje MTS no influye, a gran escala, en la valoración de los aspectos del triaje que tienen los profesionales de enfermería del HGUCR, sino que, la influencia se debe a la mala organización (debido a ausencia de protocolos) y a la sobrecarga de trabajo.

Bibliografía

1. Molina- Álvarez RA, Zavala Suárez E. *Conocimiento de la guía de Práctica clínica de triaje por personal de enfermería*. Revista CONAMED. 2014;19(1):11-16.
2. Nogué S, Ramos A, Portillo M, Bohils M. *Adecuación de un sistema de triaje y del circuito asistencial en urgencias al paciente intoxicado*. Emergencias. 2010;22:338-344.
3. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, de las Heras Castro EM. *El triaje en urgencias en los hospitales españoles*. Emergencias. 2013;25:66-70.
4. Sánchez-Bermejo R. *Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios*. Emergencias. 2015;27:103-108.

Capítulo 211

Satisfacción laboral en personal sanitario

Autores:

González León, María

Mora Muñoz, Eduardo

Cabello Fernández, Elena

SATISFACCIÓN LABORAL EN PERSONAL SANITARIO

AUTORES:

INTRODUCCIÓN

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. La eficacia y calidad de los cuidados y servicios prestados en un sistema sanitario correlaciona directamente con el nivel de satisfacción de los profesionales que en el trabajan. La satisfacción laboral ha sido estimada como un factor causal en la calidad de la atención, pues no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia sino se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo.

OBJETIVO

Analizar el grado de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en un hospital de larga estancia.



GRAFICO 1



GRAFICO 2

MATERIAL Y METODOS

Diseño y población de estudio: Se diseñó un estudio observacional, descriptivo transversal tomando como población de estudio al personal de enfermería del centro, formado por 189 profesionales. No se realizó cálculo muestral al participar todos los profesionales de enfermería del centro.

Criterio de inclusión y exclusión: Como criterio de inclusión se consideró estar contratado como mínimo 6 meses anteriores a la fecha de inicio del estudio. Se excluyeron el resto del personal del centro por contar con un número insuficiente de profesionales para realizar un análisis comparativo.

Instrumento de medida y variables: Como instrumento de recogida de datos se utilizó el cuestionario validado en castellano de Font-Roja que consta de 24 ítems que se agrupan en 9 factores que permiten explorar todas las dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral, valorados cada uno mediante una escala Likert 1-5 en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción. El punto 3 se toma como un grado medio de satisfacción. También se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo) tiempo en el puesto de trabajo y otras variables independientes relacionadas con la satisfacción (grupo profesional, tipo de contrato). Los cuestionarios eran autoadministrables y anónimos.

Análisis estadístico: Para la estadística descriptiva, utilizamos frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medias (desviaciones estándar) para las cuantitativas. Para el análisis bivariable, se utilizó el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney y para la correlación de las variables cuantitativas el coeficiente de correlación de spearman). El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$. Para el análisis estadístico, utilizamos el programa SPSS v 22.0.

Consideraciones éticas:

Se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio, garantizando el anonimato de los participantes.

RESULTADOS

Un total de 121 personas contestaron el cuestionario, el 61% de la población total estudiada. El 81% (98) de los participantes fueron mujeres y un 19% (23) hombres. El estado civil se puede ver en el gráfico 1. El grupo profesional y la situación laboral pueden verse en los gráficos 2 y 3. La edad media de los participantes se situó en 40+ 9,6 años. El tiempo medio de empleo en años fue de 14,5+9,5. El 76% (76) de los encuestados tenía hijos. En la tabla 1 se representa la valoración obtenida por dimensiones del cuestionario de Font-Roja. Hay que destacar como la menor satisfacción las "relaciones interpersonales con los compañeros" y la mayor satisfacción con la "satisfacción por el trabajo". No se encontró diferencias entre la satisfacción laboral global y el sexo ($p=0,9$), grupo profesional ($p=0,3$) y antigüedad en el puesto de trabajo ($p=0,5$). Si se encontró diferencias entre la satisfacción laboral y la situación laboral, el personal contratado presentaba un puntuación superior de satisfacción ($p=0,03$).

CONCLUSIÓN

La satisfacción global encontrada se sitúa en niveles bajos, destacando la mala relación interpersonal entre compañeros. El tipo de contrato (eventual) se relacionó como elemento que influyó en la satisfacción laboral.



GRAFICO 3

DIMENSIÓN	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DESV. TIP.
Satisfacción por el trabajo	121	2,3	4,3	3,2	0,38
Tensión relacionada con el trabajo	121	1,8	4,3	2,9	0,46
Competencia profesional	121	2	4	3,1	0,48
Presión del trabajo	121	1	3,5	2,2	0,67
Promoción profesional	121	1,3	4,3	2,8	0,60
Relación interpersonales con sus jefes	121	1	4	2,2	0,55
Relación interpersonal con los compañeros	121	1	5	1,7	0,90
Características extrínsecas de estatus	121	1,5	5	3,2	0,72
Monotonía laboral	121	1,5	5	3,2	0,64
Puntuación Global	121	2,3	3,1	2,7	0,17

TABLA 1



GRAFICO 4



Resumen: *La satisfacción laboral es estudiada como factor más importante en la calidad de los cuidados.*

El objetivo es analizar la satisfacción laboral del personal de enfermería de un hospital de larga estancia.

Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal con el cuestionario Font Roja y escala Likert.

El resultado fue que la mayoría del personal que participó fueron auxiliares de enfermería mujeres, casadas, con hijos y contrato fijo siendo la menor satisfacción, la relación interpersonal y la mayor fue la satisfacción laboral.

En conclusión, el contrato eventual influyó en la baja satisfacción global junto a la mala relación interpersonal

Palabras Clave: *Satisfacción; Enfermería; Relación.*

Introducción

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida y satisfacción laboral.

La eficacia y la calidad de los cuidados y servicios prestados en el sistema sanitario que correlaciona directamente con el nivel de satisfacción de los profesionales que en el trabajan.

La satisfacción laboral ha sido estimada como un factor causal en la calidad de la atención, pues no es probable conseguir que una persona realice un trabajo de calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo.

Objetivo

Analizar la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en un hospital de larga estancia.

Material y método

Diseño y población de estudio: se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal tomando como población de estudio al personal de enfermería del centro formado por 189 profesionales.

No se realizó cálculo muestral al participar todos los profesionales de enfermería del centro.

Criterio de inclusión y exclusión: como criterio de inclusión se considero estar contratado como mínimo en 6 meses anteriores a la fecha de estudio. Se excluyeron el resto del personal del centro por contar con un número insuficiente de Profesionales para realizar un análisis comparativo.

Instrumento de medida y variables: como instrumento de recogida de datos se utilizó el cuestionario validado en castellano de Font Roja que consta de 24 ítems que se agrupan en 9 factores que permiten explorar todas las dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral, valorados cada uno mediante la escala Likert 1-5 en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción. El punto 3 se toma como un grado de medio de satisfacción.

También se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo) tiempo en el puesto de trabajo y otras variables independientes relacionadas con la satisfacción (grupo profesional, tipo de contrato).

Los cuestionarios eran autoadministrables y anónimos.

Análisis estadístico: Para la estadística descriptiva, utilizamos frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medias (desviaciones estándar) para las cuantitativas.

Para el análisis bivalente, se utilizó el test no paramétrico de la U de Mann Whitney y para correlación de las variables cuantitativas el coeficiente de correlación de Spearman.

El nivel de significación se estableció en una $p > 0,05$.

Para el análisis estadístico, utilizamos el programa SPSS V 22.0

Consideraciones éticas: se solicitó el consentimiento informado a los participantes en el estudio, garantizando el anonimato de los profesionales.

Resultados

Un total de 121 personas contestaron el cuestionario, el 61% de la población total estudiada. El 81% (98) de los participantes fueron mujeres y un 19% (23) hombres.

El estado civil se puede ver en gráfico 1, predominando casados. El grupo profesional y situación laboral pueden verse los gráficos 2 y 3, predominando auxiliares de enfermería y contrato fijo. La edad media de los participantes se sitúa en 40 + 9.6 años. El tiempo medio de empleo en años fue de 14, 5 + 9, 5. El 76% (76) de los encuestados tenía hijos. En la tabla 1 se representa la valoración obtenida por dimensiones del cuestionario Font-Roja.

Hay que destacar como la menor satisfacción las "relaciones interpersonales con los compañeros" y la mayor satisfacción con la "satisfacción por el trabajo".

No se encontró diferencias entre la satisfacción laboral global y el sexo ($P=0.9$), grupo profesional ($P=0.3$) y antigüedad en el puesto de trabajo ($P=0.5$).

Si se encontró diferencias entre la satisfacción laboral y situación laboral el personal contratado presentaba una puntuación superior de satisfacción ($P=0,03$).

Conclusión

La satisfacción global encontradas se sitúa en niveles bajos destacando la mala relación interpersonal entre compañeros.

El tipo de contrato(eventual) se relacionó como elemento que influyó en la satisfacción laboral.

Bibliografía

1. Rodríguez-Alonso A., Gómez Fernández P., de Dios del Valle R., *Study of satisfaction in primary healthcare in area of Asturias*. Rev. um enfermería global. 2017July., 16 (3): 384-399.

2. Estévez -Guerra E.J., Núñez-González E., Fariña-López E., Marrero-Medina D., Hernández-Marrero P. *Determinants of job satisfaction and long-term care facilities*. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2007 September.,42 (5): 285-292.

3. Vera-Remartinez E.J., Mora Parra L.M., González Gómez J.A., García Jiménez J., Garcés Pina E., Domínguez Zamorano J .A. *Job satisfaction of nursing staff in Spanish prison*. Rev. esp. sanid. penit. 2009 11(3): 80-86.

Capítulo 212

Seguimiento de recomendaciones para extracción de hemocultivos en UCI

Autores:

Ramírez de Orol, Miguel Ángel

Valiente Sobrino, Liliana

Sánchez Higuera, M^a del Prado

SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES PARA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN UCI

AUTORES:

INTRODUCCION

Los hemocultivos constituyen una de las muestras más importantes y son indispensables para establecer un diagnóstico etiológico en pacientes con septicemia, esto implica, que tanto la detección como el tiempo en que se logre aislar el microorganismo patógeno, son de vital importancia para instaurar el tratamiento efectivo al paciente. La extracción de hemocultivos es una práctica habitual en las UCI. La contaminación de hemocultivos es un indicador de calidad de cada núcleo y conviene medirlo ya que son frecuentes en los resultados de hemocultivos los falsos positivos. Existen múltiples y sencillas medidas a nuestro alcance, como profesionales de enfermería, para evitarlos e incluso erradicarlos, que evitarían tratamientos costosos, prolongados y agresivos para el paciente

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos de un hospital de II nivel durante 3 meses. La población de estudio la formó el personal de Enfermería que intervino en cada una de las 100 extracciones de las muestras para hemocultivo. Se elaboró una hoja de recogida de datos donde se incluyó las siguientes variables: Procedencia del hemocultivo (venopunción directa, catéteres recién implantados, catéteres implantados más de 48 horas), cumplimiento del protocolo (Si/No), motivos de incumplimiento del protocolo.

Para evaluar la información se determinaron valores numéricos absolutos y porcentajes como resultado de los datos recogidos en la hoja de registro. Los datos recogidos en la hoja de registro fueron evaluados con el programa informático SPSS en su versión 22.0. Se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos.

OBJETIVO

Mostrar el seguimiento por parte de personal de enfermería, de un protocolo instaurado para la extracción de muestras para hemocultivo en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

Determinar los momentos críticos del protocolo a fin de lograr una técnica de extracción de muestras para hemocultivo ajustada tanto al protocolo establecido como a los estándares de calidad recomendados.

RESULTADOS

Se evaluó el cumplimiento del protocolo de la unidad de 100 muestras recogidas para hemocultivos. El 57% (57) del total de las muestras se recogieron de catéteres implantados de más de 48h, figura 1. En un 40% (13) de los hemocultivos procedentes de venopunción no se cumple con el protocolo de la unidad, figura 2. las incidencias de cumplimiento se pueden ver en la figura 3. Respecto a los hemocultivos tomados de catéteres recién implantados se obtiene un incumplimiento del protocolo del 27,2% (3), figura 4. Las incidencias se pueden ver en la figura 5. Los motivos de incumplimiento del protocolo de extracción de hemocultivos procedentes de catéteres implantados de más de 48 horas pueden verse en la figura 6



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

CONCLUSIONES

Se observó una tasa elevada de incumplimiento del protocolo de hemocultivos de la unidad, lo que implica la necesidad de reforzar las recomendaciones para la extracción de este tipo de muestras. El incumplimiento del protocolo puede influir en la tasa de falsos positivos lo que puede ser un factor de confusión para los clínicos, y puede conllevar administración inapropiada de antibióticos, realización de pruebas adicionales con un aumento de costes y aumento de la estancia.

Resumen: Los hemocultivos, son indispensables para establecer un diagnóstico etiológico en pacientes con septicemia; la detección y el tiempo en que se logre aislar el microorganismo patógeno, son vitales para instaurar un tratamiento efectivo. La extracción de hemocultivos es una práctica habitual en las UCIs, y la contaminación de hemocultivos es un indicador de calidad de cada núcleo, que conviene medir, pues son frecuentes los falsos positivos. Existen múltiples y sencillas medidas a nuestro alcance, para evitarlos o erradicarlos, evitando tratamientos costosos, prolongados y agresivos para el paciente.

Palabras Clave: Hemocultivo; Extracción; Protocolo.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en la UCI de un hospital de II nivel durante 3 meses. Constituyó la población objeto de estudio, el personal de Enfermería interviniente en cada una de las 100 extracciones de las muestras para hemocultivo. Se elaboró una hoja de recogida de datos incluyendo variables como: Procedencia del hemocultivo (venopunción directa, catéteres recién implantados, catéteres implantados más de 48 horas), cumplimiento del protocolo (Sí/No), y motivos de incumplimiento del protocolo.

Para evaluar la información se determinaron valores numéricos absolutos y porcentajes, resultado de los datos recogidos en la hoja de registro que se evaluaron con el programa informático SPSS en su versión 22.0, preservando el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos.

Resultados

Se evaluó el cumplimiento del protocolo de la unidad de 100 muestras recogidas para hemocultivos. El 57% (57) del total de las muestras se recogieron de catéteres implantados de más de 48 h. En un 40% (13) de los hemocultivos procedentes de venopunción no se cumplió con el protocolo de la unidad. Respecto a los hemocultivos tomados de catéteres recién implantados se observa un incumplimiento del protocolo del 27,2% (3).

Conclusiones:

Se observó una tasa elevada de incumplimiento del protocolo de hemocultivos de la unidad, esto se traduce en la necesidad de reforzar las recomendaciones para la obtención de este tipo de muestras. El incumplimiento del protocolo condiciona la tasa de falsos positivos, pudiendo ser un factor de confusión para los clínicos, y conllevar administración inapropiada de antibióticos, realización de pruebas adicionales suponiendo el incremento de costes y estancias hospitalarias.

Bibliografía:

1. Albalate, M., Pérez García, R., Sequera, P. de, Alcázar, R., Puerta, M., Ortega, M., Mossé, A., & Crespo, E.. (2010). *¿Hemos olvidado lo más importante para prevenir las bacteriemias en pacientes portadores de catéteres para hemodiálisis?*. Nefrología (Madrid), 30(5), 573-577. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952010000500014&lng=es&tlng=es.

2. Ibero Esparza, C., Regidor Sanz, E., Díaz Pedroche, C., García de Casasola, G., *Si fiebre, ¿hemocultivos?*, Revista Clínica Española, Elsevier, Volumen 210, Capítulo 11, Diciembre 2010, P. 559-566. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256510004315#%21>.

3. Hernández-Bou, S., Álvarez Álvarez, C., Campo Fernández, M.N., García Herrero, M. A., Gené Giral, A., Giménez Pérez, M., Piñeiro Pérez, R., Gómez Cortés, B., Velasco, R., Menasalvas Ruiz, A.I., García García, J. J., Rodrigo Gonzalo de Liria, C., *Hemocultivos en urgencias pediátricas. Guía práctica de recomendaciones: indicaciones, técnica de extracción, procesamiento e interpretación*, Anales de Pediatría, volumen 84, Capítulo 5, Mayo 2016, P. 294.e1-294.e9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331500243X>.

Capítulo 213

Seguridad del paciente en los servicios sanitarios, ¿están seguros nuestros pacientes?

Autores:

Medina Armenteros, María del Mar

Cabañas Molero, Ana María

Pérez Torija, María Ángela

Seguridad del paciente en los servicios sanitarios ¿Están seguros nuestros pacientes?

Introducción

Los sistemas sanitarios poseen unos sistemas de prestación en sus servicios caracterizados por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas. De esta forma se aportan beneficios para la sociedad, a pesar de ello, también conlleva riesgos pudiendo producir sucesos adversos que perjudican al paciente.¹

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, es muy compleja, tanto en la práctica clínica como en organización y constituye un objetivo a alcanzar para ofrecer al usuario una atención sanitaria de calidad. Para ello, se

deben conocer los riesgos y como prevenirlos, y en el caso de que ocurrieran, saber como se debe actuar para evitar un mal mayor.^{1,2}

A pesar de las creencias, este tema no es nuevo, sin embargo es ahora cuando está en auge. La preocupación sobre la seguridad esta desde hace muchos siglos, podemos verlo reflejado en el Código de Hammurabi, en la antigua Babilonia o con Hipócrates, en el juramento Hipocrático en el Siglo V a.C. En el siglo XX, en las décadas de los 50 y 60 se realizaron estudios sobre sucesos adversos que no tuvieron mucha relevancia. Es en los años 90 cuando se retoma el interés por la seguridad y aparecen publicaciones relevantes, como los resultados del

Harvard Medical Practice Study de 1991 o las investigaciones en Australia en 1995.¹

En este estudio pretendemos conocer los distintos efectos indeseables existentes en la atención hospitalaria, estando relacionados con la medicación, infecciones nosocomiales, complicaciones en el curso clínico, errores diagnósticos y terapéuticos.²

Hemos realizado una revisión bibliográfica para dar respuesta a los siguientes objetivos:

Objetivo principal

Conocer la magnitud del problema y sus causas.

Objetivos secundarios

Conocer el nivel gravedad de los casos de EA

Conocer la naturaleza de los problemas que originan los EA

Conocer indicadores de calidad en la asistencia sanitaria

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica, encontramos un total de 81 artículos. Seleccionamos 14 artículos relacionados directamente con la temática en estudio: la seguridad del paciente en los servicios sanitarios. Para ello utilizamos bases de datos como Pubmed, Cuiden, Google Académico y Cinhal usando palabras clave tanto en español como inglés: seguridad, paciente, servicios sanitarios, safety, patient.

Resultados

Los principales estudios sobre el alcance del problema plantean que se producen eventos adversos (EA) entre el 3,3% en Colorado y UTA y el 13% en Australia y Nueva Zelanda. (TABLA 1)

País / Estado	% EA
Nueva York	3,7%
Colorado / Utah	3,3%
Australia	13%
Inglaterra	11%
Nueva Zelanda	13%
Alemania	9%
Canadá	7,5%
España	9,3%

Tabla 1

En el informe de 2006 del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005) se hizo una revisión de la historia clínica de los pacientes.

La muestra era de 24 hospitales, 6 pequeños, 13 medianos y 5 grandes.

De los 5.624, el 32% (1755) fueron posibles EA, de los cuales se revisaron y se encontraron que 501 eran falsos positivos y 191 solo eran incidentes, lo que supone que de esos 1755 casos el 60,5% (1063) eran realmente EA.

La incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: 7,7% - 9,1%.

El 17,7% de los pacientes con EA acumuló más de un EA. Del total de los 473 pacientes con EAs relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el EA fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso).³

Grado de EA (ENEAS)	Evitable en %
Leve	45%
Moderado	39%
Grave	16%

Naturaleza de los problemas que originan la EA	
Relacionados con los cuidados	7,63%
Relacionados con la medicación	37,4%
Relacionados con infección nosocomial	25,34%
Relacionados con el procedimiento	25,04%
Relacionados con el diagnóstico	2,75%
Otros	1,83%

En la mayoría de los artículos estudiados coinciden en que los indicadores de calidad son los siguientes: Identificación del paciente, comunicación clara con el paciente, manejo adecuado de medicamentos (paciente, dosis, medicamento y vía correctas), cirugía y procedimientos (cirugía, procedimiento, sitio quirúrgico y momento correcto), prevención de caídas, utilización de protocolos y guías de práctica clínica, prevención de infecciones nosocomiales, clima de seguridad, factores humanos y hacer participe al paciente en la toma de decisiones.

Conclusiones

Con este estudio reflejamos la incidencia de los EA, así como su naturaleza y gravedad, demostrando que sigue siendo un problema que podemos y debemos prevenir por parte de todos los profesionales sanitarios. Conociendo los múltiples factores de riesgo de los EA es posible realizar protocolos, guías asistenciales y otros sistemas para evitarlos, garantizando la máxima seguridad del paciente. Sin embargo, no todas las EA son registradas, por lo que es importante concienciar al personal sanitario de la utilización de los sistemas de registro de estos errores.

Bibliografía

1. S. Tomás. **Introducción a la seguridad clínica del paciente.** Monografías emergencias 2007;3:1-6
2. M. Chanovas Borrás, I. Campodarve, S. Tomás Vecina. **Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?** Monografías emergencias 2007;3:7-13
3. Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo. **Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.** ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. NIPO: 351-06-009-2



Resumen: Los sistemas sanitarios poseen unos sistemas de prestación en sus servicios caracterizados por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas. Aportan beneficios para la sociedad, a pesar de ello, conlleva riesgos para la seguridad del paciente. La seguridad clínica es esencial para la calidad asistencial, siendo compleja, tanto en la práctica clínica como en organización; constituye un objetivo a alcanzar para ofrecer al usuario una atención sanitaria de calidad. En este estudio pretendemos conocer los distintos efectos indeseables existentes en la atención hospitalaria, estando relacionados con la medicación, infecciones nosocomiales, complicaciones en el curso clínico, errores diagnósticos y terapéuticos.

Palabras Clave: Seguridad; paciente; safety.

Introducción

Los sistemas sanitarios poseen unos sistemas de prestación en sus servicios caracterizados por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas. De esta forma se aportan beneficios para la sociedad, a pesar de ello, también conlleva riesgos pudiendo producir sucesos adversos que perjudican al paciente.

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, es muy compleja, tanto en la práctica clínica como en organización y constituye un objetivo a alcanzar para ofrecer al usuario una atención sanitaria de calidad. Para ello, se deben conocer los riesgos y como prevenirlos, y en el caso de que ocurrieran, saber como se debe actuar para evitar un mal mayor.

A pesar de las creencias, este tema no es nuevo, sin embargo es ahora cuando está en auge. La preocupación sobre la seguridad esta desde hace muchos siglos, podemos verlo reflejado en el Código de Hammurabi, en la antigua Babilonia o con Hipócrates, en el juramento Hipocrático en el Siglo V a.C. En el siglo XX, en las décadas de los 50 y 60 se realizaron estudios sobre sucesos adversos que no tuvieron mucha relevancia. Es en los años 90 cuando se retoma el interés por la seguridad y aparecen publicaciones relevantes, como los resultados del Harvard Medical Practice Study de 1991 o las investigaciones en Australia en 1995.

Objetivos

En este estudio pretendemos conocer los distintos efectos indeseables existentes en la atención hospitalaria, estando relacionados con la medicación, infecciones nosocomiales, complicaciones en el curso clínico, errores diagnósticos y terapéuticos.

Hemos realizado una revisión bibliográfica para dar respuesta a los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

- Conocer la magnitud del problema y sus causas.

Objetivos secundarios:

- Conocer el nivel gravedad de los casos de EA.
- Conocer la naturaleza de los problemas que originan los EA.
- Conocer indicadores de calidad en la asistencia sanitaria.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica, encontramos un total de 81 artículos. Seleccionamos 14 artículos relacionados directamente con la temática en estudio: la seguridad del paciente en los servicios sanitarios. Para ello utilizamos bases de datos como Pubmed, Cuiden, Google Académico y Cinhal usando palabras clave tanto en español como inglés: Seguridad, paciente, servicios sanitarios, urgencias, safety, patient, emergency.

Resultados

Los principales estudios sobre el alcance del problema plantean que se producen eventos adversos entre el 3,3% en Colorado y UTA y el 13% en Australia y Nueva Zelanda:

Nueva York: 3,7 %.

Colorado/Uta: 3,3 %.

Australia: 13 %.

Inglaterra: 11 %.

Nueva Zelanda: 13 %.

Alemania: 9%.

Canadá: 7,5%.

España: 9,3%.

En el informe de 2006 del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005) se hizo una revisión de la historia clínica de los pacientes. La muestra era de 24 hospitales, 6 pequeños, 13 medianos y 5 grandes.

De los 5.624, el 32% (1755) fueron posibles EA, de los cuales se revisaron y se encontraron que 501 eran falsos positivos y 191 solo eran incidentes, lo que supone que de esos 1755 casos el 60,5% (1063) eran realmente EA.

La incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: 7,7% - 9,1%.

El 17,7% de los pacientes con EA acumuló más de un EA. Del total de los 473 pacientes con EAs relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el EA fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso).

Grado de EA (ENEAS): Leve 45%, moderado 39%, grave 16%.

Evitables en: Leve 43,8%, moderado 42%, grave 41,9.

Naturaleza de los problemas que originan los EA: relacionados con los cuidados 7,63 %, relacionados con la medicación 37,4%, relacionados con Infección nosocomial 25,34%, relacionados con un procedimiento 25,04 %, relacionados con el diagnóstico 2,75 %, otros 1,83 %.

En la mayoría de los artículos estudiados coinciden en que los indicadores de calidad son los siguientes: Identificación del paciente, comunicación clara con el paciente, manejo adecuado de medicamentos (paciente, dosis, medicamento y vía correctas), cirugía y procedimientos (cirugía, procedimiento, sitio quirúrgico y momento correcto), prevención de caídas, utilización de protocolos y guías de práctica clínica, prevención de infecciones nosocomiales, clima de seguridad, factores humanos y hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones.

Conclusiones

Con este estudio reflejamos la incidencia de los EA, así como su naturaleza y gravedad, demostrando que sigue siendo un problema que podemos y debemos prevenir por parte de todos los profesionales sanitarios. Conociendo los múltiples factores de riesgo de los EA es posible realizar protocolos, guías asistenciales y otros sistemas para evitarlos, garantizando la máxima seguridad del paciente. Sin embargo, no todas las EA son registradas, por lo que es importante concienciar al personal sanitario de la utilización de los sistemas de registro de estos errores.

Bibliografía

1. S. Tomás. *Introducción a la seguridad clínica del paciente*. Monografías emergencias 2007;3:1-6.
2. M. Chanovas Borràs, I. Campodarve, S. Tomás Vecina. *Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?* Monografías emergencias 2007;3:7-13.
3. Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. NIPO: 351-06-009-2.

Capítulo 214

Seguridad en los bancos de leche materno

Autores:

Antón Ruano, Noelia

Lobero Gurriarán, Verónica

Cámara Sevilla, María del Carmen

Rodrigo Sánchez, Pilar

SEGURIDAD EN LOS BANCOS DE LECHE MATERNA

OBJETIVO

- Los bancos de leche materna son centros especializados que, además de concienciar del valor de la lactancia materna, garantizan que la selección, extracción, aceptación y procesamiento de la leche materna se haga de una manera eficaz y segura.
- No se trata de disponer de una reserva de leche materna con la que alimentar a cualquier bebé, sino de velar por la salud y la supervivencia de bebés en situaciones de alto riesgo, bajo prescripción médica, y con el objetivo final, siempre que sea posible, de que puedan acabar siendo alimentados por sus propias madres.

METODOLOGÍA

1. SELECCIÓN DE LAS DONANTES

- Se realiza un cuestionario y una analítica para descartar enfermedades transmisibles, enfermedades agudas, hábitos tóxicos y consumo regular de medicamentos.
- Se firmará un consentimiento informado de la donación de leche.



2. RECOGIDA DE LECHE Y TRANSPORTE AL BANCO DE LECHE MATERNA

- A la donante se le proporciona:
 - Extractor manual.
 - Envases de recogida.
 - Etiquetas identificativas.
 - Un manual de instrucciones para la correcta realización del proceso.
- La donante extrae la leche en su domicilio y lo almacena en su congelador doméstico particular en los envases proporcionados por el banco.
- Se recomienda transportar la leche al banco antes de los 15 días posteriores a la extracción, donde se mantiene congelada hasta su procesamiento.



3. PROCESAMIENTO DE LA LECHE

- Siempre en condiciones estériles en cámara de flujo laminar.
- La leche permanecerá congelada hasta este momento, en que se descongelará a 4°C.
- Se hace un estudio microbiológico para descartar patógenos potenciales o excesos de flora bacteriana.
- La leche válida procedente de diferentes donantes se mezcla para obtener un producto homogéneo ya que la leche de cada madre tiene un valor nutricional.
- Se envasa y se pasteuriza.
- Una vez pasteurizada se vuelve a hacer un estudio microbiológico, incluso en algunos bancos se hace también un estudio nutricional y si todo es correcto se conserva correctamente etiquetada en el congelador.



INTERVENCIONES

- Se ha demostrado que la leche donada, cuando se compara con las fórmulas artificiales, protege frente a la infección nosocomial y favorece una mejor tolerancia digestiva, estando relacionada la leche artificial con un aumento del riesgo de la enterocolitis necrosante (de 6 a 10 veces más frecuente), la cual lleva a numerosas complicaciones o incluso a la muerte del niño a largo plazo. Los niños con leche donada presentan un mejor neurodesarrollo y un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- La leche donada conserva componentes biológicos con efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios. Todas estas propiedades hacen que la leche donada no se considere solo un alimento, realmente es un elemento protector contra la enfermedad.
- La experiencia en otros países ha demostrado que la instauración de un banco de leche materna aumenta las tasas de lactancia materna en la región donde se ha implantado.
- Recientemente además se ha descubierto en la Universidad Lund en Suecia el potencial de la leche materna como posible tratamiento del cáncer en adultos. La unión de la lactoalbúmina con un ácido graso forman el complejo HAMLET que es letal para las células tumorales y no para las células sanas.

CONCLUSIONES

- Un banco de leche es el dispositivo sanitario establecido para la obtención de leche humana a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispensarla con todas las garantías sanitarias a los pacientes que precisen de este producto biológico.
- En muchos países la política sanitaria nacional considera la leche materna donada como una herramienta razonable y efectiva para la promoción de la salud infantil.
- Próximas investigaciones intentarán desarrollar fármacos contra el cáncer a partir de la leche materna.

REFERENCIAS

- www.aeblh.org
- www.aeped.es/banco-leche-humana-hospital-12-octubre-madrid
- www.albactanciamaterna.org

Resumen: Los bancos de leche materna son centros especializados que además de concienciar el valor de la lactancia materna, garantizan que la selección, extracción, la aceptación y el procesamiento de la leche se haga de una manera eficaz y segura.

No se trata de disponer de una reserva de leche materna con la que alimentar a cualquier bebé, sino de velar por la salud y la supervivencia de bebés en situaciones de alto riesgo, bajo prescripción médica y con el objetivo final, siempre que sea posible, de que pueden acabar siendo alimentados por sus propias madres.

Palabras Clave: Banco; Leche Materna; Neonato.

La leche materna es, indiscutiblemente, el mejor alimento para un bebé recién nacido y, en caso de que no pueda ser alimentado por su madre, la OMS recomienda usar leche de madres donantes, sobre todo si se trata de grandes prematuros o niños enfermos.

Los bancos de leche materna son centros donde se asegura la calidad de la leche materna que será utilizada para promover la salud y supervivencia de lactantes en situación de alto riesgo y que por algún motivo de fuerza mayor no pueden ser alimentados con la leche de su madre.

Para asegurar el buen funcionamiento de estos centros se deben seguir unos pasos:

1. En primer lugar se hará una selección de las donantes mediante un cuestionario y una analítica que descarte tanto enfermedades agudas como transmisibles así como hábitos tóxicos que puedan perjudicar al bebé. La mamá firmará un consentimiento informado.
2. En segundo lugar tenemos la recogida y transporte de la leche, que debe cumplir unas condiciones: a la donante se le proporcionará un extractor, envases de recogida, etiquetas identificativas así como un manual con instrucciones sobre el proceso. La extracción se llevará a cabo en el domicilio de la donante pudiéndolo almacenar en su congelador hasta 15 días.
3. A continuación, se realizará el procesamiento de la leche siempre en condiciones de esterilidad dentro de cámaras de flujo laminar. En el momento en el que se descongela la leche (a 4º C) se hará un estudio microbiológico para detectar posibles patógenos o exceso de flora bacteriana que pueda ser perjudicial para el bebé. Se mezclara la leche de diferentes madres donantes ya que de esta manera se ha demostrado que el producto homogéneo obtenido tiene mayor valor nutricional.
4. Por último, una vez que tenemos la mezcla de la leche de las diferentes madres, ésta es envasada y sometida a tratamientos térmicos que destruyan las bacterias y virus contaminantes. Normalmente el proceso térmico al que son sometidos es la pasteurización. Una vez finalizado este proceso, se vuelve a realizar un nuevo estudio microbiológico para asegurar el correcto estado de la leche, en algunos centros además se realiza un estudio nutricional y, si todo es correcto la leche se etiqueta y se almacena en un congelador hasta que se necesite.

La seguridad del uso de esta leche es absoluta debido a la selección estricta que se hace de la donante así como las medidas higiénicas que se le exigen.

Además está el control microbiológico que se le realiza antes y después de ser sometida al proceso de pasteurización.

Esta leche siempre será usada bajo prescripción médica y no para cualquier bebé si no para aquellos que de verdad lo necesitan, intentando siempre que finalmente sean alimentados con la leche materna de sus propias madres.

Cuando en el banco de leche no hay suficientes reservas para atender toda la demanda, lo que se hace es priorizar según las necesidades del receptor teniendo en cuenta su diagnóstico, la disponibilidad de otros tratamientos, severidad de la enfermedad e historial de uso previo de la leche.

La leche materna donada no se considera únicamente un alimento con alta calidad nutricional, sobre todo su importancia se debe a las grandes propiedades que contiene contra la enfermedad y es por este motivo que los bancos de leche materna son de gran importancia.

Está demostrado que entre otras propiedades, esta leche protege a los bebés frente a la infección nosocomial. Por otro lado y siendo de gran importancia, la leche materna aumenta considerablemente la tolerancia digestiva disminuyendo notablemente el riesgo de desarrollar enterocolitis necrosante (en los bebés alimentados con leche artificial es desde 6 a 10 veces más frecuente). Recordemos que esta enfermedad conlleva numerosas complicaciones que en algunos casos llegan a producir la muerte del niño. Por este motivo son receptores de esta leche materna, los neonatos con riesgo de enterocolitis necrotizantes como prematuros o bebés con cirugía abdominal.

Además, esta leche mejora el neurodesarrollo de los bebés y disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Otro beneficio importante de la leche materna es la protección que ofrece frente a la formación de tumores (incluyendo los tumores cerebrales y de piel) siendo capaz de destruir hasta 40 tipos diferentes de células cancerígenas. La leche materna incluso se presenta como posible tratamiento del cáncer en adultos.

El equipo de la Doctora Svanborg de la Universidad Lund en Suecia, ha descubierto que la lactoalbúmina presente en la leche materna unida con un ácido graso forman el complejo Hamlet que es capaz de destruir las células tumorales respetando las células sanas, algo muy importante en la prevención de los lactantes y para el futuro desarrollo de tratamientos.

Si tenemos en cuenta el aspecto económico, el uso de los bancos de leche también tiene ventajas ya que por cada euro que se invierte en leche donada la unidad neonatal se ahorra entre 6 y 19 euros.

En muchos países la política sanitaria considera la leche materna como una buena herramienta para la promoción de la salud infantil, de hecho en los últimos años el número de bancos de leche ha crecido considerablemente en todo el mundo debido a la toma de consciencia sobre la importancia que tiene en bebés prematuros y en bebés de alto riesgo para los que esta leche no es sólo un alimento sino que se trata de un tratamiento de demostrada eficacia.

Bibliografía

1. Antaviana, C. (2018). AEBLH-Asociación Española de Bancos de Leche Humana. <http://aebhlh.org>.
2. Aeped.es.(2018). Banco de Leche Humana del Hospital 12 de Octubre de Madrid|Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/banco-leche-humana-hospital-12-octubre-madrid>.
3. Albalactancia.org.(2018). Alba Lactancia Materna | Soporte a la lactancia materna. <http://albalactancia.org>.

Capítulo 215

Sensibilidad al gluten y kinesiología: A propósito de un caso clínico

Autores:

Sánchez Pérez, Pedro

Sánchez Carrión, Pedro José

Sensibilidad al gluten y Kinesiología: a propósito de un caso clínico

INTRODUCCIÓN

La **Kinesiología Holística (KH)** es un sistema de evaluación bioenergética que se realiza a través de una técnica denominada AR (Arm Reflex) o reflejo del brazo (Fig.1), mediante la cual, el organismo contesta a las preguntas que se le formulan acerca de su estado fisiológico, sus emociones y de su nivel energético en general.

Gracias a estas respuestas, nos muestra qué está detrás de la enfermedad y qué tratamiento es el más adecuado y prioritario para esta persona en concreto en ese momento.

Por tanto, se testan tanto los desequilibrios como las acciones necesarias para reestablecer la armonía mediante terapias naturales, como Osteopatía, Reiki, Terapia Craneosacral, Sales de Schüssler, Flores de Bach, Oligoelementos, Fitoterapia, Nutrición, Acupuntura, Auriculoterapia, etc.



Figura 1. Test Arm Reflex (AR).



Figura 2. Permeabilidad intestinal.

La **sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC)** (Fig.2) se asocia con síntomas gastrointestinales como diarrea, dolor e hinchazón abdominal, así como con síntomas no digestivos como las jaquecas, la fatiga, el eczema y los dolores articulares.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 39 años, 1,74 m. y 77 kg. que acude a la consulta en Noviembre de 2016 aquejado de lumbalgias recidivantes, que cursan con rigidez de raquis lumbar hasta el punto de dificultar sus AVDs. No aporta pruebas diagnósticas complementarias ni sintomatología susceptible de pensar en afectación discal.

✓ **Antecedentes personales:** mala tolerancia a la codeína, IQ otitis bilateral con pérdida de audición, amígdalas hipertroficadas. Supuesta celiacía (2011) no confirmada con gastroscopia o biopsias. Antecedentes familiares de quistes poliústicos, problemas digestivos...

➤ Se le realiza exploración física completa estática y dinámica, desde el punto de vista osteopático y kinesiológico:

Nivel Estructural		Nivel Químico
Desequilibrios por: Problemas posturales. Músculos, huesos, tendones..., alteración motilidad visceral, problemas craneales, de boca...		Desequilibrios por: Virus, bacterias, parásitos, hongos y mohos, intoxicaciones, alergias, intolerancias alimentarias, metales pesados y tóxicos (conservantes, colorantes, pesticidas...), disfunciones orgánicas y degeneración de órganos, deficiencias de nutrientes (vitaminas, minerales, enzimas...), problemas hormonales, linfáticos, intestinales, inmunológicos, renales, pancreáticos...
Nivel Emocional	Nivel Energético	
Desequilibrios por: depresión endógena y exógena, problemas con el sueño, sistema nervioso o cualquier problema emocional o mental	Desequilibrios por: bloqueos de energía, problemas en los cuerpos sutiles, chakras, meridianos..., bloqueos en los niveles de conciencia (mineral, vegetal, animal, humano, espiritual...)	

Figura 3. Disfunciones para testar con la KH.

EXPLORACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

1.- TESTAJE Y TRATAMIENTO SEGÚN LA KINESIOLOGÍA HOLÍSTICA:

1.1.- PRETEST (AR inicial, AR escondido, Regulación bloqueada, Transferencia, Switching, Aislamiento, Segmentación) = NEGATIVOS

1.2.- TERAPIA ESPECÍFICA: 1º Terapia de localización (TL) CV lumbar=AR positivo;

2º Fijamos el AR (XY) ;

3º CHACKRA DE LA MANO= Derecha ;

4º PRIORIDAD= SI ;

5º MUDRAS= QUÍMICO – MUCOSA INTESTINAL ;

6º TRATAMIENTO= YEAST CLEANSE* (Fig.4) : indicado para bacterias, hongos, virus, cándida...

(*Composición: ácido caprílico, +Pau d'Arco+, semilla de pomelo, gp ajo, raíz de regaliz, calcio, magnesio, vitamina C, zinc).

7º PROVOCACIÓN o CONTROL DE TERAPIA= AR + MUDRAS= ESTRUCTURAL – TERAPIA MANUAL: OSTEOPATÍA.



Fig.4. Yeast Cleanse

2.-TESTAJE Y TRATAMIENTO SEGÚN LA OSTEOPATÍA: inhibición de tensiones en diafragmas torácico y abdominal; miotensivos en psoas, piramidal..., TGO, terapia cráneo-sacra, ajuste de disfunciones somáticas articulares en articulación sacroilíaca y ERS D9/D10.

DISCUSIÓN

➤ Al cabo de 3-4 semanas de tomar el suplemento bioquímico, el organismo del paciente rechaza y expulsa un parásito del tipo *Tenia Saginata* (Fig.5) de 3,5 metros de longitud que se estima estuviera alojado en su interior unos 2 años. A partir de ese momento, cesa su sensibilidad al gluten y su supuesta celiacía, pudiendo ingerir estos alimentos sin desencadenarse respuestas del sistema inmunológico.

➤ Disminuye sintomatología músculo-esquelética a nivel lumbar.



Fig.5. Tenia Saginata

CONCLUSIONES

➤ Muchas de las patologías que creemos de origen músculo-esquelético, no tienen su raíz en un problema en la estructura, ni precisan de un tratamiento prioritario con base en la terapia manual. A veces, su etiología está en problemas fisiológicos bioquímicos, emocionales o energéticos. Para esto, tenemos como herramienta de ayuda a la Kinesiología, que nos muestra lo más adecuado en ese momento para el paciente, viéndolo de forma holística.

Resumen: *Diariamente acuden pacientes a consulta describiendo sintomatología propia de alguna disfunción del aparato locomotor. Con la experiencia, nos estamos dando cuenta que no podemos ayudar al paciente a encontrar el camino de la salud sólo con armas terapéuticas que trabajan la lesión en la estructura y la función. No hay que descuidar los terrenos bioquímico, emocional y energético del lesionado, que también influyen en alcanzar el objetivo de la curación. Para ello, además de las pruebas diagnósticas clásicas, existe la kinesiología holística (KH) como ayuda sencilla e inocua para encontrar lo más prioritario para el sujeto en ese momento.*

Palabras Clave: *Kinesiology Applied; Enfermedad celíaca; Taenia saginata.*

Introducción

La Kinesiología Holística (KH) es un sistema de evaluación bioenergética que se realiza a través de una técnica denominada AR (Arm Reflex) o reflejo del brazo, mediante la cual el organismo contesta a las preguntas que se le formulan acerca de su estado fisiológico, sus emociones y de su nivel energético en general.

Gracias a estas respuestas, nos muestra que está detrás de la enfermedad y qué tratamiento es el más adecuado y prioritario para esta persona en concreto en ese momento.

Por tanto, se testan tanto los desequilibrios como las acciones necesarias para reestablecer la armonía mediante terapias naturales, como la Osteopatía, Reiki, Terapia Craneosacral, Sales de Schüssler, Flores de Bach, Oligoelementos, Fitoterapia, Nutrición, Acupuntura, Auriculoterapia

La sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC) se asocia con síntomas gastrointestinales como diarrea, dolor e hinchazón abdominal, así como con síntomas no digestivos como las jaquecas, la fatiga, el eczema y los dolores articulares.

Observación clínica

Varón de 39 años, 1,74 m. y 77 kg. que acude a la consulta en Noviembre de 2016 aquejado de lumbalgias recidivantes, que cursan con rigidez de raquis lumbar hasta el punto de dificultar sus AVDs. No aporta pruebas diagnósticas complementarias ni sintomatología susceptible de pensar en afectación discal.

Antecedentes personales: mala tolerancia a la codeína, IQ otitis bilateral con pérdida de audición, amígdalas hipertróficas. Supuesta celiaquía (2011) no confirmada con gastroscopia o biopsias. Antecedentes familiares de quistes poliquísticos, problemas digestivos...

Exploración

1. Testaje y tratamiento según la Kinesiología Holística:

1.1 Pretest: "Preparar al organismo" al diálogo entre el paciente y terapeuta, dándonos así respuestas coherentes y que no sean erróneas.

- AR inicial.
- AR escondido.

- Regulación bloqueada.
- Transferencia.
- Switching.
- Aislamiento.
- Segmentación.

Después de testarlos, éstos resultan NEGATIVOS.

1.2 Terapia específica: Mediante el test del Arm-Reflex (AR) buscamos cual es su problema prioritario y su terapia más adecuada.

- Terapia de localización (TL): Provocando un AR positivo al estimular la columna lumbar.
- Fijamos el AR (XY) con el pulgar mediante un trazo desde entrecejo al nacimiento del pelo (proyección del cuerpo calloso).

1.3 Chackra de la mano: Estímulo con pulgar en medio de la mano derecha = Desaparece AR. En este MS derecho haremos los mudras de testaje.

1.4 Mudra prioridad= Positivo. Si es primordial tratar la columna lumbar.

1.5 Mudras=

- Campo estructural, emocional y energético negativos.
- Campo bioquímico es positivo en mucosa intestinal.

1.6 Tratamiento= Yeast Cleanse®: Indicado para bacterias, hongos, virus, cándida, parásitos

1.7 Control de terapia= Vuelve a dar AR positivo, con lo que volvemos al 5º paso: Mudras= Estructural - Terapia Manual: Osteopatía, que se detalla a continuación, y con lo que, de momento, queda controlado el proceso por el cual viene a la consulta, hasta nueva revisión en 3 semanas.

2. Testaje y tratamiento según la Osteopatía

2.1 Inspección

Observamos la estática del paciente en bipedestación y la mecánica durante la marcha, desde una visión frontal, sagital y transversal, donde encontramos un sujeto con tendencia a tipología AM (según teoría cadenas musculares G.D. Struyf). Como tal, presenta una actitud cifótica, pelvis en retroversión y contranutación, y sacro abombado. De ahí su uncoartrosis, problemas de constricción discal, tendencia a la rigidez, fibrosis, ptosis visceral

2.2 Test exploratorios

Se efectúan los test para valorar la mecánica vertebral:

- En bipedestación: test de flexión anterior de Piedallu, Test Goosip , test inclinación lateral del tronco, test Gillet, exploración de sacroilíaca en su brazo corto y largo y escucha fascial.
- En sedestación: Test de flexión anterior, test de exploración raquis cervical (pares craneales, descartar inestabilidades, test de la arteria vértebro-basilar) y raquis dorsal.

- En decúbito: Scanning lumbar, posición de esfinge y mahometano, exploración de Iíacos con test de Illy, test de hipertensión portal valoración de diafragmas y mecánica periférica (MMSS y MMII).
- Exploración visceral: con Dermalgias de Jarricot, Puntos de Chapman, Testaje Kinesiológico.
- Test de escucha craneal: Impulso rítmico craneal, escucha movimiento respiratorio primario.

2.3 Tratamiento en función de los hallazgos, fruto de la exploración anterior:

- Inhibición de tensiones en diafragmas torácico y abdominal, miotensivos en psoas, piramidal... Tratamiento General Osteopático (TGO), terapia cráneo-sacra, ajuste de disfunciones somáticas articulares en articulación sacroilíaca.
- Técnicas osteopáticas de drenaje (TGO fluídrico).
- Ajuste vertebral en Doc Tecnic de una ERS dcha. D9/D10.

Discusión

- Al cabo de 3-4 semanas de tomar el suplemento bioquímico, el organismo del paciente rechaza y expulsa un parásito del tipo Taenia Saginata de 3,5 metros de longitud que se estima estuviera alojado en su interior unos 2 años. A partir de ese momento, cesa su sensibilidad al gluten y su supuesta enfermedad celíaca, pudiendo ingerir estos alimentos sin desencadenarse respuestas del sistema inmunológico.
- Disminuye sintomatología músculo-esquelética a nivel lumbar.

Conclusión

- Muchas de las patologías que creemos de origen músculo-esquelético, no tienen su raíz en un problema en la estructura, ni precisan de un tratamiento prioritario con base en la terapia manual. A veces, su etiología está en problemas fisiológicos bioquímicos, emocionales o energéticos. Para esto, tenemos como herramienta de ayuda a la Kinesiología holística.
- Sería interesante recabar más casos y hacer un ensayo observacional prospectivo para poder establecer una correlación de la sintomatología músculo-esquelética de nuestros pacientes con desarreglos orgánicos a través del testaje con la kinesiología holística, obteniendo así una evidencia científica de esta modalidad terapéutica.

Bibliografía

1. Godoy Muelas, J.L. Kinesiología. *Tu cuerpo responde*. Madrid: Mandala Ediciones; 2014.
2. Thie, J., DC & Thie, M. *Touch for health. Toque para la salud*. Edición completa. Guía práctica de salud natural. Editorial Vida Kinesiología; 2011.
3. Van Assche, R. *Curso de Osteopatía suave: El método TROA, Técnica Reposicional Osteopática Autónoma*. Barcelona: Editorial Océano Ambar; 2002.
4. FACE: Federación de Asociaciones de Celíacos de España [Internet]. Madrid: FACE; 2001, *Cuaderno de la Enfermedad Celíaca*. 2ª Edición [aprox.97 páginas]. Disponible en: <https://celiacos.org/images/pdf/CuadernoCeliaca.pdf>.
5. Molina-Infante J, Santolaria S, Montoro M, Esteve M, Fernández Bañares F. *Sensibilidad al gluten no celíaca: una revisión crítica de la evidencia actual*. Gastroenterol Hepatol. 2014 Jun-Jul;37(6):362-71. doi:10.1016/j.gastrohep.2014.01.005. Epub 2014 Mar 22.

Capítulo 216

Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un servicio de urgencias hospitalario

Autores:

Torres Martín, Francisco Antonio

García Schiaffino, María del Carmen

Migallón Buitrago, María Elvira

SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

INTRODUCCION

El estrés abarca un amplio número de aspectos y variables en su estudio y es dentro de este marco conceptual donde se ubica el síndrome de burnout o síndrome de "estar quemado por el trabajo" definido por la mayor parte de la literatura revisada como una respuesta al estrés laboral crónico. El síndrome clínico de Burnout fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974. Mas tarde fue también Maslach quién lo definió como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que tratan con personas. Esta muy vinculado a profesiones asistenciales. En el contexto laboral sanitario es reconocido en numerosas investigaciones la presencia de estrés y se justifica por las características especiales de las profesiones sanitarias: atender el dolor, la muerte, la enfermedad terminal, las situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, los conflictos de rol, pacientes problemáticos... Dada su prevalencia en el personal sanitario y la importancia de las consecuencias que puede conllevar tanto para las organizaciones como para la salud física y psíquica de los trabajadores, es necesario este tipo de estudios para identificar los niveles de este problema en las unidades de trabajo para luego llevar a cabo actividades de intervención y/o prevención.

OBJETIVOS

-Determinar la presencia de Síndrome de Burnout en los profesionales del Servicio de Urgencias Hospitalaria mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

-Evaluar el perfil epidemiológico del síndrome de burnout y las variables relacionadas



Figura 1. Edad

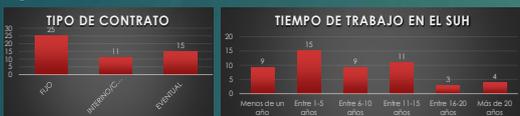


Figura 2. Tipo de contrato

Figura 3. Tiempo de trabajo en Urgencias

CLASIFICACION GLOBAL POR DIMENSIONES DEL MBI

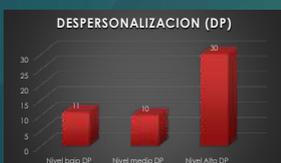


Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en un servicio de urgencias hospitalarias (SUH) durante los meses de febrero-abril de 2017.

Población de estudio: La población objeto de estudio estuvo formada por 60 profesionales de enfermería que durante la realización del estudio trabajaban en el SUH. Al participar todos los profesionales, no se realizó ningún tipo de muestreo, incluyéndose a los profesionales que realizaban su cometido en las diferentes áreas del servicio: triaje, observación, boxes de reconocimiento, sala de reanimación, traumatología, pasillo de especialidades y pediatría.

Instrumento de evaluación: Se utilizaron 2 instrumentos:

-Una encuesta de variables sociodemográficas y laborales que fue elaborada teniendo en cuenta las variables estudiadas en la literatura previa con el fin de establecer un perfil epidemiológico.

-Un segundo instrumento validado, el Maslach Burnout Inventory para la evaluación de la prevalencia del síndrome. Este cuestionario es el más utilizado para evaluar la frecuencia e intensidad del síndrome de estar quemado en el trabajo dentro del contexto laboral sanitario. El instrumento consta de 22 ítems, y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden, a su vez, las tres dimensiones que conforman el síndrome:

1. **Agotamiento emocional.** Esta subescala está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.

2. **Despersonalización.** Esta subescala está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio.

3. **Realización personal en el trabajo.** Subescala compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Análisis de datos: El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 23.0. Se consideraron como variables dependientes las dimensiones del burnout, mientras que se tomaron como variables independientes las referidas a los datos sociodemográficos y laborales. Para el análisis bivariante se utilizó la prueba de Chi2 para variables cualitativas y correlaciones para las cuantitativas. Para una variable cualitativa y otra cuantitativa se empleó la t de Student o la U de Mann Whitney. Si la variable cualitativa era politómica: test de ANOVA o de Kruskal Wallis según correspondiera. Las diferencias se consideraron significativas cuando $P < 0,05$.

Consideraciones éticas: Se solicitó consentimiento informado a los participantes y en todo momento se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos.

RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta del 85%. El 52,9% (27) tenía una edad comprendida entre los 35-44 años, figura 1. Existe un predominio del sexo femenino 76,5% sobre el masculino 23,5%. El 78,4% de los encuestados estaba casado o convivía en pareja. El 52,9% (27) tenía hijos. El tipo de contrato y el tiempo de trabajo en el puesto actual se pueden ver en la figura 2 y 3. Un 19,6% (10) refería haber estado de baja médica en los últimos 2 años. La prevalencia de burnout se situó en el 35% (18) siendo mayor en mujeres (15) frente a hombres (3). La clasificación global por dimensiones del MBI pueden verse en las figuras 4,5 y 6. No se encontraron diferencias significativas entre las diferentes dimensiones del MBI y el género, la edad, el tipo de contrato, el estado civil y los años de experiencia laboral.

CONCLUSION

La prevalencia del síndrome de "estar quemado por el trabajo" en la muestra total estudiada nos revela un nivel medio de moderado a elevado, destacando el alto grado de despersonalización que afecta al 58,8% de la totalidad de profesionales encuestados. Por otro lado, el perfil epidemiológico del síndrome de burnout, refleja la no existencia de relación entre este y las variables de tipo sociodemográfico y laboral.

Resumen: Desde sus orígenes se ha vinculado el síndrome de burnout a las profesiones asistenciales, entre ellas la enfermería por las situaciones especiales que viven diariamente.

En nuestro estudio nos planteamos los objetivos siguientes: conocer la prevalencia del síndrome en el personal de nuestro servicio y elaborar un perfil epidemiológico en relación a unas variables sociodemográficas.

Para ello se utilizaron la escala MBI y una encuesta de variables sociodemográficas.

Como resultados se obtuvo una prevalencia del 35%, destacando un alto grado de despersonalización y que no existían diferencias significativas entre el síndrome de burnout y las variables sociodemográficas.

Palabras Clave: Enfermería de urgencias; Burnout; estrés laboral.

Introducción:

Desde sus orígenes se ha vinculado el síndrome de burnout a las profesiones asistenciales. El estrés laboral que se da en el contexto laboral sanitario es reconocido en numerosas investigaciones. En todos estos estudios se justifica la elevada presencia del estrés y sus consecuencias, aludiendo a las características específicas de las profesiones sanitarias: atender el dolor, la muerte, la enfermedad terminal, las situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, los conflictos de rol, los pacientes problemáticos. Dada la prevalencia de este síndrome en el contexto de las organizaciones de la salud y la importancia de las consecuencias que puede conllevar tanto para la organización como para la salud física y psíquica de los trabajadores, resultan necesarios los estudios que, como paso previo a la intervención y/o prevención de este problema, traten de identificar los niveles del mismo existentes en las distintas unidades de trabajo.

Objetivos

- Determinar la presencia de Síndrome de Burnout en los profesionales del Servicio de Urgencias Hospitalaria mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Evaluar el perfil epidemiológico del síndrome de burnout y las variables relacionadas

Material y métodos

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en un servicio de urgencias hospitalarias (SUH) durante los meses de febrero-abril de 2017.

Población de estudio: La población objeto de estudio estuvo formada por 60 profesionales de enfermería que durante la realización del estudio trabajaban en el SUH. Al participar todos los profesionales, no se realizó ningún tipo de muestreo, incluyéndose a los profesionales que realizaban su cometido en las diferentes áreas del servicio: triaje, observaciones, sala de reanimación, trauma y pediatría.

Instrumento de evaluación: Se utilizaron 2 instrumentos:

- Una encuesta de variables sociodemográficas y laborales que fue elaborada teniendo en cuenta las variables estudiadas en la literatura previa con el fin de establecer un perfil epidemiológico.
- Un segundo instrumento validado, el Maslach Burnout Inventory para la evaluación de la prevalencia del síndrome. Este cuestionario es el más utilizado para evaluar la frecuencia e

intensidad del síndrome de estar quemado en el trabajo dentro del contexto laboral sanitario. El instrumento consta de 22 ítems, y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden, a su vez, las tres dimensiones que conforman el síndrome:

1. Agotamiento emocional. Esta subescala está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.
2. Despersonalización. Esta subescala está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio.
3. Realización personal en el trabajo. Subescala compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 23.0. Se consideraron como variables dependientes las dimensiones del burnout, mientras que se tomaron como variables independientes las referidas a los datos sociodemográficos y laborales. Para el análisis bivariante se utilizó la prueba de Chi² para variables cualitativas y correlaciones para las cuantitativas. Para una variable cualitativa y otra cuantitativa se empleó la t de Student o la U de Mann Whitney. Si la variable cualitativa era politómica: Test de ANOVA o de Kruskal Wallis según correspondiera. Las diferencias se consideraron significativas cuando $P < 0,05$.

Consideraciones éticas: Se solicitó consentimiento informado a los participantes y en todo momento se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos.

Resultados

Se obtuvo una tasa de respuesta del 85%. El 52,9% (27) tenía una edad comprendida entre los 35-44 años, figura 1. Existe un predominio del sexo femenino 76,5% sobre el masculino 23,5%. El 78,4% de los encuestados estaba casado o convivía en pareja. El 52,9% (27) tenía hijos. Un 19,6% (10) refería haber estado de baja médica en los últimos 2 años. La prevalencia de burnout se situó en el 35% (18) siendo mayor en mujeres (15) frente a hombres (3). No se encontraron diferencias significativas entre las diferentes dimensiones del MBI y el género, la edad, el tipo de contrato, el estado civil y los años de experiencia laboral.

Conclusiones

La prevalencia del síndrome de “estar quemado por el trabajo” en la muestra total estudiada nos revela un nivel medio de moderado a elevado, destacando el alto grado de despersonalización que afecta al 58,8% de la totalidad de profesionales encuestados. Por otro lado, el perfil epidemiológico del síndrome de Burnout, refleja la no existencia de relación entre este y las variables de tipo socio-demográfico y laboral.

Bibliografía

1. Ríos MI, Godoy G, Peñalver F, Alonso AR, López F, López A. *Estudio comparativo del Burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias*. Enferm Intensiva. 2008;19(1):2-13
2. Ritter RS, Fernandes Stumm EM, Kirchner RM, Schmidt Piovesan Rosanelli CL, Ubessi LD. *Correlaciones de variables del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de urgencia hospitalaria*. Enferm Global [Serie en Internet] 2012 [citado Enero 2018]; 11 (3): [210-223 p.]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/index>.
3. García Sánchez AS, Espinosa Muñoz EC, Jiménez Jiménez MC, González Galán MB, Soto Ayuso PM, Prado Rodríguez-Barbero AM. *Síndrome de Burnout*. Rev ROL Enf 2012; 35(10):656-662.

Capítulo 217

Síndrome de cimitarra. A propósito de un caso

Autores:

Puebla Martín, Amadeo

Puebla Martín, Miguel Ángel

Del Fresno Sánchez, María del Mar

Trujillo Juárez, Juan Pablo

Sánchez Colmenar, Sonia

Velázquez García, Celia

SINDROME DE CIMITARRA. A PROPOSITO DE UN CASO

INTRODUCCION

El síndrome de la cimitarra es una malformación congénita rara caracterizada por una conexión anormal de las venas pulmonares derechas a la vena cava inferior, aurícula derecha o venas suprahepáticas. A menudo se asocia a hipoplasia del pulmón derecho y de la arteria pulmonar derecha. También pueden existir alteraciones bronquiales y dextrocardia. El nombre viene de la opacidad que proyecta dicha vena anómala en la radiografía de tórax, en la que se visualiza una sombra curvilínea que se extiende, adyacente al corazón, desde la aurícula derecha al diafragma, semejando una **cimitarra o sable persa**.

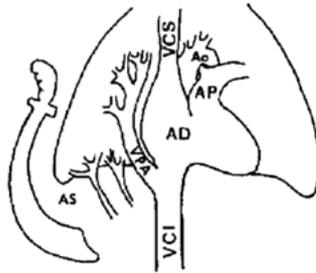


OBSERVACION CLINICA

Mujer de 40 años que consulta en urgencias por dolor abdominal predominantemente en hipocondrio derecho y fosa renal derecha. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho. No signos de defensa abdominal. Ingresa en urología por sospecha de cólico nefrítico.

En Rx de tórax visualización de un gran vaso venoso (drenaje de las venas pulmonares) anómalo que recorre la silueta cardíaca derecha para drenar en la vena cava inferior. Síndrome de cimitarra.

En TAC torácico vaso anómalo que comunica vena pulmonar derecha de lóbulo superior con suprahepática derecha (Síndrome de la cimitarra)



Se establece un juicio clínico de DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL. Se solicita valoración y seguimiento por cardiología.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICOS ENFERMERIA	R/C	NOC	NIC
1.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	<ul style="list-style-type: none"> Falta de exposición. Verbalización del problema 	1808 Conocimiento medicación. 1813 Conocimiento régimen terapéutico	5602 Enseñanza proceso de enfermedad. 5616 Enseñanza medicamentos prescritos. 7370 Planificación del alta.
2.- RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de problemas circulatorios. Presencia de problemas respiratorios 	0002 Conservación de la energía.	0180 Manejo de la energía. 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1802 ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
3.- INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Debilidad generalizada. Desequilibrio aportes/demandas de O2 Disnea de esfuerzo. Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad. Presión arterial anormal en respuesta a la actividad. 	0005 Tolerancia a la actividad	0180 Manejo de la energía. 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1802 ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo. 3390 Ayuda a la ventilación.
4.- ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> Cambio en el estado de salud. Cambio en el entorno. Insomnio, nerviosismo Preocupaciones por acontecimientos vitales. 	1402. Autocontrol de la ansiedad	1850. Mejorar el sueño. 5820 Disminución de la ansiedad
5.- RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Cambios ambientales recientes. Actividad física insuficiente. 	0501 Eliminación intestinal.	0450 Manejo del estreñimiento/impactación.

DISCUSION

El síndrome de cimitarra es una enfermedad congénita que implica anomalías cardiopulmonares con drenaje venoso pulmonar anómalo preferentemente en el pulmón derecho, cuyas manifestaciones clínicas (insuficiencia respiratoria y fallo cardíaco) son diversas y su severidad es variable. La forma adulta es bien tolerada y con buen pronóstico, siendo asintomática ó cursando con infecciones respiratorias del lóbulo pulmonar inferior derecho por alteración del riego sanguíneo. Muchos diagnósticos se realizan por Rx torácica de rutina, siendo su incidencia mayor en mujeres. En la forma infantil, la clínica comienza poco después del nacimiento con fallo pulmonar, cardíaco o ambos, con mal pronóstico y alta mortalidad.

CONCLUSIONES

El síndrome de la cimitarra es un tipo de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial, pudiendo deberse a una alteración de base del desarrollo de toda la yema pulmonar en los estadios tempranos de la embriogénesis. Se desconoce el por qué de su localización preferente en el lado derecho y en mujeres. El tratamiento es conservador mientras que el tratamiento quirúrgico se reserva a pacientes sintomáticos y en aquéllos con anomalías cardíacas asociadas. Es interesante detenerse ante este síndrome por ser una patología rara no bien conocida por su baja incidencia, donde la disposición de un plan de cuidados de enfermería ayuda al manejo de estos pacientes con síndrome de cimitarra.

BIBLIOGRAFIA

Manning S. et al. Síndrome de la Cimitarra. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 55. N° 5.
 Fuentes-Alonso M, Ferreira-Moreno A, de Miguel Díez J, Aguado-Hoyo A, Guembe-Urriaga P, Hernández Fernández J. Síndrome de la cimitarra de diagnóstico en la edad adulta. Rev Patol Respir. 2009;12 (Supl 1), pp. 86-88.
 Buller Viqueira, E; Soler Cifuentes, G; Soler Cifuentes, D. Síndrome de la cimitarra. Rev Clin Med Fam [online]. 2015, vol.8, n.3, pp.254-256

Resumen: El síndrome de la cimitarra es una malformación congénita poco frecuente caracterizada por conexión anormal de las venas pulmonares derechas a la cava inferior, aurícula derecha o venas suprahepáticas

Objetivo: Conocer/proporcionar cuidados de enfermería basados en la evidencia en estos pacientes.

Resultados y observación clínica: Mujer, 40 años. Consulta en urgencias por dolor abdominal. En Rx de tórax visualización de gran vaso venoso (drenaje de las venas pulmonares). Se establece un plan de cuidados de enfermería orientado al síndrome de cimitarra en el adulto

Conclusiones: La disposición de un plan de cuidados de enfermería ayuda al manejo de estos pacientes.

Palabras Clave: Cimitarra; cuidados; enfermería.

Introducción

El síndrome de la cimitarra es una malformación congénita poco frecuente que se caracteriza por una conexión anormal de las venas pulmonares derechas a la vena cava inferior, aurícula derecha o venas suprahepáticas. A menudo se asocia a hipoplasia del pulmón derecho y de la arteria pulmonar derecha. También pueden existir alteraciones bronquiales, dextrocardia e irrigación arterial anómala de la aorta hacia el pulmón derecho (secuestro pulmonar). El nombre viene de la opacidad que proyecta dicha vena anómala en la radiografía de tórax, en la que se visualiza una sombra curvilínea que se extiende, adyacente al corazón, desde la aurícula derecha al diafragma, semejando una cimitarra o sable persa.

Objetivo

Conocer y proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en pacientes con síndrome de cimitarra.

Resultados y observación clínica

Mujer de 40 años que consulta en urgencias por dolor abdominal predominantemente en hipocondrio derecho y fosa renal derecha. Ausencia de fiebre. No trastornos del hábito gastrointestinal. No síntomas miccionales. Digestiones pesadas desde los meses previos al ingreso.

En la exploración física:

Eupneica. Normotensa (hipotensión). No ruidos cardiacos patológicos. No ingurgitación yugular. Hepatomegalia de 2 traveses de dedo. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho. No signos de defensa abdominal. No ascitis. Mínimos edemas bimaleolares. No signos de insuficiencia venosa. Pulsos conservados.

Ingresa en urología por sospecha de cólico nefrítico.

En Rx de tórax visualización de un gran vaso venoso (drenaje de las venas pulmonares) anómalo que recorre la silueta cardíaca derecha para drenar en la vena cava inferior. Síndrome de cimitarra.

En TAC toracico Vaso anómalo que comunica vena pulmonar derecha de lóbulo superior con suprahepática derecha (Síndrome de la cimitarra)

Se establece un juicio clinico de DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL. Se solicita valoración y seguimiento por cardiología

Plan de cuidados

Se establece un plan de cuidados orientado al síndrome de cimitarra en el adulto. Se establecen principales diagnósticos de enfermería, los criterios de resultados NOC e intervenciones NIC:

- Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición y verbalización del problema
NOC: 1808 Conocimiento medicación.
1813 Conocimiento régimen terapéutico
NIC: 5602 Enseñanza proceso de enfermedad.
5616 Enseñanza medicamentos prescritos.
7370 Planificación del alta.
- Riesgo de intolerancia a la actividad R/C Presencia de problemas circulatorios. Presencia de problemas respiratorios
NOC: 0002 Conservación de la energía.
NIC: 0180 Manejo de la energía.
1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene.
1802 Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal.
1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación.
- Intolerancia a la actividad R/C debilidad generalizada, desequilibrio aportes/demandas de O₂, disnea de esfuerzo, frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad. presión arterial anormal en respuesta a la actividad.
NOC: 0005 Tolerancia a la actividad.
NIC: 0180 Manejo de la energía.
1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene.
1802 ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal.
1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación.
1804 Ayuda con los autocuidados: Aseo.
3390 Ayuda a la ventilación.
- Ansiedad R/C Cambio en el estado de salud, cambio en el entorno, insomnio, nerviosismo, preocupaciones por acontecimientos vitales.
NOC: 1402. Autocontrol de la ansiedad

NIC: 1850. Mejorar el sueño.

5820 Disminución de la ansiedad.

- Riesgo de estreñimiento R/C Cambios ambientales recientes, actividad física insuficiente.

NOC: 0501 Eliminación intestinal.

NIC: 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.

Discusión

El síndrome de cimitarra es una enfermedad congénita que implica anomalías cardiopulmonares con drenaje venoso pulmonar anómalo preferentemente en el pulmón derecho, cuyas manifestaciones clínicas (insuficiencia respiratoria y fallo cardiaco) son diversas y su severidad es variable.

La forma adulta es bien tolerada y con buen pronóstico, siendo asintomática ó cursando con infecciones respiratorias del lóbulo pulmonar inferior derecho por alteración del riego sanguíneo. Muchos diagnósticos se realizan por Rx torácica de rutina, siendo su incidencia mayor en mujeres.

En la forma infantil, la clínica comienza poco después del nacimiento con fallo pulmonar, cardiaco o ambos, con mal pronóstico y alta mortalidad.

Conclusiones

El síndrome de la Cimitarra es un tipo de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial. Su patogenia no está clara, pero las múltiples malformaciones pulmonares asociadas parecen sugerir una alteración de base del desarrollo de toda la yema pulmonar en los estadios tempranos de la embriogénesis. Se desconoce el por qué de su localización preferente en el lado derecho y en mujeres.

El pronóstico de estos pacientes, tanto en niños mayores como en adultos, es generalmente bueno. El tratamiento es conservador mientras que el tratamiento quirúrgico sólo es considerado en pacientes sintomáticos y en aquéllos con anomalías cardiacas asociadas.

La disposición de un plan de cuidados de enfermería ayuda al manejo de estos pacientes con síndrome de cimitarra.

Bibliografía

1. Manning S. et al. *Síndrome de la cimitarra*. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 55. n° 5.
2. Fuentes-Alonso M, Ferreira-Moreno A, de Miguel Díez J, Aguado-Hoyo A, Guembe-Urtiaga P, Hernández Fernández J. *Síndrome de la cimitarra de diagnóstico en la edad adulta*. Rev Patol Respir. 2009;12 (Supl 1), pp. 86-88.
3. Buller Viqueira, E; Soler Cifuentes, G; Soler Cifuentes, D. *Síndrome de la cimitarra*. Rev Clin Med Fam [online]. 2015, vol.8, n.3, pp.254-256.

Capítulo 218

Sistemas de inhalación en terapias respiratorias

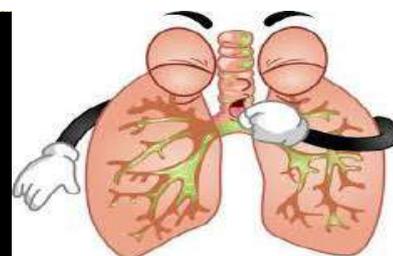
Autores:

Sánchez González, María José

Martínez Gómez, Carolina

Terriza Cabrera, Nuria

SISTEMAS DE INHALACIÓN EN TERAPIAS RESPIRATORIAS



Autores:

INTRODUCCIÓN

La aerosolterapia o el uso de inhaladores es el tratamiento que utiliza la vía respiratoria para la administración de un fármaco, en líquido o polvo, en forma de aerosol o suspensión de partículas microscópicas de sólidos o líquidos en el aire o en otro gas. El fármaco es liberado mediante el gas que actúa como vehículo para llegar al tracto respiratorio. Sus principales ventajas respecto a las terapias sistémicas son el rápido acceso al sistema respiratorio y, por lo tanto, un inicio de acción de la medicación más rápida. Además, nos permite administrar una dosis menor de principio activo consiguiendo de esta manera menos efectos secundarios. Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con estos tratamientos deberían conocer los distintos dispositivos de inhalación y su técnica de administración, ya que el uso correcto de los inhaladores es fundamental para el buen control de la enfermedad.

OBJETIVO: Elaborar una guía para el conocimiento y uso correcto de los diferentes tratamientos inhalatorios dirigidos a la población con problemas respiratorios.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda detallada en bases de datos científicas (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) Cuiden, MEDES y búsqueda manual en revistas científicas que abordaran el cuidado y tratamiento de enfermedades pulmonares. Se hace una revisión de los diferentes dispositivos de inhalación disponibles. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: inhalador, nebulizador y terapia respiratoria.

SISTEMAS DE INHALACIÓN

INHALADORES PRESURIZADOS DE DOSIS CONTROLADA (MDI)

Son inhaladores con dosificación presurizada de un principio activo envasado que liberan una dosis fija de medicamento en cada activación o *puff*.

Estos dispositivos requieren una buena coordinación entre la inspiración y el disparo del cartucho, por lo que se aconseja dependiendo del tipo de paciente el uso de cámaras espaciadoras para evitar la necesidad de sincronización.



Cámaras espaciadoras

INHALADORES DE POLVO SECO (PDI)

Son dispositivos accionados por el flujo inspiratorio del paciente que no precisan coordinación especial para su uso, no contienen propelentes y obtienen un buen depósito pulmonar. El flujo inspiratorio ideal para una correcta administración es de 30-60 L/min. El depósito pulmonar llega a alcanzar un 25-35% de la dosis administrada.



NEBULIZADORES

Son dispositivos que se utilizan para la administración de soluciones o suspensiones de medicamentos en forma de una fina niebla para que puedan ser inhalados fácilmente a través de una mascarilla facial o de una boquilla en un período de tiempo no superior a los 10-15 minutos.



TÉCNICAS

1. Abrir el inhalador, agitarlo y conectarlo a la cámara (en caso de utilizarla).
2. Vaciar suavemente los pulmones.
3. Situar la boquilla apretada dentro de la boca.
4. Apretar el pulsador con la cámara horizontal.
5. Inspiración lenta y profunda cinco segundos.
6. Mantener el aire en los pulmones de 5 a 10 segundos. Expulsarlo por la nariz.
7. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis.
8. Retirar el inhalador y taparlo.
9. Enjuagar la boca con agua.

1. Desenroscar y quitar la tapa, sostenerlo vertical con la rosca en posición inferior.
2. Cargar la dosis, girando la rosca hacia la derecha hasta el tope, y luego hacia la izquierda hasta la posición inicial, se oye un *clac*.
3. Espirar manteniendo el inhalador alejado de la boca.
4. Situar la boquilla entre los labios y aspirar lo más rápido y fuerte posible a su través.
5. Apartar el inhalador de la boca y retener el aire de 5 a 10 segundos.
6. Se puede repetir el proceso a los 30 segundos.
7. Tapar el dispositivo.
8. Enjuagarse la boca.
9. Guardar el inhalador en lugar seco.

1. Conectar la manguera a un compresor de aire.
2. Llenar el recipiente de la medicina con la cantidad recetada. Para ello, desenrosca la parte superior del vaso del nebulizador y coloca el medicamento en él.
3. Fijar la boquilla al vaso del nebulizador.
4. Colóquese la mascarilla en la boca.
5. Respire por la boca hasta que se consuma toda la medicina.
6. Apague la máquina cuando termine.
7. Lave el recipiente de la medicina y la boquilla con agua y póngalos a secar al aire.

CONCLUSIONES: La experiencia nos demuestra que la educación al paciente es uno de los pilares fundamentales para el control de la patología respiratoria en tratamiento con aerosolterapia. Debemos procurar que el control de los síntomas sea una responsabilidad compartida entre el paciente y el profesional de la salud. Para ello es fundamental adiestrar al paciente en el conocimiento de síntomas, signos indicativos y el uso adecuado del tratamiento prescrito.

Resumen: La aerosolterapia o uso de inhaladores es el tratamiento que utiliza la vía respiratoria para la administración de un fármaco, en líquido o polvo, en forma de aerosol o suspensión de partículas microscópicas. El fármaco es liberado mediante el gas que actúa como vehículo para llegar al tracto respiratorio. Sus principales ventajas son el rápido acceso al sistema respiratorio. Además, nos permite administrar una dosis menor de principio activo consiguiendo de esta manera menos efectos secundarios. Los profesionales sanitarios deberían conocer los distintos dispositivos de inhalación y su técnica de administración para el buen control de la enfermedad.

Palabras Clave: inhalador; terapia respiratoria; nebulizador.

Dentro de las terapias respiratorias, encontramos diferentes tipos con los que podemos elaborar una guía para el conocimiento y uso correcto de los diferentes tratamientos inhalatorios dirigidos a la población con problemas respiratorios. Así nos encontramos con los siguientes sistemas de inhalación:

- **Inhaladores presurizados de dosis controlada (MDI)**

Son inhaladores con dosificación presurizada de un principio activo envasado que liberan una dosis fija de medicamento en cada activación o puff.

Estos dispositivos requieren una buena coordinación entre la inspiración y el disparo del cartucho, por lo que se aconseja dependiendo del tipo de paciente el uso de cámaras espaciadoras para evitar la necesidad de sincronización.

Técnica:

1. Abrir el inhalador, agitarlo y conectarlo a la cámara(en caso de utilizarla).
2. Vaciar suavemente los pulmones.
3. Situar la boquilla apretada dentro de la boca.
4. Apretar el pulsador con la cámara horizontal.
5. Inspiración lenta y profunda cinco segundos.
6. Mantener el aire en los pulmones de 5 a 10 segundos. Expulsarlo por la nariz.
7. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis.
8. Retirar el inhalador y taparlo.
9. Enjuagar la boca con agua.

- **Inhaladores de polvo seco (PDI)**

Son dispositivos accionados por el flujo inspiratorio del paciente que no precisan coordinación especial para su uso, no contienen propelentes y obtienen un buen depósito pulmonar. El flujo inspiratorio ideal para una correcta administración es de 30-60 L/min. El depósito pulmonar llega a alcanzar un 25-35% de la dosis administrada.

Técnica:

1. Desenroscar y quitar la tapa, sostenerlo vertical con la rosca en posición inferior.
2. Cargar la dosis, girando la rosca hacia la derecha hasta el tope, y luego hacia la izquierda hasta la posición inicial, se oye un clic.
3. Espirar manteniendo el inhalador alejado de la boca.
4. Situar la boquilla entre los labios y aspirar lo más rápido y fuerte posible a su través.
5. Apartar el inhalador de la boca y retener el aire de 5 a 10 segundos.
6. Se puede repetir el proceso a los 30 segundos.
7. Tapar el dispositivo.
8. Enjuagarse la boca.
9. Guardar el inhalador en lugar seco.

- **Nebulizadores**

Son dispositivos que se utilizan para la administración de soluciones o suspensiones de medicamentos en forma de una fina niebla para que puedan ser inhalados fácilmente a través de una mascarilla facial o de una boquilla en un período de tiempo no superior a los 10-15 minutos.

Técnica:

1. Conectar la manguera a un compresor de aire.
2. Llenar el recipiente de la medicina con la cantidad recetada. Para ello, desenrosca la parte superior del vaso del nebulizador y coloca el medicamento en él.
3. Fijar la boquilla al vaso del nebulizador. 4. Colóquese la mascarilla en la boca.
4. Respire por la boca hasta que se consuma toda la medicina.
5. Apague la máquina cuando termine.
6. Lave el recipiente de la medicina y la boquilla con agua y póngalos a secar al aire.

Como conclusión podemos decir que la experiencia nos demuestra que la educación al paciente es uno de los pilares fundamentales para el control de la patología respiratoria en tratamiento con aerosolterapia. Debemos procurar que el control de los síntomas sea una responsabilidad compartida entre el paciente y el profesional de la salud. Para ello es fundamental adiestrar al paciente en el conocimiento de síntomas, signos indicativos y el uso adecuado del tratamiento prescrito.

Bibliografía

1. Rusk HA et al. *Rehabilitation of patients with pulmonary problems*. En: Rehabilitation Medicine. St Louis, C.V Mosby, 1964.
2. Sotomayor LH, Vera AA, Naveas GR, Sotomayor FC. *Evaluación de las técnicas y errores en el uso de los inhaladores de dosis medida en el paciente adulto*.
3. Negrín Villavicencio JA. *Asma Bronquial. Aspectos básicos para un tratamiento integral según la etapa clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

Capítulo 219

Sobrecarga de los cuidadores de pacientes con Alzheimer

Autores:

González Redondo, María

Navarro Díez, Macarena

SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES de pacientes con Alzheimer.

INTRODUCCIÓN:

Los cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer presentan sintomatología física y psíquica asociada al cuidado, siendo múltiples los aspectos que influyen en la vivencia de esta tarea y en las consecuencias que tiene para la vida del cuidador.

La sobrecarga es el resultado de la combinación del estrés psicológico, la tensión física y la presión emocional de cuidar a un familiar dependiente. La responsabilidad de la vida diaria del familiar dependiente, hace que la independencia personal y social del cuidador vaya disminuyendo.

OBJETIVOS:

- Propiciar que los cuidadores de pacientes con Alzheimer tengan la mejor calidad de vida posible, garantizando una atención humanizada.
- Ayudar a mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de los cuidadores.
- Conocer sus dudas y preocupaciones y proporcionarles el apoyo psicológico que necesitan.

MATERIAL Y METODOS:

Mediante un estudio **Observacional Descriptivo Transversal** analizamos una muestra de 90 cuidadores principales de pacientes dependientes con enfermedad de Alzheimer (no hay ningún cuidador externo pagado, todos son familiares). La captación de la muestra se hace por muestro no probabilístico por conveniencia en las visitas domiciliarias de la enfermera al paciente dependiente y en la consulta de enfermería.

Les pasamos una encuesta elaborada con datos de filiación, situación laboral y alguna pregunta sobre sus dudas sobre el cuidado del familiar, además se les hace el test de Zarit (Sobrecarga del cuidador).

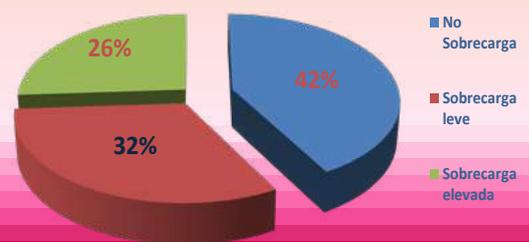
RESULTADOS:

-Predomina el género femenino en un 75% frente al masculino. Los cuidadores son familiares de primer grado en su mayoría: 42,1% hijas/os y 37,4% cónyuges, el resto son hermanos, cuñados y sobrinos en un porcentaje mucho menor.

-El 41,3% trabaja fuera de casa además de la labor de cuidar. La media de años de cuidado son 3,5+/-2,5.

-Más de un 50% de los cuidadores muestran signos y síntomas de sobrecarga del cuidador, además de reconocer que necesitarían ayuda psicológica.

RESULTADOS TEST DE ZARIT (Sobrecarga)



CONCLUSIONES:

El estudio nos muestra una evidencia de ansiedad y depresión en los cuidadores por la situación que están llevando a cabo, tanto por la no mejora de su familiar como por la situación familiar y social que esto conlleva.

La asistencia al cuidador debe integrarse en la atención al paciente con Alzheimer y ofrecerles ayuda psicológica para mejorar la situación.



Resumen: Los cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer presentan sintomatología física y psíquica asociada al cuidado. La sobrecarga es resultado de la combinación del estrés psicológico, emocional y la tensión física.

Estudiamos una muestra de cuidadores principales de pacientes con la enfermedad de Alzheimer para conocer su situación y el nivel de sobrecarga que tienen. Con el estudio queremos mejorar su calidad de vida y ayudarles a mejorar sus conocimientos y habilidades ante la enfermedad.

El estudio nos muestra una evidencia de ansiedad y depresión en ellos.

La asistencia al cuidador debe integrarse en la atención al paciente con Alzheimer.

Palabras Clave: Enfermedad de Alzheimer; Cuidadores; Calidad de Vida.

Introducción

Los cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer presentan sintomatología física y psíquica asociada al cuidado, siendo múltiples los aspectos que influyen en la vivencia de esta tarea y en las consecuencias que tiene para la vida del cuidador.

La sobrecarga es el resultado de la combinación del estrés psicológico, la tensión física y la presión emocional de cuidar a un familiar dependiente. La responsabilidad de la vida diaria del familiar dependiente, hace que la independencia personal y social del cuidador vaya disminuyendo.

Objetivos

- Propiciar que los cuidadores de pacientes con Alzheimer tengan la mejor calidad de vida posible, garantizando una atención humanizada.
- Ayudar a mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de los cuidadores.
- Conocer sus dudas y preocupaciones y proporcionarles el apoyo psicológico que necesitan.

Material y metodos

Mediante un estudio Observacional Descriptivo Transversal analizamos una muestra de 90 cuidadores principales de pacientes dependientes con enfermedad de Alzheimer (no hay ningún cuidador externo pagado, todos son familiares). La captación de la muestra se hace por muestro no probabilístico por conveniencia en las visitas domiciliarias de la enfermera al paciente dependiente y en la consulta de enfermería.

Les pasamos una encuesta elaborada con datos de filiación, situación laboral y alguna pregunta sobre sus dudas sobre el cuidado del familiar, además se les hace el test de Zarit (Sobrecarga del cuidador).

Resultados

- Predomina el género femenino en un 75% frente al masculino. Los cuidadores son familiares de primer grado en su mayoría: 42,1% hijas/os y 37,4% cónyuges, el resto son hermanos, cuñados y sobrinos en un porcentaje mucho menor.

- El 41,3% trabaja fuera de casa además de la labor de cuidar. La media de años de cuidado son 3,5+/-2,5.
- Más de un 50% de los cuidadores muestran signos y síntomas de sobrecarga del cuidador, además de reconocer que necesitarían ayuda psicológica.

Conclusiones

El estudio nos muestra una evidencia de ansiedad y depresión en los cuidadores por la situación que están llevando a cabo, tanto por la no mejora de su familiar como por la situación familiar y social que esto conlleva.

La asistencia al cuidador debe integrarse en la atención al paciente con Alzheimer y ofrecerles ayuda psicológica para mejorar la situación.

Bibliografía:

1. Obra Social Fundación “La Caixa”. *Un cuidador dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidado familiar.*
2. Artaso B, Goñi A, Biurrun A. *Cuidados informales en la demencia: Predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares.* Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2008; Elsevier: 386-392.
3. Crespo L, López M. *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes: Desarrollo del programa ¿Cómo mantener su bienestar?* 1º Ed. España. IMSERSO; 2010.

Capítulo 220

Sobrecarga del cuidador principal en pacientes ingresados en unidad de medicina interna

Autores:

Mora Muñoz, Eduardo

García Rubio, Lorena

Laguna Morcillo, Gema María

Rodríguez Ramírez, Laura

Castillo Muñoz, María del Pilar

Gutiérrez Fernández-Aparicio, Sonia

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN

En el afán de mejorar la calidad de los cuidados prestados, así como dar relevancia a la perspectiva investigadora de la enfermería, surge este trabajo científico para valorar la sobrecarga del cuidador principal. La definición de sobrecarga es un concepto multidimensional donde aparece un aspecto objetivo (relacionado con los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida) y un aspecto subjetivo (adaptación intrínseca de la persona ante las demandas de atención).

Dos aspectos a tener en cuenta a la hora de hablar sobre el cuidador principal es el género y el grado de parentesco del cuidador principal. En España, según el informe sobre personas mayores elaborado por IMSERSO en el año 2014, mayoritariamente el rol de cuidador lo ejercen mujeres; siendo principalmente las hijas de las persona a cuidar quien realizan esta tarea. En la actualidad, en una unidad hospitalaria como Medicina Interna, los pacientes ingresados son, por lo general, personas pluripatológicas y con cierto grado de dependencia.

Objetivo principal:

- Evaluar el grado de sobrecarga del cuidador principal de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Cualificar la actitud y el estado emocional del cuidador
- Observar la relación paciente-cuidador tras episodios largos de ingresos
- Valorar la necesidad del cuidador principal de obtener ayuda en el cuidado del paciente
- Potenciar el aspecto investigador de los profesionales de Enfermería.

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar el estudio observacional realizado, se eligió como muestra de la población, a los cuidadores de los pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna. Se les hizo llegar encuestas, estructuradas todas ellas en tres partes: la primera consta de datos sociológicos; la segunda es la Escala de Zarit formada por 22 ítems, con una escala Likert puntuada de 0 a 4 (0=Nunca, 1= Casi nunca, 2= A veces, 3=Bastante veces, 4= Siempre); por último el Índice de Sobresfuerzo del cuidador: consta de 13 preguntas, que se responderán con un Sí ó No

Para el análisis de datos se utilizó en primer lugar estadística descriptiva para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas (el intervalo de confianza es del 95%). Se usó el test T-Student como herramienta para la estadística inferencial. El nivel de significación estadística se estableció en p menor 0,05. Todo ello fue obtenido mediante el programa SPSS Statistics en su versión 22.0.

RESULTADOS

Un total 35 participantes han respondido a las encuestas, siendo éstas las que componen la muestra: 32 de ellas (91,42% total de la muestra) fueron respondidas completamente mientras que las 3 restantes (8,58% total de la muestra) son descartadas por errores en su cumplimentación. El periodo elegido para el reparto corresponde al 02 de Febrero y el 22 de Febrero del presente año.

En los datos obtenidos de las muestras, cabe destacar varios aspectos

- Prevalencia de la mujer (81,2%), frente a los hombres (18,8), en el cuidado de los pacientes
- El grado de parentesco más cuantioso es el de Hija/o (15 muestras, 50% del total), seguido de cónyuge (10 muestras, 31,25% del total).
- La media de edad de los participantes ha sido 56,96 años.
- El 34,4% de las/os encuestadas/os sufren sobrecarga en el cuidado del familiar, el 65,6% restantes no sufren sobrecarga en el cuidado, utilizando la escala Zarit
- Si tenemos en cuenta la escala de esfuerzo del cuidador los datos obtenidos varían: el 40,4% no sufren sobrecarga, mientras el 59,6 sí lo sufren.
- La puntuación media obtenida en la escala de Zarit es de 33,78, siendo sus rangos entre 5 puntos (puntuación mínima) y 75 puntos (puntuación mayor)
- La puntuación media obtenida en la escala de Esfuerzo del cuidador es de 6,52 puntos, siendo su intervalo entre 0 puntos y 12 puntos.
- La media de días de ingreso de los pacientes de la muestra es de 12,16 días, con una desviación de 10,47
- La media de ingresos hospitalarios el año anterior es de 1,59 ingresos, con una desviación de 1,87.
- En 11 de las encuestas no hay correlación de la presencia de sobrecarga en ambas escalas.



	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO SOBRECARGA	21	65,6	65,6	65,6
Válido SOBRECARGA	11	34,4	34,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO SOBRECARGA	13	40,6	40,6	40,6
Válido SOBRECARGA	19	59,4	59,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	



CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en el estudio, el rango de edad es amplio; no así el género dónde destaca la mujer como cuidador principal, frente al hombre. El patrón más destacable en el rol de cuidador principal es el de una mujer, de mediana edad e hija del paciente. Otro aspecto a tener en cuenta es la media de estancia hospitalaria de un ingreso en España, siendo en 2015 de 7,16 días para los hombres y 6,16 para las mujeres. Esta media es muy inferior a la obtenida en nuestro trabajo (12,16), debido a que la unidad dónde se ha obtenido la muestra suelen producirse estancias más largas.

Sin embargo, el aspecto más relevante y que da origen al trabajo, es la presencia de sobrecarga en el cuidador principal. La controversia surgida es debido a la no concordancia entre los datos obtenidos en ambas escalas; si nos centramos en los datos de la Escala de Zarit mayoritariamente el estudio revela la no presencia de sobrecarga, pero ocurre lo contrario en la Escala de Esfuerzo del Cuidador dónde si aparece. Esta idea surge por las 11 encuestas contestadas, en ellas la sobrecarga del cuidador se obtiene de la puntuación obtenida en la escala del sobresfuerzo y no la escala Zarit

Se puede deducir que la causa principal de esta controversia es la composición propia de las escalas: la facilidad, objetividad y menor número de preguntas de la escala de esfuerzo del cuidador en contraposición de la Escala Zarit, que presenta una mayor complejidad (mayor número de preguntas, más complejas y con una escala numérica), puede ser determinante a la hora de rellenar la encuesta.

Resumen: En la mayoría de los pacientes ingresados no se atisba una rotación en la persona encargada del cuidado del paciente, por ello este estudio es vital para destacar el grado de sobrecarga del cuidador. Esta figura hace, en la mayoría de ocasiones, de interconexión entre el paciente y el profesional de enfermería además de ser una pieza fundamental en el cuidado del enfermo. El patrón más común es mujer y familiar de primer grado. Los resultados obtenidos son relevantes para nuestro trabajo y poder llegar a empatizar con esta figura tan presente en nuestro trabajo.

Palabras Clave: Cuidador; mujer; anciano.

Introducción

En el afán de mejorar la calidad de los cuidados prestados, así como dar relevancia a la perspectiva investigadora de la enfermería, surge este trabajo científico para valorar la sobrecarga del cuidador principal. La definición de sobrecarga es un concepto multidimensional donde aparece un aspecto objetivo (relacionado con los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida) y un aspecto subjetivo (adaptación intrínseca de la persona ante las demandas de atención).

En España, según el informe sobre personas mayores elaborado por IMSERSO en el año 2014, mayoritariamente el rol de cuidador lo ejercen mujeres; siendo principalmente las hijas de las persona a cuidar quien realizan esta tarea. En la actualidad, en una unidad hospitalaria como Medicina Interna, los pacientes ingresados son, por lo general, personas pluripatologías y con cierto grado de dependencia.

Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar el grado de sobrecarga del cuidador principal de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Cualificar la actitud y el estado emocional del cuidador.
- Observar la relación paciente-cuidador tras episodios largos de ingresos.
- Valorar la necesidad del cuidador principal de obtener ayuda en el cuidado.

Materiales y método

Para realizar el estudio observacional realizado, se eligió como muestra de la población, a los cuidadores de los pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna. Se les hizo llegar encuestas, estructuradas todas ellas en tres partes: la primera consta de datos sociológicos; la segunda es la Escala de Zarit formada por 22 ítems, con una escala Likert puntuada de 0 a 4 (0=Nunca, 1= Casi nunca, 2= A veces, 3=Bastante veces, 4= Siempre); por último el Índice de Sobresfuerzo del cuidador: consta de 13 preguntas, que se responderán con un Sí ó No

Para el análisis de datos se utilizó en primer lugar estadística descriptiva para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas (el intervalo de confianza es

del 95%). Se usó el test T- Student como herramienta para la estadística inferencial. El nivel de significación estadística se estableció en p menor 0,05. Todo ello fue obtenido mediante el programa SPSS Statistics en su versión 22.0.

Resultados

Un total de 35 participantes ha respondido a las encuestas, siendo éstas las que componen la muestra: 32 de ellas (91,42% total de la muestra) fueron respondidas completamente mientras que las 3 restantes (8,58% total de la muestra) son descartadas por errores en su cumplimentación. El periodo elegido para el reparto corresponde al 02 de Febrero y el 22 de Febrero del presente año.

En los datos obtenidos de las muestras, cabe destacar varios aspectos:

- Prevalencia de la mujer (81,2%), frente a los hombres (18,8), en el cuidado de los pacientes.
- El grado de parentesco más cuantioso es el de Hija/o (15 muestras, 50% del total), seguido de cónyuge (10 muestras, 31,25% del total).
- La media de edad de los participantes ha sido 56,96 años.
- El 34,4% de las/os encuestadas/os sufren sobrecarga en el cuidado del familiar, el 65,6% restantes no sufren sobrecarga en el cuidado, utilizando la escala Zarit
- Si tenemos en cuenta la escala de esfuerzo del cuidador los datos obtenidos varían: el 40,4% no sufren sobrecarga, mientras el 59,6% si lo sufren.
- La media de días de ingreso de los pacientes de la muestra es de 12,16 días, con una desviación de 10,47.
- La puntuación media obtenidas en la escala de Zarit es de 33.78 puntos, siendo sus rangos entre 5 puntos (puntuación mínima) y 75 puntos (puntuación mayor).
- La puntuación media obtenida en la escala de Esfuerzo del cuidador es de 6.52 puntos, siendo su intervalo entre 0 puntos y 12 puntos.

Conclusiones

Según los datos obtenidos en el estudio, el rango de edad es amplio; no así el género dónde destaca la mujer como cuidador principal, frente al hombre. El patrón más destacable en el rol de cuidador principal es el de una mujer, de mediana edad e hija del paciente. Otro aspecto a tener en cuenta es la media de estancia hospitalaria de un ingreso en España, siendo en 2015 de 7,16 días para los hombres y 6,16 para las mujeres. Esta media es muy inferior a la obtenida en nuestro trabajo (12,16), debido a que la unidad dónde se ha obtenido la muestra suelen producirse estancias más largas.

Sin embargo, el aspecto más relevante y que da origen al trabajo, es la presencia de sobrecarga en el cuidador principal. La controversia surgida es debido a la no concordancia entre los datos obtenidos en ambas escalas; si nos centramos en los datos de la Escala de Zarit mayoritariamente el estudio revela la no presencia de sobrecarga, pero ocurre lo contrario en la Escala de Esfuerzo del Cuidador dónde si aparece. Esta idea surge por las 11 encuestas contestadas, en ellas la sobrecarga del cuidador se obtiene de la puntuación obtenida en la escala del sobre-esfuerzo y no la escala Zarit

Se puede deducir que la causa principal de esta controversia es la composición propia de las escalas: la facilidad, objetividad y menor número de preguntas de la escala de esfuerzo del cuidador

en contraposición de la Escala Zarit, que presenta una mayor complejidad (mayor número de preguntas, más complejas y con una escala numérica), puede ser determinante a la hora de rellenar la encuesta.

Bibliografía

1. López Alonso SR, Moral Serrano MS. *Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española*. Enfermería Comun 2005; 1(1): 12-17.

2. VVAA. *Informe 2014: Las personas mayores en España*. INSERSO (2014). Obtenida la información en el dominio: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf.

3. Circunvalación del Hipocampo [Internet]. Cádiz (España): 2001: [Actualizado 04 de Septiembre de 2007, Consultado 10 de Noviembre de 2017]. *Escala Zarit de sobrecarga del cuidador*. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/zarit.asp>.

Capítulo 221

Somnolencia diurna excesiva en el embarazo

Autora:

Sánchez Díaz, M^a Cristina

SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA EN EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

La gestación provoca cambios fisiológicos, hormonales y físicos que pueden afectar a la calidad del sueño de la mujer.

Es frecuente la aparición de una excesiva somnolencia diurna (ESD), que puede estar relacionado con trastornos de la respiración asociados al sueño.

Esto puede repercutir de forma negativa en la morbilidad materno-infantil, pudiendo estar asociados con complicaciones del embarazo: diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, trastornos del crecimiento fetal, parto pretérmino y óbito fetal.

Es por todo ello, que se debe evaluar la calidad y cantidad del sueño de la mujer gestante, ya que en la mayoría de los casos no se le concede la importancia que se debe, considerando la somnolencia excesiva como un síntoma propio del embarazo, estando por tanto infravalorado.

OBJETIVO

- ❖ Determinar el grado de somnolencia diurna en un grupo de gestantes de un centro de salud.
- ❖ Identificar en que trimestre de la gestación es más frecuente.

METODOLOGÍA

- Estudio observacional y transversal.
- Instrumento de valoración: Escala de somnolencia de Epworth (ver tabla 1). Puntuación máxima 24 puntos. Normal: entre 0-10 y patológico ≥ 11 puntos.
- Muestra: 50 gestantes de un centro de salud, que acuden a seguimiento del embarazo.
- Exclusión de aquellas que ya tenían diagnosticado algún trastorno del sueño antes del embarazo, las que tienen tratamiento farmacológico que pueda alterar el mismo, y los casos en los que hay barrera idiomática.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 50 gestantes, de las cuales un 18% presentaron somnolencia diurna excesiva según la escala de Epworth.

Se observó que la somnolencia es más frecuente en el tercer trimestre (40%) seguido del primer (35,8%) y segundo trimestre (25,2%)

Tabla 1

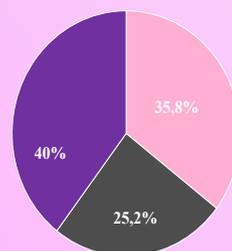
Escala de sueño de Epworth.
PREGUNTA ¿Con qué frecuencia se queda Ud. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y diga la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Situación	Puntuación
• Sentado y leyendo	
• Viendo la TV.	
• Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	
• En auto, como copiloto de un viaje de una hora	
• Recostado a media tarde	
• Sentado y conversando con alguien	
• Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	
• En su auto, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	
Puntuación total (máx. 24)	

Excesiva Somnolencia Diurna por trimestres de gestación



Escala Somnolencia Excesiva Epworth

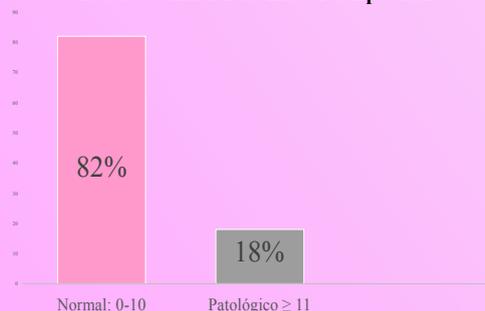


Imagen 1

CONCLUSIONES

Los trastornos del sueño son muy comunes en las embarazadas; a pesar de ello, no son tenidos en cuenta como problemas de salud, ni por las gestantes ni por los profesionales que las atienden.

La matrona debe conocer las recomendaciones para la prevención y cuidado de los trastornos del sueño durante el embarazo, así como identificar las situaciones que requieran un estudio más profundo por parte de los especialistas en trastornos del sueño.



Imagen 2

BIBLIOGRAFÍA

- Romero R, Badr MS. A role for sleep disorders in pregnancy complications: challenges and opportunities. Am J Obstet Gynecol. 2014 Jan 1;210(1):3-11.
- Santiago JR, Nolleto MS, Kinzler W, Santiago TV. Sleep and sleep disorders in pregnancy. Ann Intern Med. 2001; 134(5): 396-408.
- Lambert L. Sleeping poorly while pregnant may not be "normal". JAMA. 2006; 295(12): 22-9.

Resumen: Los trastornos del sueño son muy comunes en las embarazadas; a pesar de ello, no son tenidos en cuenta como problemas de salud, ni por las gestantes ni por los profesionales que las atienden.

A través de la Escala de somnolencia de Ewporth, se puede determinar el grado de somnolencia diurna en las gestantes, ya que es frecuente su aparición durante el embarazo y puede estar relacionado con trastornos de la respiración asociados al sueño.

Se ha observado que la aparición de la somnolencia es más frecuente en el tercer trimestre de embarazo.

Palabras Clave: Embarazo; Ewporth; somnolencia.

Introducción

La gestación provoca cambios fisiológicos, hormonales y físicos que pueden afectar a la calidad del sueño de la mujer.

Es frecuente la aparición de una excesiva somnolencia diurna (ESD), que puede estar relacionado con trastornos de la respiración asociados al sueño.

Esto puede repercutir de forma negativa en la morbilidad materno-infantil, pudiendo estar asociados con complicaciones del embarazo: diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, trastornos del crecimiento fetal, parto pretérmino y óbito fetal.

Es por todo ello, que se debe evaluar la calidad y cantidad del sueño de la mujer gestante, ya que en la mayoría de los casos no se le concede la importancia que se debe, considerando la somnolencia excesiva como un síntoma propio del embarazo, estando por tanto infravalorado.

Objetivo

- Determinar el grado de somnolencia diurna en un grupo de gestantes de un centro de salud.
- Identificar en que trimestre de la gestación es más frecuente.

Metodología

- Estudio observacional y transversal.
- Instrumento de valoración: Escala de somnolencia de Ewporth. Puntuación máxima 24 puntos. Normal: entre 0-10 y patológico ≥ 11 puntos.
- Muestra: 50 gestantes de un centro de salud, que acuden a seguimiento del embarazo.
- Exclusión de aquellas que ya tenían diagnosticado algún trastorno del sueño antes del embarazo, las que tienen tratamiento farmacológico que pueda alterar el mismo, y los casos en los que hay barrera idiomática.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 50 gestantes, de las cuales un 18% presentaron somnolencia diurna excesiva según la escala de Epworth.

Se observó que la somnolencia es más frecuente en el tercer trimestre (40%) seguido del primer (35,8%) y segundo trimestre (25,2%).

Conclusiones

Los trastornos del sueño son muy comunes en las embarazadas; a pesar de ello, no son tenidos en cuenta como problemas de salud, ni por las gestantes ni por los profesionales que las atienden.

La matrona debe conocer las recomendaciones para la prevención y cuidado de los trastornos del sueño durante el embarazo, así como identificar las situaciones que requieran un estudio más profundo por parte de los especialistas en trastornos del sueño.

Bibliografía

1. Romero R, Badr MS. *A role for sleep disorders in pregnancy complications: challenges and opportunities*. Am J Obstet Gynecol. 2014 Jan 1;210(1):3-11.
2. Santiago JR, Nollado MS, Kinzler W, Santiago TV. *Sleep and sleep disorders in pregnancy*. Ann Intern Med. 2001; 134(5): 396-408.
3. Lamberg L. *Sleeping poorly while pregnant may not be "normal"*. JAMA. 2006; 295(12): 22-9.

Capítulo 222

Sutura intradérmica continua

Autores:

García Díaz, María de los Reyes

Mora Muñoz, Juan David

Corredor Ródenas, María Teresa

Mansilla Flores, María Gema

SUTURA INTRADÉRMICA CONTINUA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Es una sutura que se emplea principalmente en zonas de cara y cuello, en heridas donde hay poca tensión y que se encuentran dispuestas a favor de las líneas de Langer, quedando una cicatrización más estética.

El objetivo es describir una técnica relativamente sencilla en la sutura de heridas, que aporta un resultado muy satisfactorio al paciente.

METODOLOGÍA

Se recomienda en heridas de cara y cuello limpias y reducido margen de separación entre los bordes de la herida.

No se debe emplear en heridas sucias, con riesgo de infección, mala vascularización o necrosis. Tampoco se debe utilizar en zonas sometidas a mucha tensión.

MATERIAL (Fig.1)

Pinzas de disección rectas sin dientes de 13 cms.

Porta agujas Mayo-Hegar de 12-14 cms.

Hilo de sutura de nylon, ajustado a la zona a suturar.

Paño estéril.

Guantes estériles.

Gasas estériles.

Suero fisiológico al 0.9%.

Antiséptico.

Jeringa de 5 ml.

Aguja calibre 23-25 G.

Ampolla de mepivacaina al 2%.

Tiras de aproximación.

Apósito adhesivo.



Fig. 1



Fig. 2

INTERVENCIONES

1. Información de la técnica al paciente y firma del consentimiento informado.
2. Lavado de manos.
3. Preparación del paciente.
4. Colocar el campo estéril con el material necesario.
5. Ponerse guantes estériles.
6. Lavado de la herida con s.f. al 0.9 %.
7. Desinfección de la herida con antiséptico, en este caso concreto, se utiliza yodo.
8. Aplicar anestesia local alrededor de la herida, normalmente no se suelen utilizar más de 2 ml de mepivacaina al 2%. (Fig. 2)
9. La sutura se empieza, inicialmente, con un punto simple, que será anudado. (Fig.3)
10. Sin cortar el hilo, se everta uno de los bordes de la herida y se punciona con la aguja de forma paralela en la dermis, atravesándola completamente y pasando el hilo en su totalidad. (Fig.4)
11. Después se realizará el siguiente punto de forma equidistante en la pared contralateral a la salida del primer punto. El material de sutura quedará siempre en la parte convexa de la aguja, para evitar anudaciones en el desarrollo de la técnica. (Fig.5)
12. Este procedimiento se repetirá hasta el final de la herida.
13. Se terminará tirando del hilo, tensando la sutura y anudándolo en el otro extremo, sin cortar el hilo, con otro punto simple. (Fig. 6, 7, 8, 9 y 10)
14. Se colocarán tiras adhesivas de manera perpendicular a la herida, garantizando una buena aproximación de los bordes. (Fig.11)
15. Finalmente se tepará con un apósito y se revisará al día siguiente.
16. Todo el proceso quedará registrado en la historia clínica del paciente.



Fig. 3

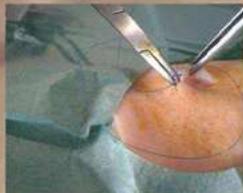


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

CONCLUSIONES

La sutura intradérmica continua es una alternativa a la sutura simple al alcance de todos los profesionales de enfermería. Esta técnica es particularmente relevante en áreas expuestas, donde se pretende mejorar el aspecto y estética de la herida. Disminuyendo así en el paciente el impacto psicológico que pueda ocasionar una cicatriz en tales regiones corporales.

Resumen: La cirugía menor, históricamente, siempre ha estado ligada a la labor enfermera. Por lo que, en definitiva, el conjunto de técnicas encuadradas dentro de este área, quedan dentro de las competencias a poder realizar por parte de enfermería.

En esta exposición se ha querido describir y desarrollar una técnica de sutura de gran utilidad en nuestro trabajo diario, accesible, asequible y a disposición de todos los profesionales.

La sutura intradérmica continua desarrollada correctamente, nos evita las cicatrices "por las marcas de los puntos", obteniendo un resultado estético muy beneficioso para el paciente.

Palabras Clave: Cirugía Menor; Estética; Sutura.

Introducción y objetivos

Es una sutura que se emplea principalmente en zonas de cara y cuello, en heridas donde hay poca tensión y que se encuentran dispuestas a favor de las líneas de Langer, quedando una cicatrización más estética.

El objetivo es describir una técnica relativamente sencilla en la sutura de heridas, que aporta un resultado muy satisfactorio al paciente.

Metodología

Se recomienda en heridas de cara y cuello limpias y reducido margen de separación entre los bordes de la herida.

No se debe emplear en heridas sucias, con riesgo de infección, mala vascularización o necrosis. Tampoco se debe utilizar en zonas sometidas a mucha tensión.

Material

- Pinzas de disección rectas sin dientes de 13 cms.
- Porta agujas Mayo-Hegar de 12-14 cms.
- Hilo de sutura de nylon, ajustado a la zona a suturar.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico al 0.9%.
- Antiséptico.
- Jeringa de 5 ml.
- Aguja calibre 23-25 G.
- Ampolla de mepivacaína al 2%.
- Tiras de aproximación.
- Apósito adhesivo.

Intervenciones

- Información de la técnica al paciente y firma del consentimiento informado.
- Lavado de manos.
- Preparación del paciente.
- Colocar el campo estéril con el material necesario.
- Ponerse guantes estériles.
- Lavado de la herida con s.f. al 0.9 %.
- Desinfección de la herida con antiséptico, en este caso concreto, se utiliza yodo.
- Aplicar anestesia local alrededor de la herida, normalmente no se suelen utilizar más de 2 ml de mepivacaína al 2%.
- La sutura se empieza, inicialmente, con un punto simple, que será anudado.
- Sin cortar el hilo, se everta uno de los bordes de la herida y se punciona con la aguja de forma paralela en la dermis, atravesándola completamente y pasando el hilo en su totalidad.
- Después se realizará el siguiente punto de forma equidistante en la pared contralateral a la salida del primer punto. El material de sutura quedará siempre en la parte convexa de la aguja, para evitar anudaciones en el desarrollo de la técnica.
- Este procedimiento se repetirá hasta el final de la herida.
- Se terminará tirando del hilo, tensando la sutura y anudándolo en el otro extremo, sin cortar el hilo, con otro punto simple.
- Se colocarán tiras adhesivas de manera perpendicular a la herida, garantizando una buena aproximación de los bordes.
- Finalmente se tapaná con un apósito y se revisará al día siguiente.
- Todo el proceso quedará registrado en la historia clínica del paciente.

Conclusiones

La sutura intradérmica continua es una alternativa a la sutura simple al alcance de todos los profesionales de enfermería. Esta técnica es particularmente relevante en áreas expuestas, donde se pretende mejorar el aspecto y estética de la herida. Disminuyendo así en el paciente el impacto psicológico que pueda ocasionar una cicatriz en tales regiones corporales.

Bibliografía

1. J.M. Arribas Blanco, J.R. Castelló Fortet, N. Rodríguez Pata, A. Sánchez Olaso y M. María Guztke. *Suturas básicas y avanzadas en cirugía menor III*. Semergen 2002; 28(1): 89-100.
2. F. Herrera Rodríguez. *Un capítulo de la enfermería la "cirugía menor" en la España del siglo XIX*. Cultura de los cuidados 2000; Año IV (7 y 8): 18-26.
3. E. Oltra, C. González, L. Mendiolaño, P. Sánchez. *Suturas y cirugía menor para profesionales de enfermería*. Ed. Panamericana, Madrid (2007).

Capítulo 223

TAVI como técnica de elección en la estenosis aórtica

Autores:

Espadas Barba, Juan

Morales Clemente, Noemí

Peña de la Cruz, Ana María

Sánchez Gaitán, Elena María

Plazuelo Lozano, Josefina

Luque Ruiz, Rafael

TAVI COMO TÉCNICA DE ELECCIÓN EN LA ESTENOSIS AÓRTICA

INTRODUCCIÓN

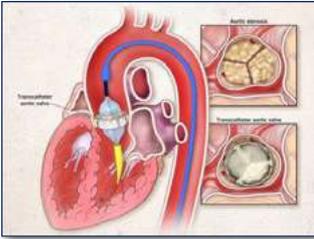
La estenosis aórtica degenerativa es la valvulopatía más frecuente y su prevalencia está aumentando como consecuencia del incremento de la esperanza de vida. Cuando aparecen los síntomas, la enfermedad progresa rápidamente y se ensombrece el pronóstico, con una alta tasa de mortalidad.

La TAVI (implantación de válvula aórtica transcateéter) es un procedimiento mínimamente invasivo, que permite insertar una bioprótesis valvular a través de un catéter con abordaje transfemoral o transapical, e implantarla dentro de la válvula aórtica nativa degenerada. Permite tratar a pacientes que antes no recibían tratamiento y se considera una alternativa a la cirugía para los de alto riesgo.

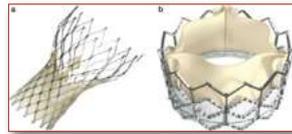
Con esta técnica se obtienen unas mejorías muy importantes de la supervivencia y un descenso de los episodios de rehospitalización muy significativos.

OBJETIVOS

- Difundir esta nueva técnica de implantación en nuestro hospital, que cada vez es más aplicada por su alta tasa de éxito y la disminución de complicaciones.
- Presentar la intervención como una alternativa más beneficiosa y menos agresiva que la vía quirúrgica convencional, y que permite una menor estancia hospitalaria del paciente.
- Conocer las complicaciones post-TAVI para prevenir, detectar y tratar los riesgos potenciales, y proporcionar unos cuidados eficientes a los pacientes.



En la actualidad los dispositivos más implantados son la válvula Medtronic CoreValve®(a) y la Edwards Sapien®(b).



PROCEDIMIENTO

La técnica anestésica a utilizar puede ser de dos tipos: anestesia general o bajo sedación.

La TAVI se puede realizar por dos abordajes:

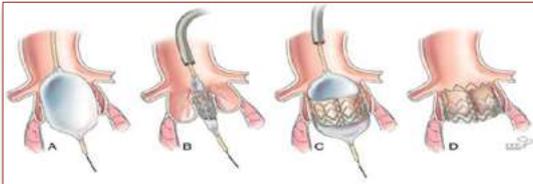
- 1) Abordaje transapical: por toracotomía izqda con entrada por el ápex cardiaco.
- 2) Abordaje transfemoral: a. *Retrógrado*: por vía arteria femoral o subclavia.
b. *Anterógrado*: por vena femoral, atravesando la mitral.

La mejora de los dispositivos hace que el acceso transfemoral por vía retrógrada sea la técnica de elección en la mayor parte de los casos.

Requiere de una punción o incisión percutánea a nivel de la arteria femoral, cuyo cierre puede realizarse después mediante cirugía o con un dispositivo de sutura.

La bioprótesis se implanta a través de un catéter dentro de la válvula aórtica nativa degenerada.

La correcta colocación de la válvula se confirma con distintas técnicas de imagen como la fluoroscopia, la aortografía o la ecografía transesofágica.



CANDIDATOS DE TAVI

- Presencia de estenosis valvular aórtica sintomática por angina, disnea o síncope.
- Pacientes de alto riesgo quirúrgico, o considerados 'inoperables' por su edad o comorbilidades.
- Limitación funcional fundamentalmente por su patología cardíaca, en los que se considera *a priori*, que la implantación de una prótesis valvular va a mejorar significativamente su calidad de vida y su capacidad funcional.

COMPLICACIONES

➤ Frecuentes:

- Complicaciones vasculares → las más frecuentes están relacionadas con el lugar de acceso, generalmente el acceso femoral percutáneo: disección, obstrucción, estenosis, perforación o rotura, fistulas AV, pseudoaneurisma, hematoma y síndrome compartimental, daño de un nervio, fallo del dispositivo hemostático, sangrado mayor o menor, isquemia visceral...
- Insuficiencia aórtica residual → se asocia a una menor supervivencia. Es debida a la aposición incompleta por mala selección del tamaño, expansión inadecuada o por calcificación importante.
- Trastornos de la conducción → está asociado a frecuentes trastornos como el BCRI y el bloqueo AV, y se encuentra favorecido por la íntima relación anatómica entre la válvula aórtica y el nódulo AV y la salida del haz de His.
- Accidente cerebrovascular (ACV) → es la complicación más devastadora y temida debido al importante impacto en la calidad de vida y supervivencia. Provocado por la presencia de ateromatosis aórtica, la postdilatación de la prótesis y la manipulación excesiva.
- Insuficiencia renal → es una importante complicación debido al aumento de mortalidad. La etiología es multifactorial, y se relaciona con la edad, HTA, DM, enfermedad vascular, ateroembolias y toxicidad del contraste.

➤ Poco frecuentes:

- Rotura del anillo o de la raíz aórtica → presencia de deterioro hemodinámico inmediato debido al taponamiento cardíaco.
- Oclusión coronaria → es debida al desplazamiento de las valvas nativas o protésicas sobre el ostium coronario. El tratamiento es la desobstrucción inmediata mediante angioplastia coronaria.
- Perforación cardíaca → en el VD debido al cable de marcapasos y en el VI por el uso de dispositivos muy agresivos. Habitualmente se soluciona con un drenaje pericárdico.



CONCLUSIÓN

- ✓ La TAVI es el tratamiento de elección para los pacientes inoperables y una clara alternativa para los de alto riesgo quirúrgico. La disminución de complicaciones hacen que el procedimiento sea más seguro, predictivo y poco traumático.
- ✓ Los buenos resultados en mortalidad, se acompañan de una mejoría clínica muy relevante con cambios importantes de la clase funcional que implican, en la mayoría de pacientes, un aumento muy importante en su calidad de vida.
- ✓ La mínima agresión de la técnica, la simplificación del procedimiento y la menor estancia hospitalaria generan una demanda cada vez mayor por parte de los médicos referentes y de los propios pacientes. La razón final de este tratamiento es una mejora de la calidad/cantidad de vida en pacientes gravemente limitados por su valvulopatía.

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez González N, Salgado Fernández J, Calviño Santos R. Implantación de prótesis aórtica transcateéter (TAVI) por vía Femoral. Estado actual (2015). Visión del Cardiólogo intervencionista. Galicia Clin 2015; 76 (4): 151-163
- Avanzas P, Muñoz-García AJ, Segura J, Pan M, Alonso-Briales JH, Lozano I, et al. Implante percutáneo de la prótesis valvular aórtica autoexpandible CoreValve® en pacientes con estenosis aórtica severa: experiencia inicial en España. Rev Esp Cardiol. 2010;63:141-8.

Resumen: La estenosis aórtica degenerativa es la valvulopatía más frecuente, y su prevalencia está aumentando como consecuencia del incremento de la esperanza de vida.

La TAVI (implantación de válvula aórtica transcatóter) es una técnica que se presenta como una alternativa más beneficiosa y menos agresiva que la vía quirúrgica convencional, por lo que permite una menor estancia hospitalaria del paciente.

Esta técnica cada vez es más aplicada por su alta tasa de éxito, ya que se obtienen unas mejorías muy importantes de la supervivencia, una disminución de complicaciones y un descenso de los episodios de rehospitalización muy significativos.

Palabras Clave: Estenosis de la válvula aórtica; Reemplazo de la válvula aórtica transcatóter; Complicaciones posoperatorias.

La patología valvular más frecuente en España es la estenosis aórtica, cuya causa principal es una calcificación degenerativa de la válvula asociada a la edad. Cuando aparecen los síntomas, la enfermedad progresa rápidamente y se ensombrece el pronóstico, con una alta tasa de mortalidad.

La TAVI (implantación de válvula aórtica transcatóter) es una técnica de reciente implantación en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Es un procedimiento mínimamente invasivo, ya que permite insertar una bioprótesis valvular a través de un catéter con abordaje transfemoral o transapical, e implantarla dentro de la válvula aórtica nativa degenerada.

Es considerado como el tratamiento de elección para los pacientes inoperables, y una clara alternativa para los de alto riesgo quirúrgico, ya que la disminución de complicaciones hacen que el procedimiento sea más seguro, predictivo y poco traumático.

La Tavi está indicada en pacientes con calcificación pura de válvula aórtica y/o estenosis aórtica severa, aunque todos los pacientes con estas patologías no se consideran susceptibles de este procedimiento. Los candidatos deben cumplir unos requisitos que serán impuestos en cada hospital, y que por regla general suelen resumirse en tres criterios:

1. La presencia de estenosis valvular aórtica sintomática por angina, disnea o síncope.
2. Los pacientes de alto riesgo quirúrgico, o considerados "inoperables" por su edad o las comorbilidades asociadas.
3. Pacientes con limitación funcional debida fundamentalmente a su patología cardíaca, y en los que se considera a priori, que la implantación de una prótesis valvular va a mejorar significativamente su calidad de vida y su capacidad funcional.

El procedimiento se realiza en una sala de hemodinámica, próxima a una unidad de cuidados intensivos o de reanimación. La técnica anestésica a utilizar puede ser de dos tipos: con anestesia general o bajo sedación.

La TAVI se puede realizar por dos abordajes:

- Abordaje transapical: se realiza por toracotomía izquierda y con entrada por el ápex cardiaco.
- Abordaje transfemoral: existen dos alternativas:

- a. Retrógrado: por vía arterial, femoral o subclavia.
- b. Anterógrado: por vena femoral, atravesando la mitral.

La mejora de los dispositivos hace que el acceso transfemoral por vía retrógrada sea la técnica de elección en la mayor parte de los casos, dando resultados más seguros, ya que la vía anterógrada presenta gran incidencia de BAV completo y necesidad de MCP.

El procedimiento requiere de una punción o incisión percutánea a nivel de la arteria femoral, cuyo cierre puede realizarse después mediante cirugía o con un dispositivo de sutura. La bioprótesis se implanta a través de un catéter dentro de la válvula aórtica nativa degenerada.

Posteriormente es necesario confirmar la correcta colocación de la válvula con distintas técnicas de imagen como la fluoroscopia, la aortografía o la ecografía transesofágica.

A pesar de los avances en el diseño de las nuevas prótesis, las complicaciones inherentes a este procedimiento no han desaparecido, aunque su prevalencia y gravedad han disminuido significativamente.

Las complicaciones más frecuentes suelen ser:

- Complicaciones vasculares → las que más se dan están relacionadas con el lugar de acceso, generalmente en el acceso femoral percutáneo: disección, obstrucción, estenosis, perforación o rotura, fístulas arteriovenosas, pseudoaneurisma, hematoma y síndrome compartimental, daño de un nervio, fallo del dispositivo hemostático, sangrado mayor o menor, isquemia visceral...
- Insuficiencia aórtica residual → se asocia a una menor supervivencia. Es debida a la aposición incompleta por mala selección del tamaño, expansión inadecuada o por calcificación importante.
- Trastornos de la conducción → está asociado a frecuentes trastornos como el BCRI y el bloqueo AV, y se encuentra favorecido por la íntima relación anatómica entre la válvula aórtica y el nódulo AV y la salida del haz de Hiss.
- Accidente cerebrovascular (ACV) → aunque es infrecuente, es la complicación más devastadora y temida por los pacientes, debido al importante impacto en la calidad de vida y la supervivencia. Está provocado por la presencia de ateromatosis aórtica, la postdilatación de la prótesis y la manipulación excesiva.
- Insuficiencia renal → es una importante complicación debido al aumento de mortalidad. La etiología es multifactorial, y se relaciona con la edad, HTA, DM, enfermedad vascular, ateroesclerosis y toxicidad del contraste.

Las complicaciones poco frecuentes son las más graves y de tratamiento urgente:

- Rotura del anillo o de la raíz aórtica → se debe a calcificaciones del anillo y la raíz aórtica, y se manifiesta con un deterioro hemodinámico inmediato debido al taponamiento cardiaco.
- Oclusión coronaria → es más frecuente en pacientes con salida baja de las arterias coronarias y aorta estrecha, y se debe al desplazamiento de las valvas nativas o protésicas sobre el ostium coronario. El tratamiento es la desobstrucción inmediata mediante angioplastia coronaria.

- Perforación cardíaca → en el VD es debido al cable de marcapasos y en el VI por el uso de dispositivos muy agresivos. Habitualmente se soluciona con un drenaje pericárdico, aunque puede ser necesaria una reparación quirúrgica.

En esta técnica, los buenos resultados en mortalidad se acompañan de una mejoría clínica muy relevante, con cambios importantes de la clase funcional que implican, en la mayoría de pacientes, un aumento muy importante en su calidad de vida.

La mínima agresión de la técnica, la simplificación del procedimiento y la menor estancia hospitalaria generan una demanda cada vez mayor por parte de los médicos referentes y de los propios pacientes. La razón final de este tratamiento es una mejora de la calidad/cantidad de vida en pacientes gravemente limitados por su valvulopatía.

Bibliografía

1. Vázquez González N, Salgado Fernández J, Calviño Santos R. *Implantación de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) por vía Femoral. Estado actual (2015)*. Visión del Cardiólogo intervencionista. Galicia Clin 2015; 76 (4): 151-163.

2. Avanzas P, Muñoz-García AJ, Segura J, Pan M, Alonso-Briales JH, Lozano I, et al. *Implante percutáneo de la prótesis valvular aórtica autoexpandible CoreValve® en pacientes con estenosis aórtica severa: Experiencia inicial en España*. Rev Esp Cardiol. 2010;63:141-8.

3. Navarro García L, Cinca Cuscollola JM^a, Cánovas López SJ. *Manejo perioperatorio y resultados de morbimortalidad tras recambio valvular aórtico transcáteter (TAVI)*. Departamento Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.2011

Capítulo 224

Técnica de punción capilar neonatal

Autora:

Espinosa Velasco, Verónica

INTRODUCCION

La punción capilar es la obtención de sangre capilar para su análisis, cuando no se dispone de vía arterial o venosa para conseguirlo o estas no son fiables por la infusión de fluidos. Además precisa muy poca cantidad de sangre para obtener numerosos resultados e información sobre (pH, PO₂, Pco₂, HC₃, glucemia, ac. Láctico, bilirrubina, iones...)

Es una técnica segura y rápida y de elección (evidencia nivel I) tanto para neonatos como para pacientes pediátricos, aunque las zonas de punción varían en función de la edad. (talón, dedos, lóbulo oreja).

OBJETIVOS

- Reducir las complicaciones o errores en la obtención de una muestra.
- Establecer una guía práctica para alumnos de enfermería y personal de nueva incorporación y/o contrato temporal sin experiencia.
- Marcar una práctica segura basada en la evidencia científica.
- Establecer una guía de cuidados estándar para toda la unidad.

MATERIAL:

- Termómetro, chupete y sacarosa (para control del dolor durante la técnica. Evidencia nivel I)
- Guante con agua caliente (para favorecer circulación periférica y mejorar sangrado).
- Capilar preheparinizado, imán (sirve para homogeneizar muestra y atrapar micro coágulos si hubiese), y cono de aspiración de muestra del gasómetro.
- Lanceta (se evitará la aguja ya que no es muy precisa y puede realizarse una punción profunda lesionando la zona. Evidencia nivel I.)
- Gasos y antiséptico a base de clorhexidina.
- Gasómetro (comprobar que esté preparado, no en uso ni calibrando)
- Guantes para la realización de la prueba.

METODOLOGÍA

Se ha descrito el procedimiento en base bibliográfica con evidencia reconocida y aceptada en Cochrane, Medline, Index, Cuiden..., y publicaciones de las prácticas habituales en numerosos centros y servicios de atención neonatal.



INTERVENCIONES

➢ Previo lavado de manos, tomar temperatura corporal, (ya que será uno de los parámetros a introducir en el gasómetro para ajustar resultados a la temperatura del bebé y observar si tiene O₂ y concentración o FiO₂ a la que lo mantiene) y calentar talón a puncionar, evitando las zonas de hematomas, edemas, infecciones y punciones previas que puedan alterar el resultado de manera significativa. Administrar gota de sacarosa con chupete para disminución del dolor. Fig:1

➢ Ponerse guantes y Desinfectar zona de punción (evitando alcohol por riesgo de quemaduras y povidona yodada por alterar el metabolismo tiroideo); y secar con gasa estéril para evitar dilución de la muestra por antiséptico. Fig:2

➢ Puncionar con lanceta perpendicularmente y con firmeza y seguridad de manera superficial en las zonas laterales del talón evitando la zona central por las complicaciones a nivel del hueso calcáneo. Sujetaremos el talón con el dedo índice y pulgar según las imágenes. Fig:3

➢ Acercar el capilar a la gota de sangre poniendo en posición horizontal o ligeramente inclinado para favorecer la entrada de la gota por capilaridad, sin permitir la entrada de aire en la muestra que falsearía resultados. Se ha de comprimir talón con suavidad pero con firmeza para extraer cada gota, y hacerlo de manera intermitente para establecer un relleno capilar adecuado y comprimir de nuevo para nueva gota. Fig:4 y 5.

➢ Una vez recogida la muestra, es gestionada por otra compañera para introducir un hierro cuya función es la de atrapar algún micro coágulo si lo hubiera y homogeneizar la muestra. Poner el cono para introducir en la entrada del gasómetro. Se limpiará la piel del bebé y se anudará una gasa para evitar salida de sangre capilar. Se evitará esparadrappo, sobre todo en los más prematuros por riesgo de lesión de la piel. Fig:6.

➢ Introducir muestra y parámetros en gasómetro. nombre, temperatura, FiO₂ y tipo de muestra (capilar en nuestro caso, ya que el gasómetro permite analizar sangre venosa y arterial o con el uso de jeringa. Fig:7 y 8.

➢ Observar resultados por si hubiera algún fallo o parámetro urgente de atender. Mostrar al pediatra y archivar en su historia. Fig:9.

NOTA: Técnica contraindicada si infección, edema, hematomas, compromiso vascular, alteraciones importantes de la coagulación...
Complicaciones: Osteomielitis, infección, hematomas...



CONCLUSIONES

Es imprescindible describir los procedimientos habituales de la unidad para disminuir la diversidad de resultados por la variabilidad en la extracción de la muestra. El personal de nueva incorporación y alumnos tendrán una guía establecida de referencia para su aprendizaje y la aplicación de técnicas con la mayor seguridad y calidad posibles evidenciadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Neonatología 5ª ed. Tricia Lacy Gomella. Ed Panamericana 2006. Buenos Aires (Argentina). ISBN 978-950-06-0866-4.
- Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. Francisco Ruza Tarrío. Ed Norma 2003. Madrid. ISBN 84-8451-004-2.
- Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Asistencia al RN de alto riesgo. 3ª ed. Raquel Nascimento Tarrez. Ed. Panamericana. 2003. Buenos Aires (Argentina). ISBN 978-950-06-0085-9

Resumen: La técnica de punción capilar es una práctica habitual en el cuidado y seguimiento de pacientes neonatales, ya que aportan valiosa información acerca de su situación ventilatoria, metabólica y de salud general.

La correcta realización de la técnica hará que los datos obtenidos sean fiables para proporcionar una atención terapéutica adecuada y que la técnica sea segura para el paciente.

La estandarización de pasos a seguir para la correcta preparación del material y realización de la técnica proporciona garantía de calidad para el paciente, seguridad en el personal que realiza la técnica y agilidad en el proceso para ambos.

Palabras Clave: Garantía de calidad; Seguridad de equipos; Terapéutica.

Introducción

La punción capilar es la obtención de sangre capilar para su análisis, cuando no se dispone de vía arterial o venosa para conseguirlo o estas no son fiables por la infusión de fluidos.

Es una técnica segura y rápida, tanto para neonatos como para pacientes pediátricos, aunque las zonas de punción varían en función de la edad.

Objetivo

- Reducir las complicaciones o errores en la obtención de la muestra.
- Establecer una guía práctica para alumnos de enfermería y personal de nueva incorporación y/o contrato temporal sin experiencia.
- Marcar una práctica con seguridad de equipos basada en la evidencia científica.
- Establecer una guía de cuidados estándar para toda la unidad.

Metodología

Se ha descrito el procedimiento en base bibliográfica con evidencia reconocida y aceptada Cochrane, Medline, Index, Cuiden y publicaciones de las prácticas habituales en numerosos centros y servicios de atención neonatal.

Intervenciones

Preparación del material:

Capilar preheparinizado. Lanceta (se evitará la aguja ya que no es muy precisa y puede realizarse una punción profunda lesionando la zona). Gasas; antiséptico a base de clorhexidina. Termómetro; guante con agua caliente. Vaselina (opcional). Imán para el capilar. Cono para aspiración de la muestra. Gasómetro. Guantes.

Preparación del paciente:

- Previo lavado de manos, tomar temperatura corporal, ya que será uno de los parámetros a introducir en el gasómetro para ajustar resultados a la temperatura del bebé. Y observar si tiene O_2 y concentración o FiO_2 a la que lo mantiene.
- Calentar talón a puncionar, evitando las zonas de hematomas, edemas, infecciones y punciones previas que puedan alterar el resultado de manera significativa.

- Ponernos guantes y desinfectar zona de puncion (evitando alcohol por riesgo de quemaduras y yodona yodada por alterar el metabolismo tiroideo); y secar con gasa estéril para evitar dilución de la muestra por antiséptico; y aplicar si se desea vaselina para obtener una gota de muestra más concentrada.
- Puncionar con lanceta perpendicularmente y con firmeza y seguridad de manera superficial en las zonas laterales del talón evitando la zona central por las complicaciones a nivel del hueso calcáneo. Sujetaremos el talón con el dedo índice y pulgar según las imágenes.
- Acercar el capilar a la gota de sangre poniendo en posición horizontal o ligeramente inclinado para favorecer la entrada de la gota por capilaridad, sin permitir la entrada de aire en la muestra que falsearía resultados. Se ha de comprimir talón con suavidad pero con firmeza para extraer cada gota, y hacerlo de manera intermitente para establecer un relleno capilar adecuado y comprimir de nuevo para nueva gota.
- Una vez recogida la muestra, es gestionada por otra compañera para introducir un hierro cuya función es la de atrapar algún micro coágulo si lo hubiera y homogeneizar la muestra. Poner el cono para introducir en la entrada del gasómetro. Se limpiará la piel del bebé y se anudará una gasa para evitar salida de sangre capilar. Se evitará esparadrapo, sobre todo en los más prematuros por riesgo de lesión de la piel.
- Introducir parámetros en gasómetro, nombre, temperatura, FiO_2 y tipo de muestra (capilar en nuestro caso, ya que el gasómetro permite analizar sangre venosa y arterial o con el uso de jeringa).
- Observar resultados por si hubiera algún fallo o parámetro urgente de atender. Mostrar al pediatra y archivar en su historia.

Contraindicado si infección, edema, hematomas, compromiso vascular, alteraciones importantes de la coagulación.

Complicaciones: Osteomielitis, infección, hematomas.

Conclusiones

Es imprescindible describir los procedimientos habituales de la unidad para disminuir la diversidad de resultados por la variabilidad en la extracción de la muestra.

El personal de nueva incorporación y alumnos tendrán una guía establecida de referencia para su aprendizaje y la aplicación de técnicas con la mayor seguridad y calidad posibles evidenciadas.

Bibliografía:

1. *Neonatología*. 5ª ed. Tricia Lacy Gomella. Ed Panamericana 2006. Buenos Aires (Argentina). ISBN 978-950-06-0866-4.

2. *Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Francisco Ruza Tarrío. Ed Norma 2003. Madrid. ISBN 84-8451-004-2.

3. *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Asistencia al RN de alto riesgo*. 3ª ed. Raquel Nacimiento Tarrez. Ed. Panamericana. 2003. Buenos Aires (Argentina). ISBN 978-950-06-0085-9.

Capítulo 225

Técnicas psicoterapéuticas para la ansiedad en atención primaria

Autores:

Fernández Fuentes, Jaime

Ruiz Méndez, Soledad

Octavio Sánchez, Ana Belén

Alcázar Panadero, Isabel

Autores: Fernández Fuentes J., Ruiz Méndez S., Octavio Sánchez AB. y Alcázar Panadero I.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan. La ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía. La prevalencia estimada de cualquier trastorno mental en España se sitúa en el 17,6%. Los trastornos más frecuentes suelen ser los de ansiedad, seguidos por los depresivos.

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer terapias psicoterapéuticas basadas en la evidencia científica disponible sobre las intervenciones para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad que son en Atención Primaria.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica de las diferentes alternativas psicoterapéuticas para el abordaje de la ansiedad en Atención Primaria. La búsqueda bibliográfica se realizó en: Medline, Dialnet, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Plus, Pumed, en Español e inglés con los siguientes descriptor es: "Ansiedad" (anxiety), "trastornos de ansiedad" (anxiety disorders) "terapéutica" (therapeutics) y Enfermería (Nursing). Los trabajos de interés fueron publicados en los últimos 10 años. También se han utilizado la clasificación de resultados e intervenciones de enfermería (NIC y NOC) y la taxonomía NANDA.

RESULTADOS

Los documentos científicos abordan las técnicas psicoterapéuticas más eficaces y resolutivas para aplicar por el equipo de enfermería en Atención Primaria y el criterio de inclusión principal. En las siguientes tablas se resumen las principales estrategias psicoterapéuticas, los diagnósticos de enfermería relacionado con el síntoma ansiedad con sus correspondientes NOC, NIC y actividades principales. Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales por profesionales entrenados en los centros de salud y terapias de relajación como la respiración diafrágica.

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Tembor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, sensación de muerte inminente
Disnea, sensación de ahogo	Dificultad de concentración, irritabilidad, desasosiego
Nauseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento	Conductas de evitación
Micción frecuente, problemas tipo sexuales	Inhibición psicomotoras, obsesiones o compulsiones

NANDA: 00069 Afrontamiento Ineficaz r/c existencia de situaciones vitales estresantes, falta de percepción de control de la situación y confianza para solucionar problemas n/p comportamientos que le impiden una conducta adaptativa.

NOC: 1300 Aceptación: estado de la salud

NIC: 4480	NIC: 4470	NIC: 4360
Facilitar la autorresponsabilidad :	Ayuda en la modificación de sí mismo	Modificación de la conducta

Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente. Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada. 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta. Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente. Mantener una conducta coherente por parte del personal. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. 	<ul style="list-style-type: none"> Animar al paciente a que examine su propia conducta. Identificar el problema del paciente en términos de conducta. Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos específicos, concretos. Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente. Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo.

Tipo de técnicas	Descripción
Técnicas de exposición	Se basan en confrontar al paciente al estímulo temido o generador de ansiedad hasta que esta se reduzca.
Desensibilización sistemática	Se busca reducir la ansiedad y la evitación de situaciones y estímulos mediante la realización de conductas que eviten que esta aparezca.
Reestructuración cognitiva	Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente.
Técnicas de modelado	El modelado es un tipo de técnica en la que un individuo realiza una conducta o interacción en una situación con el objetivo de que el paciente observe y aprenda una manera de actuar concreta de manera que sea capaz de imitarlo.
Inoculación de estrés	En esta se pretende en primer lugar ayudar al paciente a entender cómo le puede afectar el estrés y cómo puede hacerle frente.
Entrenamiento en autoinstrucciones	Se trata de las instrucciones que con las que guiamos nuestra propia conducta indicando qué y cómo vamos a hacer algo.
Entrenamiento en resolución de problemas	En este tipo de técnica se trabajan aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada.
Técnicas operantes para la modificación de conductas	Permiten tanto motivar y contribuir a aprender nuevas conductas como a reducir o modificarlas mediante la aplicación de refuerzos o castigos.
Técnicas de autocontrol	Las técnicas de autocontrol son utilizadas para facilitar el aprendizaje de patrones de conducta en las que la impulsividad se vea aplacada.
Técnicas de relajación y de respiración	El sufrimiento que provoca la presencia de problemas y dificultades puede en parte ser reducida por técnicas de relajación, aprendiendo a partir de ellas a gestionar las sensaciones corporales de manera que también pueda ayudarse a gestionar la mente.

CONCLUSIONES

Una intervención enfermera con técnicas psicoterapéuticas parece ser una herramienta de gran ayuda para procesos agudos como la ansiedad en los servicios de atención primaria. Se ha demostrado que este tipo de técnicas sirven para el manejo de la ansiedad y otro tipo de trastornos psicológicos. Por lo que se debería tener en cuenta a la hora de tratar a este tipo de pacientes.

Resumen: Los trastornos de ansiedad son una de las enfermedades mentales más comunes en tratar de la atención primaria junto con los trastornos del ánimo. Esta comunicación trata de dar a conocer las terapias no farmacológicas disponibles para este tipo de enfermedad y las intervenciones existentes mediante una búsqueda bibliográfica. El resultado obtenido ha sido un conjunto de estrategias terapéuticas utilizadas de las cuales destacan las intervenciones cognitivo-conductuales y respiración de relajación como más efectivas, sin olvidarse de las intervenciones de los diagnósticos enfermeros para su cuidado.

Palabras Clave: Ansiedad (anxiety); trastornos de ansiedad (anxiety disorders); terapéutica (therapeutics).

Introducción

Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan. La ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía. La prevalencia estimada de cualquier trastorno mental en España se sitúa en el 17,6%. Los trastornos más frecuentes suelen ser los de ansiedad, seguidos por los depresivos.

Objetivos

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer terapias psicoterapéuticas basadas en la evidencia científica disponible sobre las intervenciones para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad dentro de la Atención Primaria, y cuál de ellas puede ser más efectiva con resultados más satisfactorios.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de las diferentes alternativas psicoterapéuticas para el abordaje de la ansiedad en Atención Primaria. La búsqueda bibliográfica se realizó en: Medline, Dialnet, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Plus, Pumed, en Español e inglés con los siguientes descriptores: "Ansiedad" (anxiety), "trastornos de ansiedad" (anxiety disorders) "terapéutica" (therapeutics) y Enfermería (Nursing). Los trabajos de interés fueron publicados en los últimos 10 años. También se han utilizado la clasificación de resultados e intervenciones de enfermería (NIC y NOC) y la taxonomía NANDA

Resultados

Los documentos científicos describen tanto los síntomas fisiológicos como psicológicos y conductuales y las técnicas psicoterapéuticas más eficaces y resolutivas para aplicar por el equipo de enfermería en Atención Primaria que abordan el criterio de inclusión principal, utilizando terapias tales como técnicas de exposición, desensibilización sistémica, técnicas de modelado, inoculación de estrés técnicas de autocontrol, entrenamiento en auto instrucciones y resolución de problemas , técnicas operantes de modificación de conducta, ejercicios de relajación y respiración y de reestructuración cognitiva.

Como diagnóstico de enfermería relacionado con el síntoma de ansiedad, sería afrontamiento ineficaz relacionado con existencia de situaciones vitales estresantes, falta de percepción de control de la situación y confianza para solucionar problemas manifestados por comportamientos que le impiden una conducta adaptativa. Este diagnóstico acompañado con sus correspondientes NOC como aceptación del estado de la salud, e intervenciones NIC como facilidad la auto responsabilidad, ayuda en la modificación de si mismo y de la conducta con todas sus actividades principales. Los resultados encontrados recomiendan la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales por profesionales entrenados en los centros de salud y terapias de relajación como la respiración diafragmática.

Conclusiones

Una intervención enfermera con técnicas psicoterapéuticas parece ser una herramienta de gran ayuda para procesos agudos como la ansiedad en los servicios de atención primaria. Se ha demostrado que este tipo de técnicas también sirven para el manejo de la ansiedad de otros tipos de trastornos psicológicos. Para futuras investigaciones y avanzar en éstas sobre las terapias psicológicas en atención primaria, deberían estudiarse los efectos a largo plazo valorándolos también con el uso de fármacos de forma simultánea, así como el uso de nuevas terapias como la terapia familiar breve y el conselling, y su efectividad comparándolos con estudios de las terapias cognitivo conductuales. Y dada la evidencia científica, se debería tener en cuenta a la hora de tratar estos tipos de trastornos, una formación especializada y un desarrollo de las habilidades de comunicación por parte de los profesionales en este tipo de técnicas, incluyendo por tanto al cuerpo de enfermería al estar en continuo contacto con este tipo de pacientes en diferentes áreas.

Bibliografía

1. González-Suárez M, Duarte-Clímets G. *Terapia cognitivo-conductual y enfermería: A propósito de un caso*. Ene. mayo de 2014;8(1):0-0.
2. López RNA, Girona FG. *La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada*. Metas Enferm. 2011;14(10):70-3.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo. *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
4. *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2009-2011*. 2010 Elsevier España S.L.
5. McCloskey Dochterman, J., Bulechek, G.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4ª Edición. 2005. Elsevier Mosby.

Capítulo 226

Temas de nutrición desarrollados por los estudiantes en su TFG en la Facultad de Enfermería de Ciudad Real

Autores:

Vidal Marín, María de las Mercedes

Díaz-Santos Dueñas, Amelia

Prado Laguna, María del Carmen

Parra Fernández, María Laura

TEMAS DE NUTRICIÓN DESARROLLADOS POR LOS ESTUDIANTES EN SU TFG EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE CIUDAD REAL

M.^a Mercedes Vidal Marín, Amelia Díaz- Santos Dueña. M.^a Carmen Prado Laguna, M.^a Laura Parra Fernández
Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Universidad de Castilla La Mancha



INTRODUCCIÓN

El TFG permite al estudiante integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en los cursos precedentes del Grado y demostrar la adquisición y grado de dominio de las competencias del título.

Por otro lado, los objetivos fundamentales de formación que tiene la Nutrición en Enfermería son proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que el profesional de enfermería de base de atención primaria y hospitalización solventa los problemas nutricionales del usuario-paciente y enseñar a resolver con el paciente situaciones prácticas y problemas de salud relacionados con la alimentación-nutrición.

En la Facultad de Enfermería de C-Real, existe un sistema mixto de elección del TFG ya que por un lado, los tutores proponen líneas de investigación, y por otro, que constituyen la mayoría de los casos, el alumno es quien elige libremente el tema sobre el que quiere llevar a cabo su trabajo.

OBJETIVOS

- Determinar el número de estudiantes que en la elección de su tema de TFG se decantan por la Nutrición.
- Analizar los temas seleccionados por el alumno vinculado con la Nutrición.

MATERIAL Y MÉTODO

Se accedió a los ficheros de Excel para determinar qué temas habían elegido los estudiantes para desarrollar su TFG. Los cursos académicos 2012-13, 2013-14, 2014-15, 2015-16 y 2016-17 son los estudiados

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del total de cursos académicos analizados un 9,4% de los TFG defendidos han versado sobre temas de nutrición. Desglosándose de la siguiente manera, un 65,3% son temas relacionados con la nutrición en el ciclo vital, un 9,6% sobre nutrición en situaciones patológicas, un 17,3% relativos a la composición de los alimentos y un 7,6% sobre trastornos de la conducta alimentaria (Gráfico 1).

Analizando por cursos académicos observamos que el número de trabajos relacionados con estos temas se ha mantenido a lo largo de los cinco cursos con un porcentaje que oscila entre 11,63% en el curso 12-13 y un 6,45% en el 13-14 (Gráfico 2).

Nos llama poderosamente la atención la escasa elección de temas relacionados con la alimentación en diferentes situaciones patológicas donde el futuro enfermero desarrolla un papel crucial en la atención de las mismas. Así, a lo largo del curso 12-13 únicamente se realizan dos trabajos uno relacionado con la obesidad y otro en alcohólicos. En el curso 13-14 dos trabajos uno sobre enterocolitis necrosante y otro sobre colitis ulcerosa. En el resto de cursos académicos no existe ningún trabajo sobre nutrición en diferentes patologías.

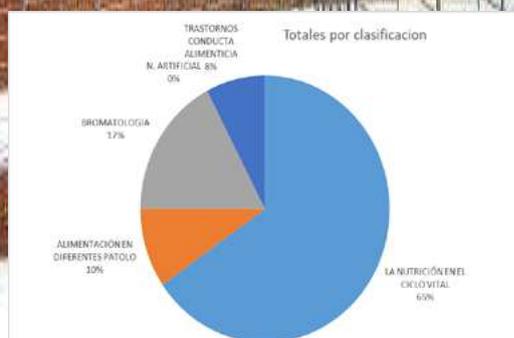


Gráfico 1

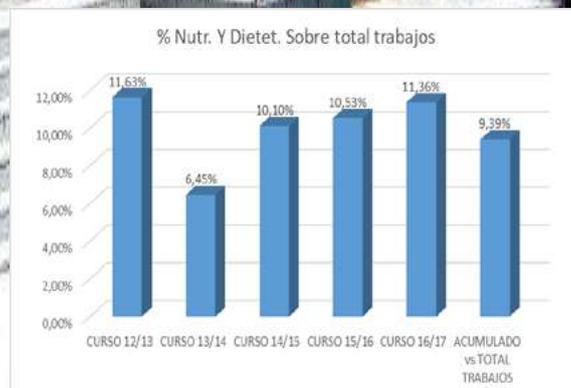


Gráfico 2

CONCLUSIONES

- Sólo un 9,4% de los TFG realizados por los estudiantes de Grado de Enfermería de la Facultad son relativos a la nutrición.
- Los estudiantes prefieren ahondar en su trabajo fin de grado en temas relativos a la nutrición en el ciclo vital, fundamentalmente trabajos relacionados con la alimentación en la juventud y lactancia materna.

Resumen: Se realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyen todos los temas del TFG de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real realizados desde el inicio del Grado en Enfermería. Se accedió a los ficheros de excell de los TFGs. Los cursos académicos 2012-13, 2013-2014, 2014-15, 2015-16 y 2016-17 son los estudiados. Se realiza un análisis de los datos con el programa informático excell 2010. Sólo un 9,4% de los TFG realizados por los estudiantes de Grado de Enfermería son relativos a la nutrición principalmente **a la nutrición en el ciclo vital**.

Palabras Clave: Trabajo Fin de Grado; Formación de Enfermería; Nutrición.

Introducción

La investigación en enfermería surge de la necesidad de profundizar en el cuerpo propio de los conocimientos de forma continua. Ello permite mejorar la calidad de la asistencia prestada por los profesionales y potenciar el desarrollo de la Enfermería. El impulso de la investigación en enfermería en España está muy relacionado con la evolución de los estudios de enfermería. Con la reforma del Espacio Europeo de Educación Superior y el nuevo plan Bolonia, es en la función investigadora de la profesión de enfermería donde se hace más hincapié y el trabajo de Fin de Grado es un punto de inflexión para que los estudiantes comiencen, ya casi finalizada su formación, a realizar trabajos basados en la investigación científica⁽¹⁾.

En el plan de estudios de las enseñanzas del Grado en Enfermería de la Universidad de Castilla La Mancha, 10 de los 240 créditos corresponden al Trabajo Fin de Grado y 6 a la asignatura de Nutrición. El TFG, concebido para que sea realizado al final de los estudios de Grado, supone la realización y presentación por parte del estudiante, y de forma individual, de un proyecto, memoria o estudio bajo la supervisión de un tutor/a. Este trabajo le permite al alumnado integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en los cursos precedentes del Grado y demostrar la adquisición y grado de dominio de las competencias del título⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾.

La Nutrición en Enfermería debe proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que la enfermera de base de AP y de hospitalización solvente los problemas nutricionales del usuario-paciente y enseñar a resolver con el paciente situaciones prácticas y problemas de salud, relacionados con la alimentación-nutrición. Los cuidados de las enfermeras en nutrición son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar a la población el importante papel de la enfermera en materia de nutrición desarrollando programas educativos que refuercen las pautas de conducta alimentaria adecuadas en cada etapa fisiológica. Así mismo, se ocupa del cuidado nutricional del paciente hospitalizado aplicando el código de dietas, siendo además responsable del diseño de las recomendaciones para uso domiciliario⁽⁵⁾.

En la Facultad de Enfermería de Ciudad Real, existe un sistema mixto de elección del TFG ya que por un lado, los tutores proponen líneas de investigación, y por otro, que constituyen la mayoría de los casos, el estudiante es quien elige libremente el tema sobre el que quiere llevar a cabo su trabajo.

Objetivos

- Determinar el número de estudiantes que en la elección de su tema de TFG se decantan por la nutrición.
- Analizar los temas seleccionados por el alumno vinculados con la nutrición.

Material y método

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyen todos los temas del TFG de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real realizados desde el inicio del Grado en Enfermería, seleccionando aquellos relacionados con la nutrición.

Se accedió a los ficheros de excell de los mismos para determinar qué temas habían elegido los estudiantes para desarrollar su TFG. Los cursos académicos 2012-13, 2013-2014, 2014-15, 2015-16 y 2016-17 son los estudiados.

Se realiza un análisis de los datos descriptivos cuantitativo con el programa informático Excell 2010.

Resultados y discusión

En este estudio se muestran datos de los TFGs presentados por los alumnos de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Del total de cursos académicos analizados (del 12-13 al 16-17) un 9,4% de los TFGs defendidos han versado sobre temas de nutrición. Desglosándose de la siguiente manera, un 65,3% son temas relacionados con la nutrición en el ciclo vital, un 9,6% sobre nutrición en situaciones patológicas, un 17,3% relativos a la composición de los alimentos y un 7,6% sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Analizando por cursos académicos observamos que el número de trabajos relacionados con estos temas se ha mantenido a lo largo de los cinco cursos con un porcentaje que oscila entre 11,63% en el curso 12-13 y un 6,45% en el 13-14.

Respecto a las temáticas elegidas las más trabajadas han sido la alimentación en el ciclo vital y dentro de este campo han predominado los trabajos relativos a la alimentación en el periodo de lactancia, por el interés del tema y la alimentación durante la juventud, debido a que son fundamentalmente trabajos de campo y la población universitaria es una muestra muy asequible.

El TFG permite al alumnado integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en los cursos precedentes del Grado y demostrar la adquisición y dominio de las competencias del título, de ahí que nos llame poderosamente la atención la escasa elección de temas relacionados con la alimentación en diferentes situaciones patológicas donde el futuro enfermero desarrolla un papel crucial en la atención de las mismas. Así, a lo largo del curso 12-13 únicamente se realizan dos trabajos uno relacionado con la obesidad y otro en alcohólicos. En el curso 13 -14 dos trabajos uno sobre enterocolitis necrosante y otro sobre colitis ulcerosa. En el resto de cursos académicos no existe ningún trabajo sobre nutrición en diferentes patologías.

Conclusiones

- Sólo un 9,4% de los TFG realizados por los estudiantes de Grado de Enfermería de la Facultad son relativos a la nutrición.
- Los estudiantes prefieren ahondar en su trabajo fin de grado en temas relativos a la nutrición en el ciclo vital, fundamentalmente trabajos relacionados con la alimentación en la juventud y lactancia materna.

Bibliografía

1. Agro MC et al. *Estudios de las líneas de investigación en Enfermería en la EUE POVISA. 2015. IX Jornadas de profesorado de centros universitarios de Enfermería. "La investigación en Enfermería" Libro de Actas.* Disponible en www.cnde.es/cms_files/IX_Jornadas_Profesorado_LibroActas.pdf.

2. *La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior.* Documento Marco. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Febrero 2003

3. *Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería.* Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2004.

4. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. Boletín Oficial del Estado nº 174, (19-07-2008)

5.- De Torres Aured, M.L., López -Pardo Martínez, M. y Cols: *La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: Teoría y práctica.* Nutr.Clin. diet. Hosp. 2008; 28 (3): 9-19.

Capítulo 227

Terapia compresiva en el tratamiento de úlceras venosas

Autora:

González García Minguillán, Rosa Belén

TERAPIA COMPRESIVA EN EL TRATAMIENTO DE ULCERAS VENOSAS

REVISIÓN BILIOGRAFICA

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe gran variabilidad entre los profesionales sanitarios a la hora de tratar y pautar cuidados en pacientes con úlceras venosas. Mediante esta revisión de la literatura científica se pretende reunir información actualizada y aunar criterios con respecto al tratamiento de estas úlceras mediante terapia compresiva.

Las úlceras venosas son el producto final de la insuficiencia venosa crónica. Son una causa importante de consulta en Atención Primaria de Salud, las úlceras venosas representan un 69% del total de úlceras existentes. En la actualidad la literatura científica nos indica que la terapia compresiva mejora la evolución de estas úlceras. A pesar de esto, en nuestro país este tipo de terapia no está siendo aprovechada al 100% de sus posibilidades.

Es fundamental que los profesionales conozcamos esta técnica para así poder ponerla en práctica de una manera correcta, segura y eficaz.

OBJETIVOS

- Realizar una revisión sistemática de todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) de la efectividad de la terapia compresiva en el tratamiento de las úlceras venosas de las piernas.
- Reunir información actualizada y unificar criterios en el tratamiento de las úlceras venosas y conocer las pautas de tratamiento con medidas compresivas.

METODOLOGIA

Se trata de una revisión sistemática de literatura que fue desarrollada en dos fases. Para ambas fases las palabras claves fueron: Terapia compresiva, ulcera venosa, insuficiencia venosa crónica.

La primera fase se responde a la pregunta ¿La aplicación de vendaje compresivo en los miembros inferiores ayuda a la cicatrización de úlceras venosas?. Para esta fase se hicieron búsquedas en Registro Especializado del Grupo Cochrane de Herida, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y MEDLINE. Los criterios de selección fueron elegir solo ensayos clínicos aleatorios (ECA) que inclúan personas con úlceras venosas de las piernas y evaluaban cualquier tipo de sistema de vendas de compresión o calcetería compresiva como los casos y los controles eran personas con ulcera venosas que no se trataban con ninguna terapia compresiva. Los ensayos tenían que informar con una medida objetiva de cicatrización de la úlcera para ser incluidos. No se aplicaron restricciones de fecha o de idioma. Se excluyeron el resto de estudios que no cumplían criterios de selección. La extracción de datos fue realizada por un revisor y verificada de forma independiente por un segundo revisor. Esta búsqueda fue realizada en el mes de diciembre de 2017.

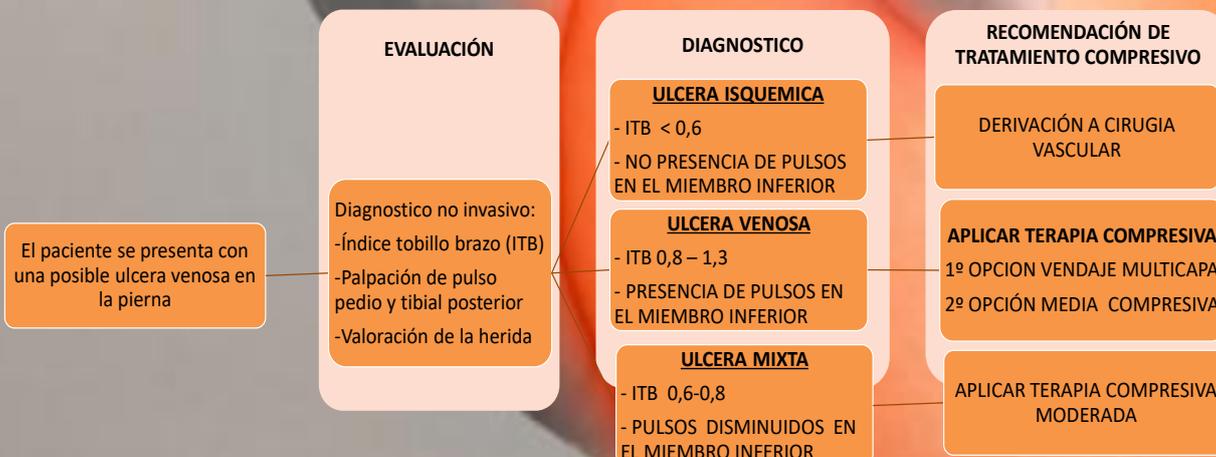
La segunda fase del estudio responde a la pregunta ¿Cuándo aplicar un vendaje compresivo en una ulcera venosa?. Para esta fase se hicieron búsquedas en Medline, Cuiden y google académico durante los meses enero y febrero de 2018 de artículos científicos y de diferentes guías medicas consensuadas científicamente. Los criterios de inclusión fueron que estuvieran escritos en ingles o castellano y fuese publicado en los últimos 7 años. Se excluyeron el resto de estudios. La búsqueda de artículos se realizo por dos revisoras que examinaron los de contenidos de forma paralela e independiente y los desacuerdos se trataron para lograr consenso.



RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los ECA revisados en la primera fase de este estudio nos indican que el tratamiento de úlceras venosas utilizando algún tipo de compresión es más eficiente que sin compresión cuando se trata de cicatrización de la úlcera.

Los resultados obtenidos en la segunda fase del estudio se detallan a continuación.



Se tiene que tener en cuenta que la insuficiencia cardiaca descompensada y el pie diabético son unas contraindicaciones parciales para aplicar la terapia compresiva

CONCLUSION

El tratamiento de úlceras venosas utilizando algún tipo de compresión es más eficiente que sin compresión cuando se trata de cicatrización de la úlcera. El tratamiento de estas heridas debe realizarse por un equipo multiprofesional, en el que el enfermero tiene papel importante en la evaluación y toma de decisión de los vendajes por compresión a utilizar. Esta elección debe ser hecha individualmente, considerando los aspectos inherentes al paciente, respetando sus necesidades y ofreciendo el mejor tratamiento posible. Para fundamentar esa elección, la práctica enfermera está cada vez más basada en evidencias científicas y estudios de revisión sistemática orientan en esta decisión.

Resumen: *En la actualidad existe variabilidad entre los profesionales sanitarios a la hora de tratar pacientes con úlceras venosas. Mediante esta revisión se pretende reunir información para aunar criterios. En la actualidad la literatura científica nos indica que la terapia compresiva mejora la evolución de estas úlceras.*

Para este estudio se realizó una doble revisión, por un lado se revisaron ensayos clínicos aleatorios que demostraban la eficacia de esta terapia y por otro lado se realizó un revisión de como se debe aplicar esta terapia.

Palabras Clave: *Terapia compresiva; Úlcera venosa; Insuficiencia venosa crónica.*

Introducción

En la actualidad existe gran variabilidad entre los profesionales sanitarios a la hora de tratar y pautar cuidados en pacientes con úlceras venosas. Mediante esta revisión de la literatura científica se pretende reunir información actualizada y aunar criterios con respecto al tratamiento de estas úlceras mediante terapia compresiva. Las úlceras venosas son el producto final de la insuficiencia venosa crónica. Son una causa importante de consulta en Atención Primaria de Salud, las úlceras venosas representan un 69% del total de úlceras existentes. En la actualidad la literatura científica nos indica que la terapia compresiva mejora la evolución de estas úlceras. A pesar de esto, en nuestro país este tipo de terapia no está siendo aprovechada al 100% de sus posibilidades. Es fundamental que los profesionales conozcamos esta técnica para así poder ponerla en práctica de una manera correcta, segura y eficaz.

Material y métodos

Se trata de una revisión sistemática de literatura que fue desarrollada en dos fases. Para ambas fases las palabras claves fueron: Terapia compresiva, úlcera venosa, insuficiencia venosa crónica. La primera fase se responde a la pregunta ¿La aplicación de vendaje compresivo en los miembros inferiores ayuda a la cicatrización de úlceras venosas?. Para esta fase se hicieron búsquedas en Registro Especializado del Grupo Cochrane de Herida, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y MEDLINE. Los criterios de selección fueron elegir solo ensayos clínicos aleatorios (ECA) que incluían personas con úlceras venosas de las piernas y evaluaban cualquier tipo de sistema de vendas de compresión o calcetería compresiva como los casos y los controles eran personas con úlcera venosa que no se trataban con ninguna terapia compresiva. Los ensayos tenían que informar con una medida objetiva de cicatrización de la úlcera para ser incluidos. No se aplicaron restricciones de fecha o de idioma. Se excluyeron el resto de estudios que no cumplían criterios de selección. La extracción de datos fue realizada por un revisor y verificada de forma independiente por un segundo revisor. Esta búsqueda fue realizada en el mes de diciembre de 2017. La segunda fase del estudio responde a la pregunta ¿Cuándo aplicar un vendaje compresivo en una úlcera venosa? Para esta fase se hicieron búsquedas en Medline, Cuiden y google académico durante los meses enero y febrero de 2018 de artículos científicos y de diferentes guías medicas consensuadas científicamente. Los criterios de inclusión fueron que estuvieran escritos en inglés o castellano y fuese publicado en los últimos 7 años. Se excluyeron el resto de estudios. La búsqueda de artículos se realizó por dos revisoras que examinaron los contenidos de forma paralela e independiente y los desacuerdos se trataron para lograr consenso.

Resultados

Los resultados obtenidos de los ensayos clínicos revisados en la primera fase de este estudio nos indican que el tratamiento de úlceras venosas utilizando algún tipo de compresión es más eficiente que sin compresión cuando se trata de cicatrización de la úlcera.

Los resultados obtenidos en la segunda fase del estudio se detallan a continuación:

- El paciente se presenta con una posible úlcera venosa en la pierna, se realiza la medición del índice tobillo brazo (ITB), se palpan pulsos distales del miembro afectado y se valoran características de la herida.
- Si el ITB es $< 0,6$ y no hay pulsos distales en el miembro inferior, la úlcera es de origen isquémico, es decir la herida a sido originada por una arteriopatía periférica grave y debe ser derivada al cirujano vascular para intentar revascularizar la zona.
- Si el ITB es de $0,6$ a $0,8$ y los pulsos distales de ese miembro están disminuidos, la úlcera es de origen mixto, es decir tiene etiología isquémica y venosa. En este caso también es recomendable derivar al paciente al cirujano vascular para valorar la posibilidad de revascularización de la zona si fuese posible. También podemos valorar la posibilidad que aplicar un vendaje compresivo pero de presión moderada.
- Si el ITB es de $0,8$ a $1,3$ y los pulsos distales están presentes la úlcera a la que nos enfrentamos es de origen venoso, es decir esta ocasiona por la insuficiencia venosa que padece el paciente. En este caso esta comprobado con evidencia científica que la utilización de terapia compresiva es la medida mas eficaz que podemos tomar.
- Se tiene que tener en cuenta que la insuficiencia cardiaca descompensada y el pie diabético son unas contraindicaciones parciales para aplicar la terapia compresiva.

Conclusiones

El tratamiento de úlceras venosas utilizando algún tipo de compresión es más eficiente que sin compresión cuando se trata de cicatrización de la úlcera. El tratamiento de estas heridas debe realizarse por un equipo multiprofesional, en el que el enfermero tiene papel importante en la evaluación y toma de decisión de los vendajes por compresión a utilizar. Esta elección debe ser hecha individualmente, considerando los aspectos inherentes al paciente, respetando sus necesidades y ofreciendo el mejor tratamiento posible. Para fundamentar esa elección, la práctica enfermera está cada vez más basada en evidencias científicas y estudios de revisión sistemática orientan en esta decisión.

Bibliografía

1. Torra Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche Rebollo E, Arboix Perejamo M et al. *Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España*. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith Nephew 2012-2013. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético*. Gerokomos, 2014; 15(4):230-247.

2. Mascaró JM, Mascaró JM. *Erosión, Excoriación, fisura y úlcera*. En: Mascaró JM, Mascaró JM, editores. *Claves para el diagnóstico clínico en Dermatología*. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2010.p. 153-66.

3. Moreno JC, Galan M, Jiménez R. *Tratamiento de las úlceras crónicas*. *Actas Dermosifiliogr*. 2015; 96: 133-46.

4. Álvarez-Fernández LJ. *Controversias en las úlceras de las extremidades inferiores*. *Angiología* 2013; 57 (Supl. 1): 1-24.

5. Moreno RM, Abellán ML, Álvarez JL, Blanes I, Roche E. *Estrategias diagnósticas y terapéuticas en las úlceras de la extremidad inferior*. *An Cir Card Vasc* 2014;11:278-89.

Capítulo 228

Terapia electroconvulsiva

Autores:

León Campillo, Sandra

León Campillo, Lorena

GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON TERPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

INTRODUCCIÓN



La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada, de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo controlado con un encefalograma. Su eficacia depende de la producción de crisis convulsivas generalizadas.

Los especialistas creen que la actividad convulsiva puede ayudar al cerebro a "reconectarse" a sí mismo, lo cual ayuda a aliviar los síntomas. La TEC generalmente es segura y efectiva.

INDICACIONES

- **TRASTORNOS DEPRESIVOS MAYORES SEVEROS.**
- **EPISODIOS MANÍACOS AGUDOS**
- **ESQUIZOFRENIA**
 - Otras psicosis delirantes-
 - Contraindicación del tto farmacológico, resistencia, embarazo, etc.
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Sd. Neuroléptico Maligno.
 - Epilepsia refractaria.
 - Discinesia tardía.
- **OTRAS INDICACIONES**

CONTRAINDICACIONES

1. No existen contraindicaciones absolutas para la TEC.
2. Situaciones de contraindicación relativa/riesgo aumentado:
 - **PATOLOGÍAS CEREBRALES QUE AUMENTEN LA PRESIÓN INTRACRANEAL**
 - **HEMORRAGIA CEREBRAL RECIENTE**
 - **MALFORMACIONES VASCULARES**
 - **ANEURISMAS CEREBRALES INESTABLES**
 - **INFARTO DE MIOCARDIO RECIENTE INCREMENTADO AUNQUE SIN RIESGO VITAL, SERÍA EL GLAUCOMA Y EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA Y LOS PROCESOS DEGENERATIVOS ÓSEOS GRAVES**

OBJETIVOS

- ✓ Definir de modo esquemático el marco de tratamiento y la técnica de aplicación durante las diferentes fases de la TEC.
- ✓ Difusión del procedimiento y elementos para el personal de enfermería implicados en el proceso.
- ✓ Conocer el protocolo para la garantía de una buena praxis.

METODOLOGÍA

Se ha realizado búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Cuiden y PubMed incluyendo palabras clave como terapia electroconvulsiva, trastornos depresivos y esquizofrenia. Se han analizado artículos descriptivos, de investigación y protocolos de valoración, indicación y aplicación de la TEC, tanto de hospitales de otras comunidades como del HGUCR.

RESULTADOS

FASE PRE-TEC	FASE TEC	FASE POST-TEC
<p>Engloba las intervenciones que se realizan desde que el psiquiatra informa al paciente de la necesidad de aplicar esta terapia, hasta la fase de aplicación del tratamiento propiamente dicha.</p> <p>INDICACIÓN DE TEC Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica psiquiátrica completa. • Obtención del consentimiento informado. • Recogida historial farmacológico. • Protocolo de exploraciones complementarias (exploración física completa, analítica, Rx de tórax P-A y L, ECG y TAC craneal) • Valoración preanestésica. • Valoración de fármacos concomitantes. • Si cumple requisitos para la TEC se le aplicará el tratamiento estando ingresado en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. <p>INTERVENCIONES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información general al paciente, familiares o personas responsables. • Valoración de enfermería: registro sobre las manifestaciones verbales y actitudes respecto a la terapia. • Comprobación de obtención de pruebas complementarias y consentimiento informado. • Preparación del paciente para la TEC. <ul style="list-style-type: none"> - Control ponderal. - Ayuno mínimo de 8 horas. - No medicación oral desde las 24 h. - Si el paciente presenta déficit de colaboración, aplicar contención mecánica, según protocolo. - Retirar prótesis dentales, joyas,... - Control de constantes: TA, T°, FC y FR - Coger vía periférica. 	<p>La TEC se administra 3 veces por semana (durante dos semanas), preferentemente lunes, miércoles y viernes en un box reservado al efecto dentro del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, precisando de un médico psiquiatra, un médico anestesiista, una enfermera de UHB, una enfermera para anestesia y un auxiliar de enfermería de la UHB.</p> <p>Se apuntará todo en una hoja de registro específico de la TEC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización no invasiva, SatO2, EEG, ECG, TA, FC y FR. • Anotar en el registro cada 15 minutos. • Ventilar con Vmask al 50% a 8lpm. • Gases venosos para ver tones. • Previo a la anestesia: administración de ketorolaco en 100 SF a pasar rápido. • Anestesia con fármacos de vida media como propofol o tiopental. Miorelajación habitualmente con succinilcolina. • Una vez sedado, se procede a la ventilación manual con ambú. • Limpiar con SF la región temporo-frontal para la colocación de los electrodos. • Comienzan las fasciculaciones por la succinilcolina. Al parar, colocamos protector bucal. • Medición de impedancia (entre 200 y 300 ohmios) y ajustar carga (mVol) • Aplicación de la TEC (Thymatron DGx), presión botón y mantenerlo hasta que cede el estímulo. • Una vez administrado el impulso eléctrico se produce una fase tónica, seguida de una fase tónico-clónica. Se obtiene un registro electroencefalográfico que debe durar más de 20 segundos. <ul style="list-style-type: none"> - En caso de durar <20 seg, reestimar aumentando la intensidad del estímulo. - Si la duración es >40 seg, se disminuirá la intensidad de la energía aplicada en la próxima sesión. 	<p>Es la última de las fases de este proceso y se inicia una vez finalizada la fase de ejecución de la TEC.</p> <p>El paciente debe permanecer en UCI de 2 a 4 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenar con Vmask al 50% hasta la recuperación total de la función respiratoria. • Registro de toda la medicación utilizada y de los parámetros relativos a la convulsión, así como de las incidencias durante la administración de la TEC. • Se valorarán y registrarán la aparición de efectos secundarios y se administrará tto según prescripción facultativa. • Se orientará y dará seguridad al paciente en el momento que se despierte para prevenir cuadros de ansiedad. • Control de constantes vitales después de la administración del estímulo eléctrico de forma periódica, y a partir de los 10 minutos si están estabilizadas, repetir tomas a los 30 minutos y a las dos horas posteriores. • Administración de analgesia para prevenir dolor muscular debido a la descarga. • Una vez recuperado de la anestesia, se recomienda que el paciente vuelva a la Unidad de Hospitalización y no alargar este tiempo salvo que surjan complicaciones graves.

Hoja control del procedimiento TEC

EQUIPAMIENTO Y MATERIAL

- ✓ Espacio específico para la aplicación de anestesia general con las condiciones.
- ✓ Aparato de TEC → Thymatron DGx
- ✓ Respirador (disponibilidad inmediata).
- ✓ Bomba de infusión para administración de fármacos (es preferible, aunque no indispensable).
- ✓ Monitor con ECG, presión arterial no invasiva y pulsioxímetro.
- ✓ Aspirador/vacio.
- ✓ Material de reanimación cardiopulmonar. Desfibrilador.
- ✓ Oxigenoterapia.
- ✓ Material fungible necesario: electrodos para EEG, electrodos para ECG, gel conductor, gases, papel de registro etc.
- ✓ Mascarilla facial, laringoscopio y cánulas orofaríngeas para manejo estándar de las vías respiratorias.
- ✓ Dispositivos preglóticos y respirador manual para manejo difícil de las vías respiratorias.
- ✓ Fonendoscopio.
- ✓ Protector bucal.

Grabación en papel del registro de EEG



Aparato de TEC

CONCLUSIÓN

Al aplicar la terapia electroconvulsiva se pretende conseguir una mejora o remisión de la enfermedad del paciente, tratando de obtener siempre la máxima eficacia con mínimos riesgos y reducción de los posibles efectos secundarios; para lo cual debemos optimizar al máximo las condiciones técnicas, metodológicas, de monitorización, anestésicas y farmacológicas que nos permitan una adecuada evaluación pre y post-terapéutica. Es, así mismo, necesario dar una correcta información sobre este procedimiento al paciente y / o sus familiares o tutores.

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de valoración de indicación de TEC (Terapia ElectroConvulsiva). HGUCR Hospital General Universitario de Ciudad Real. Última revisión diciembre 2013.
- Guía d'actuació davant el pacient amb indicació de tractament amb teràpia electroconvulsiva. Unitat de TEC. Programa d'estimulació cerebral. Servei de psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge. 2012.
- Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. Mehul V. Mankad, John L. Beyer, Richard D. Weiner, Andrew D. Krystal. 1st ed. London. 2010.
- Consenso Español sobre la T.E.C, 1999. Sociedad Española de Psiquiatría.
- Protocolo de Valoración de Indicación y Aplicación de Terapia Electroconvulsiva. Edición N°1. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Resumen: La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión generalizada en el paciente, de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo. Este trabajo, tiene como objetivo ampliar los conocimientos a la Enfermería sobre la TEC, sus indicaciones, contraindicaciones y administración, así como su protocolarización y evaluación mediante formularios. Con la búsqueda bibliográfica mediante protocolos podemos decir que el proceso asistencial de la TEC puede dividirse en tres fases: pre-TEC, TEC y post-TEC. Conociendo la terapia se consigue que el procedimiento sea más seguro y eficaz.

Palabras Clave: Terapia electroconvulsiva; Depresión; Enfermería psiquiátrica.

Siendo introducida hace más de 60 años, la TEC, a pesar de las creencias erróneas acerca del tratamiento, sigue siendo uno de los tratamientos disponibles para las enfermedades mentales graves. Ésta técnica ha evolucionado notablemente desde su inicio, el conocimiento de la misma así como sus indicaciones a la hora de aplicarla, la convierten en un procedimiento seguro y con muy pocos efectos adversos para el paciente.

La TEC es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada, de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo controlado con un encefalograma. Su eficacia depende de la producción de crisis convulsivas generalizadas.

Las principales indicaciones son la depresión, particularmente en sus formas melancólicas o psicóticas, la esquizofrenia, episodios maníacos agudos y otras indicaciones como es la enfermedad de Parkinson. No existen contraindicaciones absolutas para la TEC pero sí relativas: presión intracraneal, hemorragia cerebral reciente, malformaciones vasculares, aneurismas cerebrales inestables, infarto agudo de miocardio, glaucoma y desprendimiento de retina y los procesos degenerativos óseos graves.

Plan asistencial

Podemos dividir este procedimiento en tres partes:

1. **Fase pre-TEC:** Engloba las intervenciones que se realizan desde que el psiquiatra informa al paciente de la necesidad de aplicar esta terapia, hasta la fase de aplicación del tratamiento. Se considera la clínica del paciente como una indicación idónea, valorándose riesgo/beneficio de manera individualizada.

Antes de la aplicación de TEC, será necesario tener la historia clínica psiquiátrica completa, consentimiento informado, recogida del historial farmacológico, exploraciones complementarias (exploración física, analítica, radiografía posteroanterior y lateral, electrocardiograma (ECG) y tomografía axial computarizada (TAC) craneal, evaluación psicopatología basal, evaluación médica/enfermería y evaluación preanestésica. Si cumple requisitos para la TEC se le aplicaría el tratamiento estando ingresado en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

Las intervenciones en la unidad de hospitalización serán proporcionar información general al paciente, familiares o personas responsables, valoración de enfermería (registro sobre las manifestaciones verbales y actitudes respecto a la terapia), comprobación de obtención de pruebas complementarias y consentimiento informado.

En cuanto a la preparación para la TEC, se realizará al paciente un control ponderal, ayuno mínimo de 8 horas, no tomar medicación oral desde las 24 horas del día anterior, retirar prótesis dentales y joyas, control de constantes: tensión arterial (TA), temperatura (t^a), frecuencia cardíaca (FC) y fre-

cuencia respiratoria (FR), se canalizará una vía periférica. Si el paciente presenta déficit de colaboración, se aplicará contención mecánica, según protocolo.

2. Fase TEC: La TEC se administra 3 veces por semana (durante dos semanas), preferentemente lunes, miércoles y viernes en un box reservado al efecto dentro del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), precisando de un médico psiquiatra, un médico anestesista, una enfermera de UHB, una enfermera para anestesia y un auxiliar de enfermería de la UHB.

Se apuntará todo en una hoja de registro específico de la TEC: Monitorización no invasiva, saturación de oxígeno, electroencefalograma (EEG), ECG, TA, FC y FR (se anotará en el registro cada 15 minutos), ventilar con Vmask al 50% a 8lpm, se extraen gases venosos para ver iones.

Previo a la anestesia: Administración de ketorolaco en 100 ml de suero fisiológico (SF) a pasar rápido. Anestesia con fármacos de vida media como propofol o tiopental, miorelajación habitualmente con succinilcolina. Una vez sedado, se procede a la ventilación manual con ambú.

Se limpia con SF la región temporo-frontal para la colocación de electrodos. En ese momento, comienzan las fasciculaciones por la succinilcolina. Al parar, coloramos el protector bucal, se medirá la impedancia (entre 200 y 300 ohmios) y ajustar carga (mVol). Aplicación de la TEC, presionando el botón y manteniéndolo hasta que cede el estímulo, una vez administrado el impulso eléctrico se produce una fase tónica, seguida de una fase tónico-clónica. Se obtiene un registro electroencefalográfico que debe durar más de 20 segundos (en caso de durar < 20 segundos, reestimar aumentando la intensidad del estímulo y si la duración es > 40 segundos, se disminuirá la intensidad de energía aplicada en la próxima sesión).

3. Fase post-TEC: Es la última fase de este proceso. El paciente debe permanecer en UCI de 2 a 4 horas, oxigenado con Vmask al 50% hasta la recuperación total de la función respiratoria. Se registrará toda la medicación utilizada y los parámetros relativos a la convulsión, así como las incidencias durante la administración de la TEC. Se valorarán y registrarán la aparición de efectos secundarios y se administrará tratamiento según prescripción facultativa. Se orientará y dará seguridad al paciente en el momento que se despierte para prevenir cuadros de ansiedad. Se realizará control de constantes vitales después de la administración del impulso eléctrico de forma periódica, y a partir de los 10 minutos si están establecidas, repetir tomas a los 30 minutos y a las 2 horas posteriores. Para prevenir dolor muscular debido a la descarga, se procederá a la administración de analgesia.

Una vez recuperado de la anestesia, el paciente vuelve a la Unidad de Hospitalización, excepto que surjan complicaciones graves.

Conclusión

Al aplicar la TEC se pretende conseguir una mejora o remisión de la enfermedad del paciente, tratando de obtener siempre la máxima eficacia con mínimos riesgos y reducción de los posibles efectos secundarios; para lo cual debemos optimizar al máximo las condiciones técnicas, metodológicas, de monitorización, anestésicas y farmacológicas que nos permitan una adecuada evaluación pre y post-terapéutica.

Bibliografía

1. *Protocolo de valoración de indicación de TEC (Terapia ElectroConvulsiva)*. HGUCR Hospital General Universitario de Ciudad Real. Última revisión diciembre 2013.

2. *Guía d'actuació davant el pacient amb indicació de tractament amb teràpia electroconvulsiva. Unitat de TEC. Programa d'estimulació cerebral*. Servei de psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge. 2012.

3. Mankad, M. V., Beyer, J. L., Weiner, R. D., & Krystal, A. (2010). *Clinical manual of electroconvulsive therapy*. American Psychiatric Pub.

4. Bernardo, M., & Cervera, S. (1999). *Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatria.

5. *Protocolo de Valoración de Indicación y Aplicación de Terapia Electroconvulsiva*. Edición Nº1. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Capítulo 229

Terapia en espejo

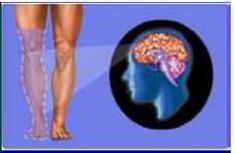
Autores:

Sánchez Fuentes, Alicia

Soriano García, Francisca

Risalde Santos, Blas Manuel

Fernández Espartero Moreno Chocano, María del Mar



INTRODUCCIÓN

El dolor del miembro fantasma (DMF) se refiere a la presencia de sensaciones dolorosas en una extremidad ausente y se clasifica como un dolor de origen neuropático. Ocurre en un 72% de las extremidades amputadas. Incidencia más alta en pacientes con amputación traumática o con dolor preexistente. 75% aparición inmediata y 25 % de manera retrasada.

Aunque el origen es orgánico, los factores psicológicos pueden exacerbar el dolor. La percepción de la intensidad del dolor está estrechamente relacionada con los estados emocionales y el nivel de ansiedad.



Tabla 1 – Factores relacionados con la generación del dolor de miembro fantasma

Factores periféricos

- Impulsos ectópicos desde el neuroma del muñón y el ganglio de la raíz dorsal
- Alteraciones estructurales en el ganglio de la raíz dorsal y el cuerno dorsal
- Formación de conexiones no funcionales
- Activación simpática
- Regulación al alta y baja de neurotransmisores
- Alteración de canales y moléculas de transducción de señales
- Pérdida selectiva de fibras tipo C

Factores centrales

- Reorganización cortical
- Desenmascaramiento de conexiones nerviosas
- Neuroplasticidad
- Incongruencia sensorial y motora
- Alteraciones en la actividad glial y neuronal

Factores psicológicos

- Reorganización de áreas afectivas del dolor: insula, giro cingulado anterior y corteza frontal

Fuente: autores.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Conocer la eficacia de la terapia en espejo en el manejo del dolor de miembro fantasma crónico.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Describir la técnica y ejercicios recomendados.

Describir una alternativa al tratamiento conservador farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática de la literatura en bases de datos como PubMed y PEDro, introduciendo palabras clave en español (Dolor neuropático, miembro fantasma, terapia en espejo y tratamiento neuropsicológico). Se procedió a la lectura de cada artículo y se indagaron artículos de las referencias relacionadas con el tema, de acuerdo a esta metodología se seleccionaron dos referencias.

RESULTADOS

TÉCNICA DE ESPEJO DE RAMACHANDRAN

ESPEJO PARALELO al miembro contrario al amputado. Miembros reflejados en postura **ESPECULAR, SIMÉTRICA E INVERTIDA**. Ejercicio consiste en colocar el miembro sano exactamente en la misma postura simétrica y especular, que ocuparía el miembro amputado.

ILUSIÓN ÓPTICA: al observar su imagen en el espejo, el reflejo de su miembro sano estará ocupando visualmente el lugar de la localización del inexistente. **MIEMBRO FANTASMA REGENERADO.**

HIPÓSTESIS: el cerebro decodifica nueva información de forma automática. La huella de memoria del dolor del miembro fantasma es **barrida** por la nueva información que entra por vía visual.

TÉCNICA: ejercicios de repetición diaria de cinco a diez minutos de duración como mínimo, por espacio de no menos de tres semanas. **FENÓMENO SOBREENSEÑAJE.**

REALIDAD VIRTUAL: produce retroalimentación visual interna, extingue la huella de memoria anterior.

PREVENCIÓN DOLOR MIEMBRO FANTASMA: empleo de esta técnica antes de someter a los pacientes a la amputación.



CONCLUSIONES

El dolor de miembro fantasma es un fenómeno complejo del que todavía no tenemos una explicación convincente ni un tratamiento contundente.

Entre las propuestas de tratamiento: **TÉCNICA DEL ESPEJO**. No es efectiva en todos los pacientes.

Pone de manifiesto el sorprendente grado de plasticidad del cerebro adulto, y la poderosa interacción de la vía visual sobre la vía sensitivo-motora.

BIBLIOGRAFÍA

Ramirez Uricoechea, Patricia; Reyes Toledo, Sergio; Carraso Rico, Salvador; Franco Valencia, Moisés; Rojano Mejá, David; Martínez Mvelñazquez, Juseff. Terapia en espejo para el tratamiento del dolor del miembro fantasma crónico en pacientes amputados. Rev Mex Med Fis Rehab 2016;28 (3-4):49-53.
Malavera Angarita Mayra ,Alejandra; Cariilo Villa, Sandra; Gomezese Ribero, Omar Fernando; García, Ronal G y Silva Sieger, Federico Arturo. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. Rev Colomb Anestesiol. 2014; 4-2 (1):40-46.



Resumen: El dolor de miembro fantasma (DMF) se refiere a la presencia de sensaciones dolorosas en una extremidad ausente y se clasifica como un dolor neuropático. Ocurre en un 72% de las extremidades amputadas. Los factores psicológicos lo exacerbaban. El objetivo principal de este estudio, es conocer la eficacia de la terapia en espejo en el manejo del dolor del DMF crónico. Se utilizó la técnica en espejo de Ramachandran. Ejercicios de repetición de la extremidad sana frente a un espejo. La memoria del dolor del DMF es barrida por la nueva información visual. Es una propuesta más de tratamiento.

Palabras Clave: Terapia en espejo; Dolor miembro fantasma; Tratamiento dolor neuropático.

Introducción

El dolor del miembro fantasma (DMF) se refiere a la presencia de sensaciones dolorosas en una extremidad ausente y se clasifica como dolor neuropático. Ocurre en un 72% de las extremidades amputadas. Incidencia más alta en pacientes con amputación traumática o con dolor preexistente. 75% de aparición inmediata y 25% de manera retrasada.

Objetivos

El objetivo principal es conocer la eficacia de la terapia en espejo en el manejo del DMF crónico.

Los objetivos secundarios son describir la técnica y ejercicios recomendados y describir una alternativa al tratamiento conservador farmacológico.

Material y métodos

Revisión bibliográfica no sistemática de la literatura en base de datos como Pub Med y Pedro.

Resultados

Técnica de espejo de Ramachandran. Espejo paralelo al miembro contrario al amputado. Miembros reflejados en postura especular, simétrica e invertida. Ilusión óptica, al observar su imagen en el espejo, el reflejo de su miembro sano estará ocupando visualmente el lugar de la localización del inexistente, miembro fantasma regenerado.

Hipótesis, el cerebro decodifica nueva información de forma automática. La huella de memoria del DMF es barrida por la nueva información que entra por vía visual.

Técnica, ejercicios de repetición diaria de cinco a diez minutos de duración como mínimo, por espacio de no menos de tres semanas, fenómeno de sobreaprendizaje. Realidad virtual, produce retroalimentación visual interna, extingue la huella de memoria anterior. Prevención del dolor de miembro fantasma, empleo de esta técnica antes de someter a los pacientes a la amputación.

Conclusiones

El DMF es un fenómeno complejo del que todavía no tenemos una explicación convincente ni un tratamiento contundente.

Entre las propuestas de tratamiento está la técnica en espejo. No es efectiva en todos los pacientes. Pone de manifiesto el sorprendente grado de plasticidad del cerebro adulto y la poderosa interacción de la vía visual sobre la vía sensitivo-motora.

Bibliografía

1. Ramírez Uricoechea, Patricia; Reyes Toledo, Sergio; Casero Ico, Salvador; Franco Valencia, Moises; Rojano Mejá, David; Martínez Mvelñazquez, Juseff. *Terapia en espejo para el tratamiento del dolor del miembro fantasma crónico en pacientes amputados*. Rev Mex Med Fis Rehab 2016; 28 (3-4): 49-53.

2. Malavera AngaritaMayra, Alejandra; Cariilo Villa, Sandra; Gomezese Ribero, Omar Fernando; García, Ronal G y Silva Siege, Fedeico Atuo. *Fisiopatología y tratamiento del dolor del miembro fantasma*. Rev Colomb Anestesiol. 2014; 4-2 (1): 40-46.

Capítulo 230

Terapia metabólica con I-131: Seguridad del trabajador

Autores:

De la Morena Aguirre, Francisca

López García, Mari Paz

López Santos, Celia

Navarro Aranda, Elisabet

Muñoz Romera, Silvia

TERAPIA METABOLICA CON I- 131: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR AL CUIDADO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO



INTRODUCCIÓN

La peligrosidad de las radiaciones ionizantes hace necesario el establecimiento de medidas que garanticen la protección de los trabajadores expuestos y el público en general contra los riesgos resultantes de la exposición a las mismas. Las normas relativas a la protección de los trabajadores de los riesgos que resulten de las exposiciones a radiaciones ionizantes, se encuentran recogidos en el reglamento de protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes (RPSRI), aprobado por el RD, 783/2001 y en el tratado constitutivo de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (EURATOM). Este trabajo surge por las inquietudes del personal de enfermería, así como, por las constantes preguntas de pacientes y familiares, sobre las radiaciones. El desconocimiento sobre el uso de las radiaciones ionizantes en medicina es generalizado a todo tipo de público, reflejado en el personal de la salud inclusive. En medicina nuclear se usan generalmente para el diagnóstico los emisores gamma (de largo alcance) y para el tratamiento, los emisores beta (corto alcance). En lo que se refiere a éste trabajo sólo se hará referencia al I- 131 que tiene las dos propiedades y por lo tanto puede usarse para diagnóstico y/o tratamiento en patologías tiroideas (cáncer diferenciado de tiroides papilar, oclular y mixto, metástasis de esos tumores ,hipertiroidismo y sus diversas modalidades. Además, también se recurre a éste tipo de tratamiento en neuroblastoma en niños, las artritis, el dolor óseo metastásico y los linfomas. El porcentaje de curación de la terapia metabólica es elevado. El HGUCR cuenta con dos habitaciones exclusivas para la aplicación de éste tratamiento y el paciente permanece en ésta habitación en régimen de aislamiento sin poder salir ni recibir visitas hasta que los niveles de irradiación disminuyan y está adaptada a las normas de protección que establece el Consejo de Seguridad Nuclear. La permanencia de los pacientes ingresados en la unidad de terapia metabólica (UTM) depende de la tasa de exposición radiactiva del paciente, que debe bajar hasta el nivel permitido por las normas vigentes de radioprotección y, por tanto, es variable dependiendo de cada tratamiento en concreto. No obstante, la media aproximada de estancia en ésta unidad se puede establecer en unos dos y tres días.

OBJETIVOS

- Ampliar conocimientos para poder perfeccionar los procedimientos que conduzcan a un logro mejor de los objetivos de la protección radiológica.
- Asegurar un enfoque práctico que permita garantizar la mayor eficacia, efectividad y eficiencia de los servicios prestados a pacientes tratados con I – 131 en el cumplimiento de las medidas de radioprotección concernientes y proporcionando la información mínima necesaria para un entorno de seguridad.

METODOLOGIA

- Se lleva a cabo una revisión bibliográfica para el siguiente protocolo y que se adecue a los lineamientos internacionales para éste tipo de terapia, adaptándolo a las condiciones, facilidades y realidad del HGUCR.
- La vía de administración de los medicamentos radioactivos es oral (cápsula blindada) o I.V. Antes de suministrarle el radiofármaco se informará al paciente con las normas generales de utilización de la habitación, como clasificar los residuos y donde deben depositarlos, manejo y recomendaciones del uso del WC. El baño tiene ducha para la descontaminación.
- En la zona de acceso a las habitaciones se dispondrá de material adecuado de protección (guantes de nitrilo, calzas, mandiles, protectores tiroideos y materiales absorbentes).
- Para entrar en la habitación siempre se usaran guantes de nitrilo para protección de la contaminación, calzas, delantales plomados y protectores tiroideos y en caso de no tener que atender directamente al paciente se le dirá que se coloque tras la última mampara blindada que hay en la misma.
- Los residuos sólidos (bandeja de comida, ropa, restos de vómitos, etc , se clasificarán y se almacenarán en los correspondientes depósitos de residuos radioactivos sólidos.
- Comprobar si está claramente indicado en la puerta de las habitaciones si son zonas de libre acceso (no hay paciente con I – 131 y no hay contaminación) o si son zonas controladas de permanencia limitada (paciente con I – 131 administrado o habitación sin descontaminar).
- Antes de la entrada de un nuevo paciente se verificará que el sistema de almacenamiento de residuos líquidos de los baños está en funcionamiento, mediante los pilotos y además el funcionamiento del resto de sistemas de seguridad: monitores de radiación ambiental, detectores de radiación situados a las salidas de las habitaciones y que tienen una alarma que nos avisa si un paciente al que se le ha administrado I – 131 sale de la habitación, circuito cerrado de TV para vigilar al paciente sin entrar en la habitación.
- Para vigilar nuestros niveles de radiación llevaremos dosimetría personal en la parte anterior de la superficie del tronco y debajo del delantal plomado. Los más utilizados son los de termoluminiscencia , ya que permiten leer la dosis recibida y acumulada en un periodo largo de tiempo, normalmente un mes.

INTERVENCIONES

1. Preparar la habitación en el que va a ser ubicado el pte para el tratamiento con yodo radioactivo.
2. En el baño: colocar papel absorbente alrededor del inodoro, verificar que el piloto está verde, colocar bolsa de basura en el contenedor del baño y dejar tres bolsas para toallas , sábanas y pijamas y ropa interior.
3. En la habitación: bolsa doble en el contenedor del vómito, bolsa en el contenedor de cubiertos, de plástico, restos de comida y pañuelos, verificar que está el papel de instrucciones en la puerta del baño y que están bien equipadas (mesita regulable, pantalla plomada bien situadas...).
4. En el pasillo de acceso a las habitaciones: comprobar la colocación de la bolsa de basura en el contenedor que se encuentra en el distribuidor y el carro que hay en la zona de acceso, dispensarlo de guantes , batas y calzas, verificar el funcionamiento de los sistemas de seguridad... Registrar lo realizado con fecha y firma en las hojas destinadas a tal fin.
5. Día del ingreso: recepción del pte, recogida de la Hª clínica , informar sobre las normas y funcionamiento de la unidad (clasificación de residuos, que no puede salir de la habitación ni abrir la ventana, no echar papel en la parte anterior del WC , sentarse para hacer sus necesidades y tirar dos veces de la cisterna (si se derrama orina accidentalmente deben avisarnos).
6. Cuidados durante la estancia: extraer analítica, toma de ctes, verificar test de embarazo, pedir dieta pobre en yodo (debe beber líquidos y tomar caramelos de limón para favorecer la salivación y eliminar mejor el radiofármaco), retirar la bandeja de comida y medir contaminación en el hall de entrada y si e3stá contaminada meter en bolsa y dejar en pozo 1 (habitación de radioisótopos), y avisar al servicio de radiofísica y si no está contaminada desechar como residuo normal. Administrar medicación pautaada, resolver dudas, dar apoyo emocional y actuar ante cualquier urgencia y emergencia.
7. El personal de medicina nuclear explicará los riesgos a los que expone a terceros el pte en caso de no cumplir las medidas de radioprotección, y respecto a la internación hospitalaria, el alta del pte debe basarse en la actividad retenida de yodo y/o en la tasa de exposición a 1 metro.

CONCLUSIONES

El presente trabajo trata de paliar el desconocimiento en el tema de radioprotección, por parte no sólo de pte y familiares, sino del personal de enfermería en contacto con los internados con material radioactivos de fuentes abiertas, y conocer la importancia de seguir las recomendaciones que repercuten en la disminución de la dosis ,tomando las medidas correctas y necesarias de radioprotección que dicho uso conlleva.



LIMITES DOSIS GENERAL		
APLICACION	TRABAJADORES EXPUESTOS	MIEMBROS PUBLICO
Exposición total a radiación (Dosis efectiva)	50 mSv/año (no superando 100 mSv / 5 años)	1 mSv/año
Exposición puntual (Dosis equivalente)	500 mSv	50 mSv
Ultravioleta	100 mSv/año	1 mSv/año
Piel	500 mSv/año (*)	50 mSv/año
manos y pies	500 mSv/año	50 mSv/año

BIBLIOGRAFÍA
 Manual de protección radiológica. Disponible en: http://www.acpro.es/mpr_acpro.pdf
 Dosimetría individualizada en ptes con cáncer de tiroides. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26598429>
 Directiva 96/29. disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CELEX:31996L0029:ES:HTML>
 RD 783/2001. Aprobado por el RD 783/2001 Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/11/18/pdfs/BOE-A-2010-17709.pdf>

Resumen: La peligrosidad de las radiaciones ionizantes hace necesario el establecimiento de medidas que garanticen la protección de los trabajadores expuestos y el público en general contra los riesgos resultantes de la exposición a las mismas. Las normas relativas a la protección de los trabajadores de los riesgos que resulten de las exposiciones a radiaciones ionizantes, se encuentran recogidos en el reglamento de protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes (RPSRI), aprobado por el RD, 783/2001. El desconocimiento sobre el uso de las radiaciones ionizantes en medicina es generalizado a todo tipo de público, reflejado en el personal de la salud inclusive.

Palabras Clave: Terapia Metabólica; Dosimetría Individualizada; Terapia Con I-131.

Introducción

La peligrosidad de las radiaciones ionizantes hace necesario el establecimiento de medidas que garanticen la protección de los trabajadores expuestos y el público en general contra los riesgos resultantes a dicha exposición. Las normas relativas a la protección de los trabajadores de los riesgos que resulten de las exposiciones a radiaciones ionizantes, se encuentran recogidos en el reglamento de protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes (RPSRI), aprobado por el RD, 783/2001 y en el tratado constitutivo de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (EURATOM). El desconocimiento sobre el uso de las radiaciones ionizantes en medicina es generalizado a todo tipo de público, reflejado en el personal de la salud inclusive.

En lo que se refiere a éste trabajo sólo se hará referencia al I- 131 que puede usarse para diagnóstico y/o tratamiento en patologías tiroideas y sus diversas modalidades. Además, también se recurre a éste tipo de tratamiento en neuroblastoma en niños, las artritis, el dolor óseo metastásico y los linfomas.

El HGUCR cuenta con dos habitaciones exclusivas para la aplicación de éste tratamiento y el paciente permanece en ésta habitación en régimen de aislamiento sin poder salir ni recibir visitas hasta que los niveles de irradiación disminuyan y está adaptada a las normas de protección que establece el Consejo de Seguridad Nuclear. La permanencia de los pacientes ingresados en la UTM depende de la tasa de exposición radiactiva del paciente, que debe bajar hasta el nivel permitido por las normas vigentes de radioprotección.

Objetivos

- Ampliar conocimientos para poder perfeccionar los procedimientos que conduzcan a un logro mejor de los objetivos de la protección radiológica.
- Asegurar un enfoque práctico que permita garantizar la mayor eficacia, efectividad y eficiencia de los servicios prestados a pacientes tratados con I-131 en el cumplimiento de las medidas de radioprotección y proporcionando la información mínima necesaria para un entorno de seguridad.

Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica para el siguiente protocolo y que se adecue a los lineamientos internacionales para éste tipo de terapia, adaptándolo a las condiciones, facilidades y realidad del HGUCR.

- La vía de administración de los medicamentos radioactivos es oral (cápsula blindada) o I.V. Antes de suministrarle el radiofármaco se informará al paciente con las normas generales de utilización de la habitación, como clasificar los residuos y donde deben depositarlos, manejo y recomendaciones del uso del WC. El baño tiene ducha para la descontaminación.

- En la zona de acceso a las habitaciones se dispondrá de material adecuado de protección (guantes de nitrilo, calzas, mandiles, protectores tiroideos y materiales absorbentes).

- Para entrar en la habitación siempre se usaran guantes de nitrilo para protección de la contaminación, calzas, delantales plomados y protectores tiroideos y en caso de no tener que atender directamente al paciente se le dirá que se coloque tras la última mampara blindada que hay en la misma.

- Los residuos sólidos (bandeja de comida, ropa, restos de vómitos, etc, se clasificarán y se almacenarán en los correspondientes depósitos de residuos radioactivos sólidos.

- Comprobar si está claramente indicado en la puerta de las habitaciones si son zonas de libre acceso (no hay paciente con I-131 y no hay contaminación) o si son zonas controladas de permanencia limitada (paciente con I-131 administrado o habitación sin descontaminar).

- Antes de la entrada de un nuevo paciente se verificará que el sistema de almacenamiento de residuos líquidos de los baños está en funcionamiento, mediante los pilotos, y además el funcionamiento del resto de sistemas de seguridad: monitores de radiación ambiental, detectores de radiación situados a las salidas de las habitaciones y que tienen una alarma que nos avisa si un paciente al que se le ha administrado I-131 sale de la habitación, circuito cerrado de TV para vigilar al paciente sin entrar en la habitación.

- Para vigilar nuestros niveles de radiación llevaremos dosimetría personal en la parte anterior de la superficie del tronco y debajo del delantal plomado que permiten leer la dosis recibida y acumulada en un periodo largo de tiempo, normalmente un mes.

Intervenciones

1. Preparar la habitación en el que va a ser ubicado el pte para el tratamiento con yodo radioactivo: Colocar papel absorbente alrededor del inodoro, verificar que está el papel de instrucciones en la puerta del baño

2. Registrar lo realizado con fecha y firma en las hojas destinadas a tal fin.

3. Día del ingreso: recepción del pte, recogida de la Hª clínica, informar sobre las normas y funcionamiento de la unidad.

4. Cuidados durante la estancia: extraer analítica, toma de ctes, verificar test de embarazo, pedir dieta pobre en yodo retirar la bandeja de comida, medir contaminación en el hall de entrada y si está contaminada meter en bolsa y dejar en la habitación de radioisótopos, y avisar al servicio de radiofísica y si no está contaminada desechar como residuo normal.

5. Administrar medicación pautada, resolver dudas y dar apoyo emocional.

Conclusiones

El presente trabajo trata de paliar el desconocimiento en el tema de radioprotección del personal en contacto con los internados con material radioactivos de fuentes abiertas, y conocer la impor-

tancia de seguir las recomendaciones que repercuten en la disminución de la dosis, tomando las medidas correctas y necesarias de radioprotección que dicho uso conlleva.

Bibliografía

1. *Dosimetría individualizada en ptes con cáncer de tiroides*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26598429>.
2. *Dosimetría Interna para la Protección Radiológica del Paciente en la Terapia con I-131*. Disponible en: http://www.iaea.org/inis/collection/NCLCollectionStore/_Public/38/030/38030458.pdf.
3. *Manual de protección radiológica*. Disponible en: http://www.acpro.es/mpr_acpro.pdf.
4. *Los protocolos de tratamiento y seguimiento del carcinoma de tiroides*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212698211000024>.
5. Real Decreto 783/2001, de 6 julio, por el que se, aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-14555>.

Capítulo 231

Tiempos de triaje: Ticla y Tecla

Autores:

Cabañas Carretero, María del Mar

Fernández Bejarano, José Antonio

Rodríguez Fernández, Manuel

Utrera Reyes, Álvaro

Monroy Chamorro, Ana Isabel

Delgado Muñoz, Ana María

TIEMPOS DE TRIAJE: TICLA Y TECLA

INTRODUCCION

El triaje se inicia con la llegada del paciente al Servicio de Urgencias . El triaje finaliza con la visita médica. La principal función del triaje es asignar prioridad al paciente para que dependiendo de su gravedad y complejidad se instaure tratamiento desde inmediato en prioridad I hasta una demora de 120 minutos según prioridad V.

Pero desde su llegada hasta la visita hay unos tiempos que deben ser medidos y que en la Junta de Andalucía (SAS) son estándares de calidad mas concretamente en el indicador 11.5.1 en referencia al Sistema de clasificación de pacientes. Estos tiempos son:
Tiempo de espera de Clasificación (TECLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el cierre de Admisión hasta el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de clasificación).

Tiempos de espera de Clasificación > 5 minutos. Es el porcentaje de asistencias cuyo TECLA es superior a 5 minutos. El estándar óptimo establece que este porcentaje oscila desde el 5% hasta un 20% como mínimo de los pacientes.

Tiempo de Clasificación (TICLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de la clasificación) hasta el cierre del mismo.

Tiempos de Clasificación > 5 minutos. Es el porcentaje de asistencias cuyo TICLA es superior a 5 minutos. El estándar óptimo establece que este porcentaje no debe sobrepasar el 15% de los pacientes. Por tanto el porcentaje menor de 5 minutos como mínimo debe ser de 85% .

El **sistema Español de triaje (SET)** lo define como Tiempo llegada/registro - triaje : El IC de tiempo llegada/registro - triaje se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo <= 10 minutos sobre el total de pacientes clasificados. El SET establece un estándar > al 85%. Tiempo de duración del triaje : Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea <= a 5 minutos en > 95% de los pacientes clasificados. también hace referencia que el tiempo de clasificación debe oscilar entre 2- 5 minutos.

OBJETIVOS

- 1.- Incrementar la conciencia y crear cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario.
- 2.- Dar a Conocer los estándares de calidad en un sistema estructurado de triaje para que la enfermería tome conciencia de la importancia del tiempo en un sistema de triaje.

METODOLOGIA

Se hace una revisión bibliográfica en diversas bases de datos pubmed bireme y scielo no encontrando datos al respecto a los tiempos ticla y tiempos tecla, pero si se ha encontrado en referencia al tiempo de clasificación del sistema de Triage español.

Se hace un estudio descriptivo retrospectivo del año 2016.

Los datos son obtenidos de base de datos de DYRAYA a través de los informáticos.

Se han procesado con Excell 2007 y los gráficos se han hecho con Excell 2007

DISCUSION

En el año 2016 se comenzó a clasificar con SET tras muchos años realizándolo con sistema Manchester. Se realizo formación a todos los enfermeros existentes en urgencias y que llevaran mas de 12 meses en urgencias. En urgencias de hospital valle de los pedroches se realiza triaje alrededor de 31.000 pacientes año

En el grafico 1 nos muestra el tiempo de respuesta en clasificación o TECLA en el vemos el tiempo que tardamos en iniciar clasificación que ronda los 4, 25 minutos aunque observamos que cada mes ha ido descendiendo exceptuando agosto. Que se demora a 6,2 minutos.

El grafico 2 es el porcentaje de los paciente que hemos tardado mas de 5 minutos si el porcentaje mínimo es 20% vemos que se ha ido disminuyendo hasta un 19% pero todavía nos queda que trabajar para llevarlo hasta el optimo de 5%

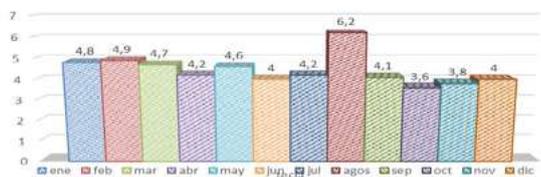
En el grafico 3 es el tiempo de clasificación estando dentro de valores muy buenos. Si el rango es entre 2-5 minutos observamos que la entrevista clínica se realiza con rapidez y eficiencia.

En el grafico 4 muestra el porcentaje de paciente clasificados en menos de 5 minutos, que según el SAS debería ser por encima de 85% aquí vemos que tenemos que mejorar aunque en los últimos meses llegamos.

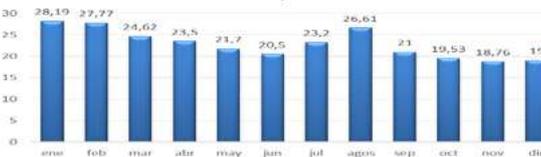
Dentro de estos datos hay que estudiar otros porcentajes como frecuentación, si se debería abrir un segundo punto de triaje, necesidad de personal, para atender esa frecuentación, distribución de enfermeros-consultas que pueden hacer que estos datos mejoren.

También creemos que deberíamos informar a la enfermería de los datos para hacer que tome conciencia que no solo en el triaje se mide prioridades sino que hay otros estándares de calidad.

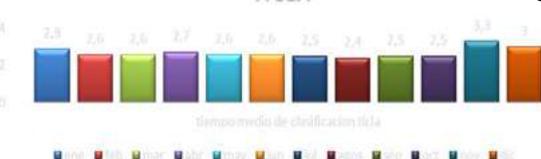
TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA EN CLASIFICACION (MIN) TECLA



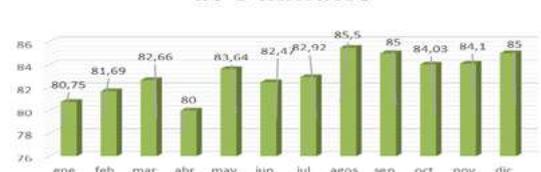
% urgencias con tiempo de respuesta clasificacion mayor de 5 minutos



TICLA



%urgencias clasificada en menos de 5 minutos



AUTORES

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias y Emergencias Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.22 de diciembre de 2014
- 2.-Documento marco sobre ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía 2015
- 3.- manual para la implementación para de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Pag 16 Organización panamericana de la salud 2010

Resumen: El triaje se inicia con la llegada del paciente al Servicio de Urgencias Hospitalarios (SUH). Esta clasificación se realiza según la urgencia o gravedad. Pero también hay otros estándares de calidad que se miden en el triaje.

Tiempo de espera de Clasificación (TECLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el cierre de Admisión hasta el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de clasificación).

Tiempo de Clasificación (TICLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de la clasificación) hasta el cierre del mismo.

Palabras Clave: triaje; enfermería; estandar de calidad.

Objetivo

Concienciar al personal sanitario de la importancia del sistema de triaje y de los estándares de calidad para así crear cultura de seguridad para el paciente en el ámbito sanitario.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo observacional, desde enero a diciembre de 2016, se recogieron los datos durante 24 horas en Diraya, los estándares de calidad se determinó el TECLA y el TICLA. Se estimó el porcentaje de pacientes atendidos en el SUH con TICLA menor de 5 minutos, y el porcentaje de urgencias con TECLA mayor de 5 minutos.

DATOS:

Tiempos de clasificación	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	Nov	dic
Tiempo medio de respuesta en clasificación en minutos tecla	4,8	4,9	4,7	4,2	4,6	4	4,2	6,2	4,1	3,6	3,8	4
% urg con tiempo mayor de 5 minutos	28,19	27,77	24,62	23,5	21,7	20,5	23,2	26,61	21	19,53	18,73	19
Tiempo medio de clasif ticla	2,9	2,6	2,6	2,7	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5	3,3	3
% urg clasificadas en menos de 5 minutos	80,75	81,69	82,66	80	83,64	82,47	82,92	85,5	85	84	84,01	85

Discusión

En el año 2016 se comenzó a clasificar con SET tras muchos años realizándolo con sistema Manchester. Se realizó formación a todos los enfermeros existentes en urgencias y que llevaran más de 12 meses en urgencias. En urgencias de Hospital Valle de Los Pedroches se realiza triaje alrededor de 31.000 pacientes año.

En el gráfico 1 nos muestra el tiempo de respuesta en clasificación o TECLA en el vemos el tiempo que tardamos en iniciar clasificación que ronda los 4, 25 minutos aunque observamos que cada mes ha ido descendiendo exceptuando agosto. Que se demora a 6,2 minutos.

El gráfico 2 es el porcentaje de los paciente que hemos tardado mas de 5 minutos si el porcentaje mínimo es 20% vemos que se ha ido disminuyendo hasta un 19% pero todavía nos queda que trabajar para llevarlo hasta el optimo de 5%

En el gráfico 3 es el tiempo de clasificación estando dentro de valores muy buenos. Si el rango es entre 2-5 minutos observamos que la entrevista clínica se realiza con rapidez y eficiencia.

En el gráfico 4 muestra el porcentaje de paciente clasificados en menos de 5 minutos, que según el SAS debería ser por encima de 85% aquí vemos que tenemos que mejorar aunque en los últimos meses llegamos.

Dentro de estos datos hay que estudiar otros porcentajes como frecuentación, si se debería abrir un segundo punto de triaje, necesidad de personal, para atender esa frecuentación, distribución de enfermeros-consultas que pueden hacer que estos datos mejoren.

También creemos que deberíamos informar a la enfermería de los datos para hacer que tome conciencia que no solo en el triaje se mide prioridades sino que hay otros estándares de calidad.

Resultados

En este SUH el tecla corresponde a una media 4.2 minutos. Existe todavía un 20% de los pacientes esperando a ser triados mas de 5 minutos. Y existe un 80-85% se les clasificó antes de 5 minutos .

Conclusión

Este SUH podríamos afirmar tuvo en los meses del año 2016 unos tiempos de espera y clasificación dentro de los estándares de calidad establecidos por la junta de andalucia y sistema de triaje español.

Bibliografía

1. *Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias y Emergencias*. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. 22 de diciembre de 2014.
2. *Documento Marco sobre Estándares de Calidad de la Atención Urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía 2015*.
3. *Manual para la implementación para de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Pág. 16. Organización Panamericana de la Salud 2010.

Capítulo 232

Todo lo que debes saber sobre el virus boca-manos-pies

Autores:

Céspedes Valero, María Ester

Rabadán Arévalo, Marta

Barrios Rubio, Laura

Cortecero Sanz, María Cristina

Núñez Mata, Anaís

Honrado López Menchero, Aurora

TODO LO QUE DEBES SABER SOBRE EL VIRUS BOCA-MANOS-PIES.

I. Introducción

Qué es...

Es un exantema infecto-contagioso de origen vírico, muy común y generalmente benigno. Producida por los enterovirus **Coxsackie Ay B** y los enterovirus propiamente dicho y otros como el **virus ECHO** y los **parechovirus**. Relativamente nuevo ya que se describió en el 1956 no encontrándose en las descripciones de los exantemas clásicos de origen pediátrico

¿A qué franja edad afecta y en que colectivos?

Generalmente afecta a bebés y niños menores de 5 años, por tanto, enfermedad de predominio en guarderías y centros preescolares aunque puede contagiarse a cualquier edad.

¿Dónde?

Mayormente se da en zonas tropicales aunque se han descrito casos en todo el mundo, siendo mas frecuente entre los meses de junio y octubre.

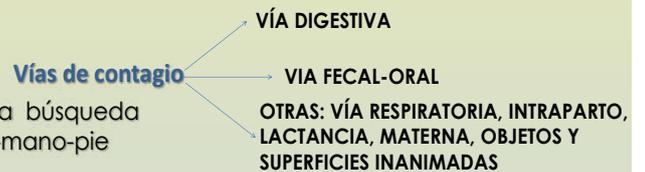
II. Objetivo

Generar conocimientos en los profesionales sobre la enfermedad y capacitarles para que adopten medidas higiénicas correctas y sepan así transmitirlos a la población

- SE PROPAGA FACILMENTE DURANTE LA 1 SEMANA
- TIEMPO QUE TRASCURRE ENTRE QUE SE ENTRA EN CONTACTO CON EL VIRUS Y LA APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS ES DE 3-7 DÍAS
- NORMALMENTE LA RECUPERACIÓN SE DA ENTRE 7-10 DIAS

III. Material y métodos

Se realizó una búsqueda en la base de datos de Medline y una búsqueda normal en la base de datos científicos que explicaban el virus boca-mano-pie



IV. Resultados

Encontramos seis publicaciones que se ajustan a nuestro criterio de inclusión.

- Informar principalmente sobre quién es el **microorganismo responsable y cómo cursa la enfermedad**.
- Informar sobre los **signos que nos alarman** que padecemos esta enfermedad y sus **medidas de prevención**.
- Tipo de **tratamiento** y principales **complicaciones** que se derivan en algunos casos.

V. Los aspectos relacionados con el diagnostico, tratamiento, signos y síntomas, prevención y posibles complicaciones se definen a continuación:

Diagnóstico

La localización característica de las vesículas nos hace sospechar de esta enfermedad. Por tanto, su diagnóstico es clínico mediante un examen físico junto con los antecedentes de enfermedad recientes.

Tratamiento

No hay tratamiento antiviral, ni ninguna vacuna que nos proteja de ella. El único tratamiento es sintomático : analgésicos, antitérmicos, anestésicos tópicos y antihistamínicos orales.

Signos y síntomas

SIGNOS Y SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN
AMPOLLAS	De pequeño diámetro que empiezan como pequeños puntitos rojos planos en boca (la mayoría de veces empieza en la garganta), palma de las manos y plantas de los pies, posteriormente forman la vesícula que cuando se explota forma una úlcera. Estas ampollas pueden extenderse al resto del cuerpo como nalgas y muslos.
FIEBRE	Fiebres de 40 o más grados (primer signo en aparecer)
DOLOR DE GARGANTA	Se pueden formar úlceras en las amígdalas (los niños pequeños empiezan a babear por dificultad en la deglución)
PETEQUIAS	Estudios recientes también han encontrado casos atípicos con aparición de petequias.
OTROS	Pérdida de apetito, sensación de malestar y dolores musculares



Prevención

- LAVADO DE MANOS COMO FACTOR PRINCIPAL..
- EVITAR EL CONTACTO DIRECTO
- DESINFECCIÓN DE JUGUETES Y SUPERFICIES
- AISLAMIENTO DEL NIÑO ENFERMO

Posibles complicaciones

- DESHIDRATACIÓN
- CONVULSIONES FEBRILES
- ONICOMADESIS
- ENCEFALITIS
- NEUMONÍA

VI. Conclusión

El virus boca manos pies es una **enfermedad exantemática vírica**, que afecta principalmente a niños, cuya sintomatología característica son las ampollas en boca, palma de las manos y planta de los pies además de fiebres altas; no hay aun ninguna vacuna contra este virus, cuyo **tratamiento** es sólo **sintomático**, además de que su principal **factor protector es el correcto lavado de manos**. Las complicaciones derivadas son mínimas aunque en algunos casos se han podido describir neumonías y encefalitis entre las más importantes.

Resumen: El virus boca-manos-pies produce un exantema infecto-contagioso causado por los enterovirus Coxsackie A y B, virus Echo y Parechovirus.

Afecta generalmente a bebés y niños menores de 5 años. Sus principales vías de transmisión son la vía digestiva y la fecal-oral. Los signos y síntomas más relevantes son: las ampollas en boca, palma de la mano y plantas de los pies, fiebres altas y dolor de garganta.

No existe una vacuna para ello. Su tratamiento es sintomático y su principal medida preventiva el lavado de manos. Las complicaciones derivadas son mínimas; entre las más graves neumonías y encefalitis.

Palabras Clave: Enterovirus; Boca; Pie.

Introducción

¿Qué es ?

Es un exantema infecto-contagioso de origen vírico, muy común y generalmente benigno.

Producida por los enterovirus Coxsackie A y B y los enterovirus propiamente dicho y otros como el virus Echo y los Parechovirus.

Relativamente nuevo ya que se describió en el 1956, no encontrándose en las descripciones de los exantemas clásicos de origen pediátrico.

¿A qué franja de edad afecta y a qué colectivos?

Generalmente afecta a bebés y niños menores de 5 años, por tanto, enfermedad de predominio en guarderías y centros preescolares aunque puede contagiarse a cualquier edad.

¿Dónde?

Mayormente se da en zonas tropicales aunque se han descrito casos en todo el mundo, siendo más frecuente entre los meses de junio y octubre.

¿Cuándo se propaga y cuánto tarda una persona en recuperarse normalmente?

Se propaga fácilmente durante la primera semana.

El tiempo que transcurre entre que se entra en contacto con el virus y la aparición de los síntomas es de 3-7 días.

Normalmente la recuperación se da entre 7-10 días.

¿Cuáles son las principales vías de contagio?

- Vía digestiva.
- Vía fecal-oral.
- Otras vías: respiratoria, intraparto, lactancia materna, y a través del contacto con objetos y superficies inanimadas.

Objetivos

Generar conocimientos en los profesionales sobre la enfermedad y capacitarles para que adopten medidas higiénicas correctas y sepan así transmitirlos a la población.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda en la base de datos de Medline y una búsqueda normal en la base de datos científicos que explicaban el virus boca-mano-pie.

Resultados

Encontramos seis publicaciones que se ajustan a nuestro criterio de inclusión.

- Informar principalmente sobre quién es el microorganismo responsable y cómo cursa la enfermedad.
- Informar sobre los signos que nos alertan que padecemos esta enfermedad y sus medidas de prevención.
- Tipo de tratamiento y principales complicaciones que se derivan en algunos casos.

Aspectos relaciones con / Diagnóstico, tratamiento, signos y síntomas, prevención, posibles complicaciones:

Diagnóstico:

La localización característica de las vesículas nos hace sospechar de esta enfermedad. Por tanto, su diagnóstico es clínico mediante un examen físico junto con los antecedentes de enfermedad recientes.

Tratamiento:

No hay tratamiento antiviral, ni ninguna vacuna que nos proteja de ella.

El único tratamiento es sintomático: analgésicos, antitérmicos, anestésicos tópicos y antihistamínicos orales.

Signos y síntomas:

- Ampollas: De pequeño diámetro que empiezan como pequeños puntitos rojos planos en boca (la mayoría de veces empieza en la garganta), palma de las manos y plantas de los pies, posteriormente forman la vesícula que cuando se explota forma una úlcera. Estas ampollas pueden extenderse al resto del cuerpo como nalgas y muslos.
- Fiebre: Fiebres de 40 o más grados (primer signo en aparecer)
- Dolor de garganta: Se pueden formar úlceras en las amígdalas (los niños pequeños empiezan a babear por dificultad en la deglución)
- Petequias: Estudios recientes también han encontrado casos atípicos con aparición de petequias.
- Otros: Pérdida de apetito, sensación de malestar y dolores musculares.

Prevención

- Lavado de manos como factor principal.
- Evitar el contacto directo.
- Desinfección de juguetes y superficies.
- Aislamiento del niño enfermo.

Posibles complicaciones

- Deshidratación.
- Convulsiones febriles.
- Onicomadesis.
- Encefalitis.
- Neumonía.

Conclusión

El virus boca manos pies es una enfermedad exantemática vírica, que afecta principalmente a niños, cuya sintomatología característica son las ampollas en boca, palma de las manos y planta de los pies además de fiebres altas; no hay aún ninguna vacuna contra este virus, cuyo tratamiento es sólo sintomático, además de que su principal factor protector es el correcto lavado de manos. Las complicaciones derivadas son mínimas aunque en algunos casos se han podido describir neumonías y encefalitis entre las más importantes.

Bibliografía

1. *Centro para el control y la prevención de enfermedades*. Enfermedad de manos, pies y boca [Internet]. Especiales de los CDC. [Revisado 14 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/enfermedadmanospiesboca/index.html>.
2. De la Flor i Brú J. *Enfermedad boca-mano-pie* [Internet]. Cinfá. [Consultado 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/bebes-y-ninos/enfermedad-boca-mano-pie/>.
3. Medline Plus [Internet]. *Exantema vírico de boca-manos-pies*. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services. [cited 30 abril 2018] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000965.htm>.

Capítulo 233

Tratamiento de cicatriz queloidea con hidrocoloide fino

Autores:

Hidalgo Benítez, Beatriz

Hidalgo Benítez, Carolina

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO DE CICATRIZ QUELOIDEA CON HIDROCOLOIDE FINO

Autores:

Introducción.

Los queloides (KL) y las cicatrices hipertróficas (CH) son formas patológicas de cicatrización excesiva en individuos genéticamente predispuestos, tras una lesión que puede ser traumática, inflamatoria o quirúrgica. Son originadas por un incremento en el número de fibroblastos y matriz colágena, ocasionando dolor y alteraciones estéticas principalmente. Las cicatrices queloides cosméticamente pueden ser desfigurantes, por cambios en la coloración (hiperpigmentación, eritema); los síntomas que suele presentar son: dolor, ardor, quemazón; en otros casos pueden ocasionar restricción del movimiento. Los KL y CH tienen un efecto importante en la vida del paciente que puede ser relacionado a lo estético, funcional o ambos. Los KL generalmente no afectan zonas donde existe movimiento articular, siendo las áreas más afectadas el pecho, hombros, región dorsal del tórax y orejas, todas zonas con alta concentración de glándulas sebáceas

Actualmente hay 3 posibles tratamientos generalizados, con los que se pueden conseguir grandes avances que son:

- Aplicación de productos derivados de la silicona en forma de tiritas o de cremas que ayudan en la formación de las cicatrices..
- La medicina intralesional. Se inyectan corticoides dentro del queloide.
- El láser, que trabaja la proliferación de los vasos sanguíneos. Quitar oxígeno a los vasos evitando que estos puedan multiplicarse.

Observación clínica.

Paciente de 70 años con antecedentes de valvulopatía y estenosis coronaria, y hernias discales, no presentando patologías endocrinas, ni dislipemias, ni patología hipertensiva.

➤Tras una cirugía torácica para cambiar la válvula y realizar una bypass mamario. Se le coloca un holter intradérmico (REVEAL) en la misma intervención, para monitorizar al paciente 24h al día durante 3 años, enviando datos al servicio electrofisiológico de Madrid de todas las noches a la 1:00 am.

➤Se observa que el paciente tras el alta quirúrgica y tras ser retiradas las grapas, presenta una cicatriz torácica de 27cm de longitud, con zonas hipertróficas y zonas queloides, enrojecidas y que el paciente refiere que le producen prurito. (Figura 1)

Plan de cuidados de enfermería.

Se procede a tratar la cicatriz, producida tras la cirugía torácica, durante un año y medio. Cubriendo la cicatriz con apósitos hidrocoloides fino, que se adaptan al contorno de la cicatriz no permitiendo el paso de agentes externos como el agua, el sol y químicos. Cambiando el apósito cada 5 días o cuando se despegaba por desgaste del agua o ropa. Entre los cambios de apósitos la zona es higienizada con jabón de pH neutro y secada suavemente sin arrastrar, y se coloca el apósito asegurando su completa adhesión para que dure el tiempo recomendado, siguiendo las recomendaciones de los fabricantes tanto para la colocación como para la permanencia en el tiempo con el objetivo de asegurar su efectividad.

El tratamiento (Figura 2) es aplicado de forma rigurosa, no dejando la zona sin protección en la medida de lo posible, obteniendo el resultado de la figura 3.

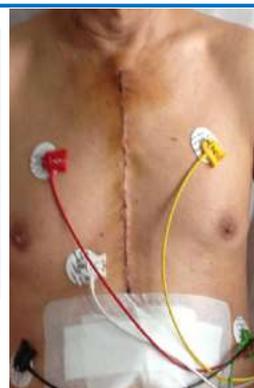


Figura 1



Figura 2

Comparación resumida entre cicatrices normales, patológicas y queloides		
CICATRIZ NORMAL	CICATRIZ HIPERTRÓFICA	QUELOIDE
Confinada a los márgenes de la herida original	Confinada a los márgenes de la herida original	Se extiende más allá de los márgenes originales
Las cicatrices maduras tienden a aplanarse y atrofianse progresivamente	Regresan tras la fase inflamatoria inicial (aunque puede tardar varios años)	Extensión progresiva
Mejoran en edad adulta	Empeoran en pacientes jóvenes	Más frecuentes en razas oscuras
Respuesta normal a TGF-β1	Respuesta anormal en TGF-β1	Dañan en mecanismos de apoptosis
No requieren tratamiento	Tratamiento de primera línea: parches o gomas de silicona	Tratamiento de primera línea: corticoides intralesionales, en combinación con silicona



Figura 3

❖ Los hidrocoloides son un grupo de compuestos químicos que se caracteriza por un elevado peso molecular, debido a que están constituidos por grupos de moléculas que se repiten formando polímeros. Su origen puede ser vegetal, animal, microbiano y sintético. Lo que caracteriza a los hidrocoloides es que contienen un elevado número de grupos hidroxilo, a través de los cuales se hidratan y retienen mucha agua por formación de puentes de hidrógeno.

❖ Esta capacidad de retención de agua otorga lo que conocemos como propiedades funcionales, que son propiedades físico-químicas que contribuyen a la estabilidad y mejora de las características sensoriales. Son ejemplos de propiedades funcionales, la hidratación, la retención de agua, además de la protección de la luz solar que tan comprobado esta por otros estudios que es perjudicial para la piel cicatricial hipertrófica.

Discusión.

Las cicatrices hipertróficas y los queloides se consideran trastornos fibroproliferativos exclusivos de la especie humana, que se originan como resultado de la pérdida de control de los mecanismos reguladores del balance entre la reparación y la regeneración tisular. Estas lesiones generan síntomas molestos como prurito, dolor, parestesias, eritema, sensación de quemazón hasta la impotencia funcional por retracción. Al examinarlas son lesiones induradas, enrojecidas y protruyentes. A pesar de que existe una amplia gama de opciones terapéuticas y incluso combinación de éstas, aun existen tasas de recurrencia elevadas que hacen del tratamiento de KL y CH un desafío.

Tras un año y medio de tratamiento con hidrocoloide fino, observamos como se ha reducido visiblemente los bordes, quedando una cicatriz plana sin sobre bordes, con zonas queloides muy aplanadas y prácticamente invisibles, las zonas enrojecidas están poco o nada coloreadas y la cicatriz ha reducido su tamaño considerablemente. Una de las mayores precauciones que debemos tener ante cicatriz queloidea es protegerla del sol. Esto se debe a que los rayos del sol puede alterar las cicatrices, proporcionando colágeno anómalo y pigmentación propia del queloide. Por este motivo, lo mejor es ponerse siempre protección solar sobre la cicatriz.

Conclusiones.

Al abordaje de la cicatriz queloidea con sobre bordes y alteraciones estéticas tras una cirugía que puede causar problemas de baja autoestima relacionado con no querer mostrar una cicatriz y molestias debido al prurito, podemos añadir el hidrocoloide fino como un tratamiento eficaz. Este tipo de lesiones deben protegerse de la luz y agentes externos, hidratando la piel cicatricial para crear un lecho húmedo.

Resumen: Se presenta un caso de paciente una cicatriz queloide, con sobre bordes y poco estética tras una cirugía torácica, donde el paciente presenta problemas de baja autoestima y molestias debido al prurito. Se procede al tratamiento de la cicatriz con hidrocoloide fino, protegiéndola así de la luz y agentes externos, e hidratando la piel cicatricial creando un lecho húmedo. Los buenos resultados obtenidos en esta práctica clínica con el tratamiento de la cicatriz hipertrófica y queloide con hidrocoloide nos permite añadir otro abordaje más para estas cicatrices, que son tan molestas como antiestéticas.

Palabras Clave: cicatriz hipertrofica; aposito hidrocoloide; cicatriz queloide.

Introducción

La aparición de una cicatriz queloidea no se debe a un único factor, y está relacionado con muchas causas diferentes y probables: factores genéticos y raciales principalmente. Por lo que, aunque surjan en muchas ocasiones como consecuencia de una operación quirúrgica, no influye a penas la técnica quirúrgica ni los cuidados postoperatorios.

Ante una cicatriz queloidea, con sobre bordes y poco estética tras una cirugía torácica, dando problemas de baja autoestima relacionado con no querer mostrar una cicatriz en piscinas y playas, y molestias debido al prurito, se procede al tratamiento de la cicatriz con hidrocoloide fino, protegiéndola así de la luz y agentes externos, e hidratando la piel cicatricial creando un lecho húmedo.

Actualmente hay 3 posibles tratamientos generalizados, con los que se pueden conseguir grandes avances que son:

- Aplicación de productos derivados de la silicona. Hoy en día se comercializan polímeros en forma de tiritas o de cremas que ayudan en la formación de las cicatrices. A menudo se aplican de manera preventiva para evitar este tipo de problema. Las cicatrices hipertróficas y los queloides se pueden mejorar con estos tratamientos aunque no se curan.
- Otro tratamiento sería la medicina intralesionar. Estos son tratamientos que se inyectan dentro del queloide, normalmente corticoides. Y aunque es una buena opción en las primeras fases del problema, si no es muy severo, siempre existe el riesgo de aparición de un nuevo queloide en la zona del pinchazo. También se pueden poner antiproliferativos que frenan la proliferación de las células que se reproducen rápidamente. Aunque este tratamiento solo lo podríamos aplicar en cicatrices más antiguas.
- Y por último, tenemos el láser. Los láseres que trabajan la proliferación de los vasos sanguíneos son idóneos para estos casos. Quitar oxígeno a los vasos evitando que estos puedan multiplicarse.

Lo más eficaz es utilizar los polímeros al principio para controlar la cicatriz, y luego tratarla con los otros dos tratamientos, es decir aplicar medicina intralesionar y una sesión laser vascular.

Sin embargo todo ello conlleva un largo periodo de tiempo y de pinchazos que nuestro paciente ha podido evitar con el tratamiento con apósito hidrocoloide.

Los hidrocoloides son un grupo de compuestos químicos que se caracteriza por un elevado peso molecular, debido a que están constituidos por grupos de moléculas que se repiten formando polímeros. Su origen puede ser vegetal, animal, microbiano y sintético. Lo que caracteriza a los hidrocoloides es que contienen un elevado número de grupos hidroxilo, a través de los cuales se hidrata y retienen mucha agua por formación de puentes de hidrógeno.

Esta capacidad de retención de agua otorga lo que conocemos como propiedades funcionales, que son propiedades físico-químicas que contribuyen a la estabilidad y mejora de las características sensoriales. Son ejemplos de propiedades funcionales, la hidratación, la retención de agua, además de la protección de la luz solar que tan comprobado esta por otros estudios que es perjudicial para la piel cicatricial hipertrófica.

Plan de cuidados

En un paciente de 70 años con antecedentes de valvulopatía y estenosis coronaria, y hernias discales, no presentando patologías endocrinas, ni dislipemias, ni patología hipertensiva.

Tras una cirugía torácica para cambiar la válvula y realizar una bypass mamario. Se le coloca un holter intradérmico (REVEAL) en la misma intervención, siendo esta la primera cirugía realizada en Castilla la Mancha. Se observa que el paciente tras el alta quirúrgica y tras ser retiradas las grapas, presenta una cicatriz torácica de 27cm de longitud, con sobre bordes, zonas hipertróficas y zonas queloideas que el paciente refiere que no son estéticas y que no le gusta verse así en el espejo. Además que le produce prurito y está enrojecida.

Se procede a tratar la cicatriz, producida tras la cirugía torácica, durante un año y medio. Cubriendo la cicatriz con apósitos hidrocoloides fino (figura 2), que se adaptan al contorno de la cicatriz no permitiendo el paso de agentes externos como el agua, el sol y químicos. Cambiando el apósito cada 5 días o cuando se despegaba por desgaste del agua o ropa.

Entre los cambios de apósitos la zona es higienizada con jabón de pH neutro y secada suavemente sin arrastrar, y se coloca el apósito asegurando su completa adhesión para que dure el tiempo recomendado, siguiendo las recomendaciones de los fabricantes tanto para la colocación o en el tiempo para asegurar su efectividad.

El tratamiento es aplicado de forma rigurosa, no dejando la zona sin protección en la medida de lo posible.

Conclusion y consejos

Tras un año y medio de tratamiento, observamos como se ha reducido visiblemente los bordes, quedando una cicatriz plana sin sobre bordes, con zonas queloideas muy aplanadas y prácticamente invisibles, las zonas enrojecidas están poco o nada coloreadas y la cicatriz ha reducido de tamaño considerablemente. (Figura 1 y 3)

Una de las mayores precauciones que debemos tener ante cicatriz queloidea es protegerla del sol. Esto se debe a que los rayos del sol puede estropear las cicatrices proporcionando colágeno anómalo y pigmentación propia del queloide. Por este motivo, lo mejor es ponerse siempre protección solar sobre la cicatriz.

En caso de intervenciones en pacientes de riesgo, aplicar parches de gel de silicona y corticoides desde el postoperatorio inmediato, para evitar la aparición. Los buenos resultados obtenidos en esta práctica clínica con el tratamiento de la cicatriz hipertrófica y queloide con hidrocoloide nos permite añadir otro abordaje más para estas cicatrices, que son tan molestas como antiestéticas.

Bibliografía

1. Julio Enríquez J, Caballero AM. *Opciones terapéuticas para cicatrices queloideas e hipertróficas*. Rev Cent Dermatol Pascua. 2007; 16 (2): 80-84.
2. Gutiérrez GC. *Uso de la colchicina como adyuvante en el tratamiento de cicatrices queloideas recidivantes. Reporte de un caso*. Cirugía Plástica 2001; 11: 126-130.
3. Lasen JI, Sciaraffia C, Parada F, Fulla J, Lombardi JJ. *Queloideas y cicatrices hipertróficas: Problema frecuente de manejo complejo*. Rev Hosp Clín Univ Chile 2008; 19: 226-38.
4. Fulton JE. *Silicone gel sheeting for the prevention and management of evolving hypertrophic and keloid scars*. Dermatol Surg 1995; 21: 947-51.

Capítulo 234

Tratamiento del dolor óseo metastásico con dicloruro de Radio-223

Autores:

Chaves Ramos, Laura

Almodóvar Mozos, Francisco

Hernández Arenas, Ángel José

García García, Ángel

TRATAMIENTO DEL DOLOR ÓSEO METASTÁSICO CON DICLORURO DE RADIO-223

INTRODUCCIÓN

- En los pacientes con cáncer de próstata diseminado las metástasis óseas son muy frecuentes, entre el 65-85%, y tienen una repercusión clínica notable al generar síntomas como dolor, debilidad o deterioro funcional.
 - El tratamiento establecido para el cáncer de próstata avanzado incluye inicialmente la terapia de bloqueo androgénico que tiene una eficacia del 80%, sin embargo la duración del beneficio es muy corta, una media de 18 a 24 meses, progresando la mayoría de los casos a una situación denominada de "resistencia a la castración".
 - El 10-20% de pacientes desarrollarán cáncer de próstata resistente a la castración en aproximadamente 5 años. Una vez entrada en esta fase el pronóstico es peor y la supervivencia es más reducida.
- Las opciones terapéuticas consisten en tratamientos que interfieren con el estímulo androgénico del crecimiento tumoral, la inmunoterapia y la quimioterapia con taxanos entre otros.
 - Si los pacientes presentan metástasis óseas multifocales se administran tratamientos sistémicos o radioterapia externa y, si son incontrolables, los radiofármacos terapéuticos con afinidad ósea pueden ofrecer un beneficio paliativo significativo.
- El dicloruro de Radio-223 es un radiofármaco que imita al calcio y se une selectivamente al hueso, específicamente a las áreas de metástasis óseas. Una vez en el hueso, el radioisótopo emite partículas alfa que destruyen las células cancerosas.
 - Se utiliza para tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata, cuando la castración terapéutica no es eficaz y cuando el cáncer se ha extendido a los huesos y está provocando síntomas como dolor, pero no hay indicios de que se haya extendido a otros órganos internos.

OBJETIVO

Evaluar el beneficio analgésico del tratamiento con dicloruro de Radio-223 analizando la repercusión del dolor en la vida cotidiana de pacientes con cáncer de próstata con metástasis óseas resistente a la castración química, así como aumentar la supervivencia global de dichos pacientes.

MÉTODO

Consiste en 6 inyecciones intravenosas de 50 KBq por Kg de peso corporal en intervalos de 4 semanas (6 meses en total)

Se administra por vía intravenosa lenta, en aproximadamente 1 minuto.



EFFECTOS SECUNDARIOS

1. Aumento de las molestias que habitualmente ceden a los pocos días pero pueden necesitar tratamiento analgésico temporalmente.
2. Náusea, vómitos y diarrea, más frecuentes a las 48 horas de la administración.
3. Bajo recuento de células sanguíneas por irradiación de la médula ósea formadora de las mismas, por lo que aumenta el riesgo de infecciones, hemorragias y anemia. Se realizarán controles analíticos periódicos por su médico.
4. Hinchazón en las piernas y manos (edema periférico).
5. Reacciones en el lugar de inyección como enrojecimiento, dolor e inflamación (poco frecuentes 1-5% de los casos).

PRECAUCIONES

1. Por el tipo de radiación empleada, que sólo afecta al lugar donde se deposita, no es necesario que se tomen medidas especiales.
2. El radiofármaco que no se fija al hueso se elimina por vía fecal por lo que se tomarán medidas higiénicas generales: lavado cuidadoso de manos, vaciado doble de cisterna y lavar aparte la ropa contaminada con fluidos corporales.
3. Uso de métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento (6 meses).
4. El tipo de radiación administrada no atraviesa la piel, por tanto, no afecta a las personas que le rodean.

CONCLUSIÓN

El tratamiento con dicloruro de Radio-223 consigue un efecto positivo en los eventos óseos sintomáticos provocados por el cáncer de próstata diseminado y resistente a otros tratamientos sin añadir toxicidad reseñable. Se observó una disminución del dolor con una significativa reducción de las necesidades analgésicas. Además se ha demostrado que aumenta la supervivencia global y, por tanto, puede indicarse en fases más tempranas.

Resumen: El tratamiento con dicloruro de Radio-223 consigue un efecto positivo en los eventos óseos sintomáticos provocados por el cáncer de próstata diseminado y resistente a otros tratamientos sin añadir toxicidad.

Se utiliza para tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata, cuando la castración terapéutica no es eficaz y cuando el cáncer se ha extendido a los huesos y está provocando síntomas como dolor, pero no hay indicios de que se haya extendido a otros órganos internos.

Se observó una disminución del dolor y una significativa reducción de las necesidades analgésicas. Además se ha demostrado que aumenta la supervivencia global

Palabras Clave: Medicina Nuclear; Neoplasias de la próstata; Metástasis de la neoplasia.

Introducción

En los pacientes con cáncer de próstata diseminado las metástasis óseas son muy frecuentes, entre el 65-85%, y tienen una repercusión clínica notable al generar síntomas como dolor, debilidad o deterioro funcional.

El tratamiento establecido para el cáncer de próstata avanzado incluye inicialmente la terapia de bloqueo androgénico que tiene una eficacia del 80%, sin embargo la duración del beneficio es muy corta, una media de 18 a 24 meses, progresando la mayoría de los casos a una situación denominada de “resistencia a la castración”.

El 10-20% de pacientes desarrollarán cáncer de próstata resistente a la castración en aproximadamente 5 años. Una vez entrada en esta fase el pronóstico es peor y la supervivencia es más reducida.

Las opciones terapéuticas consisten en tratamientos que interfieren con el estímulo androgénico del crecimiento tumoral, la inmunoterapia y la quimioterapia con taxanos entre otros.

Si los pacientes presentan metástasis óseas multifocales se administran tratamientos sistémicos o radioterapia externa y, si son incontrolables, los radiofármacos terapéuticos con afinidad ósea pueden ofrecer un beneficio paliativo significativo.

El dicloruro de Radio-223 es un radiofármaco que imita al calcio y se une selectivamente al hueso, específicamente a las áreas de metástasis óseas. Una vez en el hueso, el radioisótopo emite partículas alfa que destruyen las células cancerosas.

Se utiliza para tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata, cuando la castración terapéutica no es eficaz y cuando el cáncer se ha extendido a los huesos y está provocando síntomas como dolor, pero no hay indicios de que se haya extendido a otros órganos internos.

Objetivo

Evaluar el beneficio analgésico del tratamiento con dicloruro de Radio-223 analizando la repercusión del dolor en la vida cotidiana de pacientes con cáncer de próstata con metástasis óseas resistente a la castración química, así como aumentar la supervivencia global de dichos pacientes.

Método

Consiste en 6 inyecciones intravenosas de 50 KBq por Kg de peso corporal en intervalos de 4 semanas (6 meses en total).

Se administra por vía intravenosa lenta, en aproximadamente 1 minuto.

Efectos secundarios

1. Aumento de las molestias que habitualmente ceden a los pocos días pero pueden necesitar tratamiento analgésico temporalmente.
2. Náusea, vómitos y diarrea, más frecuentes a las 48 horas de la administración.
3. Bajo recuento de células sanguíneas por irradiación de la médula ósea formadora de las mismas, por lo que aumenta el riesgo de infecciones, hemorragias y anemia. Se realizarán controles analíticos periódicos por su médico.
4. Hinchazón en las piernas y manos (edema periférico).
5. Reacciones en el lugar de inyección como enrojecimiento, dolor e inflamación (poco frecuentes 1-5 % de los casos).

Precauciones

1. Por el tipo de radiación empleada, que sólo afecta al lugar donde se deposita, no es necesario que se tomen medidas especiales.
2. El radiofármaco que no se fija al hueso se elimina por vía fecal por lo que se tomarán medidas higiénicas generales: lavado cuidadoso de manos, vaciado doble de cisterna y lavar aparte la ropa contaminada con fluidos corporales.
3. Uso de métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento (6 meses).
4. El tipo de radiación administrada no atraviesa la piel, por tanto, no afecta a las personas que le rodean.

Conclusión

El tratamiento con dicloruro de Radio-223 consigue un efecto positivo en los eventos óseos sintomáticos provocados por el cáncer de próstata diseminado y resistente a otros tratamientos sin añadir toxicidad reseñable. Se observó una disminución del dolor con una significativa reducción de las necesidades analgésicas. Además se ha demostrado que aumenta la supervivencia global y, por tanto, puede indicarse en fases más tempranas.

Bibliografía

1. A. Herrero Muñoz, C. Sandoval Moreno, C. Mena Melgar, M.Á. Balsa Bretón, P. García Alonso, L. Castillejos Rodríguez, A. Ortega Valle, C. Paniagua Correa y F.J. Penín González. *242-Radio 223 en el tratamiento de las metástasis óseas sintomáticas en el cáncer de próstata resistente a la castración. Nuestra experiencia*. Revista española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular.
2. Parker C, Nilsson S, Heinrich D, Helle SI, O'Sullivan JM, Fosså SD, et al. *Alpha emitter radium-223 and survival in metastatic prostate cancer*. N Engl J Med 2013; 369(3): 213-23.
3. *Ficha técnica de Xofigo*. Disponible en http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_Product_Information/human/002653/WC500156172.pdf.
4. González del Alba A. *Cáncer de próstata*. Disponible en <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tiposcancer/genitourinario/prostata>.

Capítulo 235

Tratamiento radioisotópico del tiroides

Autores:

Aguilera Mimbrero, Ana

Martínez Rodríguez, Helena

Molina Alañón, Eva María

TRATAMIENTO RADIOISOTÓPICO DEL TIROIDES

SATSE

INTRODUCCIÓN

El tiroides es una glándula en forma de mariposa que se encuentra situada en la base del cuello. El folículo tiroideo es la unidad estructural y funcional de la glándula. Está formada por dos tipos de células.

- Células foliculares, que captan yodo de nuestro organismo y lo utilizan para producir una proteína llamada tiroglobulina, y hormonas tiroideas T_3 (triyodotironina) y T_4 (tiroxina).
- Células C, productoras de calcitonina, que interviene en el metabolismo fosfocálcico.

Estas hormonas son vitales, ya que intervienen en el desarrollo del sistema nervioso y además regulan el metabolismo.

El yodo es importante en los tratamientos de cáncer de tiroides porque al ser las células del tiroides las únicas de todo el organismo que captan el yodo, este se convierte en un vehículo privilegiado para poder radiar de forma discriminada las células tiroideas cuando se ha detectado un tumor maligno en el tiroides.

El radioyodo 131 (^{131}I) ha sido extensamente utilizado en el estudio y tratamiento de las enfermedades del tiroides.

Es de fácil administración, no invasiva ni dolorosa, en forma de yoduro de sodio, oral o inyectable, y constituye una forma de radioterapia selectiva sobre los tejidos que captan yodo.



OBJETIVOS

Analizar y describir las medidas a seguir para optimizar la captación del I_{131} por las células tiroideas antes del tratamiento con el mismo y establecer las normas de radioprotección referidas tanto al paciente como a su entorno para reducir la exposición a la radiación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y una revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed y medline, también en revistas científicas, artículos y documentos del INH (Instituto Nacional Del Cáncer), del SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) y de la ATA (American Thyroid Association). Las palabras claves utilizadas fueron: enfermedad tiroidea, cáncer tiroideo, radioisótopo, yodo radiactivo y radioyodo 131.

RESULTADOS

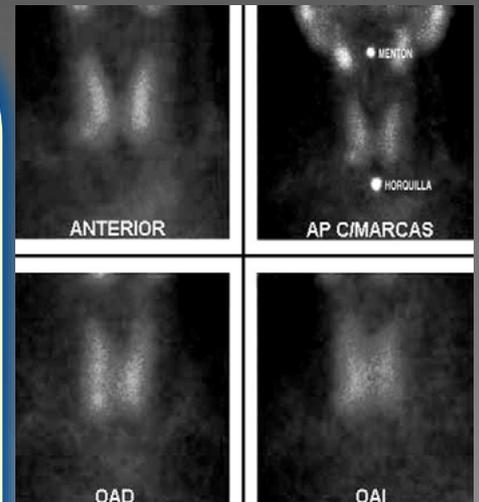
Como el radioyodo 131 actúa de forma análoga al yodo endógeno, las células de la glándula tiroides lo captan eficazmente. Así, a dosis bajas podríamos detectar una recidiva de la neoplasia (diagnóstico), mientras que a dosis elevadas se puede lograr una ablación total (o casi) de las células malignas todavía circulantes tras la extirpación quirúrgica de la glándula tiroides (tratamiento).

Las recomendaciones específicas antes del tratamiento con radioyodo son:

- El mismo día de ingreso en la habitación plomada, y siembre antes del tratamiento, si hay riesgo de embarazo se hará un test de embarazo, que tendrá que dar negativo para poder seguir.
- En caso de estar amamantando a un bebé, se suspenderá la lactancia materna con carácter definitivo seis semanas antes de recibir el tratamiento.
- La dosis generalmente se administra por vía oral en forma de cápsula que contiene la actividad de radioyodo deseada y que medimos en milicurios. Esta sustancia se absorberá, principalmente, a través de la mucosa gástrica. Es recomendable que los pacientes se encuentren en ayunas desde al menos unas horas antes hasta una hora después de la administración.
- Es conveniente bajar los niveles endógenos de yodo del organismo dos semanas antes del tratamiento, así las células tiroideas que queden estarán ávidas de yodo y dispuestas a captar el ^{131}I ; ello se consigue mediante:
 - Una dieta baja en yodo durante al menos dos semanas
 - Evitando fármacos con yodo y pruebas de imagen con contrastes yodados
- Elevar la TSH para favorecer la captación y retención del radioyodo por las células tiroideas normales o neoplásicas y estimular la producción de tiroglobulina (Tg). Hay tres procedimientos para estimular la TSH:
 - Retirando, durante 4-6 semanas, el tratamiento hormonal sustitutivo de levotiroxina que necesitamos tomar a diario para sustituir la función de nuestro tiroides.
 - Retirando la levotiroxina diaria y prescribiendo T_3 (Cynomel) exógena por vía oral cada 12 horas durante los primeros 15 días y retirando posteriormente toda hormona tiroidea durante otras 2-3 semanas
 - Inyectando la TSH recombinante humana (Thyrogen) en dos dosis unos días antes de la administración del radioyodo.

Tras el tratamiento con radioyodo las recomendaciones consisten principalmente en:

- Mantenerse alejado de personas susceptibles a la radiación (niños y embarazadas).
- Mantener una distancia de seguridad de, al menos, 2 metros con el resto de personas.
- Evitar lugares concurridos.
- No compartir cubiertos, sábanas, toallas...
- Vaciar la cisterna una vez utilizado el inodoro.
- Higiene de manos
- Beber abundante agua y tomar caramelos de limón para favorecer la eliminación del radioyodo.



CONCLUSIONES

Debido a la especificidad que presenta el I_{131} las cifras de remisión completa de la enfermedad van en aumento, por lo que se considera un tratamiento inseparable a la cirugía. Por este motivo, para conseguir su mayor efectividad es necesario que se cumplan las recomendaciones que se han de seguir antes del tratamiento. No hay que olvidar que se va a producir emisión de radiación ionizante y por tanto hay que proteger a aquellos susceptibles a la radiación. Aunque los efectos derivados de este tratamiento no son en su mayoría graves, sí pueden ser frecuentes y por ello debemos informar a los pacientes de las medidas a tener en cuenta.

X CONGRESO DE INVESTIGACIÓN. SATSE CIUDAD REAL, 12-13 DE ABRIL

Resumen: *Tras confirmar los beneficios del uso del radioyodo en medicina son muchos los estudios que han demostrado su eficacia en tejidos que esencialmente captan este ion.*

La glándula tiroides no es capaz de diferenciar el yodo endógeno del radiactivo en su papel de atraer y concentrar yodo, haciendo que su uso sea revelador tanto en el diagnóstico como en el tratamiento radioisotópico del tiroides.

Esta terapia tan específica precisa de unas precauciones previas y tardías para la obtención de la máxima eficacia. Enfermería es la responsable de la instrucción y obligada cumplimentación de esas precauciones y normas.

Palabras Clave: *Radioyodo; Radioprotección; Cáncer de tiroides.*

Introducción

El tiroides es una glándula en forma de mariposa que se encuentra situada en la base del cuello. El folículo tiroideo es la unidad estructural y funcional de la glándula. Está formada por dos tipos de células.

- Células foliculares, que captan yodo de nuestro organismo y lo utilizan para producir una proteína llamada tiroglobulina, y hormonas tiroideas T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina).
- Células C, productoras de calcitonina, que interviene en el metabolismo fosfocálcico.

Estas hormonas son vitales, ya que intervienen en el desarrollo del sistema nervioso y además regulan el metabolismo.

El yodo es importante en los tratamientos de cáncer de tiroides porque al ser las células del tiroides las únicas de todo el organismo que captan el yodo, este se convierte en un vehículo privilegiado para poder radiar de forma discriminada las células tiroideas cuando se ha detectado un tumor maligno en el tiroides.

El radioyodo 131 (¹³¹I) ha sido extensamente utilizado en el estudio y tratamiento de las enfermedades del tiroides.

Es de fácil administración, no invasiva ni dolorosa, en forma de yoduro de sodio, oral o inyectable, y constituye una forma de radioterapia selectiva sobre los tejidos que captan yodo.

Objetivo

Analizar y describir las medidas a seguir para optimizar la captación del I131 por las células tiroideas antes del tratamiento con el mismo y establecer las normas de radioprotección referidas tanto al paciente como a su entorno para reducir la exposición a la radiación.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y una revisión bibliografía en bases de datos: Pubmed y medline, también en revistas científicas, artículos y documentos del INH (Instituto Nacional Del Cáncer), del SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) y de la ATA (American Thyroid Association). Las palabras claves utilizadas fueron: enfermedad tiroidea, cáncer tiroideo, radioisótopo, yodo radiactivo y radioyodo 131.

Resultados

Como el radioyodo 131 actúa de forma análoga al yodo endógeno, las células de la glándula tiroides lo captan eficazmente. Así, a dosis bajas podríamos detectar una recidiva de la neoplasia (diagnóstico), mientras que a dosis elevadas se puede lograr una ablación total (o casi) de las células malignas todavía circulantes tras la extirpación quirúrgica de la glándula tiroides (tratamiento).

Las recomendaciones específicas antes del tratamiento con radioyodo son:

- El mismo día de ingreso en la habitación plomada, y siembre antes del tratamiento, si hay riesgo de embarazo se hará un test de embarazo, que tendrá que dar negativo para poder seguir.
- En caso de estar amamantando a un bebé, se suspenderá la lactancia materna con carácter definitivo seis semanas antes de recibir el tratamiento.
- La dosis generalmente se administra por vía oral en forma de cápsula que contiene la actividad de radioyodo deseada y que medimos en milicurios. Esta sustancia se absorberá, principalmente, a través de la mucosa gástrica. Es recomendable que los pacientes se encuentren en ayunas desde al menos unas horas antes hasta una hora después de la administración.
- Es conveniente bajar los niveles endógenos de yodo del organismo dos semanas antes del tratamiento, así las células tiroideas que queden estarán ávidas de yodo y dispuestas a captar el 131I; ello se consigue mediante:
 - > Una dieta baja en yodo durante al menos dos semanas.
 - > Evitando fármacos con yodo y pruebas de imagen con contrastes yodados.
- Elevar la TSH para favorecer la captación y retención del radioyodo por las células tiroideas normales o neoplásicas y estimular la producción de tiroglobulina (Tg). Hay tres procedimientos para estimular la TSH:
 - > Retirando, durante 4-6 semanas, el tratamiento hormonal sustitutivo de levotiroxina que necesitamos tomar a diario para sustituir la función de nuestro tiroides.
 - > Retirando la levotiroxina diaria y prescribiendo T3 (Cynomel) exógena por vía oral cada 12 horas durante los primeros 15 días y retirando posteriormente toda hormona tiroidea durante otras 2-3 semanas
 - > Inyectando la TSH recombinante humana (Thyrogen) en dos dosis unos días antes de la administración del radioyodo.

Tras el tratamiento con radioyodo las recomendaciones consisten principalmente en:

- Mantenerse alejado de personas susceptibles a la radiación (niños y embarazadas).
- Mantener una distancia de seguridad de, al menos, 2 metros con el resto de personas.
- Evitar lugares concurridos.
- No compartir cubiertos, sábanas, toallas
- Vaciar la cisterna una vez utilizado el inodoro.

- Higiene de manos.
- Beber abundante agua y tomar caramelos de limón para favorecer la eliminación del radioyodo.

Conclusiones

Debido a la especificidad que presenta el I131 las cifras de remisión completa de la enfermedad van en aumento, por lo que se considera un tratamiento inseparable a la cirugía. Por este motivo, para conseguir su mayor efectividad es necesario que se cumplan las recomendaciones que se han de seguir antes del tratamiento. No hay que olvidar que se va a producir emisión de radiación ionizante y por tanto hay que proteger a aquellos susceptibles a la radiación. Aunque los efectos derivados de este tratamiento no son en su mayoría graves, sí pueden ser frecuentes y por ello debemos informar a los pacientes de las medidas a tener en cuenta.

Bibliografía

1. Julia Vallés Pascual. *Técnicas de Radiofarmacia*. Síntesis. Madrid. 2016.
2. César Díaz García, Francisco Javier de Haro del Moral. *Técnicas de exploración en Medicina Nuclear*. 1ª edición. Elsevier Masson. Barcelona. 2004.
3. AECAT. Asociación Española de Cáncer de Tiroides. <http://www.aecat.net/>.

Capítulo 236

TVP en Pediatría

Autores:

Molinero Díaz, Patricia

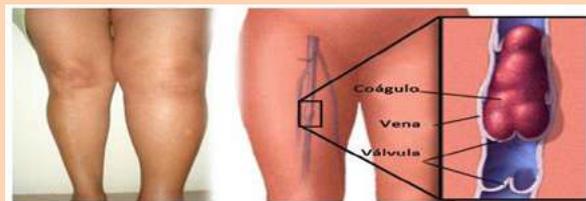
Muñoz de Morales Ortiz, Ana María

TVP EN PEDIATRÍA

INTRODUCCIÓN

La TVP consiste en la formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda y suele afectar a las venas de la parte inferior de la pierna y muslo, como la vena femoral, la poplítea o venas profundas de la pelvis.

Si bien, la incidencia de eventos trombóticos en pediatría es muy baja con respecto a la población adulta, cada vez es más frecuente su diagnóstico, como consecuencia de: accesos venosos centrales (60%), cáncer (25%), cardiopatía congénita (19%), cirugía (15%), infección (12%), trauma (10,%) obesidad (2%), lupus (1,5%) y trombofilia congénita un 2%.



DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Niño de 8 años que ingresa por dolor en tobillo izquierdo, edema en ambas piernas y dificultad respiratoria. Refiere fiebre de 38°C y antecedentes de traumatismo tobillo izquierdo con inmovilización con férula tres días antes. Ingresó en planta con empeoramiento progresivo del estado general, fiebre, taquicardia, taquipnea, dolor y edema de MMII por lo que se decide ingreso en UCIP:

- Se inicia soporte ventilatorio con VMNI
- Se realizan pruebas complementarias:
 - Angio-TAC: se descarta TEP
 - Eco-Doppler: se objetiva TVP
 - Estudio analítico
- Se instaure antibioterapia empírica con cefotaxima+cloxacilina.

• Evolución:

Respiratorio:

- Precisa VMNI con SERVO-I (Presión Control con PEEP de 6 y PICO de 20; FR 20 rpm y FIO2 40%) mejorando progresivamente el distrés respiratorio y es trasladado a planta sin necesidades de oxígeno.
- En Angio-Tac se descarta TEP y se objetivan nódulos pulmonares bilaterales.

Infeccioso: SEPSIS POR S.AUREUS-OSTEOMIELITIS.

- Fiebre persistente y febrícula con hemocultivos positivos en S.Aureus.
- Nódulos pulmonares bilaterales en RX tórax.
- Edema y hallazgos susceptibles en RMN de osteomielitis de pierna izquierda, que precisa intervención quirúrgica para lavado y curetaje óseo.
- Gammagrafía compatible con osteomielitis.

Hematológico:

- Anemia en analítica: transfusiones de concentrados de hemáties y tratamiento con vitamina K, hierro y ácido fólico
- Ante clínica de dolor, calor y enrojecimiento se realiza eco-doppler donde se objetiva TVP en vena poplítea izquierda. Ante alteración del dímero-D se inicia tratamiento con heparina y posteriormente anticoagulación con acenocumarol.
- Estudio de trombofilia.

Digestivo:

- Dieta absoluta durante siete días.
- Nutrición parenteral durante ocho días.
- Nutrición enteral y batidos hiperproteicos

•ANALÍTICAS:

Fecha	Bioquímica	Hemograma	Coagulación	Hemocultivos	Anticoagulante
16/09/17	PCR:20mg/dl	HB:11.6 g/dl	Dímero D:7159ng/dl	S. aureus	Lúpico
17/09/17	PCR: 27.2 mg/dl	HB: 8.8g/dl		S.Aureus	
18/09/17	PCR: 23 mg/dl	HB: 7.6 g/dl	Dímero D:3593ng/dl		
20/09/17	PCR: 15.3 mg/dl	HB:8.4 g/dl		Negativo	Positivo
27/09/17	PCR: 4.2 mg/dl	HB: 10.8 g/dl			
01/10/17	PCR: 4.9 mg/dl	HB:11 g/dl	Dímero D:6787ng/dl	Negativo	
12/10/17	PCR: 2.6 mg/dl	HB:9.8 g/dl			
30/10/17	PCR:2.6 mg/dl	HB:11,4 g/dl			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c: • Malestar • Dolor • Prescripción de movimiento m/p: • Limitación de la amplitud de movimiento • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas	- 0208. Movilidad - 1811. Conocimiento: actividad prescrita	- 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene - 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal - 1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación - 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo/eliminación - 5612. Enseñanza/ejercicio prescrito - 6482. Manejo ambiental: confort
00126. ANSIEDAD r/c • Cambio del entorno • Cambio en el estado de salud m/p • Preocupación • Temor a consecuencias inespecíficas	- 1402. Autocontrol de la ansiedad	5820. Disminución de la ansiedad
00126. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c • Falta de exposición • Verbalización del problema	- 1813. Conocimiento: Régimen terapéutico	- 5616. Enseñanza medicamentos prescritos
00161. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS m/p • Explica su conocimiento del tema • Manifiesta interés en el aprendizaje	- 1813. Conocimiento: Régimen terapéutico	- 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad
00132. DOLOR AGUDO r/c • Agentes lesivos m/p • Condiciones expresivas, informe codificado (EVA), posturas para evitar el dolor.	- 1605. Control del dolor - 2100. Nivel de comodidad - 2102. Nivel de dolor	- 2380. Manejo de la medicación - 1400. Manejo del dolor - 2210. Administración de analgésicos



CONCLUSIONES

- Ante la presencia de disnea, edemas y dolor en ambas piernas relacionándose con traumatismo previo, no se descarta TVP aún siendo un paciente pediátrico debido a incidencia baja.
- Frente la TVP investigar trombofilias asociadas y descartar enfermedad autoinmune asociada.
- El diagnóstico correcto permite decidir el tratamiento inicial, la necesidad de tratamiento a largo plazo y evaluar asesoramiento genético.

DISCUSIÓN

La TVP consiste en la formación de un coágulo o trombo en una vena profunda. El *Staphylococcus Aureus*, como consecuencia de la diseminación hematógena tras osteomielitis, es el patógeno más frecuentemente implicado. En niños con antecedentes de inmovilización previa, la presencia de edema en pierna o muslo con calor y enrojecimiento local debe orientarnos a sospechar TVP. La aparición de fiebre y dificultad respiratoria progresiva nos obligan a descartar complicación sistémica del foco infeccioso inicial. Es necesario completar el estudio con valoración de trombofilia y descartar enfermedad autoinmune asociada.

Resumen: En el presente trabajo se detalla el ingreso en la UCI pediátrica de un niño de 8 años diagnosticado de TVP y sus complicaciones.

La TVP en pediatría es un proceso infrecuente, dicho ingreso se realiza por dolor tras inmovilización con férula en miembro inferior izquierdo con la progresión de fiebre y disnea. Tras el sucesivo empeoramiento, se realiza un diagnóstico más exhaustivo mediante las pruebas oportunas, observándose TVP, neumonía y osteomielitis por *S. Aereus* que precisa intervención quirúrgica. Después de iniciar tratamiento y con la mejoría del paciente es dado de alta y en seguimiento para descartar enfermedad autoinmune.

Palabras Clave: Paediatrics; Deep venous thromboses; Osteomyelitis.

Introducción

La TVP consiste en la formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda y suele afectar a las venas de la parte inferior de la pierna y muslo, como la vena femoral, la poplítea o venas profundas de la pelvis.

Si bien, la incidencia de eventos trombóticos en pediatría es muy baja con respecto a la población adulta, cada vez es más frecuente su diagnóstico como consecuencia de: accesos venosos centrales (60%), cáncer (25%), cardiopatía congénita (19%), cirugía (15%), infección (12%), trauma (10,%) obesidad (2%), lupus (1,5%) y trombofilia congénita un 2%.

Descripción del caso clínico

Niño de 8 años que ingresa por dolor en tobillo izquierdo, edema en ambas piernas y dificultad respiratoria. Refiere fiebre de 38°C y antecedentes de traumatismo tobillo izquierdo con inmovilización con férula tres días antes.

Ingresa en planta con empeoramiento progresivo del estado general, fiebre, taquicardia, taquipnea, dolor y edema de MMII por lo que se decide ingreso en UCIP:

- Se inicia soporte ventilatorio con VMNI.
- Se realizan pruebas complementarias: Angio-TAC y se descarta TEP
Eco-Doppler se objetiva TVP.
Estudio analítico.
- Se instaure antibioterapia empírica con cefotaxima+cloxacilina.

Evolución

Respiratorio:

- Precisa VMNI con SERVO-I (Presión Control con PEEP de 6 y PICO de 20; FR 20 rpm y FiO2 40%) mejorando progresivamente el distrés respiratorio y es trasladado a planta sin necesidades de oxígeno.
- En Angio-Tac se descarta TEP y se objetivan nódulos pulmonares bilaterales.

Infecioso: Sepsis por S.Aureus-Osteomielitis.

- Fiebre persistente y febrícula con hemocultivos positivos en S.Aureus.
- Nódulos pulmonares bilaterales en RX tórax.
- Edema y hallazgos susceptibles en RMN de osteomielitis de pierna izquierda, que precisa intervención quirúrgica para lavado y curetaje óseo.
- Gammagrafía compatible con osteomielitis.

Hematológico:

- Anemia en analítica: transfusiones de concentrados de hematíes y tratamiento con vitamina K, hierro y ácido fólico.
- Ante clínica de dolor, calor y enrojecimiento se realiza eco-doppler donde se objetiva TVP en vena poplítea izquierda. Ante alteración del dímero-D se inicia tratamiento con heparina y posteriormente anticoagulación con acenocumarol.
- Estudio de trombofilia.

Digestivo:

- Dieta absoluta durante siete días.
- Nutrición parenteral durante ocho días.
- Nutrición enteral y batidos hiperproteicos.

Pruebas complementarias:

Analítica -16/09/17: PCR: 20 mg/dl, HB 11.6g/dl, Dímero D 7159 ng/dl y hemocultivo positivo en S.Aureus. -17/09/17: PCR: 27.2 mg/dl, HB 8.8 g/dl y hemocultivo positivo en S.Aureus. -18/09/17: PCR: 23 mg/dl, HB 7.6g/dl, Dímero D 3593 ng/dl -20/09/17: PCR: 15.3 mg/dl, HB 8.4g/dl, hemocultivo negativo y anticoagulante lipídico positivo. -27/09/17: PCR: 4.2 mg/dl, HB 10.8 g/dl. -01/10/17: PCR: 4.9 mg/dl, HB 11 g/dl, Dímero D 6787 ng/dl y hemocultivo negativo. -12/10/17: PCR: 2.6 mg/dl, HB 9.8 g/dl. -30/10/17: PCR: 2.6 mg/dl, HB 11.4 g/dl.

Plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico NANDA: 00085. Deterioro de la movilidad física.

r/c: - Malestar - Dolor - Prescripción de movimiento.

m/p: - Limitación de la amplitud de movimiento - Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras - Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas.

NOC: - 0208. Movilidad - 1811. Conocimiento: actividad prescrita.

NIC: - 1801. Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene - 1802. Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal - 1803. Ayuda con los autocuidados: Alimentación - 1804. Ayuda con los autocuidados: Aseo/eliminación - 5612. Enseñanza/ejercicio prescrito - 6482. Manejo ambiental: Confort.

Diagnóstico Enfermería: 00126. Ansiedad.

r/c: - Cambio del entorno - Cambio en el estado de salud.

m/p: - Preocupación - Temor a consecuencias inespecíficas.

NOC: - 1402. Autocontrol de la ansiedad.

NIC: - 5820. Disminución de la ansiedad.

Diagnóstico de Enfermería: 00126. Conocimientos deficientes.

r/c: - Falta de exposición.

m/p: - Verbalización del problema.

NOC: - 1813. Conocimiento: Régimen terapéutico.

NIC: - 5616. Enseñanza medicamentos prescritos.

Diagnóstico Enfermería: 00161. Disposición para mejorar los conocimientos.

m/p: - Explica su conocimiento del tema - Manifiesta interés en el aprendizaje.

NOC: - 1813. Conocimiento: Régimen terapéutico.

NIC: - 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad.

Diagnóstico de Enfermería: 00132. Dolor agudo.

r/c: - Agentes lesivos m/p - Condiciones expresivas, informe codificado (EVA), posturas para evitar el dolor.

NOC: - 1605. Control del dolor - 2100. Nivel de comodidad - 2102. Nivel de dolor.

NIC: - 2380. Manejo de la medicación - 1400. Manejo del dolor - 2210. Administración de analgésicos.

Conclusiones

- Ante la presencia de disnea, edemas y dolor en ambas piernas relacionándose con traumatismo previo, no descarta TVP aun siendo un paciente pediátrico debido a incidencia baja.
- Frente la TVP investigar trombofilias asociadas y descartar enfermedad autoinmune asociada.
- El diagnostico correcto permite decidir el tratamiento inicial, la necesidad de tratamiento a largo plazo y evaluar asesoramiento genético.

Discusión

La TVP consiste en la formación de un coágulo o trombo en una vena profunda.

El Estafilococo Aereus, como consecuencia de la diseminación hematógena tras osteomielitis, es el patógeno más frecuentemente implicado. En niños con antecedentes de inmovilización previa, la presencia de edema en pierna o muslo con calor y enrojecimiento local debe orientarnos a sospechar TVP.

La aparición de fiebre y dificultad respiratoria progresiva nos obligan a descartar complicación sistémica del foco infeccioso inicial.

Es necesario completar el estudio con valoración de trombofilia y descartar enfermedad autoinmune asociada.

Bibliografía:

1. Silvia Sciacaluga; M. Griselda Gutiérrez; M. Viviana Ruíz; Lilia Arnold; Héctor Tamusch; Claudia Porri. *Trombosis venosa profunda en pediatría: Orientación diagnóstica y terapéutica*. Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica (UCIP) Sanatorio de Niños Rosario. Argentina.
2. A.Cilla Lizarraga, F. Gómez Sáez, J.M. Merino Arribasa. *Trombosis venosa profunda en un caso de osteomielitis aguda estafilocócica*. *An Pediatr.* 2014; 80(1): e16-e17.
3. M. Vargas-Gutiérrez, M.Vivas-Moresco, R.Ulloa-Gutiérrez. *Trombosis venosa séptica profunda secundaria a osteomielitis aguda, artritis séptica y piomiositis por Staphylococcus aureus en 3 niños de Costa Rica*. *An Pediatr.* 2015; 82(2): 14-115.

Capítulo 237

Urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal

Autores:

Extremera Medina, Carlos Joaquín

Muñoz de la Nava Zamorano Concepción

López Rubio, Erica

URGENCIAS PEDIÁTRICAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Extremera Medina Carlos Joaquín, Muñoz de la Nava Zamorano Concepción, Lopez Rubio Erica

INTRODUCCION

En los últimos años se ha producido un continuo y progresivo incremento de la demanda urgente, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario. En muchos casos los pacientes, ante una urgencia, deciden ir directamente al hospital de referencia confiando más en su eficacia, sin consultar previamente con el médico de guardia del centro de salud, quizás por falta de información, aumentando considerable e innecesariamente las urgencias hospitalarias. En pediatría, en la explicación de este fenómeno se han implicado múltiples factores, muy relacionados con el estilo de vida actual. Asistimos a un temor creciente de los padres a que sus hijos presenten una enfermedad grave. También la comodidad y la adecuación a sus horarios laborales y la actitud consumista propia de nuestra sociedad han incidido en generar este espectacular aumento de las consultas urgentes.

OBJETIVOS

Analizar las consultas pediátricas que se producen en el servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2016.

Conocer los motivos de consulta más frecuentes en los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado durante el último trimestre del 2017. La población de estudio la formaban los niños de 0-14 años que acudieron al servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2016. Según datos del padrón municipal de Castilla la Mancha, en la población donde se ubica el centro sanitario existía una población pediátrica (0-14 años) de 6005 niños. La fuente de información utilizada fueron los registros de urgencias del Hospital en los diferentes turnos de trabajo (8-15h, 15-22h, 22-8h). Entre las variables que se recogieron se encontraban: La edad, el sexo, mes del año, turno de consulta, lugar de procedencia y categoría sintomática. Las categorías sintomáticas se clasificaron según el SET (Sistema Español de Triage) que es un sistema de clasificación que permite una gestión de los motivos de consulta.

Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y la media y desviación típica para las variables cuantitativas. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 22.0

Se solicitó autorización al centro para la explotación de los datos. Se respetó en todo momento la normativa legal vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado.

CONCLUSIONES

Se observó una alta frecuentación en el servicio de urgencias en comparación con los datos consultados en el ámbito regional y nacional. Las consultas más frecuentes fueron las motivadas por lesiones o traumatismos dentro de la franja horaria comprendida entre las 15-22 horas.

RESULTADOS

En el año 2016 se atendieron un total de 5712 urgencias, lo que supone una frecuentación por 1000 habitantes de 951,20, figura 1. El 52,5% (2996) de la muestra analizada fueron niños, figura 2. La edad media de los niños se situó en 5,6 + 4,6 años, figura 3. El 47,8% (2711) de las urgencias atendidas se llevaron a cabo en el turno comprendido entre las 15-22 h, figura 4. El 77,8% (4449) de las urgencias atendidas procedían de la población de Tomelloso, figura 5. La distribución de urgencias por meses puede verse en la figura 6. Entre los principales motivos de consulta destacaron las lesiones y traumatismos 23% (1312) seguido de los síntomas respiratorios 18,6% (1061), figura 7.



FIGURA 1

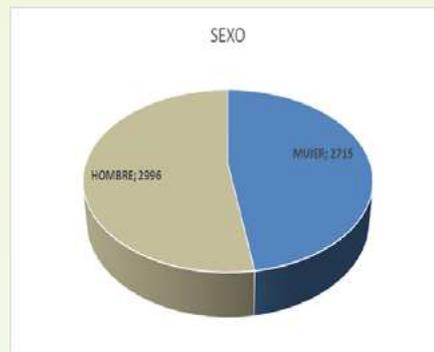


FIGURA 2

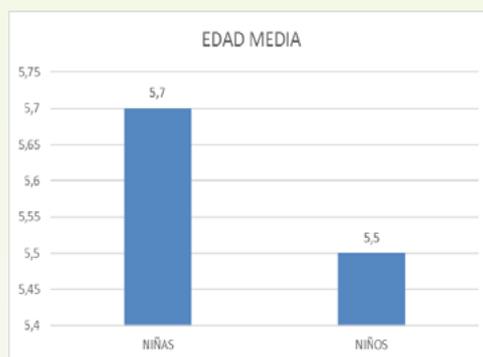


FIGURA 3



FIGURA 5



FIGURA 4



FIGURA 6



FIGURA 7



Resumen: En los últimos años se ha producido un continuo incremento de la demanda urgente, tanto en primaria como en el ámbito hospitalario. En pediatría, en la explicación de este fenómeno se han implicado múltiples factores, muy relacionados con el estilo de vida actual. Asistimos a un temor creciente de los padres a que sus hijos presenten una enfermedad grave. También la comodidad y la adecuación a sus horarios laborales y la actitud consumista propia de nuestra sociedad han incidido en generar este espectacular aumento de las consultas urgentes.

Palabras Clave: urgencias pediátricas; triaje; consultas a demanda.

Introducción

En los últimos años se ha producido un continuo y progresivo incremento de la demanda urgente, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario. En muchos casos los pacientes, ante una urgencia, deciden ir directamente al hospital de referencia confiando más en su eficacia, sin consultar previamente con el médico de guardia del centro de salud, quizás por falta de información, aumentando considerable e innecesariamente las urgencias hospitalarias. En pediatría, en la explicación de este fenómeno se han implicado múltiples factores, muy relacionados con el estilo de vida actual. Asistimos a un temor creciente de los padres a que sus hijos presenten una enfermedad grave. También la comodidad y la adecuación a sus horarios laborales y la actitud consumista propia de nuestra sociedad han incidido en generar este espectacular aumento de las consultas urgentes.

Objetivo

- Analizar las consultas pediátricas que se producen en el servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2016.
- Conocer los motivos de consulta más frecuentes en los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado durante el último trimestre del 2017. La población de estudio la formaban los niños de 0-14 años que acudieron al servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2016. Según datos del padrón municipal de Castilla la Mancha, en la población donde se ubica el centro sanitario existía una población pediátrica (0-14 años) de 6005 niños. La fuente de información utilizada fueron los registros de urgencias del Hospital en los diferentes turnos de trabajo (8-15h, 15-22h, 22-8h). Entre las variables que se recogieron se encontraban: La edad, el sexo, mes del año, turno de consulta, lugar de procedencia y categoría sintomática. Las categorías sintomáticas se clasificaron según el SET (Sistema Español de Triage) que es un sistema de clasificación que permite una gestión de los motivos de consulta.

Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y la media y desviación típica para las variables cuantitativas. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 22.0

Se solicitó autorización al centro para la explotación de los datos. Se respetó en todo momento la normativa legal vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado.

Resultados

En el año 2016 se atendieron un total de 5712 urgencias, lo que supone una frecuentación por 1000 habitantes de 951,20. El 52,5% (2996) de la muestra analizada fueron niños. La edad media de los niños se situó en 5,6 + 4,6 años. El 47,8% (2711) de las urgencias atendidas se llevaron a cabo en el turno comprendido entre las 15-22 h. El 77,8% (4449) de las urgencias atendidas procedían de la población de Tomelloso. Entre los principales motivos de consulta destacaron las lesiones y traumatismos 23% (1321) seguido de los síntomas respiratorios 18,6% (1061).

Conclusiones

Se observó una alta frecuentación en el servicio de urgencias en comparación con los datos consultados en el ámbito regional y nacional. Las consultas más frecuentes fueron las motivadas por lesiones o traumatismos dentro de la franja horaria comprendida entre las 15-22 horas.

Bibliografía

1. Fernández G , Martín G. *Urgencias Pediátricas atendidas en una consulta de Atención Primaria (I): Análisis de la demanda*. Aten Primaria 2000; 26: 76-80.
2. Fernández G, Martín G. *Urgencias Pediátricas atendidas en una consulta de Atención Primaria (II): Estudio epidemiológico*. Aten Primaria 2000; 26: 81-85.
3. Herranz B, Hernández R, Cáceres R, Castaños L, Rodríguez C. *Consultas Pediátricas Urgentes en un Centro de Salud*. An Esp Pediatr 1997;47:591-594.

Capítulo 238

Uso combinado de apósito hidrofibra con plata y apósito hidropolimérico de silicona en úlcera por presión

Autores:

Arias López-Peláez, Víctor Manuel

Arias Jiménez, Nicanor

USO COMBINADO DE APÓSITO HIDROFIBRA CON PLATA Y APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO DE SILICONA EN ÚLCERA POR PRESIÓN

INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras por presión, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial. El objetivo principal es el control de la infección local de la lesión, aumentar el confort para el paciente y conseguir el cierre completo de las lesiones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA. Caso Clínico

Hombre de 82 años, incontinente, diabético e hipertenso, encamado sin movilidad y totalmente dependiente. Presenta úlcera por presión localizada en trocánter derecho, con signos clínicos de infección, pronóstico vital grave debido a la úlcera.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1102. Curación de la herida: por primera intención. 1103. Curación de la herida: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 6540. Control de infecciones.	366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 654013. Poner en práctica precauciones universales. 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perforación tisular infectiva. R/C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	0401. Estado circulatorio. 0407. Perforación tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590. Vigilancia de la piel. 4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 4070. Precauciones circulatorias.	359006. Observar si hay infecciones, especialmente en la zonas edematosas. 359013. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). 406613. Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). 407004. Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. 407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. 407006. Evitar lesiones en la zona afectada. 407007. Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. 366028. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 407008. Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	0840. Cambio de posición. 1400. Manejo del dolor. 2210. Administración de analgésicos. 6482. Manejo ambiental: confort.	084017. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 084026. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 140019. Enseñar los principios de control del dolor. 140021. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 221001. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 648212. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. 648214. Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Se comienza tratamiento con desbridamiento enzimático con colagenasa cada 24 horas hasta conseguir reblandecer y limpiar la capa necrótica. Posteriormente se aplica apósito de hidrofibra de plata para reducir la infección a nivel local y controlar el exudado. Como apósito secundario aplicamos un apósito polimérico de silicona cada 48 horas hasta la curación.



Imagen 1: 15/05/17. Inicio de curas. Desbridamiento con colagenasa c/24h.



Imagen 2: 05/06/17. Inicio de tratamiento con hidrofibra de plata más apósito de silicona.



Imagen 3: 29/06/17. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 4: 29/07/17. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 5: 14/08/17. Curación completa hasta conseguir epitelización.

CONCLUSIONES

El control de la infección local representa un objetivo principal en estos pacientes, ante el riesgo de evolución desfavorable de la herida. El uso de apósito de hidrofibra con plata consiguen un adecuado control de la infección e igualmente el apósito de silicona se adapta al lecho de la herida respetando la piel periulceral y produce una gestión eficiente del exudado, manteniéndose en su sitio a pesar de la incontinencia y cambios posturales.

Resumen: El trabajo refleja un caso clínico de hombre de 82 años, incontinente, diabético e hipertenso, encamado y totalmente dependiente. Presenta úlcera por presión localizada en trocánter derecho, con signos de infección, pronóstico vital grave debido a la úlcera. Se ha utilizado protocolo de úlceras por presión con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó apósito de hidrofibra con plata y apósito hidropolimérico de silicona consiguiéndose buena evolución de la herida hasta la curación total.

Palabras Clave: Úlcera por presión; Apósito de hidrofibra con plata, apósito de silicona; Plan de cuidados de enfermería.

Introducción

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras por presión, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial. El objetivo principal es el control de la infección local de la lesión, aumentar el confort para el paciente y conseguir el cierre completo de la lesión en el menor tiempo posible.

Observación clínica

Caso Clínico: Hombre de 82 años, incontinente, diabético e hipertenso, encamado y totalmente dependiente. Presenta úlcera por presión localizada en trocánter derecho, con signos de infección, pronóstico vital grave debido a la úlcera.

Plan de cuidados enfermero

Diagnosticos Nanda

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo,

Resultados NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108. Nivel de malestar.

Intervenciones NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de la infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

Actividades

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no toxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024. Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006. Observar si hay infecciones, especialmente en zonas

edematosas, 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) ,407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre, 366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017. Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019. Enseñar los principios de control del dolor, 221001, determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212. Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad, 648214. Evitar expone la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas)

Discusión

Se comienza tratamiento con desbridamiento enzimático con colagenasa cada 24 horas hasta conseguir reblandecer y limpiar la capa necrótica. Posteriormente se aplica apósito de hidrofibra de plata para reducir la infección a nivel local y controlar el exudado. Como apósito secundario aplicamos un apósito hidropolimérico de silicona cada 48 horas hasta la curación.

Conclusiones

El control de la infección local representa un objetivo principal en estos paciente, ante el riesgo de evolución desfavorable de la herida. El uso de apósito de hidrofibra con plata consigue un adecuado control de la infección e igualmente el apósito de silicona se adapta al lecho de la herida respetando la piel periulceral produciendo una gestión eficiente del exudado, manteniéndose en su sitio a pesar de la incontinencia y cambios posturales.

Bibliografía

1. Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
2. <http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf>.
3. https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+por+presion.

Capítulo 239

Uso de vendaje multicapa en tratamiento de úlcera venosa

Autores:

Arias López-Peláez, Víctor Manuel

Arias Jiménez, Nicanor

USO DE VENDAJE MULTICAPA EN TRATAMIENTO DE ÚLCERA VENOSA

INTRODUCCIÓN

Las Úlceras venosas tiene un origen multicausal y son complicaciones de las insuficiencias venosas crónica. Representan entre el 80%-90% del total de las úlceras vasculares, por tanto son con las que la enfermería más frecuentemente se enfrenta sobre todo a nivel ambulatorio o domiciliario. Una vez que se desencadenan tienden a tener una evolución insidiosa, con dificultad por cicatrización, gran afectación de la piel circundante y frecuentes recidivas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA. Caso Clínico

Mujer de 75 años con insuficiencia venosa crónica que presenta úlceras de etiología venosa en extremidad inferior izquierda. La paciente padece diabetes, HTA y obesidad y tiene una deambulación limitada.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1102. Curación de la herida: por primera intención. 1103. Curación de la herida: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 6540. Control de infecciones.	366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 654013. Poner en práctica precauciones universales. 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfusión tisular inefectiva. R/C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	0401. Estado circulatorio. 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590. Vigilancia de la piel. 4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 4070. Precauciones circulatorias.	359006. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. 359013. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). 406613. Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). 407004. Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. 407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. 407006. Evitar lesiones en la zona afectada. 407007. Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. 366028. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 407008. Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	0840. Cambio de posición. 1400. Manejo del dolor. 2210. Administración de analgésicos. 6482. Manejo ambiental: confort.	084017. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 084026. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 140019. Enseñar los principios de control del dolor. 140021. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 221001. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 648212. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. 648214. Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Tras varios meses de curas con los métodos habituales sin lograr resultados y previa realización para ver compatibilidad de pulsos distales y doppler se comienza con vendaje multicapa el 3 de marzo 2017, las curas se realizan cada 7 días, sobre la herida se usa un apósito de alginato para control del exudado y posterior vendaje multicapa, evolucionando las lesiones favorablemente hasta la curación.



Imagen 1: 03/03/17. Inicio de curas.



Imagen 2: 03/03/17. Vendaje multicapa.



Imagen 3: 05/04/17. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 4: 05/05/17. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 5: 08/06/17. Curación completa hasta conseguir epiteliación.

CONCLUSIONES

El tratamiento con vendaje multicapa garantiza un óptimo retorno venoso y favorece la formación de tejido de granulación en úlceras venosas, acelerando la cicatrización, reduce el número de curas y el tiempo de resolución del problema, ahorrando costes y favoreciendo la comodidad del paciente. Por tanto la terapia compresiva puede ser el tratamiento más efectivo para el control de la presión y de la insuficiencia venosa.

Resumen: El trabajo refleja un caso clínico de mujer de 75 años con insuficiencia venosa crónica que presenta úlceras de etiología venosa en extremidad inferior izquierda. La paciente padece diabetes, HTA y obesidad y tiene una deambulación limitada. Se ha utilizado protocolo de úlceras venosas con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó sobre la herida un apósito de alginato para control del exudado y posterior vendaje multicapa, evolucionando las lesiones favorablemente hasta la curación.

Palabras Clave: Úlcera por venosa; Vendaje multicapa; Plan de cuidados de enfermería.

Introducción

Las úlceras venosas tienen un origen multicausal y son complicaciones de las insuficiencias venosas crónicas. Representan entre el 80%-90% del total de las úlceras vasculares, por tanto son con las que la enfermería más frecuentemente se enfrenta sobre todo a nivel ambulatorio o domiciliario. Una vez que se desencadenan tienden a tener una evolución insidiosa, con dificultad por cicatrización, gran afectación de la piel circundante y frecuentes recidivas.

Observación clínica

Caso Clínico: Mujer de 75 años con insuficiencia venosa crónica que presenta úlceras de etiología venosa en extremidad inferior izquierda. La paciente padece diabetes, HTA y obesidad y tiene una deambulación limitada.

Plan de cuidados enfermero

Diagnósticos NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo,

Resultados NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108. Nivel de malestar.

Intervenciones NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de las infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

Actividades

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no tóxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024. Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006. Observar si hay infecciones, especialmente en zonas

edematosas, 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) ,407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre, 366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017. Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019. Enseñar los principios de control del dolor, 221001, determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212. Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad, 648214. Evitar expone la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas)

Discusión

Tras varios meses de curas con los métodos habituales sin lograr resultados y previa realización para ver compatibilidad de pulsos distales y doppler se comienza con vendaje multicapa el 3 de marzo 2017, las curas se realizan cada 7 días, sobre la herida se usa un apósito de alginato para control del exudado y posterior vendaje multicapa, evolucionando las lesiones favorablemente hasta la curación.

Conclusiones

El tratamiento con vendaje multicapa garantiza un óptimo retorno venoso y favorece la formación de tejido de granulación en úlceras venosas, acelerando la cicatrización, reduce el número de curas y el tiempo de resolución del problema, ahorrando costes y favoreciendo la comodidad del paciente. Por tanto la terapia compresiva puede ser el tratamiento más efectivo para el control de la presión y de la insuficiencia venosa.

Bibliografía

1. *Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.*
2. <http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf>.
3. https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+venosas.
4. Carreño P. *Terapéutica de la compresión en el tratamiento de la úlcera de etiología venosa. Todo heridas.* 2010.

Capítulo 240

Uveítis intermedia

Autores:

Romero González Nicolás Josefa

Cencerrado García de la Galana, Jesús María

Donado Rubio de la Torre, Gema María

Faya Palomares, Sara

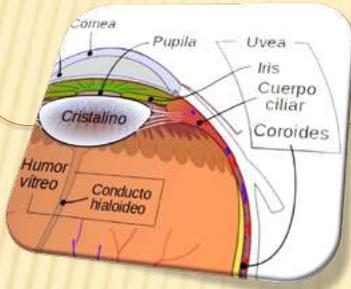
Hueso Espinosa, Juana

Uveitis

A propósito de un caso: Uveitis Intermedia / Pars Planitis

Introducción

- ✓ Inflamación de la Úvea
- ✓ Parte "blanca" del ojo
- ✓ Lámina intermedia del ojo
- ✓ > aporte sangre a retina



Causas

Infecciosas

Autoinmunes

Artritis reumatoide

Traumáticas

Síntomas

- ✓ Agudeza visual (visión borrosa)
- ✓ Miodesopsia: "moscas volantes" (células inflamatoria en humor vítreo)
- ✓ Ojo rojo.
- ✓ Dolor moderado a intenso



1º

- 3 años, 8 meses
- Acude a Urgencias por enrojecimiento y lagrimeo en ojo izdo.

- Recibe ALTA: con diagnóstico: Conjuntivitis alérgica
- Tto: Tobramicina oftálmica, presentando mejoría temporal.

Recidivas



2º

- 4 años acude al Pediatra como protocolo "Niño Sano".
- Se detecta: Pérdida de Agudeza visual.

- Se deriva Serv. Oftalmología donde se observa: "tres bancos de niebla".
- Con diagnóstico: UVEITIS PARS PLANITIS en ojo izdo. (poco frecuente en niñ@s)

- Diagnóstico final: UVEITIS ASINTOMÁTICA DE ARTRITIS
- Tto: TOBRADEX c/ 2h, 1 mes
- TRIGÓN Intraocular. 1 mes,
- REVISIONES c/mes

* Tto. Actual:

- Tratamiento biológico en estudio:
- HUMIRA, 0,4 ml c/ 15 días
- METOJECT 12.5 mg sc / 7 días, tras Humira
- ACFOL, 5 mg 1/día, 2-3 días tras Metoject
- Colirio Fml, 1 gota (4 veces al día)
- REVISIÓN c / 2 meses (Serv. De Oftalmología y Reumatología)

Discusión

- La paciente tiene 6 años en la actualidad.
- Presenta mejoría, aunque en estos últimos meses ha empezado a tener en el ojo dcho. los mismos síntomas que se presentaban al comienzo.

- Un aspecto importante: Desconocimiento del mecanismo de producción.
- Posible etiología ligada a patología de base autoinmune.
- No se descarta que la niña debute en el futuro con Artritis Raumatoide.
- Afecta al 8% de la población, siendo del 10-20% en niñ@s, aunque no de la temprana edad de nuestro caso clínico.
- Enfermedad que se hace crónica, pudiendo necesitar hasta 10 años de Tto. y sucesivas revisiones, si todo va favorablemente.

CONCLUSIONES

Resumen: *Uveítis Intermedia, también llamada Uveítis Pars Planitis.*

Es la inflamación de la úvea, lámina intermedia del ojo, situada entre la esclerótica y la retina.

La úvea aporta la mayor parte del suministro sanguíneo a la retina.

Existen variedad de causas, infecciosas, autoinmunes, traumatismos.. aunque en nuestro caso clínico ha sido causado por artritis reumatoide.

En el caso de Úvea Pars Planitis, existe disminución de agudeza visual, visión "moscas volantis", presencia de células inflamatorias en humor vítreo(miodesopsias), a veces fotofobia.

Palabras Clave: *Úvea; Esclerótica; Humor Vítreo.*

Observaciones clínicas

AP sin interés clínico.

Niñas de 3 años y 8 meses, que acude al servicio de urgencias por presentar en ojo izquierdo abundante lagrimeo. Fue diagnosticada como conjuntivitis alérgica. Se le da el alta con tratamiento; Tobramicina en gotas.

Esta situación, se repite en varias ocasiones, con los mismos síntomas, donde se le prescribe el mismo tratamiento.

A los 4 años, se le realiza la visita al pediatra como protocolo al niño sano, donde se descubre que tiene pérdida de agudeza visual. Es derivada al servicio de Oftalmología.

En la consulta de oftalmología ven inflamación del humor vítreo, con turbidez en vítreo central y "bancos de nieve" en 5, 6 y 7, de ahí la pérdida de agudeza visual. Llegando a un diagnóstico diferencial: ***Uveítis pars planitis media de ojo izquierdo.***

Enfermedad poco frecuente en niños.

Se diferencia de las demás uveítis, por encontrar células inflamatorias flotando en el humor vítreo. En ocasiones por su gran densidad, provocan opacidad, ocasionando pérdida importante de visión.

Diagnostico final: ***Uveítis asintomática de artritis.***

No se descarta, que la niña debute en un futuro con una artritis reumatoide.

Plan de cuidados

Tras obtener un diagnostico final y consultando con el servicio de reumatología del Hospital La Paz, se decide iniciar tratamiento con:

- Tobradex c/2h durante un mes, alargando las horas.
- Revisión en oftalmología cada mes.
- Trigon (corticoide), intraocular 1 mes.

Tratamiento actual:

- Metrotexato 10mg sc 1 vez por semana.
- Acfol 5 mg 1 comp/día, 2-3 días después del metrotexato.
- Revisiones al mes con analítica.
- Es vista por servicio de Oftalmología y Reumatología.

Discusión

- La niña tiene 6 años en la actualidad.
- Presenta mejoría, aunque en la actualidad ha empezado con los mismos síntomas de enrojecimiento y lagrimeo en ojo derecho.

Conclusión

- Un aspecto importante, es el desconocimiento al mecanismo de producción.
- Es posible, que esté ligado a una enfermedad de base autoinmune y no se descarta, en un futuro, que la niña debute en artritis reumatoide.
- Este tipo de uveítis afecta al 8%, siendo entre el 10-20% de los casos niños, aunque no de tan temprana edad, como la niña de nuestro caso clínico.
- Es una enfermedad crónica, que puede necesitar hasta unos 10 años de tratamiento y revisiones, si todo va favorablemente.

Bibliografía

1. Maciel G, Consani S, Facal J, Servioli L, Altieri V, Barrera M. *Uveitis -del síntoma al diagnóstico de las enfermedades autoinmunes sistémicas-*. Tendencias en Medicina. 2013; 43: 43-48. Disponible en: <http://clinicamedica1.com.uy/wp-content/uploads/2016/05/Uveitis.pdf>.

2. Majumder PD, Biswas J. *Pediatric uveitis: An update*. Oman J Ophthalmol. 2013; 6: 140–50. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref. Disponible en:] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872562/>.

3. Rosenberg KD, Feuer WJ, Davis JL. *Ocular complications of pediatric uveitis*. Ophthalmology 2004; 111:2299–306. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15582090>.

4. Tugal-Tutkun I: *Pediatric uveitis*. J Ophthal Vis Res. 2011; 6: 259-269. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306124/>.

Capítulo 241

Vacunación infantil ¿a favor o en contra? Comparativa de la concepción sobre vacunación infantil en madres de hijos de 0-18 años con residencia en el ámbito rural frente a las de ámbito urbano

Autores:

Gómez Gutiérrez, María José

Camacho Dorado, Elena

Vivar López-Bueno, Silvia

VACUNACIÓN INFANTIL: ¿A FAVOR O EN CONTRA?

Comparativa de la concepción sobre vacunación infantil en madres de hijos de 0-18 años con residencia en el ámbito rural frente a las de ámbito urbano

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1975 se implantara en España el primer calendario oficial de vacunación infantil sistemática, las vacunas han sido consideradas uno de los pilares básicos de la Salud Pública y Comunitaria en nuestro país. No obstante, están surgiendo **nuevas corrientes** en la sociedad actual –sobre todo, en áreas urbanas– que vierten o creen bulos acerca de las vacunas, considerando la inmunidad adquirida artificial como algo absolutamente perjudicial y nocivo para la salud de los niños.

OBJETIVOS

- ▶ Estudiar la concepción de las madres sobre vacunación infantil.
- ▶ Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción sobre las vacunas y el lugar de residencia.
- ▶ Identificar las repercusiones negativas de dichas creencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, con una muestra formada por:

GRUPO 1: 110 madres ámbito rural

GRUPO 2: 110 madres ámbito urbano



91 ♀ cumplían



86 ♀ cumplían

CRITERIOS
 ✓ INCLUSIÓN: ♀, madres con hijos de 0-18 años, residentes en las áreas de estudio.
 ✗ EXCLUSIÓN: deterioro cognitivo, ♀ sin hijos/hijos > 18 años, residentes otras áreas.

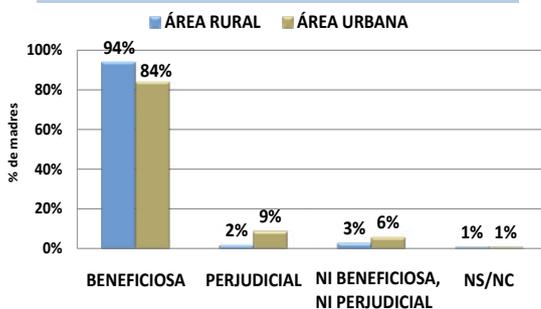


Se han repartido encuestas con 10 preguntas cerradas – respuesta única o múltiple – y 2 abiertas para ampliar.



Intervalos de confianza (IC95%), Chi-cuadrado, $p < 0,05$. Programa estadístico SPSS para el análisis de datos.

GRÁFICO 1. ¿Qué concepto tiene sobre la vacunación infantil en relación a la salud de su hijo/s?



RESULTADOS

TABLA 1. CONCEPCIÓN VACUNACIÓN INFANTIL

	n	%	n	%	DESVIACIÓN ESTANDAR (DE)	INTERVALO CONFIANZA (IC95%)
BENEFICIOSA ✓	85	94%	72	84%	9,19	77,15-79,85
PERJUDICIAL ✗	2	2%	8	9%	4,24	4,38-5,63

$\chi^2 = 4,8874$; χ crítico = 3,8415; nivel de significación $p = 0,0271$
 $p < 0,05 \rightarrow$ se rechaza la H_0 que afirmaba que las diferencias entre área rural y urbana eran debidas al azar, ya que existen diferencias significativas.

GRÁFICO 2. ¿Por qué piensa que la vacunación infantil es perjudicial para la salud de su hijo/s?
 (Podían seleccionarse varias respuestas, por ello, suma más del 100%)

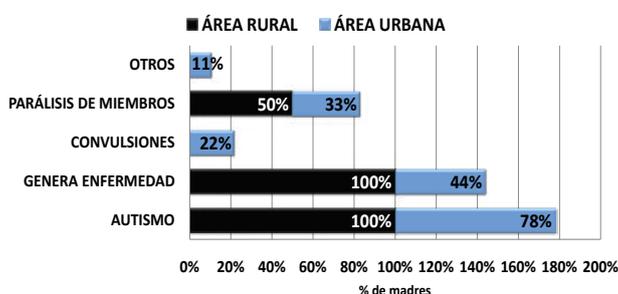
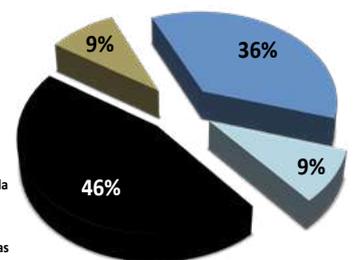


GRÁFICO 3. ¿Cómo repercuten en su hijo, las creencias negativas de Ud. sobre la vacunación?

- RECHAZO TOTAL/PARCIAL de inclusión en calendario vacunal + REMEDIOS NATURALES/HOMEOPATÍA
- RECHAZO TOTAL/PARCIAL de inclusión en calendario vacunal, SIN USO DE OTROS MÉTODOS
- RECHAZO TOTAL/ PARCIAL de inclusión en calendario vacunal + INMUNIZACIÓN DIRECTA NATURAL (por ej, la "fiesta del sarampión" con niños contagiados)
- INCLUSIÓN EN CALENDARIO VACUNAL pese a creencias negativas



CONCLUSIONES

- ▶ La mayoría de madres –tanto de ámbito rural como urbano– considera que la vacunación infantil tiene **efectos beneficiosos** sobre la salud de sus hijos. Sin embargo, existe una notable discordancia en relación al número de madres que las consideran **perjudiciales**, alcanzando cifras preocupantes en el ámbito urbano.
- ▶ Existen **diferencias estadísticamente significativas** entre la concepción de las vacunas y el lugar de residencia, es decir, se rechaza la H_0 que afirmaba que las diferencias de creencias entre las madres de ambos ámbitos eran debidas al azar.
- ▶ La **principal repercusión** negativa es el rechazo a la inclusión en el calendario vacunal junto a remedios naturales/homeopatía.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ AEP: Asociación Española de Pediatría. Calendario de vacunaciones sistemáticas de pediatría y recomendaciones de la AEP 2018 [Internet]. Madrid: 2018
- ▶ OMS: Organización Mundial de la Salud. Questions and answers on immunization and vaccine safety [Internet]. Ginebra: 2017
- ▶ López-Gofí I, Iturbide O. Las vacunas funcionan: guía de la Universidad de Navarra y Universidad Pompeu Fabra. Pamplona: Psylcom ediciones; 2015. p 1-25.
- ▶ IMÁGENES: freepik.es; GRÁFICOS: elaboración propia

Resumen: *Introducción: el movimiento antivacunas está alcanzando un alto grado de influencia en la población urbana. Objetivo: determinar si existen diferencias significativas entre la concepción sobre vacunas y el lugar de residencia. Material y métodos: estudio descriptivo transversal con una muestra formada por 2 grupos de 220 madres rurales y urbanitas; criterios de inclusión/exclusión; intervalos de confianza (IC95%); Chi-cuadrado; p.*

Palabras Clave: *Inmunoterapia activa; Movimiento anti-vacunación; Niño.*

Introducción

Desde que en 1975 se implantara en España el primer calendario oficial de vacunación infantil sistemática, las vacunas han sido consideradas uno de los pilares básicos de la Salud Pública y Comunitaria en nuestro país. No obstante, están surgiendo nuevas corrientes en la sociedad actual (sobre todo, en áreas urbanas) que o vierten o creen bulos acerca de las vacunas, considerando la inmunidad adquirida artificial como algo absolutamente perjudicial y nocivo para la salud de los niños.

Objetivos

- Estudiar la concepción de las madres sobre vacunación infantil.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción sobre las vacunas y el lugar de residencia.
- Identificar las repercusiones negativas de dichas creencias.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal con una muestra formada por 2 grupos.

El Grupo 1 estaba formado por 110 madres de ámbito rural con residencia en Porzuna, El Robledo y El Trincheto. El Grupo 2 estaba constituido por 110 madres de ámbito urbano con residencia en Madrid y Granada.

Los criterios de inclusión fueron: Ser mujer, madre con hijos de 0 a 18 años y ser residente en las áreas de estudio. Los criterios de exclusión fueron: sufrir deterioro cognitivo, mujeres sin hijos o con hijos mayores de 18 años, y ser residentes en otras áreas no sometidas a estudio.

Estos criterios de inclusión y exclusión fueron cumplidos por 91 mujeres del ámbito rural y 86 del ámbito urbano. Para llevar a cabo el estudio, se repartieron encuestas con 10 preguntas cerradas de respuesta única o múltiple más 2 preguntas abiertas para ampliar información.

En cuanto a la estadística, se han utilizado intervalos de confianza del 95% (IC95%), contraste de hipótesis Chi-cuadrado y nivel de significación $p < 0,05$. Asimismo, se ha empleado el programa estadístico informático SPSS para el análisis de datos.

Resultados

A la cuestión “¿qué concepto tiene Usted sobre la vacunación infantil en relación a la salud de su hijo/s?” un 94% de las madres de ámbito rural (desviación estándar $DE=9,19$; $IC95%=77,15-79,85$) y un 84% de las de ámbito urbano ($DE=4,24$; $IC95%=4,38-5,63$) piensan que es beneficiosa para la salud de sus hijos. Un 2% de las madres de ámbito rural y un 9% de las de ámbito urbano piensan que es perjudicial para la salud de sus hijos. Un 3% de las madres de ámbito rural y un 6% de las de ámbito urbano piensan que la vacunación no es ni beneficiosa ni perjudicial para sus hijos. Un 1% de las madres de ámbito rural y del ámbito urbano no saben o no contestan.

Si realizamos un contraste de hipótesis Chi cuadrado, los resultados obtenidos son: Chi cuadrado=4,8874; Chi crítico=3,8415; nivel de significación $p=0,0271$. Se rechaza la hipótesis nula que afirmaba que las diferencias entre área rural y urbana eran debidas al azar. Por tanto, como $p<0,05$ podemos establecer que existen diferencias estadísticamente significativas entre la opinión de las madres de ámbito rural y las de ámbito urbano sobre la vacunación infantil.

Con respecto a la pregunta “¿por qué piensa que la vacunación es perjudicial para la salud de su hijo/s?” (podían seleccionarse varias respuestas, por lo que se dan datos que suman más de un 100%) un 100% de las madres de ámbito rural que piensan que es perjudicial y un 78% de las de ámbito urbano piensan que las vacunas producen autismo. Un 100% de las madres de ámbito rural que piensan que es perjudicial y un 44% de las de ámbito urbano opinan que las vacunas generan la enfermedad de la que se vacuna. Un 50% de las madres de ámbito rural que piensan que es perjudicial y un 33% de las de ámbito urbano creen que las vacunas producen parálisis de miembros. Un 22% de las madres de ámbito urbano que piensan que es perjudicial piensan que las vacunas producen convulsiones. Un 11% de las madres de área urbana seleccionan otras causas.

Por último, si analizamos las respuestas a la cuestión “¿Cómo repercuten en su hijo/s las creencias negativas de usted sobre la vacunación?” un 46% de las madres lo materializa en un rechazo total o parcial de la inclusión en el calendario vacunal de su hijo/s, sustituyéndolo por remedios naturales y homeopatía; un 36% de las madres confiesa realizar un rechazo total o parcial de la inclusión en el calendario vacunal de su hijo/s, sustituyéndolo por inmunización directa natural (como por ejemplo la “fiesta del sarampión” con niños infectados para contagiar a los demás niños); un 9% de las madres lo materializa en un rechazo total o parcial de la inclusión en el calendario vacunal de su hijo/s, sin sustituirlo con otros métodos alternativos; y un 9% de las madres afirma que incluye a su hijo en el calendario vacunal infantil pese a sus creencias negativas sobre la vacunación.

Conclusiones

- La mayoría de madres (tanto de ámbito rural como urbano) considera que la vacunación infantil tiene efectos beneficiosos sobre la salud de sus hijos. Sin embargo, existe una notable discordancia en relación al número de madres que las consideran perjudiciales, alcanzando cifras preocupantes en el ámbito urbano.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción de las vacunas y el lugar de residencia, es decir, se rechaza la H_0 que afirmaba que las diferencias de creencias entre las madres de ambos ámbitos eran debidas al azar.
- La principal repercusión negativa es el rechazo a la inclusión en el calendario vacunal junto a remedios naturales/homeopatía.

Bibliografía

1. AEP: Asociación Española de Pediatría. *Calendario de vacunaciones sistemáticas de pediatría y recomendaciones de la AEP 2018* [Internet]. Madrid: 2018 [fecha de visualización 15 Ene 2018; 2 pantallas]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvac-aep-2018-razones-y-bases.pdf>.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Questions and answers on immunization and vaccine safety* [Internet]. Ginebra: 2017 [fecha de visualización 12 Ene 2018; 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/84/en/>.
3. López-Goñi I, Iturbide O. Las vacunas funcionan: guía de la Universidad de Navarra y Universidad Pompeu Fabra. Pamplona: Psylicom ediciones. 2015; 1-25.
4. Aparicio M. *Antivacunas: Un reto para el pediatra*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:107-110.
5. López MA. *Los movimientos antivacunación y su presencia en Internet*. Rev Ene. 2015; 9(3):55-60.

Capítulo 242

Valoración del dolor del paciente vascular en su ingreso hospitalario

Autores:

Collada Fernández, Laura

Monzón Ferrer, Adrián

Marín González, Almudena

García Sosa, María

Fernández Rodríguez, Eva María

VALORACIÓN DEL DOLOR DEL PACIENTE VASCULAR EN SU INGRESO HOSPITALARIO

Autores:

INTRODUCCIÓN

La enfermedad arterial periférica (EAP) aparece por la estenosis u obstrucción del flujo sanguíneo arterial en miembros inferiores (MMII).

Podemos diferenciar entre isquemia aguda o isquemia crónica, siendo esta última la más frecuente, sobretodo en pacientes que precisan ingreso hospitalario programado.

La *clasificación de Fontaine* relaciona la evolución con la sintomatología en 4 estadios, aumentando el dolor según el grado que presente.

CLASIFICACION DE FONTAINE	
GRADO I	Asintomático. Detectable con índice tobillo brazo < 0,9
GRADO IIa	Claudicación intermitente no limitante
GRADO IIb	Claudicación intermitente limitante
GRADO III	Dolor o parestias en reposo
GRADO IV	Gangrena establecida. Lesiones tróficas.
GRADO III Y o IV	Isquemia crítica. Riesgo de pérdida de extremidad.

El dolor de este tipo de pacientes es de difícil control, incapacitante, con aumento nocturno y sobretodo al mantener reposo en supino.

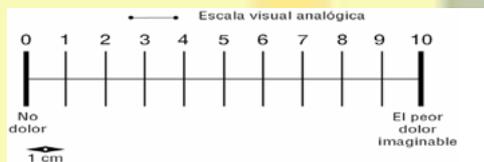
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional descriptivo

Periodo de estudio: Del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2017

Población a estudio: Pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascular en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascular) del Hospital General U. de Ciudad Real.

Se recogieron los datos a través de un cuestionario "ad hoc" que constaba de varias partes. El nivel de dolor fue recogido a través de la *Escala Visual Analógica* (EVA)



Serrano-Atero M, et al. Valoración del dolor (I). Rev. Soc. Esp. Dolor. 2002; 9: 94-108.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes que ingresaron refirieron dolor desde leve a severo, exceptuando los programados para EDA carotidea. Es llamativo que el paciente al que se le va a realizar una arteriografía de MMII siempre refiere sentir dolor, sea leve, moderado o incluso severo. Lo que sugiere que este tipo de pacientes abarcan todos los estadios de evolución de la EAP. Prevenir la aparición del dolor tanto con medidas farmacológicas como no farmacológicas mejorara la calidad de vida del paciente durante su ingreso hospitalario

BIBLIOGRAFÍA

PEDROSA, D. Fernanda, A. et al. Evaluation of the perception of chronic ischemic pain in humans with peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Nursing*, 2014, vol. 32, no 3, p. 82-87.

Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [Internet]. 2005 Mar [citado 2018 Feb 26]; 28(3): 33-37.

Hernando, F.; Serrano, J.; Conejero, A.. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Revista española de cardiología*, 2007, vol. 60, no 9, p. 969-982.

HIPÓTESIS

La mayoría de los pacientes de cirugía vascular presentan dolor crónico a causa de la isquemia crónica que sufren.

OBJETIVOS

Conocer la intensidad del dolor del paciente de tipo vascular al ingreso en la unidad de Cirugía Vascular del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

RESULTADOS

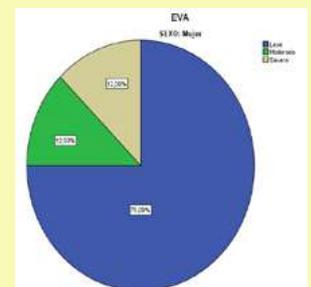
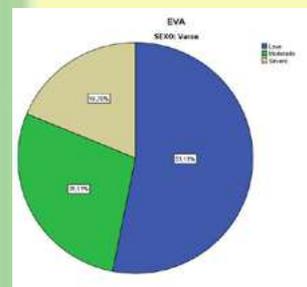
El 47% de los pacientes ingresaron con un dolor leve según la escala EVA, 25% moderado y 17,5% severo.

La mayoría de las mujeres refieren sentir un dolor leve en un 75%. En hombres el dato baja al 53,13 %.

Tipo de intervención:

La EDA, FAV o arteriografía se relaciona más al ingreso con ausencia de dolor o leve. Mientras que la arteriografía tiene el 50 % con dolor moderado y el 42,9 con severo, seguido del by pass con un 28,6% severo y la amputación 20% moderado.

	DOLOR LEVE		DOLOR MODERADO		DOLOR SEVERO	
	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE
TOTAL	57,5		25		17,5	
TOTAL	75	53,13	12,50	28,13	12,50	18,75
ARTERIOGRAFÍA	17,4		50		42,9	
AMPUTACIÓN	13		20		14,3	
EDA	26,1		10		-	
FAV	17,4		-		-	
BY PASS	8,7		10		28,6	
ENDOPRÓTESIS	8,7		-		14,3	
TEV	4,3		-		-	



Resumen: La enfermedad arterial periférica (EAP) aparece por la estenosis u obstrucción del flujo sanguíneo arterial en miembros inferiores (MMII).

Podemos diferenciar entre isquemia aguda o isquemia crónica, siendo esta última la más frecuente, sobretodo en pacientes que precisan ingreso hospitalario programado.

Palabras Clave: Peripheral artery disease; chronic pain.

Introducción

La clasificación de Fontaine relaciona la evolución con la sintomatología en 4 estadios, aumentando el dolor según el grado que presente.

El dolor de este tipo de pacientes es de difícil control, incapacitante, con aumento nocturno y sobretodo al mantener reposo en supino.

La mayoría de los pacientes de cirugía vascular presentan dolor crónico a causa de la isquemia crónica que sufren.

Objetivo

Nuestro objetivo era conocer la intensidad del dolor del paciente de tipo vascular al ingreso en la unidad de Cirugía Vascular del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Material y métodos

Usamos un estudio tipo Observacional descriptivo durante los meses de octubre a enero del 2017. La población de estudio utilizada fueron los pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascular en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascular) del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Se recogieron los datos a través de un cuestionario "ad hoc" que constaba de varias partes. El nivel de dolor fue recogido a través de la Escala Visual Analógica (EVA).

Resultados

El 47% de los pacientes ingresaron con un dolor leve según la escala EVA, 25% moderado y 17,5% severo.

La mayoría de las mujeres refieren sentir un dolor leve en un 75%. En hombres el dato baja al 53,13 %.

La EDA, FAV o arteriografía se relacionaron más al ingreso con ausencia de dolor o leve. Mientras que la arteriografía tiene el 50 % con dolor moderado y el 42,9 con severo, seguido del by pass con un 28,6% severo y la amputación 20% moderado.

Todos los pacientes que ingresaron refirieron dolor desde leve a severo, exceptuando los programados para EDA carotídea.

Conclusiones

Es llamativo que el paciente al que se le va a realizar una arteriografía de MMII siempre refiere sentir dolor, sea leve, moderado o incluso severo. Lo que sugiere que este tipo de pacientes abarcan todos los estadios de evolución de la EAP.

Es muy importante prevenir la aparición del dolor tanto con medidas farmacológicas como no farmacológicas para mejorar la calidad de vida del paciente durante su ingreso hospitalario.

Bibliografía

1. Pedrosa, D. Fernanda, A. et al. *Evaluation of the perception of chronic ischemic pain in humans with peripheral arterial disease*. Journal of Vascular Nursing, 2014, vol. 32, no 3, p. 82-87.
2. Puebla Díaz F. *Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico*. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2018 Feb 26] ; 28(3): 33-37.
3. Hernando, F.; Serrano, J.; Conejero, A. *Enfermedad arterial periférica: Aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos*. Revista Española de Cardiología, 2007, vol. 60, no 9, p. 969-982.

Capítulo 243

Valoración del dolor postoperatorio en un hospital tras implantación de unidad del dolor agudo

Autores:

Correal Puime, Julián

Núñez Delgado, Cristina

Mozos Salcedo, Luis

Talavera Gijón, Estíbaliz

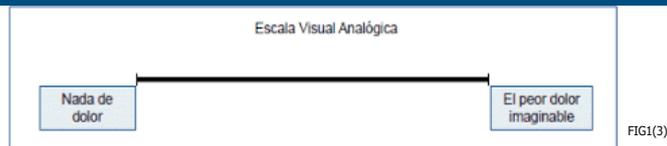
Fernández Blanco, Purificación

Higuera Arévalo, Ana Belén

VALORACIÓN ENFERMERA DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN UN HOSPITAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA UNIDAD DEL DOLOR AGUDO.

INTRODUCCIÓN

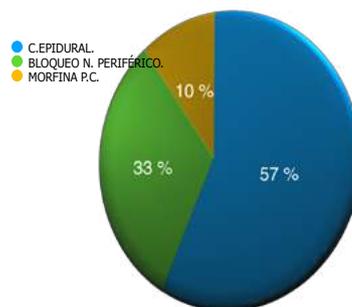
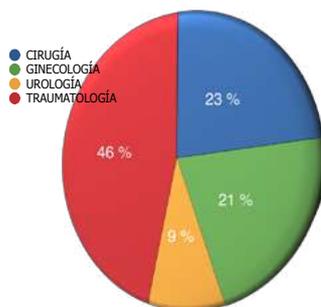
Existen evidencias de que el control adecuado del dolor agudo postquirúrgico (DAP) aumenta la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria (1). La implantación de Unidades de Dolor Agudo (UDA) se relacionan directamente con un mejor control de este DAP. Para poner en marcha una UDA el primer paso es conocer el nivel de dolor de los pacientes postquirúrgicos. El personal de Enfermería de una UDA debe conocer como valorar este dolor pese a su dificultad al ser una experiencia subjetiva. Para ello nos valemos de escalas que nos permiten evaluarlo de una manera individualizada y lo mas correctamente posible.(2)



MUESTRA Y METODOS

Realizamos un estudio Descriptivo Transversal Prospectivo. Se aplica la escala EVA a los pacientes intervenidos, a las 24h y 48h desde la salida de quirófano.

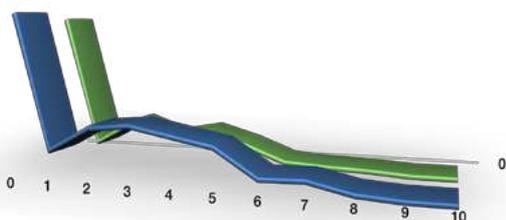
La muestra estudiada corresponde a 299 pacientes intervenidos durante el año 2017, procedentes de las especialidades de Traumatología, Cirugía, Ginecología y Urología. Dependiendo de la intervención se elige la técnica anestésica más apropiada: catéter epidural, bloqueo nervio periférico y perfusión cloruro mórfico.



299

— EVA 24H

— EVA 48H



RESULTADOS

En cuanto dolor postoperatorio consideramos como dolor controlado, cualquier valor en la escala EVA por debajo de 4. (4)

Del total de nuestros pacientes el valor más alto en la escala EVA a las 24h fue de 8 en dos ocasiones y en nueve ocasiones se reflejó un EVA de 7 y tan solo 47 pacientes situaron su valor por encima de 4, resultando un EVA medio a las 24 H de 2,057

A las 48 horas se recogió como valor más alto en dos ocasiones un valor de 8 y en tres ocasiones de 7, de todos estos tan solo 27 pacientes situaron su dolor por encima de 4, resultando en EVA medio a las 48 horas de 1,72.

CONCLUSIONES

Podemos concluir dada nuestra amplia muestra a estudio que los pacientes sometidos a una intervención en nuestro Hospital están bien controlados en cuanto el dolor Postoperatorio. Para ello la instauración de la UDA y el papel de la enfermería es clave en la detección temprana del dolor junto al paciente, para llevar a cabo las intervenciones necesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Azcoitia, M; De Andrés, J A ; Torres, LM; Vidal, M A; Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España.PATHOS. Revista de la Sociedad Española de Dolor.14 (2007);8:550-567.
2. Torres, L M ; Vidal, M A ; Eizaga, R ; Pérez, A C ; Aragón, M C ; Collado, F. Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional. Revista de la Sociedad Española de Dolor 15 (2008);1: 28-40.
3. EDUPAC. <http://www.mieloma.com/v2/dolor-oncologico-escala-visualanalogica-df68.htm>.
4. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? Pain Pract 2003;3(4):310-316.

Resumen: La implantación de las Unidades de Dolor Agudo en hospitales se relaciona con una disminución de la morbilidad postoperatoria y un manejo del dolor agudo tras una intervención.

Mediante nuestro trabajo intentamos conocer el papel de la enfermería en estas unidades, como realizamos la medición del dolor y como comprobamos que el dolor postoperatorio se maneja mejor dentro de este ámbito.

Palabras Clave: Dolor; Postoperatorio; Hospital.

Introducción

Existen evidencias de que el control adecuado del dolor agudo postquirúrgico (DAP) aumenta la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria. La implantación de Unidades de Dolor Agudo (UDA) se relacionan directamente con un mejor control de este. Para poner en marcha una UDA el primer paso es conocer el nivel de dolor de los pacientes postquirúrgicos. El personal de Enfermería de una UDA debe conocer como valorar este dolor pese a su dificultad al ser una experiencia subjetiva. Para ello nos valemos de escalas que nos permiten evaluarlo de una manera individualizada y lo mas correctamente posible.

Muestra y métodos

Realizamos un estudio Descriptivo Transversal Prospectivo. Se aplica la escala EVA a los pacientes intervenidos, a las 24 h. y 48 h. desde la salida de quirófano.

La muestra estudiada corresponde a 299 pacientes intervenidos durante el año 2017, procedentes de las especialidades de Traumatología, Cirugía, Ginecología y Urología. Dependiendo de la intervención se elige la técnica anestésica más apropiada, entre catéter epidural, bloqueo nervio periférico y perfusión cloruro mórfico.

Resultados

En cuanto dolor postoperatorio consideramos como dolor controlado, cualquier valor en la escala EVA por debajo de 4.

Del total de nuestros pacientes el valor más alto en la escala EVA a las 24h fue de 8 en dos ocasiones y en nueve ocasiones se reflejó un EVA de 7 y tan solo 47 pacientes situaron su valor por encima de 4, resultando un EVA medio a las 24 H de 2,057.

A las 48 horas se recogió como valor más alto en dos ocasiones un valor de 8 y en tres ocasiones de 7, de todos estos tan solo 27 pacientes situaron su dolor por encima de 4, resultando en EVA medio a las 48 horas de 1,72.

Conclusiones

Podemos concluir dada nuestra amplia muestra a estudio que los pacientes sometidos a una intervención en nuestro Hospital están bien controlados en cuanto el dolor Postoperatorio. Para ello la instauración de la UDA y el papel de la enfermería es clave en la detección temprana del dolor junto al paciente, para llevar a cabo las intervenciones necesarias.

Bibliografía

1. Moreno-Azcoitia, M; De Andrés, JA ; Torres, LM; Vidal, MA; *Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España*. Pathos. Revista de la Sociedad Española de Dolor. 14 (2007); 8: 550-567.
2. Torres, LM; Vidal, MA; Eizaga, R; Pérez , AC; Aragón, MC; Collado, F. *Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional*. Revista de la Sociedad Española de Dolor 15 (2008);1: 28-40.
3. EDUPAC. <http://www.mieloma.com/v2/dolor-oncologico-escala-visualanalogica-df68.htm>.
4. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. *The numeric rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure?* Pain Pract 2003; 3(4): 310- 316.

Capítulo 244

Valoración del nivel de ansiedad ante el ingreso hospitalario del paciente de etiología vascular

Autores:

Monzón Ferrer, Adrián

Collada Fernández, Laura

Díaz Barajas, Nuria

Pardo Mora, M^a Consuelo

Prado Laguna, M^a Carmen

Parra Fernández, M^a Laura

VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD ANTE EL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE DE ETIOLOGÍA VASCULAR

Autores:

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad se ha convertido en uno de los desordenes mentales de mayor prevalencia en los últimos años. En un estudio realizado por la OMS sobre 25.000 pacientes la incidencia de la ansiedad aparece en un 8,8% de la población.¹ En España se han encontrado resultados de prevalencia de la enfermedad de 13,8%.² Existen una serie de factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad, el ingreso hospitalario es uno de ellos. El paciente vascular no es ajeno a esta situación y su propia patología hace que del ingreso hospitalario un momento de incertidumbre y de potencial desarrollo de un cuadro de ansiedad.

HIPÓTESIS

La patología vascular es un factor de riesgo en la aparición de ansiedad ante el ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional descriptivo

Periodo de estudio: Del 1 de octubre al 31 de diciembre 2017.

Población a estudio: Pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascular en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascular) del Hospital General U. de Ciudad Real.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario "ad hoc" que incluía varias partes. La variable ansiedad fue recogida a través de la "Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg", utilizando la subescala de ansiedad (Figura 1). La escala consta de 9 puntos y el punto de corte de ansiedad probable queda determinada en 4.

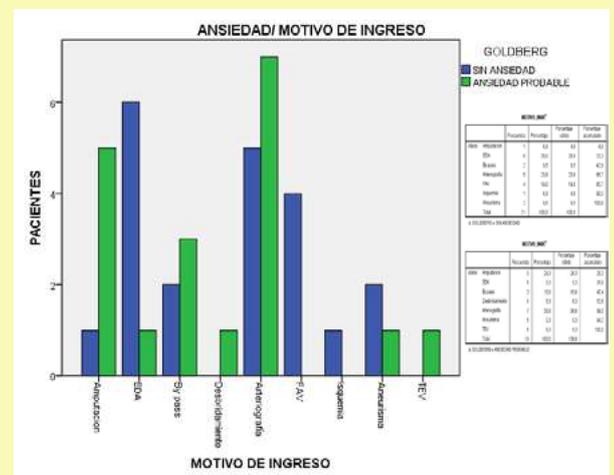
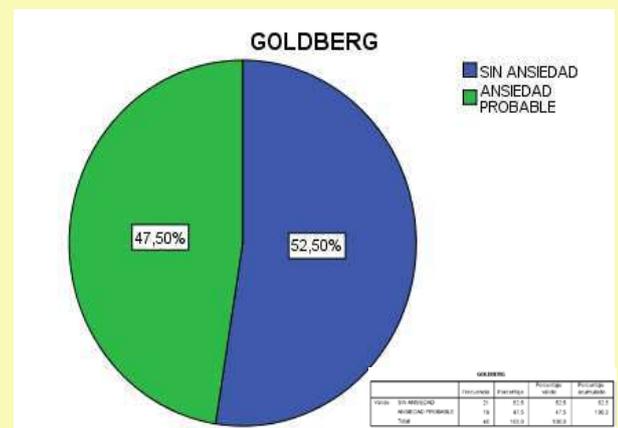
Escala de EADG - (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal:	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

Figura 1. Subescala de Ansiedad (Goldberg)

Recuento	SEXO		Total
	Varón	Mujer	
GOLDBERG SIN ANSIEDAD	16	5	21
ANSIEDAD PROBABLE	16	3	19
Total	32	8	40

OBJETIVO

- Conocer al nivel de ansiedad del paciente vascular ante el ingreso hospitalario.
- Determinar si el nivel de ansiedad esta relacionado con el tipo de intervención a la que va a someter el paciente.



RESULTADOS

En un 52,5 % de los casos el paciente vascular no presenta ansiedad por el ingreso hospitalario, siendo mayoritarios los varones que presentan ansiedad. Si bien el motivo de ingreso determina el incremento del nivel de ansiedad. Los motivos de ingreso con mayor nivel de ansiedad son arteriografía (36,8%), amputación (26,3%) y by pass (15,8%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldberg, DP & Lecrubier, Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. En : Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) Mental illness in general health care. An international study. Wiley.
2. Chocrón Bentata, L, Vilalta Franch, J, Legazpi Rodríguez, I, Auquer, K, Franch, L. (1995). Prevalencia de Psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 16, 586-90.

CONCLUSIONES

La patología vascular no es a priori un factor de riesgo para la presencia de ansiedad ante el un ingreso hospitalario. Si bien la incertidumbre ante el resultado de la intervención como es el caso de la arteriografía o las intervenciones más graves como la amputación o el by pass tienen mayor incidencia de ansiedad. Ante estos motivos de ingresos el conjunto de los miembros del equipo sanitario deberían detectar aquellos síntomas que indiquen que el paciente se encuentra con un alto nivel de ansiedad. Las intervenciones tempranas por parte del equipo asistencial para disminuir la ansiedad va a mejorar el post-operatorio del paciente.

Resumen: El trastorno de ansiedad se ha convertido en uno de los desordenes mentales de mayor prevalencia en los últimos años. En un estudio realizado por la OMS sobre 25.000 pacientes la incidencia de la ansiedad aparece en un 8,8% de la población. En España se han encontrado resultados de prevalencia de la enfermedad de 13,8%. En el entorno del HGUCR un 52,5 % de los casos, el paciente vascular no presenta ansiedad por el ingreso hospitalario, siendo mayoritarios los varones que presentan ansiedad. Las intervenciones tempranas del equipo asistencial para disminuir la ansiedad va a mejorar el post-operatorio del paciente.

Palabras Clave: Ansiedad; Ingreso; Hospital.

Introducción

El trastorno de ansiedad se ha convertido en uno de los desordenes mentales de mayor prevalencia en los últimos años. En un estudio realizado por la OMS sobre 25.000 pacientes la incidencia de la ansiedad aparece en un 8,8% de la población.¹ En España se han encontrado resultados de prevalencia de la enfermedad de 13,8%.² Existen una serie de factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad, el ingreso hospitalario es uno de ellos. El paciente vascular no es ajeno a esta situación y su propia patología hace que del ingreso hospitalario un momento de incertidumbre y de potencial desarrollo de un cuadro de ansiedad.

Hipótesis

La patología vascular es un factor de riesgo en la aparición de ansiedad ante el ingreso hospitalario

Objetivo

Conocer al nivel de ansiedad del paciente vascular ante el ingreso hospitalario.

Determinar si el nivel de ansiedad esta relacionado con el tipo de intervención a la que va a someter el paciente.

Material y métodos

- Tipo de estudio: Observacional descriptivo
- Periodo de estudio: Del 1 de octubre al 31 de diciembre 2017.
- Población a estudio: Pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Vascular en la Unidad UH4B (Neurocirugía/Cirugía Vascular) del Hospital General U. de Ciudad Real.
- La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario “ad hoc” que incluía varias partes. La variable ansiedad fue recogida a través de la “Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg”, utilizando la subescala de ansiedad (Figura 1). La escala consta de 9 puntos y el punto de corte de ansiedad probable queda determinada en 4.

Resultados

En un 52,5 % de los casos el paciente vascular no presenta ansiedad por el ingreso hospitalario, siendo mayoritarios los varones que presentan ansiedad. Si bien el motivo de ingreso determina el incremento del nivel de ansiedad. Los motivos de ingreso con mayor nivel de ansiedad son arteriografía (36,8%), amputación (26,3%) y by-pass (15,8%).

Conclusiones

La patología vascular no es a priori un factor de riesgo para la presencia de ansiedad ante el un ingreso hospitalario. Si bien la incertidumbre ante el resultado de la intervención como es el caso de la arteriografía o las intervenciones más graves como la amputación o el by-pass tienen mayor incidencia de ansiedad. Ante estos motivos de ingresos el conjunto de los miembros del equipo sanitario deberían detectar aquellos síntomas que indiquen que el paciente se encuentra con un alto nivel de ansiedad. Las intervenciones tempranas por parte del equipo asistencial para disminuir la ansiedad va a mejorar el post-operatorio del paciente.

Bibliografía

1. Goldberg, DP & Lecrubier, Y (1995). *Form and frequency of mental disorders across centres*. En: Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) *Mental illness in general health care. An international study*. Wiley.
2. Chocrón Bentata, L, Vilalta Franch, J, Legazpi Rodríguez, I, Auquer, K, Franch, L. (1995). *Prevalencia de Psicopatología en un Centro de Atención Primaria*. *Atención Primaria*, 16, 586-90.
3. Koivula M, Tarkka M-T, Tarkka M, Laippala P, Paunonen-Ilmonen M. *Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process*. *Int J Nurs Stud*. 2002;39 (8): 811-22.

Capítulo 245

Ventajas de la reconstrucción mamaria tipo DIEP. Papel de enfermería

Autores:

Plazuelo Lozano, Josefina

Luque Ruiz, Rafael

Sánchez Gaitán, Elena María

Peña de la Cruz, Ana María

Espadas Barba, Juan

Morales Clemente, Noemí

VENTAJAS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA TIPO DIEP. PAPEL DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS:

El cáncer de mama sigue siendo el más frecuente en la mujer. La reconstrucción mamaria es un paso esencial hacia la normalidad, no sólo restituye un órgano perdido, sino que ayuda a recobrar la propia imagen, el equilibrio psicológico y significa un gran paso adelante en la lucha contra las secuelas del tratamiento del cáncer de mama. La técnica tipo DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) o Perforantes de la Epigastria Inferior Profunda, tiene ventajas respecto a las otras técnicas en uso ya que se trata de una microcirugía en la que los vasos sanguíneos, la piel y la grasa de la zona abdominal son transferidos al pecho de la paciente después de haberse realizado una mastectomía; al ser tejidos autógenos sin mover musculatura, el DIEP se convierte en una técnica aplicable a todos los pacientes por su seguridad, fiabilidad y por tener resultados permanentes y naturales, con la mínima morbilidad para la zona donante. Los cuidados de enfermería basados en un procedimiento de actuación mejoran la seguridad de la paciente en el proceso. Como objetivos nos planteamos:

1. Conocer las ventajas de la técnica DIEP con respecto a las otras técnicas en uso
2. Determinar los diagnósticos enfermeros más usados en estos pacientes así como las intervenciones y resultados esperados por parte del personal de enfermería implicado en el postoperatorio

MÉTODO:

Revisión bibliográfica de trabajos científicos publicados de los últimos diez años y recopilación de diagnósticos NANDA, intervenciones NIC así como resultados NOC de 20 pacientes intervenidas con reconstrucción mamaria tipo DIEP en el Hospital Reina Sofía de Córdoba.

RESULTADOS:

1. Ventajas e inconvenientes según el tipo de reconstrucción

	Colgajo tipo DIEP	Colgajo TRAM, Colgajo DORSAL ANCHO	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una sola intervención quirúrgica para reconstrucción ✓ Posibilidad de realizar la reconstrucción, aunque el tejido haya sido radiado ✓ En la misma intervención, aparte de reconstruir la mama, se realiza una abdominoplastia. ✓ El tejido utilizado es el más parecido al de la mama (piel abdominal) ✓ Es un tejido propio (no rechazo por cuerpo extraño) ✓ Proporciona un volumen lo suficientemente amplio para realizar la reconstrucción. ✓ Mamas simétricas y con igual reacción a los cambios producidos en el cuerpo ✓ Se conserva el músculo por lo que no se reduce capacidad funcional ✓ Recuperación más rápida y menos dolorosa que con otras técnicas de reconstrucción mamaria con tejidos autógenos. ✓ A día de hoy es el colgajo más confiable para reconstrucciones microvasculares del seno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una sola intervención quirúrgica para reconstrucción ✓ Posibilidad de realizar la reconstrucción, aunque el tejido haya sido radiado ✓ Técnica menos compleja que el DIEP ✓ Usa tejido propio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cirugía sencilla, con poca duración de la intervención quirúrgica ✓ En el caso de la prótesis directa sólo es necesario una intervención ✓ Es la técnica que menos cicatrices quedan
INCONVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Técnica más compleja ✗ Posibilidad de fallo en la anastomosis microquirúrgica, lo que implicaría tener que revisarla en quirófano nuevamente. Con posible necrosis del colgajo en caso de no hacerse. ✗ Cicatrices de abdominoplastia en la región abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Recuperación más lenta ✗ Uso de prótesis con los inconvenientes que ello supone En el colgajo dorsal ancho: <ul style="list-style-type: none"> ✗ Sacrifica el músculo dorsal ancho por lo que puede limitar ejercicio físico que requiera movilización activa del brazo ✗ Seroma en la zona dadora (espalda) que puede infectarse y/o provocar sufrimiento de la piel suprayacente ✗ Cicatriz en la espalda en colgajo dorsal ancho En el colgajo TRAM <ul style="list-style-type: none"> ✗ Se lesiona la pared abdominal pudiendo dar como resultado posibles herniaciones, dolores e incapacidad física por debilidad abdominal ✗ Cicatriz abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> I Puede ocurrir: <ul style="list-style-type: none"> ✗ Contractura capsular ✗ Rotura de la prótesis ✗ Mal posición de la prótesis ✗ La mama reconstruida siempre quedará más proyectada que la contralateral ✗ Contraindicada en pacientes que han recibido radioterapia previamente o la precisarán después ✗ En el caso de la técnica expansor-prótesis puede ser un inconveniente tener que realizar dos intervenciones para completar la reconstrucción. ✗ Diferente reacción a los cambios producidos por el cuerpo de la mama implantada con la contralateral

2. Papel de la Enfermería

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física

R/C prescripción de restricción de movimientos y malestar o dolor

Resultados Noc: 0208 Movilidad

Intervenciones NIC:

0840 Cambio de posición

0840, 04 Animar al paciente a participar en los cambios de posición

0840, 23 Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida

1800 Ayuda al autocuidado

1800, 02 Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivo de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse

1800, 04 Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados

1811 conocimiento: actividad prescrita

1811,04 descripción de las restricciones de la actividad

Etiqueta diagnóstica: Conocimientos deficientes

R/C falta de exposición, información insuficiente M/P conocimiento insuficiente y verbalización del problema

NOC Resultados/indicadores:

1813 Conocimiento: régimen terapéutico

1813,02 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual

1813,09 Descripción de los procedimientos prescritos

NIC Intervenciones/Actividades:

5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

5618,08 Explicar el procedimiento/tratamiento

5618,28 Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

NOC Resultados/indicadores:

0004 sueño

0802 signos vitales

1211 nivel de ansiedad

1605 control del dolor

2100 nivel de comodidad

NIC Intervenciones/Actividades:

1850 Mejorar el sueño

2210 Administración de analgésicos

28770 Cuidados postanestesia

4920 Escucha activa

5270 Apoyo emocional

6482 Manejo ambiental: confort

1400 Manejo del dolor

NIC Intervenciones/Actividades:

4010 Precauciones con hemorragias

4010,05 Controlar los signos vitales ortostáticos incluyendo la presión sanguínea

4010,01 Vigilar de cerca al paciente si se produce hemorragia

6650 Vigilancia

6650,29 Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en la condición del paciente

6650, 38 Controlar periódicamente la temperatura

6650, 37 Controlar periódicamente presión sanguínea

6650, 48 Observar aspecto de apósito/vendaje

6650, 22 Observar si hay infección si procede

6650, 25 Vigilar esquemas de eliminación si procede

1870 Cuidado del drenaje

1870,14 Administrar cuidados de la piel en el sitio de inserción del tubo

1870,13 Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel si procede

1870,02 Mantener el recipiente del drenaje al nivel adecuado

1870,07 Vaciar el dispositivo de recogida si procede

2304 Administración de medicación: oral

2314 Administración de medicación: intravenosa iv

2317 Administración de medicación: subcutánea

2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (dav)

3440 Cuidados del sitio de incisión

CONCLUSIONES:

A día de hoy la reconstrucción mamaria tipo diep es la mejor opción para reconstrucciones según recientes estudios científicos y la mujer con este tipo de reconstrucción tiene un muy alto grado de satisfacción.

El papel de enfermería es fundamental para garantizar el éxito ya que es el personal a pie de cama siendo fundamental utilizar un lenguaje universal como es la NANDA.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cabrera Sánchez, E., Redondo Camacho, A., Dean Ferrer, A., Benitez i Gomá, J.R., Torre Beltrami, C., De Piero Belmonte, G., Navarro Rodríguez, J., Molina Sánchez, H., Ramirez Sobrino, J.N., Rioja Torrejón, L.F.. Satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P.
2. Vanschoonbeek A., Fabre G., Nanhekhan L., Vandevort M. Outcome after urgent microvascular revision of free DIEP, SIEA and SGAP flaps for autologous breast reconstruction.

Resumen: La reconstrucción mamaria en la mujer sometida a mastectomía, es un paso esencial hacia la normalidad. Cada vez es más frecuente la técnica DIEP, que por sus ventajas y por la repercusión que tiene a nivel de tiempo quirúrgico, la enfermería debe conocer para aplicar cuidados seguros y de calidad.

El papel de enfermería es fundamental para garantizar el éxito de este tipo de intervención, siendo imprescindible utilizar un lenguaje universal como es la taxonomía NANDA, por lo que se han estudiado veinte casos en los que se determinan diagnósticos, intervenciones, actividades, resultados e indicadores comunes aplicables a estas pacientes.

Palabras Clave: Neoclásica de la mama; Atención de enfermería; Procedimientos quirúrgicos reconstructivos.

La reconstrucción mamaria en la mujer mastectomizada es un paso esencial hacia la normalidad. Cada vez es más frecuente la técnica DIEP, ya que presenta numerosas ventajas con respecto a otras opciones quirúrgicas.

El estudio plantea dos cuestiones:

- Conocer las ventajas de la técnica DIEP con respecto a otras en uso.
- Determinar los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados más esperados en el postoperatorio de estas pacientes.

La reconstrucción mamaria mediante DIEP ofrece una serie de ventajas:

- El tejido autólogo utilizado (piel y grasa abdominal) es el más parecido al de la mama.
- La nueva mama será simétrica a la otra y reaccionará de igual manera a los cambios producidos en el cuerpo de la mujer.
- Al conservarse el músculo abdominal no se produce debilidad ni se reduce la capacidad funcional de la paciente.

Los cuidados de enfermería basados en un procedimiento de actuación mejoran la seguridad de estas pacientes en el proceso.

Colgajo tipo DIEP.

Ventajas:

- En una sola intervención quirúrgica se reconstruye la mama y se realiza una abdominoplastia.
- Posibilidad de realizar la reconstrucción, aunque el tejido haya sido radiado.
- El tejido utilizado es propio y el más parecido al de la mama (piel abdominal)
- Proporciona un volumen suficientemente amplio para realizar la reconstrucción.
- Mamas simétricas y con igual reacción a los cambios producidos en el cuerpo.
- Se conserva el músculo por lo que no se reduce la capacidad funcional.
- Recuperación rápida y menos dolorosa que con otras técnicas con tejidos autólogos.
- Es el colgajo más confiable para reconstrucciones microvasculares del seno.

Inconvenientes:

- Técnica compleja
- Posibilidad de fallo en la anastomosis microquirúrgica, que implicaría posible necrosis del colgajo en caso de no rehacerse.
- Cicatrices de abdominoplastia.

Colgajo TRAM, colgajo DORSAL ANCHO.

Ventajas:

- Una sola intervención quirúrgica.
- Posibilidad de realizar la reconstrucción aunque el tejido haya sido radiado.
- Técnica menos compleja que el DIEP.
- Usa tejido propio.

Inconvenientes:

- Recuperación lenta.
- Uso de prótesis con los inconvenientes que supone.

Colgajo dorsal ancho:

- Sacrifica el músculo dorsal ancho, limitando el ejercicio físico que requiera movilización activa del brazo.
- Seroma en la zona dadora(espalda), que puede infectarse y/o provocar sufrimiento de la piel.
- Cicatriz en la espalda.

Colgajo TRAM:

- Se lesiona la pared abdominal pudiendo provocar posibles herniaciones, dolores e incapacidad física por debilidad abdominal.
- Cicatriz abdominal.

Implantación de prótesis.

Ventajas:

- Cirugía sencilla de corta duración.
- En el caso de prótesis directa sólo es necesaria una intervención.
- Deja pocas cicatrices.

Inconvenientes:

- Contractura capsular.
- Mal posición o rotura de la prótesis.
- La mama reconstruida siempre quedará más proyectada que la contralateral.
- Contraindicada en pacientes que han recibido radioterapia o la precisen después.
- En la técnica expansor-prótesis puede ser un inconveniente tener que realizar dos intervenciones para la reconstrucción.
- Diferente reacción a los cambios producidos en el cuerpo de la mama implantada.

Enfermería

Deterioro de la movilidad física R/C prescripción de restricción de movimientos y malestar o dolor.

NOC: 0208- Movilidad.

NIC: 0840- Cambio de posición.

0840,04. Animar al paciente a participar en los cambios de posición.

0840,23. Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida.

1800- Ayuda al autocuidado.

1800,02. Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.

1800,04. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

1811- Conocimiento: actividad prescrita.

1811,04. Descripción de las restricciones de la actividad.

Conocimientos deficientes R/C falta de exposición, información insuficiente M/P conocimiento insuficiente y verbalización del problema.

NOC: 1813- Conocimiento: régimen terapéutico.

1813,02. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.

1813,09. Descripción de los procedimientos prescritos.

NIC: 5618- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

5618,08. Explicar el procedimiento/tratamiento.

5618,28. Incluir a familia/ser querido, si resulta oportuno.

Dolor agudo.

NOC: 0004. Sueño.

1211. Nivel de ansiedad.

1605. Control del dolor.

2100. Nivel de comodidad.

NIC: 1850. Mejorar el sueño.

2210. Administración de analgésicos.

2870. Cuidados postanestesia.

4920. Escucha activa.

5270. Apoyo emocional.

6482. Manejo ambiental: confort.

1400. Manejo del dolor.

Ansiedad R/C cambio en el entorno, crisis situacional M/P angustia, demanda de presencia física, expresiones de preocupación, inquietud.

NOC: 1211- Nivel de ansiedad.

1211,05. Inquietud.

1211,29. Trastornos de los patrones del sueño.

1402- Autocontrol de la ansiedad.

1402,15. Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

NIC: 5820- Disminución de la ansiedad.

5820,15. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

5820,03. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que pueda experimentar durante el procedimiento.

5820,30. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

1400-Manejo del dolor.

1400,27. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

1400,08. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

NIC Intervenciones/Actividades:

4010-Precauciones con hemorragias.

4010,05. Controlar los signos vitales ortostáticos, incluyendo la presión sanguínea.

4010,01. Vigilar de cerca al paciente si se produce hemorragia.

6650-Vigilancia.

6650,29. Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente.

6650,38. Controlar periódicamente temperatura.

6650,37. Controlar periódicamente presión sanguínea.

6650,48. Observar aspecto de apósito/vendaje.

6650,22. Observar si hay infección, si procede.

6650,25. Vigilar esquemas de eliminación, si procede.

1870-Cuidado del drenaje.

1870,14. Administrar cuidados de la piel en el sitio de inserción del tubo.

1870,02. Mantener el recipiente del drenaje al nivel adecuado.

1870,07. Vaciar el dispositivo de recogida si procede.

2304-Administración de medicación: oral.

2314-Administración de medicación: intravenosa.

2440-Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (dav).

3440-Cuidados del sitio de incisión.

A día de hoy la reconstrucción mamaria tipo DIEP es la mejor opción para reconstrucciones según recientes estudios científicos, y la mujer con este tipo de reconstrucción tiene un muy alto grado de satisfacción.

El papel de enfermería es fundamental para garantizar el éxito ya que es el personal a pie de cama, siendo imprescindible utilizar el lenguaje universal de la NANDA.

Bibliografía

1. Cabrera Sánchez, E., Redondo Camacho, A., Dean Ferrer, A., Benítez i Gomá, J.R., Torre Beltrami, C., De Piero Belmonte, G., Navarro Rodríguez, J., Molina Sánchez, H., Ramírez Sobrino, J.N., Rioja Torrejón, L.F. *Satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P.*

2. Vanschoonbeek A., Fabre G., Nanhekhan L., Vandevoort M. *Outcome after urgent microvascular revision of free DIEP, SIEA and SGAP flaps for autologous breast reconstruction.*

3. <http://www.clinicaplanas.com/unidad-de-la-mama/reconstruccion-mamaria>.

4. <https://www.diepflap.com/faq>.

Capítulo 246

Voluntades anticipadas. Opinión de los profesionales

Autores:

Cabello Fernández, Elena

González León, María

Belmonte Ruiz, Daniel

Rubio Maroto, Sofía

Díaz Marín, María del Prado

VOLUNTADES ANTICIPADAS.

OPINION DE LOS PROFESIONALES

AUTORES:

INTRODUCCION

El testamento vital o documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas, surge en EEUU en el año 1967 con la Euthanasia Society of America, como idea de crear un documento donde el paciente pudiera expresar previamente, qué cuidados desearía recibir en situación de incapacidad. Las voluntades anticipadas se entienden como una proyección del consentimiento informado y de la facultad de autodeterminación decisoria en el tiempo. Morir con dignidad y, en determinadas circunstancias, poder planificar ese final por si llegara el caso, constituye un derecho esencial del ser humano. Las voluntades anticipadas cabe considerarlas una manifestación del derecho de autonomía del paciente. En los últimos años se ha ido perfilando el concepto de muerte digna y aunque hay un acuerdo tácito sobre el derecho a morir con dignidad, los puntos de vista de los pacientes, los familiares y los profesionales sanitarios no son siempre coincidentes.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio y población:

Estudio observacional, descriptivo transversal realizado durante los meses de enero-febrero de 2018. La población de estudio estuvo formada por el personal sanitario de un hospital comarcal. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. Se incluyeron el personal sanitario de las categorías: Médico, Enfermero y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, excluyéndose el resto de categorías profesionales del centro.

Instrumento de medida y variables:

Se diseñó una encuesta "ad hoc" con ítems abordados en la literatura científica sobre las voluntades anticipadas. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad), variables laborales (categoría profesional, tiempo de experiencia laboral) y 14 ítems que evaluaban la opinión, actitud y el conocimiento de los profesionales sobre el DVA.

Análisis estadístico:

Cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones Éticas:

Se solicitó consentimiento a los participantes y se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato según lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de 116 participantes donde el 19% (22) fueron hombres frente al 81% (94) que fueron mujeres. La categoría profesional de los participantes se puede ver en la figura 1. El 62,1% (72) tenía un contrato fijo en la institución. La edad media se situó en $46,9 \pm 9,3$ años, con una experiencia promedio en años de $21,05 \pm 9,8$.

El 65,5% (76) no conoce los documentos que existen para expresar los últimas voluntades, figura 2. El 39,7% (46) refiere que cree que no se respetan las VA de los pacientes. El 87,9% (102) esta de acuerdo con la conveniencia de planificar y escribir los cuidados que se deberían recibir al final de la vida. El 94% (109) cree que el DVA es un instrumento útil para los profesionales sanitarios, figura 3. Destaca que el 97,4% (113) desconoce si los pacientes que tiene asignados poseen o no DVA. El 77,6% (90) refiere que no es habitual que las VA figuren en la historia clínica del paciente. Tan sólo un 31,9% (37) cree que el principio de autonomía debería valorarse por encima de otros principios éticos, a la hora de elegir un determinado tratamiento. Un 9,5% (11) cree que la sedación terminal es una forma de aplicar eutanasia, figura 4, no se encontraron diferencias por categorías $p = 0,5$.

En el resto de análisis bivariado no se encontró diferencias entre las diferentes categorías y la utilidad del DVA, $p = 0,3$, ni si se debe luchar por la vida del paciente hasta el último instante, $p = 0,09$, figura 5.

CONCLUSIONES

Existe desconocimiento de los profesionales sanitarios en general, sobre las voluntades anticipadas de los pacientes. Los profesionales sanitarios reconocen que aunque el documento de VA sea importante para la toma de decisiones, no siempre se respeta. La mayoría de los profesionales consideran que es importante planificar y escribir los cuidados que se desearían recibir al final de la vida.

OBJETIVO

Conocer la opinión de los profesionales sanitarios respecto a las voluntades anticipadas.

Evaluar el conocimiento que los profesionales sanitarios tienen sobre aspectos relacionados con el documento de voluntades anticipadas (DVA)



Figura 1

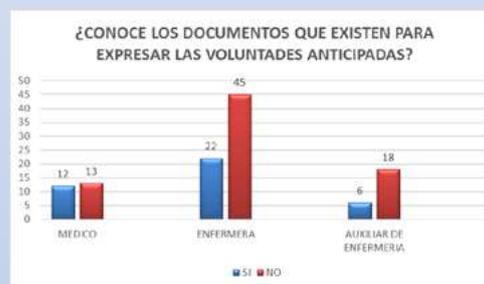


Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

Resumen: Las voluntades anticipadas se entienden como una proyección del consentimiento informado y de la facultad de autodeterminación decisoria en el tiempo. Morir con dignidad y, en determinadas circunstancias, poder planificar ese final por si llegara el caso, constituye un derecho esencial del ser humano.

El objetivo del trabajo era conocer la opinión de los profesionales y evaluar el conocimiento de los mismos con respecto al documento de voluntades anticipadas, obteniendo como conclusión que existe un gran desconocimiento del mismo, así como una valoración positiva de su utilidad.

Palabras Clave: Voluntades anticipadas; Instrucciones previas; Tratamiento al final de la vida.

Introducción

El testamento vital o documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas, surge en EEUU en el año 1967 con la Euthanasia Society of America, como idea de crear un documento donde el paciente pudiera expresar previamente, qué cuidados desearía recibir en situación de incapacidad. Las voluntades anticipadas se entienden como una proyección del consentimiento informado y de la facultad de autodeterminación decisoria en el tiempo. Morir con dignidad y, en determinadas circunstancias, poder planificar ese final por si llegara el caso, constituye un derecho esencial del ser humano. Las voluntades anticipadas cabe considerarlas una manifestación del derecho de autonomía del paciente. En los últimos años se ha ido perfilando el concepto de muerte digna y aunque hay un acuerdo tácito sobre el derecho a morir con dignidad, los puntos de vista de los pacientes, los familiares y los profesionales sanitarios no son siempre coincidentes.

Objetivos

- Conocer la opinión de los profesionales sanitarios respecto a las voluntades anticipadas.
- Evaluar el conocimiento que los profesionales sanitarios tienen sobre aspectos relacionados con el documento de voluntades anticipadas (DVA).

Material y métodos

Tipo de estudio y población:

Estudio observacional, descriptivo transversal realizado durante los meses de enero-febrero de 2018. La población de estudio estuvo formada por el personal sanitario de un hospital comarcal. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes. Se incluyeron el personal sanitario de las categorías: Médico, Enfermero y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, excluyéndose el resto de categorías profesionales del centro.

Instrumento de medida y variables:

Se diseñó una encuesta "ad hoc" con ítems abordados en la literatura científica sobre las voluntades anticipadas. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad), variables laborales (categoría profesional, tiempo de experiencia laboral) y 14 ítems que evaluaban la opinión, actitud y el conocimiento de los profesionales sobre el DVA.

Análisis estadístico:

Cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones Éticas:

Se solicitó consentimiento a los participantes y se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato según lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

Resultados

Se obtuvo una muestra final de 116 participantes donde el 19% (22) fueron hombres frente al 81% (94) que fueron mujeres. La categoría profesional de los participantes se puede ver en la figura 1. El 62,1% (72) tenía un contrato fijo en la institución. La edad media se situó en 46,9+9,3 años, con una experiencia promedio en años de 21,05+9,8.

El 65,5% (76) no conoce los documentos que existen para expresar los últimos voluntades, figura 2. El 39,7% (46) refiere que cree que no se respetan las VA de los pacientes. El 87,9% (102) esta de acuerdo con la conveniencia de planificar y escribir los cuidados que se deberían recibir al final de la vida. El 94% (109) cree que el DVA es un instrumento útil para los profesionales sanitarios, figura 3. Destaca que el 97,4% (113) desconoce si los pacientes que tiene asignados poseen o no DVA. El 77,6% (90) refiere que no es habitual que las VA figuren en la historia clínica del paciente. Tan sólo un 31,9% (37) cree que el principio de autonomía debería valorarse por encima de otros principios éticos, a la hora de elegir un determinado tratamiento. Un 9,5% (11) cree que la sedación terminal es una forma de aplicar eutanasia, no se encontraron diferencias por categorías $p = 0,5$.

En el resto de análisis bivariado no se encontró diferencias entre las diferentes categorías y la utilidad del DVA, $p = 0,3$, ni si se debe luchar por la vida del paciente hasta el último instante, $p = 0,09$.

Conclusiones

Existe desconocimiento de los profesionales sanitarios en general, sobre las voluntades anticipadas de los pacientes. Los profesionales sanitarios reconocen que aunque el documento de VA sea importante para la toma de decisiones, no siempre se respeta. La mayoría de los profesionales consideran que es importante planificar y escribir los cuidados que se desearían recibir al final de la vida.

Bibliografía

1. Angora F. Voluntades Anticipadas vs. *Instrucciones Previas o Testamento Vital en Atención Primaria de Salud*. Rev Clín Med Fam 2008; 2 (5): 210-215.
2. Santos de Unamuno C. *Documento de voluntades anticipadas: Actitud de los pacientes de Atención Primaria*. Aten Primaria 2003;32(1): 1-6.
3. Barrio I, Simón P, Pascau MJ. *El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas*. Enfermería Clínica 2004; 14(4): 235-41.



Sindicato
de Enfermería