



***Investigación
en enfermería y
fisioterapia.
Desarrollo profesional
a través de la
difusión científica***

**SATSE
Ciudad Real
2016**

**INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA.
DESARROLLO PROFESIONAL
A TRAVÉS DE LA DIFUSIÓN CIENTÍFICA**

**SATSE Ciudad Real
2016**

Coordinadores principales: García Sánchez, Ángel Santiago.
Muñoz Camargo, Juan Carlos.

Coordinadores adjuntos: Barona Calvo, Marino.
Guerrero Agenjo, Carmen M^a.
Jiménez-Galanes de la Flor, Milagros.
Pérez Valle Ramón.
Ruiz Ogayar, Iván.

Editor: SATSE Ciudad Real
<http://ciudadreal.satse.es>

1^a Edición
Abril 2016

ISBN: 978-84-944478-0-8
D.L.: CR 373-2016

Todos los derechos reservados.

DEDICATORIA

Este libro está dedicado a todos los profesionales de enfermería y fisioterapia que han participado activamente en el VIII Congreso de Investigación, celebrado en Ciudad Real en noviembre de 2015.

También a todos los delegados y trabajadores de SATSE Ciudad Real sin cuyo esfuerzo y tesón a lo largo de sus 8 ediciones, esta obra no hubiera sido posible: Alejandro, Carmen, Doroteo, Iván, Fco. José, José Alberto, Juan Fco., Manuel, Margarita, Marino, Mercedes, Miguel, Milagros, Montse, Pablo, Paco, Pedro, Ramón, Teresa y Toñi.

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.

A Natividad García, por su colaboración desinteresada en la maquetación y edición del presente libro.

Autores

Agustín García Valenciano
Alba Gómez Castro
Alberto Bermejo Cantarero
Alberto José Cerrillo Urbina
Alberto José Pérez Gijón
Alberto Parrilla Fernández
Alfonsa Núñez Ballesteros
Alfonso Mateos Fernández
Alicia Fernández Melero
Alicia Moreno Ruiz
Alicia Muñoz-Torrero Peña
Almudena Laguna López
Almudena Muñoz Sepúlveda
Almudena Sánchez-Elipe Muñoz
Amadeo Puebla Martín
Ana Arroyo Albacete
Ana Belén Márquez Lara
Ana Belén Octavio Sánchez
Ana Cristina Bertomeu Lozano
Ana Cubero Ruedas
Ana Elvira Rubio Fernández
Ana Isabel Monroy Chamorro
Ana Isabel Torres García
Ana M^a Peña De La Cruz
Ana María Arriaga Rodríguez
Ana María Cabezali Lozano
Ana María Delgado Muñoz
Ana María Moreno Martín
Ana María Peña De La Cruz
Ana María Rullo Sánchez
Ana Mohíno León
Ana Pilar Torres Conde
Ana Raquel López Angulo
Ana Rubio Álvarez
Anastasio Garrido Avileo
Andrés Del Valle Sánchez

Andrés Redondo Tébar
Ángel José Hernández Arenas
Ángel Santiago García Sánchez
Ángela Almarcha Lanzarote
Ángela Carabaño Mayorga
Ángela María Seco Segura
Ángela Monteagudo García
Ángela Sánchez Rodríguez De La Paz
Antonia Gema García Gutiérrez
Antonia Rianza García
Antonio Botia Portero
Antonio Diego Carrillo Mondéjar
Antonio Jesús Baena Bravo
Antonio Maján Sesmero
Antonio Miguel Cano Tébar
Ascensión Galindo Garrido
Aurora Carranza Román
Aurora Molina Moreno
Avelina Cortijo Escudero
Bárbara Sales Carrión
Beatriz Barba Toledo
Beatriz Camacho Sánchez
Beatriz Diaz Hidalgo
Beatriz Domínguez Tapiador
Beatriz Magro Del Pozo
Beatriz Manzano Silva
Beatriz Ortega Moreno
Beatriz Plaza Arias
Beatriz Sánchez Camacho
Blanca Auñón Fernández
Blas Manuel Risalde Santos
Carlos Joaquín Extremera Medina
Carmen Carrero Ruiz
Carmen Molero Bastante
Carmen Ruiz García
Carolina Martínez Gómez

Catalina Pérez Pulpillo
Celia Fernández Luna
Celia Muñoz Fernández
Celia Navarro Cuadra
Concepción Muñoz De La Nava Zamorano
Consuelo Fernández Fillol
Cora Alcaide García
Cristina Aparicio Hernández
Cristina Aparisi Cantero
Cristina Baena Matas
Cristina Belmonte Quintanilla
Cristina Calcerrada Izquierdo
Cristina Gómez Moreno
Cristina González Arévalo
Cristina Lavín Expósito
Cristina María Donate Manzanares
Cristina Sánchez Escribano
Cristina Simarro Bustamante
Cristina Vizcaíno Caravantes
David Arroyo Ayllon
David Rodríguez Almagro
David Serrano Barona
Dolores García García
Dominga Herrera Cruz
Eduardo Mora Muñoz
Elena Cabello Fernández
Elena Laguna Copado
Elena Lara Lozano
Elena María Sánchez Gaitán
Elisa Moreno Molero
Elisabet Navarro Aranda
Elisabet Ponce Cañizares
Emilia Celaya Molina
Encarnación Clemente Nieto
Encarnación López Muela
Encarnación Romero Bolaños
Erika Gómez Jerónimo
Estefanía García Gómez
Estefanía Olivares Luque
Estela De Haro Moya
Ester Barrilero Fernández
Esther María Rodrigo Marín
Esther Rodríguez- Peral Valiente
Esther Rodríguez Pérez
Esther Rodríguez-Peral Valiente
Esther Vicente Montes
Estrella Del Carmen Espinosa Muñoz
Eulalia Izquierdo Vargas
Eva María Molina Alañón
Félix José Rodríguez González
Fernando Garrido Avileo
Flor María Ruiz González
Francisca De La Morena Aguirre
Francisca Fernández Herreros
Francisca María Gómez Fernández
Francisca Ortiz Fernández
Francisca Ruiz López
Francisca Soriano García
Francisco Almodóvar Mozos
Francisco Antonio Torres Martin
Francisco Javier Navas López
Francisco Javier Sánchez Ormeño
Gabriela Almarcha Martín-Albo
Gema Da Silva De Vicente
Gema Fernández Martin
Gema María García Fernández
Gema Ruiz Nieto
Gemma Teresa Gómez-Pimpollo Torres
Gloria Fernández Campos
Héctor Campos Rodríguez De Guzmán
Helena Martínez Rodríguez
Helena Martínez Van Duijvenbode
Helena Moreno Pérez
Ignacio Segovia Félix
Inés Castillo García
Inés Yolanda Castillo García
Inmaculada Concepción Cortés Hernández
Inmaculada Mohíno Álvarez
Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero
Irene Rivero Merino
Isabel María Belchín Pérez
Jacinta Naranjo Fernández
Jacinto Ruiz García
Jaime Vellido Garrido
Jesús Javier Ruiz Serrano
Jesús Manuel Gómez Caraballo Jiménez Galanes
Jezabel Gómez Del Pino
José Alberto García Seco
José Antonio De La Cruz Villamayor
José Antonio Fernández Bejarano
José Carlos Cantero Rivero
José Enrique Solís Montes
José Luis Vizcaíno Navarro
José Manuel Zapata Cabezas
José María Flores López Ibarra
José Miguel Gómez Gutiérrez

José Miguel Pacheco Salgado
José Miguel Segovia Félix
José Vicente Amores Zamora
Josefa Romero González - Nicolás
Juan Ángel Isabel Morales
Juan Antonio González Serrano
Juan Carlos Cano Béjar
Juan Diego Díaz Valero
Juan Espadas Barba
Juan Pablo Trujillo Juárez
Juana Hueso Espinosa
Juana María Mora Gil
Julia García Calvo
Juliana Rodríguez Rodríguez
Laia Nicolás Garet
Laura Chacón Chacón
Laura Chaves Ramos
Laura Delgado Novalbos
Laura Gómez-Pantoja González
Laura López Garrido
Laura María Díaz Rincón
Laura María Lozano Muñoz
Laura Montero Andrés
Laura Muñoz De Morales Romero
Laura Rayo Gutiérrez
Laura Suárez-Bárcena González
Laura Torres Montiel
Laura Zafra Chamorro
Lidia Fernández Villa
Lidia Valero Hernández
Liliana Valiente Sobrino
Lorena García Rubio
Lorena Hernández Zafra
Lorena Yepes Herencia
Lucía Díaz López
Lucia López Pintor Muñoz
Lucia Ramírez Baena
Luis Zapata García
Luisa López De La Reina Mateos De La Higuera
M^a Carmen Moreno García
M^a Cristina Sánchez Díaz
M^a Del Prado Martínez García
M^a Dolores Pérez Peinado
M^a Isabel Luna Pacheco
M^a Jesús Duque Fernández
M^a Nieves Álvarez Asensio
M^a Pilar Mansilla López
M^a Teresa Moreno Hernández
Manuel Rodríguez Fernández
Margarita Ruiz Sánchez
Mari Cruz Zamora García
Mari Paz Granados Navas
María Ángela Pérez Torija
María Ángeles Moreno Gómez
María Angulo Garrido
María Begoña Moreno Ruiz
María Belén Martín Millán
María Chaparro León
María Concepción González De La Rosa
María Concepción Lozano Hernández
María De Gracia Duque Siller
María De Gracia Gijón Ruiz
María De Gracia Teno Félix
María De La Cruz Medina Romero
María De La Cruz Zamora García
María De La Paz Granados Navas
María De Las Nieves Bautista Moreno
María De Las Nieves Ruiz López
María De Los Santos Galindo Gómez
María Del Carmen Carneros Beamud
María Del Carmen García Fernández
María Del Carmen García Schiaffino
María Del Carmen González De Rivas
María Del Carmen Heredia Villarreal
María Del Carmen Núñez Romero
María Del Carmen Pérez Jiménez
María Del Carmen Sel Escalante
María Del Mar Cabañas Carretero
María Del Mar Del Fresno Sánchez
María Del Mar Fernández-Espartero Moreno-Chocano
María Del Pilar López Gil
María Del Pilar Núñez Jiménez
María Del Prado Díaz Marín
María Del Prado Martín Arévalo
María Del Rosario Gormaz Sevilla
María Dolores Baos Aranda
María Dolores Blanco Casero
María Dolores Camacho Horta
María Dolores Delgado Bernades
María Dolores Gómez Coello
María Dolores López Ramírez
María Dolores Martínez Aroca
María Dolores Mendoza Garrido
María Dolores Poyatos Ruiz
María Dolores Sánchez Galán

María Dolores Valencia Ruiz
María Elena León Moraleda
María Elvira Migallón Buitrago
María Gema García Fernández
María Gloria Villarejo Rodríguez
María Gómez Sánchez
María González Redondo
María Gonzalo López
María Gracia Velasco Herrera
María Herrera Del Campo
María Isabel Ballesteros Benito
María Isabel Camacho Castilla
María Jéscica Martín Llorente
María Jesús Fernández Aparicio Gómez Rico
María Jesús Mohíno Serrano
María José Cuadros Torres
María José De La Blanca Baena
María José Díez Requena
María José Ladero Torrijos
María José López Martínez
María José Palencia Escobar
María José Romero Díaz
María José Sánchez Fernández
María José Sánchez-Camacho González-Carrato
María Josefa Cámara Cuadrado
María Librado Fernández
María Llanos Navarro Lucas
María Luisa Chico Lozano
María Mercedes Solís Sanz
María Molero Bastante
María Montserrat Montero Trujillo
María Paz De La Guía García
María Pilar Bonales Domínguez
María Pilar Núñez Jiménez
María Pilar Rubio Serrano
María Pilar Ruiz García
María Reyes Mora Hidalgo
María Rosa Cuesta Tárraga
María Rosario Menchón Palop
María Sanabria Moreno
María Teresa Ciudad Gutiérrez
María Teresa Gómez Martín
María Teresa Grueso Navarro
María Teresa Menchén Torres
María Teresa Muñoz Ferrón
María Teresa Tapiador Aceñero
María Teresa Ureña Barrajón
María Victoria García López

María Victoria Rodríguez Cano
Marian López Valero
Marina López Muñoz
Marino Barona Calvo
Marta Calvo Giménez
Marta Martínez Cantó
Marta Terán Boaben
Mercedes Pérez Bueno
Mercedes Zafra Chamorro
Miguel Ángel Gutiérrez Delgado
Milagros Moya García
Miriam Abdel Karim Ruiz
Miriam Barranquero Saavedra
Miriam Donate Manzanares
Mónica Balbina López Córdoba
Montserrat Lozano Serrano
Montserrat Trenado Moya
Natalia Llorens Del Río
Nicanor Arias Jiménez
Nieves Hervás Cuadra
Noelia Bolaños Martín
Noelia Gutiérrez García
Noelia Palomares Torres
Noelia Pozo Elvira
Noelia Redondo García
Noemí Morales Clemente
Nuria Díaz Sánchez-Horneros
Nuria Infante Torres
Nuria Lázaro Castellanos
Nuria Lozano Castellanos
Nuria María Terriza Cabrera
Nuria Terriza Cabrera
Pablo Ramírez Domenech
Paloma Solís Montes
Patricia García Pozo
Patricia Molinero Díaz
Patricia Ortiz Patricio
Patricia Rodríguez Jiménez
Paula Valderas Pérez-Serrano
Pedro Arévalo Buitrago
Pedro Sanz Pareja
Petra Luna Naranjo
Pilar Carlos Arenas
Pilar Rebaque Gómez
Pilar Ruiz Morcillo
Prado Sánchez-Molero Martín
Rafael Molero De La Mata
Raquel López Ciudad

Raquel Mora Serrano
Raquel Osorio Diaz
Raquel Reinoso Mayoralas
Raquel Serrano Mora
Ricardo Luis Benítez De María
Ricardo Tejada Serrano
Ricio José Cortez Salazar
Rocío Salazar Cambroner
Rocío Sánchez Gómez
Rocío Torres Martín
Rosa Belén González García Minguillan
Rosa Lucía Valencia Ruiz
Rosa Marca Ayuso Rivas
Rosa María Baos Calzado
Rosa María Benito Brunete
Rosa María Calatrava Muñoz
Rosa María Rodríguez López
Rosario Pérez Vela
Rubén José Bernal Celestino
Rubén Martínez Parrilla
Sagrario Beldad Peco
Sandra García Escuderos
Sandra García Morales
Sandra Lozano Jiménez
Sara Faya Palomares
Sara Fernández-Infantes Rodríguez
Sara Guerra Cano
Saúl Nieto Aparicio
Sergio López Rivas
Sergio Rodríguez Serrano
Severo Chicote Izquierdo
Sheila Díaz Molina
Silvia García Maján
Silvia Garrido Anguita
Silvia Madueño Moreno
Silvia Muñoz Romera
Silvia Natalia Agudo Mosquera
Soffía Carrero Ruiz
Soledad Luna Galveño
Sonia Sánchez Colmenar
Sonia Sánchez-Izquierdo Castellanos
Tamara Galán Rodríguez
Tamara Ortega Muñoz
Tania Cerro López
Tania Moreno Delgado
Tibisay Yuribey Guevara Rangel
Trinidad Hervás Martín
Úrsula Quiteria Peinado Peral

Vanesa Márquez Arriaga
Vanesa Ortiz Valderas
Vera Muñoz Fernández
Verónica Calero Muñoz
Verónica Espinosa Velasco
Vicente Jiménez Álvarez
Vicente Núñez Bravo
Vítar Arcos Ciórraga
Víctor Manuel Arias López-Peláez
Víctor Manuel Narváez Argent
Víctor Muñoz Ramón
Virginia Cantero Rivero
Virginia Soto Barrero
Yesica María Ramos Camacho
Yolanda González Fernández

Índice

	PAG.
<u>PRÓLOGO</u>	<u>21</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>23</u>
<u>CAPÍTULO I: ¿Cómo controlo mi diabetes?.....</u>	<u>25</u>
<u>CAPÍTULO II: ¿Mejoran la acupuntura y la auriculoterapia los signos y síntomas asociados a la cirugía de prótesis de rodilla?</u>	<u>31</u>
<u>CAPÍTULO III: ¿Son útiles los opiáceos orales de acción rápida ante curas dolorosas en domicilio?</u>	<u>35</u>
<u>CAPÍTULO IV: Abordaje quemadura en atención primaria. Caso clínico</u>	<u>39</u>
<u>CAPÍTULO V: Abordaje terapéutico del paciente anciano con disfagia orofaríngea</u>	<u>45</u>
<u>CAPÍTULO VI: Acceso vascular alternativo: vía intraósea.....</u>	<u>49</u>
<u>CAPÍTULO VII: Actitud de los alumnos hacia la educación física y su relación con la práctica deportiva y el carácter del educador.....</u>	<u>55</u>
<u>CAPÍTULO VIII: Actuación ante el paciente agitado. La contención verbal</u>	<u>61</u>
<u>CAPÍTULO IX: Actuación de enfermería en el paciente afectado de hipertensión intracraneal.....</u>	<u>67</u>
<u>CAPÍTULO X: Actuación de enfermería en la extravasación de citostáticos</u>	<u>73</u>
<u>CAPÍTULO XI: Actuación de enfermería en la reperfusión del flujo coronario (angioplastia coronaria).....</u>	<u>77</u>
<u>CAPÍTULO XII: Actuación en caso de extravasación de citostáticos</u>	<u>83</u>
<u>CAPÍTULO XIII: Actuación y cuidados de enfermería del sistema de control fecal flexi-seal en pacientes críticos.....</u>	<u>89</u>
<u>CAPÍTULO XIV: Administración de fármacos por vía subcutánea. Guía de manejo y compatibilidades</u>	<u>95</u>
<u>CAPÍTULO XV: Administración de fármacos y fluidos en RCP avanzada en pediatría</u>	<u>101</u>
<u>CAPÍTULO XVI: Análisis de la función renal en pacientes hipertensos, diabéticos y con patología cardiovascular</u>	<u>105</u>
<u>CAPÍTULO XVII: Anticoagulación oral en una consulta de enfermería de mi zona básica de salud.....</u>	<u>111</u>

<u>CAPÍTULO XVIII: Antifibrinolíticos en cirugía de urgencias.....</u>	<u>115</u>
<u>CAPÍTULO XIX: Aplicación del concepto time en el manejo enfermero de cura en ambiente húmedo. Recomendaciones basadas en la evidencia</u>	<u>119</u>
<u>CAPÍTULO XX: Asociaciones peligrosas en el manejo de heridas.....</u>	<u>125</u>
<u>CAPÍTULO XXI: Atención de enfermería en un paciente con insomnio familiar fatal</u>	<u>129</u>
<u>CAPÍTULO XXII: Beneficios de la osteopatía en el tratamiento fisioterápico del hombro.....</u>	<u>135</u>
<u>CAPÍTULO XXIII: Bloqueo del nervio femoral mediante neuroestimulador y/o ecógrafo en PTR.....</u>	<u>141</u>
<u>CAPÍTULO XXIV: Calidad de vida de los profesionales sanitarios en Castilla-La Mancha</u>	<u>147</u>
<u>CAPÍTULO XXV: Cannabis: ¿problema o solución?</u>	<u>153</u>
<u>CAPÍTULO XXVI: Características de pacientes diabéticos en centro de salud urbano</u>	<u>159</u>
<u>CAPÍTULO XXVII: Caso clínico: émulis o tumor en el embarazo</u>	<u>163</u>
<u>CAPÍTULO XXVIII: Caso clínico: evolución tórpida por broncoespasmo persistente</u>	<u>169</u>
<u>CAPÍTULO XXIX: Caso clínico: oncología infantil, práctica enfermera en el duelo del paciente hospitalizado en una unidad de oncología infantil.....</u>	<u>177</u>
<u>CAPÍTULO XXX: Catéter venoso central de inserción periférica (PICC). Técnica de Seldinger.....</u>	<u>183</u>
<u>CAPÍTULO XXXI: Cistografía isotópica directa en medicina nuclear con niños: cuidados de enfermería.....</u>	<u>189</u>
<u>CAPÍTULO XXXII: Conocimiento del papel de los antioxidantes nutricionales y su relación con el cáncer.....</u>	<u>193</u>
<u>CAPÍTULO XXXIII: Conocimientos sobre el alcohol por los adolescentes</u>	<u>199</u>
<u>CAPÍTULO XXXIV: Consumo de alcohol por adolescentes.....</u>	<u>203</u>
<u>CAPÍTULO XXXV: Contención mecánica en atención extrahospitalaria.....</u>	<u>207</u>
<u>CAPÍTULO XXXVI: Control enfermero del paciente anticoagulado en atención primaria</u>	<u>211</u>
<u>CAPÍTULO XXXVII: Coriamnionitis.....</u>	<u>215</u>
<u>CAPÍTULO XXXVIII: Coronariografía y cateterismo cardiaco - Cuidados de enfermería en el traslado</u>	<u>219</u>
<u>CAPÍTULO XXXIX: Correcta elección y utilización del catéter venoso periférico</u>	<u>225</u>
<u>CAPÍTULO XL: Cuidador informal: tratamiento del enfermo con demencia</u>	<u>231</u>
<u>CAPÍTULO XLI: Cuidados de enfermería en la biopsia renal percutánea</u>	<u>237</u>
<u>CAPÍTULO XLII: Cuidados de enfermería en pacientes geriátricos con nutrición enteral.....</u>	<u>243</u>
<u>CAPÍTULO XLIII: Cuidados del paciente ambulatorio pre y post cateterismo diagnóstico vía radial llevados a cabo en el laboratorio de hemodinámica.....</u>	<u>247</u>
<u>CAPÍTULO XLIV: Cuidados en el trasplante de médula ósea mediante C.G.S.P</u>	<u>253</u>
<u>CAPÍTULO XLV: Cumplimiento de la lectura PT (Mantoux).....</u>	<u>259</u>
<u>CAPÍTULO XLVI: Diabetes y escolarización</u>	<u>263</u>
<u>CAPÍTULO XLVII: Discapacidad intelectual y estreñimiento, una realidad por descubrir.....</u>	<u>267</u>

<u>CAPÍTULO XLVIII: Diversificación alimentaria / Baby-Led Weaning</u>	<u>273</u>
<u>CAPÍTULO XLIX: Dolor abdominal en las urgencias de un punto de atención continuada</u>	<u>279</u>
<u>CAPÍTULO L: Drenaje torácico en el paciente pediátrico</u>	<u>283</u>
<u>CAPÍTULO LI: Educación sanitaria en estreñimiento crónico</u>	<u>287</u>
<u>CAPÍTULO LII: Efecto de la musicoterapia en pacientes con problemas psicogeriátricos</u>	<u>293</u>
<u>CAPÍTULO LIII: Efectos de la danza oriental sobre la salud. Revisión sistemática</u>	<u>297</u>
<u>CAPÍTULO LIV: Eficacia de las flores de Bach en el déficit de atención e hiperactividad desde el punto de vista de la enfermería. Revisión bibliográfica</u>	<u>303</u>
<u>CAPÍTULO LV: Eficacia de las medidas de resucitación fetal intraútero</u>	<u>309</u>
<u>CAPÍTULO LVI: El aumento exponencial del número de agresiones hacia los profesionales de enfermería</u>	<u>315</u>
<u>CAPÍTULO LVII: El autismo ¿cómo detectarlo?</u>	<u>319</u>
<u>CAPÍTULO LVIII: El Bullying una problemática causal</u>	<u>325</u>
<u>CAPÍTULO LIX: El colecho, investigación sobre una nueva línea de cuidado para los gemelos prematuros estables ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales</u>	<u>331</u>
<u>CAPÍTULO LX: El papel de la enfermera en el duelo</u>	<u>335</u>
<u>CAPÍTULO LXI: El uso del PECS BLOCK como medida de control del dolor en el postoperatorio</u>	<u>339</u>
<u>CAPÍTULO LXII: Entonox. Analgésico para el manejo del dolor de corta duración</u>	<u>343</u>
<u>CAPÍTULO LXIII: Epidermólisis bullosa</u>	<u>347</u>
<u>CAPÍTULO LXIV: Epilepsia</u>	<u>353</u>
<u>CAPÍTULO LXV: Epilepsia en el embarazo</u>	<u>357</u>
<u>CAPÍTULO LXVI: Errores de medicación y seguridad en enfermería pediátrica. Revisión bibliográfica</u>	<u>363</u>
<u>CAPÍTULO LXVII: Estado actual del método canguro en las UCIN de los hospitales de Castilla La Mancha (CLM)</u>	<u>367</u>
<u>CAPÍTULO LXVIII: Estrategias para prevenir errores de medicación en la analgesia controlada por el paciente</u>	<u>371</u>
<u>CAPÍTULO LXIX: Estreñimiento crónico</u>	<u>375</u>
<u>CAPÍTULO LXX: Estrés de enfermería en urgencias</u>	<u>379</u>
<u>CAPÍTULO LXXI: Estrés de los alumnos de enfermería de Ciudad Real</u>	<u>383</u>
<u>CAPÍTULO LXXII: Estudio de incidentes en ventilación mecánica y vía aérea (IVEMVA) en la UCI del Hospital General de Ciudad Real</u>	<u>387</u>
<u>CAPÍTULO LXXIII: Estudio de los accidentes de tráfico en el área integrada de Puertollano</u>	<u>393</u>
<u>CAPÍTULO LXXIV: Evaluación de accidentes biológicos declarados de los trabajadores sanitarios en el área de salud de C. Real en 2014</u>	<u>397</u>
<u>CAPÍTULO LXXV: Evaluación de adherencia al tratamiento en patología psiquiátrica</u>	<u>401</u>
<u>CAPÍTULO LXXVI: Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica realizado por enfermeras de atención primaria</u>	<u>407</u>

<u>CAPÍTULO LXXVII: Evaluación de un programa de tratamiento anticoagulante en un centro de salud</u>	413
<u>CAPÍTULO LXXVIII: Evidencia sobre la realización conjunta de alumbramiento dirigido y pinzamiento tardío del cordón umbilical</u>	417
<u>CAPÍTULO LXXIX: Expectativas del personal de enfermería ante el uso de antipsicóticos inhalados en pacientes agitados</u>	421
<u>CAPÍTULO LXXX: Experiencia de una persona con tumor cerebral</u>	425
<u>CAPÍTULO LXXXI: Factores de riesgo para la obesidad infantil</u>	429
<u>CAPÍTULO LXXXII: Fiebre mediterránea familiar en pediatría</u>	433
<u>CAPÍTULO LXXXIII: Fisiología hormonal del parto vs medicalización</u>	437
<u>CAPÍTULO LXXXIV: Fisioterapia respiratoria en el abordaje de la bronquiolitis infantil</u>	441
<u>CAPÍTULO LXXXV: Fluordesoxiglucosa en medicina nuclear</u>	447
<u>CAPÍTULO LXXXVI: Grado de conocimiento sobre el VPH en estudiantes de enfermería</u>	451
<u>CAPÍTULO LXXXVII: Gripe y embarazo: prevención primaria</u>	455
<u>CAPÍTULO LXXXVIII: Guía de actuación ante una úlcera por presión</u>	461
<u>CAPÍTULO LXXXIX: Guía de buena práctica enfermera: importancia del uso de recomendaciones y guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, para la prevención de úlceras por presión (UPP)</u>	465
<u>CAPÍTULO XC: Guía de cuidados y ejercicios al alta para los pacientes intervenidos de prótesis de cadera</u>	469
<u>CAPÍTULO XCI: HIPEC cerrada en el cáncer de ovario</u>	475
<u>CAPÍTULO XCII: Hipoacusia neonatal. Programa de detección precoz en Castilla-La Mancha</u>	481
<u>CAPÍTULO XCIII: Impacto de la intervención educativa enfermera en cuidadores de pacientes con PEG y SNG</u>	485
<u>CAPÍTULO XCIV: Importancia de realizar 5 comidas al día</u>	491
<u>CAPÍTULO XCV: Incontinencia urinaria: estudio de un caso</u>	495
<u>CAPÍTULO XCVI: Indicaciones de la amniocentesis</u>	499
<u>CAPÍTULO XCVII: Influencia de la cesárea humanizada en la madre y el recién nacido: papel de enfermería</u>	503
<u>CAPÍTULO XCVIII: Influencia de la educación para la salud en la prevención del cáncer de mama</u>	507
<u>CAPÍTULO XCIX: Influencia de la lactancia materna en el desarrollo de patología respiratoria</u>	511
<u>CAPÍTULO C: Inmigración vs enfermedades infecciosas</u>	515
<u>CAPÍTULO CI: Intervención enfermera ante el síndrome de Munchausen</u>	521
<u>CAPÍTULO CII: Investigación sobre los efectos de la musicoterapia como una nueva línea de cuidado complementario a los prematuros ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales</u>	527
<u>CAPÍTULO CIII: La administración de medicamentos</u>	531

<u>CAPÍTULO CIV: La enfermera escolar</u>	<u>535</u>
<u>CAPÍTULO CV: La información al paciente con terapia sustitutiva de la función renal</u>	<u>539</u>
<u>CAPÍTULO CVI: La salud a través del dibujo: estudio sobre la concepción interpretativa de alumnos y alumnas de primaria</u>	<u>543</u>
<u>CAPÍTULO CVII: La satisfacción de los usuarios, instrumento de mejora de la calidad de la atención sanitaria</u>	<u>547</u>
<u>CAPÍTULO CVIII: Manejo de la dieta prescrita en una paciente con retinopatía diabética.....</u>	<u>551</u>
<u>CAPÍTULO CIX: Manejo del TCE grave</u>	<u>555</u>
<u>CAPÍTULO CX: Manejo enfermero del aspirador quirúrgico múltiple</u>	<u>559</u>
<u>CAPÍTULO CXI: Maniobras de Epley.....</u>	<u>563</u>
<u>CAPÍTULO CXII: Medición índice tobillo–brazo en un paciente con factores de riesgo cardiovasculares.....</u>	<u>567</u>
<u>CAPÍTULO CXIII: Método Finger-Feeder.....</u>	<u>573</u>
<u>CAPÍTULO CXIV: Modelo de valoración de constantes en pacientes hospitalizados en el Reino Unido</u>	<u>577</u>
<u>CAPÍTULO CXV: Morbilidad del recién nacido</u>	<u>581</u>
<u>CAPÍTULO CXVI: NANDA-NIC-NOC del paciente con cateterización de Swan Ganz.....</u>	<u>585</u>
<u>CAPÍTULO CXVII: Neumonía zero: NAV (neumonía asociada a la ventilación mecánica) en UCI.....</u>	<u>591</u>
<u>CAPÍTULO CXVIII: Nivel de información: pacientes ingresados para intervenciones quirúrgicas y grado ansiedad.....</u>	<u>597</u>
<u>CAPÍTULO CXIX: Obesidad: cirugía bariátrica</u>	<u>601</u>
<u>CAPÍTULO CXX: Obtención de muestra de sangre venosa y manejo de los tubos</u>	<u>607</u>
<u>CAPÍTULO CXXI: Optimización del tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular</u>	<u>611</u>
<u>CAPÍTULO CXXII: Papel de enfermería en la promoción del ejercicio físico en el mayor</u>	<u>615</u>
<u>CAPÍTULO CXXIII: Pérdida de peso en recién nacidos normales con lactancia materna durante la estancia hospitalaria.....</u>	<u>619</u>
<u>CAPÍTULO CXXIV: Pesadillas y terrores nocturnos en la edad infantil</u>	<u>623</u>
<u>CAPÍTULO CXXV: Pioderma gangrenoso.....</u>	<u>626</u>
<u>CAPÍTULO CXXVI: Plan de cuidados de enfermería ante un paciente con ACV.....</u>	<u>633</u>
<u>CAPÍTULO CXXVII: Plan de cuidados de enfermería ante un paciente con EPOC.....</u>	<u>641</u>
<u>CAPÍTULO CXXVIII: Plan de cuidados de enfermería en el paciente colostomizado</u>	<u>647</u>
<u>CAPÍTULO CXXIX: Plan de cuidados de enfermería en la ictericia neonatal</u>	<u>651</u>
<u>CAPÍTULO CXXX: Plan de cuidados de enfermería para pacientes trasplantados de riñón</u>	<u>657</u>
<u>CAPÍTULO CXXXI: Plan de cuidados de hipertensión en diálisis</u>	<u>663</u>
<u>CAPÍTULO CXXXII: Plan de cuidados del paciente con desprendimiento de retina</u>	<u>667</u>
<u>CAPÍTULO CXXXIII: Plan de cuidados del paciente portador de fistula arterio-venosa (FAVI) o injerto para hemodiálisis: complicaciones en domicilio- sangrado por lugar de punción.....</u>	<u>673</u>

<u>CAPÍTULO CXXXIV: Plan de cuidados en el paciente con distress respiratorio agudo</u>	<u>679</u>
<u>CAPÍTULO CXXXV: Plan de cuidados en la insuficiencia arterial crónica</u>	<u>685</u>
<u>CAPÍTULO CXXXVI: Plan de cuidados en paciente sometido a cirugía de cataratas.....</u>	<u>691</u>
<u>CAPÍTULO CXXXVII: Plan de cuidados en pacientes con nutrición enteral.....</u>	<u>695</u>
<u>CAPÍTULO CXXXVIII: Plan de cuidados en un paciente portador de drenaje de Kehr o tubo en T.....</u>	<u>701</u>
<u>CAPÍTULO CXXXIX: Plan funcional de educación terapéutica en diabetes infantil</u>	<u>707</u>
<u>CAPÍTULO CXL: Planificación familiar: manejo enfermero del implante subcutáneo en mujeres en riesgo de exclusión social</u>	<u>713</u>
<u>CAPÍTULO CXLI: Plasmaféresis: hacia una vida depurada</u>	<u>717</u>
<u>CAPÍTULO CXLII: Presión negativa tópica en el cuidado de heridas (TPN)</u>	<u>723</u>
<u>CAPÍTULO CXLIII: Prevalencia y factores relacionados con el síndrome burnout en la enfermería oncológica</u>	<u>729</u>
<u>CAPÍTULO CXLIV: Prevención de caídas en residencias</u>	<u>735</u>
<u>CAPÍTULO CXLV: Prevención de la infección de localización quirúrgica</u>	<u>739</u>
<u>CAPÍTULO CXLVI: Prevención de la plagiocefalia.....</u>	<u>745</u>
<u>CAPÍTULO CXLVII: Prevención en el cáncer de cérvix.....</u>	<u>749</u>
<u>CAPÍTULO CXLVIII: Prevención, detección y atención ante el riesgo de caídas en personas mayores en atención primaria</u>	<u>755</u>
<u>CAPÍTULO CXLIX: Problemas de masticación en la infancia. Estudio descriptivo</u>	<u>761</u>
<u>CAPÍTULO CL: Procedimiento para la administración de concentrados de hemáties, plasma y plaquetas en hospitalización</u>	<u>765</u>
<u>CAPÍTULO CLI: Protocolo actuación de enfermería ante una extravasación de citostáticos</u>	<u>771</u>
<u>CAPÍTULO CLII: Protocolo ante crisis epilépticas en un centro de grandes discapacitados psíquicos.....</u>	<u>777</u>
<u>CAPÍTULO CLIII: Protocolo D.P.C. de cérvix, test de Papanicolau</u>	<u>781</u>
<u>CAPÍTULO CLIV: Protocolo de actuación para pacientes con problemas de salud mental en los servicios de urgencias hospitalarias</u>	<u>785</u>
<u>CAPÍTULO CLV: Protocolo de automedición de la presión arterial domiciliaria como método de evaluación del paciente hipertenso.....</u>	<u>789</u>
<u>CAPÍTULO CLVI: Protocolo de contención mecánica de enfermería ante un paciente con agitación psicomotriz.....</u>	<u>795</u>
<u>CAPÍTULO CLVII: Protocolo de donación de progenitores hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical</u>	<u>801</u>
<u>CAPÍTULO CLVIII: Protocolo de investigación para un futuro estudio descriptivo con técnica Delphi sobre las competencias que los enfermeros de emergencias deben tener para la asistencia en transporte sanitario terrestre tipo C en España.....</u>	<u>807</u>
<u>CAPÍTULO CLIX: Protocolo de revisión y organización del carro de paradas cardiorrespiratorias.....</u>	<u>813</u>
<u>CAPÍTULO CLX: Protocolo de tratamiento de UPPs en residencia de mayores.....</u>	<u>817</u>

<u>CAPÍTULO CLXI: Protocolo de Triage en urgencias hospitalarias.....</u>	<u>821</u>
<u>CAPÍTULO CLXII: Protocolo extracción de sangre y tejido del cordón umbilical</u>	<u>827</u>
<u>CAPÍTULO CLXIII: Protocolo para el manejo de efectos secundarios producidos por fármacos antipsicóticos.....</u>	<u>831</u>
<u>CAPÍTULO CLXIV: Protocolo para la prevención del síndrome de realimentación en el adulto, en el restablecimiento del soporte nutricional</u>	<u>837</u>
<u>CAPÍTULO CLXV: Protocolo para la realización de una campimetría</u>	<u>841</u>
<u>CAPÍTULO CLXVI: Pulseras identificativas: uso y seguridad del paciente</u>	<u>847</u>
<u>CAPÍTULO CLXVII: Punción intraósea mediante el uso de aguja Cook.....</u>	<u>851</u>
<u>CAPÍTULO CLXVIII: Quemaduras de 2º grado y manejo de las flictenas.....</u>	<u>855</u>
<u>CAPÍTULO CLXIX: RCP en las aulas: el poder está en tus manos.....</u>	<u>861</u>
<u>CAPÍTULO CLXX: Realización del test de detección rápida para el virus respiratorio sincitial</u>	<u>865</u>
<u>CAPÍTULO CLXXI: Relación entre los malos hábitos alimenticios en edad escolar con la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta</u>	<u>869</u>
<u>CAPÍTULO CLXXII: Relación entre obesidad y diferentes patologías.....</u>	<u>873</u>
<u>CAPÍTULO CLXXIII: Resultados cirugía percutánea en antepié</u>	<u>877</u>
<u>CAPÍTULO CLXXIV: Revisión sistemática: copa menstrual vs métodos tradicionales de higiene durante la menstruación</u>	<u>881</u>
<u>CAPÍTULO CLXXV: Salud laboral, importancia del papel que desempeña la enfermería del trabajo: prevención, y atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional</u>	<u>887</u>
<u>CAPÍTULO CLXXVI: Sé hacer RCP de calidad</u>	<u>893</u>
<u>CAPÍTULO CLXXVII: Seguridad del paciente y profesionales sanitarios. Importancia del lavado de manos</u>	<u>897</u>
<u>CAPÍTULO CLXXVIII: Seguridad en los cuidados del paciente con VMNI en planta.....</u>	<u>901</u>
<u>CAPÍTULO CLXXIX: Síndrome de Guillain Barre.....</u>	<u>907</u>
<u>CAPÍTULO CLXXX: Síndrome de Rendu-Osler-Weber o teleangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT).....</u>	<u>911</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXI: Síndrome del burn-out adaptado a la situación de los residentes de enfermería de familia y comunitaria</u>	<u>915</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXII: Síndrome del corazón roto (miocardiopatía de Takotsubo).Caso clínico.....</u>	<u>919</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXIII: Terapia con hipotermia inducida.....</u>	<u>925</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXIV: Terapias alternativas al dolor crónico</u>	<u>931</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXV: Test de los 6 minutos, ¿se debe realizar la segunda prueba?</u>	<u>937</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXVI: Trastornos por déficit de atención</u>	<u>941</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXVII: Tratamiento multidisciplinar en fibromialgia</u>	<u>947</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXVIII: UPP en la UCI neonatal, un reto para enfermería</u>	<u>953</u>
<u>CAPÍTULO CLXXXIX: Uso de apósito de hidrocelular multicapa adhesivo en úlcera por presión</u>	<u>959</u>
<u>CAPÍTULO CXC: Uso de clorhexidina o povidona yodada en la asepsia del campo</u>	

<u>quirúrgico. Revisión bibliográfica actual</u>	<u>965</u>
<u>CAPÍTULO CXCI: Uso de la hipotermia terapéutica en el síndrome postparada cardíaca</u>	<u>969</u>
<u>CAPÍTULO CXCII: Uso del chupete ¿sí o no?.....</u>	<u>973</u>
<u>CAPÍTULO CXCIII: Uso del vendaje funcional en esguince de tobillo.....</u>	<u>977</u>
<u>CAPÍTULO CXCIV: Utilidad clínica de la monitorización continua de glucosa retrospectiva en la detección de hipoglucemias inadvertidas y nocturnas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1</u>	<u>981</u>
<u>CAPÍTULO CXCV: Valoración de la adherencia terapéutica en el paciente anciano</u>	<u>987</u>
<u>CAPÍTULO CXCVI: Valoración de la cinemática del trauma en los accidentes de tráfico.....</u>	<u>991</u>
<u>CAPÍTULO CXCVII: Valoración del grado de ansiedad en padres de niños sometidos a estudios neurofisiológicos</u>	<u>997</u>
<u>CAPÍTULO CXCVIII: Valoración neurológica del paciente crítico en nuestra UCI</u>	<u>1001</u>
<u>CAPÍTULO CXCIX: Vía clínica en cirugía ginecológica: cuidados postquirúrgicos</u>	<u>1005</u>
<u>CAPÍTULO CC: Vía intraósea: alternativa rápida y eficaz a la vía venosa periférica convencional en situaciones de urgencia vital en atención primaria</u>	<u>1009</u>

Prólogo

**Dra. María del Carmen Prado
Laguna**

Decana de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real

El volumen que tienen en sus manos recopila las ponencias presentadas en el VIII Congreso de Investigación dirigido a profesionales de Enfermería y Fisioterapia, celebrado en Ciudad Real los días 19 y 20 de noviembre del año pasado. Una rápida ojeada al índice de contenidos evidenciará algunas características básicas de esta colección de ponencias, como son una considerable variedad temática, el enfoque multidisciplinar aportado por muchas de ellas y, sobre todo, el elevado nivel científico alcanzado en nuestros estudios.

La Enfermería como área científica autónoma está dando ahora sus primeros pasos, liberándose de tutelas que, de alguna manera, venían confinando el necesario desarrollo de nuestras competencias profesionales y académicas dentro de unos límites que se habían quedado demasiado estrechos. Quede bien claro que esa liberación de tutelas no puede significar en modo alguno renunciar a la multidisciplinariedad de nuestras investigaciones y de nuestro desarrollo profesional. La Enfermería, como sucede con prácticamente todas las áreas científicas, necesita y debe apoyarse en el acervo de conocimientos acumulado por otras disciplinas para seguir avanzando. Tan sólo las ciencias abstractas, como pueden ser las matemáticas o la especulación metafísica, pueden sustraerse a tal condición.

En este sentido hay que valorar muy positivamente los últimos logros académicos conseguidos por la Enfermería. Al fin y al cabo, las legislaciones vienen a ser la plasmación y regulación de realidades sociales. No es baladí que Enfermería haya obtenido el reconocimiento como titulación de Grado. De esta manera se viene a reconocer que nuestra profesión dispone de un corpus científico propio, con todo lo que ello supone a la hora de reclamar nuestra autonomía profesional; al mismo tiempo, ese reconocimiento académico nos facilita el acceso material a un tipo de investigaciones que hasta ahora nos resultaba un terreno casi vedado.

Ya tenemos las condiciones y las herramientas necesarias para desarrollar con libertad nuestra propia área científica, a partir de ahora será nuestra responsabilidad impulsar ese desarrollo. A las instituciones, especialmente a la académica, le corresponde albergar y apoyar esas investigaciones y a las personas implicadas en ellas. Pero la Universidad no es la única implicada en esa tarea; también la Administración del Estado y las empresas deben prestar su colaboración, allanando caminos burocráticos y financieros, en una investigación que redundará no solo en una mejora de la salud pública, sino también del nivel científico de nuestro país, con todos los positivos retornos sociales y económicos que ello supone.

Creo que la colección de ponencias recogidas en este volumen no sólo describe bien el actual estado del arte de la Enfermería, sino que además sugiere posibles caminos para otras investigaciones que sigan profundizando en las bases científicas propias de la Enfermería. Asimismo resultan muy interesantes las cuestiones tratadas en las Mesas Temáticas, por cuanto señalan de un lado la pluridisciplinariedad de nuestros conocimientos y, por otro, inciden en cuestiones prácticas de la máxima relevancia para el desarrollo de nuestra profesión.

Introducción

D. Juan Carlos Muñoz Camargo

Presidente del Comité Científico del Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

La ciencia es un ente dinámico en constante evolución. La permanente incorporación de nuevos tratamientos, técnicas e intervenciones conlleva la necesaria actualización de conocimientos ⁽¹⁾.

La actualización del conocimiento de enfermería y fisioterapia está relacionada directamente con la investigación. Como dice Clifford Woody, la investigación no es una mera búsqueda de la verdad, sino una indagación prolongada, intensiva e intencionada, es un método para descubrir la verdad a través del pensamiento crítico.

La American Association of Colleges of Nursing en declaraciones sobre la investigación en enfermería recuerda que se debe crear una cultura investigadora. La investigación es imprescindible para el colectivo de enfermería y no debe ser considerada como un aspecto ajeno a la profesión.

Toda práctica profesional debe estar basada y validada en la investigación para ejercer una práctica fundamentada científicamente. Incorporarse a la investigación nos facilitará proporcionar cuidados de calidad y lograremos que nuestra profesión sea reconocida como tal. ⁽²⁾

El avance de la investigación de enfermería y fisioterapia, y su influencia en la práctica clínica va a depender de muchos factores: del apoyo institucional y político que se tenga, de la motivación y la madurez profesional del personal de ambos colectivos ante la posibilidad de introducir cambios y sin duda alguna, del papel que desempeñen las universidades en la formación de estos profesionales.

La investigación en estos campos debe ser metodológicamente correcta, éticamente aceptable y cumplir con la legislación vigente ⁽³⁾

Enfermería y fisioterapia son los responsables de ofrecer a la sociedad un cuidado de calidad y buscar las formas que mejoren la calidad de ese cuidado. Investigar en enfermería es necesario para impulsar el desarrollo de nuestra profesión y lograr el reconocimiento social que merecemos.

Este libro viene a contribuir con una de las máximas del proceso de investigación, la divulgación de la misma, y para compartirlo aprovecharemos las nuevas tecnologías que faciliten la difusión tanto a profesionales como a la sociedad en general.

Bibliografía:

- 1.- Martínez A, Lóis AM. Aspectos jurídicos de una práctica basada en evidencias. *Metas de Enferm* 2007; 10 (6): 62-66.
- 2.- Guillen DM, Cuevas L. Investigar en enfermería: ¿por qué y para qué? *Desarrollo Cientif Enferm*. 2009;17 (2):89-92.
- 3.- Busquest E. Investigación en enfermería. *Rev Rol Enf*. 2009; 32:5.

Capítulo I

¿Cómo controlo mi diabetes?

Autores:

Vanessa Márquez Arriaga

Vanessa Ortiz Valderas

Paula Valderas Pérez-Serrano

¿Cómo controlo mi diabetes?

Manejo en el control de diabetes tipo 1 en niños y adolescentes

La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónicas de carácter metabólico y generalmente autoinmune más frecuentes en la infancia.

Se caracteriza por la destrucción de las células productoras de insulina (células β) del páncreas que provoca un aumento de los niveles de azúcar (glucosa) en sangre elevados.



La insulina es necesaria para que nuestro cuerpo utilice la glucosa que procede de los alimentos, permitiendo el paso de la glucosa al interior de las células. Sin insulina nuestro cuerpo no puede sobrevivir. Un fallo de la producción de insulina, generará un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

¿Cómo controlo mi glucemia?

1. Control de la glucemia por punción capilar.

Los niños necesitan hacerse varios controles de azúcar en sangre a lo largo del día, habitualmente antes de las comidas, por lo que alguno de estos controles se lo deberán hacer en horario escolar.

Se realiza, pinchando con una lanceta el dedo para poder obtener una gotita de sangre, que es recogida en una tira especial y leída por un medidor de glucosa en unos pocos segundos.



Objetivo: mantener los niveles de glucosa lo más cercano al nivel fisiológico tanto en niveles basales como 2h después de las comidas (postprandiales) de la forma más segura.

Niveles de glucemia capilar

Niveles	BUEN CONTROL	IDEAL	MAL CONTROL
Basal antes de las comidas	70-100 mg/dl	80-100 mg/dl	100 mg/dl
1 h después de las comidas	90-180 mg/dl	80-120 mg/dl	+ de 200 mg/dl
Antes de dormir	100-180 mg/dl	80-100 mg/dl	- 80 mg/dl + 200 mg/dl
De madrugada	80-140 mg/dl	80-100 mg/dl	- de 70 mg/dl + de 200 mg/dl

2. Anoto mi resultado en una libreta de control, y en función de los datos obtenidos se inyecta la dosis y tipo de insulina pautada.

3. Inyección de la dosis de insulina pautada

- Técnica de inyección de la insulina

Se coge un pellizco con los dedos índice, corazón y pulgar, cogiendo la dermis y el tejido subcutáneo sin tocar el músculo en un ángulo de 45° o 90° según la cantidad de tejido graso esperar unos segundos y soltar cuando se haya retirado la aguja.



- Zonas frecuentes de administración

Muslos, glúteos, brazos y abdomen principalmente alternando las zonas de punción para evitar lipodistrofia de la zona.

¿Cuáles son los principales síntomas que se pueden presentar?

	Síntomas	Actuación
Hipoglucemia - 70 mg/dl	Sudores Dolor Palidez Inestabilidad Mareo Miedo	Identificar los síntomas que se presentan y tomar los valores que están en su rango. Control de la glucemia, y si es < 70 mg/dl corregir tomando 15ml de carbohidrato de absorción rápida (1 cucharada de azúcar o 100ml de zumo de naranja o leche) y si no se ha corregido dar una nueva dosis de 15ml de carbohidrato de absorción rápida (zumos, galletas, leche...) Pasados 15 min, repetir en nueva control y si no se ha corregido dar una nueva dosis de 15ml de carbohidrato de absorción rápida.
Hiperglucemia + 250 mg/dl	Mareos y náuseas Cansancio y somnolencia Dolor más de lo habitual y/o mejor la cama Bajar más de lo habitual Falta peso Dolor abdominal Mareo Látidos y largos periodos de inestabilidad Visión borrosa	Si se presentan alguno de estos síntomas y además el control sea repetidamente, repetir analizando rápido y se encuentra constantemente en aumento hacer inmediatamente un ajuste y acudir a urgencias en sus casos para valoración médica, que puede ser urgente médica.
Fenómeno «al alba»	Resaca Mareos/náuseas Despertarse con cansancio, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, dolor de cabeza De madrugada el control se eleva para disminuir y producir un aumento de glucosa, si no hay insulina en el cuerpo se produce un hiperglucemia al despertar	Comunicado a la médico que le indicará aumentar los niveles de insulina administrada antes de despertar
Efecto Somogy o hiperglucemia de rebote	Control de glucemia entre las 2 y 4 de la madrugada Efecto rebote tras un episodio de hipoglucemia de madrugada	Hiperglucemia «al alba» Hiperglucemia Somogy Comunicado a la médico que le indicará disminuir los niveles de insulina administrada antes de dormir

Debe ser una dieta como cualquier niño que no tenga diabetes, rica y variada, con un aporte de proteínas, grasas, nutrientes adaptada a cada edad, ajustando las raciones de hidratos de carbono.



Es recomendable hacer 5 comidas ligeras al día para evitar una sobrecarga de función al tubo digestivo y mantener unos niveles de glucemia regulares a lo largo del día.

Actividad física

La actividad física regular es uno de los pilares básicos en tu tratamiento, te ayuda a mantener niveles de glucemia adecuados, pero tendrás que realizar un control previo de tu glucemia y plantearse el tipo de ejercicio que se va a realizar, la cantidad de insulina que se ha administrado y la alimentación previa.



Si el ejercicio es prolongado tomar un suplemento de hidratos de carbono.

Diabetes tipo 1 situación actual y conclusiones

Actualmente existen unos 497.100 niños en el mundo con Diabetes tipo 1 de los que el 26% vive en Europa, se estima que cada año se diagnostican 79.100 nuevos casos.

La incidencia en Castilla la Mancha es de 27,6/100000/año, con diferencias entre provincias.

La prevalencia se sitúa en 1,44/1000 menores de 15 años y de 0,21/1000 respecto a la población general.

Existe un predominio en menores varones de 5 años. La máxima prevalencia corresponde a niños entre 10 y 14 años y la mayor incidencia es de niños entre 5 y 9 años.

El reto al que nos enfrentamos al ser una enfermedad crónica es conseguir un adecuado plan de autocontrol entre actividad física, dieta saludable y manejo de la insulina que disminuya las limitaciones físicas, sociales y el impacto académico en menores.

Resumen: La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónicas de carácter metabólico y generalmente autoinmune más frecuentes en la infancia.

Al ser una enfermedad crónica el fin del tratamiento será conseguir un adecuado plan de autocontrol entre actividad física, dieta saludable y manejo de la insulina que disminuya las limitaciones físicas, sociales y el impacto académico en menores.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 1; Insulina; Glucosa.

La diabetes mellitus tipo 1 se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células productoras de insulina (células β) del páncreas que provoca un aumento de los niveles de azúcar (glucosa) en sangre elevados.

La insulina es necesaria para que nuestro cuerpo utilice la glucosa que procede de los alimentos, permitiendo el paso de la glucosa al interior de las células. Sin insulina nuestro cuerpo no puede sobrevivir. Un fallo de la producción de insulina, generará un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

¿Cómo controlo mi glucemia?

1. Control de la glucemia por punción capilar.

Los niños necesitan hacerse varios controles de azúcar en sangre a lo largo del día, habitualmente antes de las comidas, por lo que alguno de estos controles se lo deberán hacer en horario escolar. El control capilar se realiza, pinchando con una lanceta el dedo para poder obtener una gotita de sangre, que es recogida en una tira especial y leída por un medidor de glucosa en unos pocos segundos. El objetivo consiste en mantener los niveles de glucosa lo más cercano al nivel fisiológico tanto en niveles basales como 2h después de las comidas (postprandiales) de la forma más segura.

Niveles de glucemia capilar óptimos

- Basal antes de las comidas: 65-100 mg/dl
- 2h después de las comidas: 80-126 mg/dl
- Antes de dormir: 80-100 mg/dl
- De madrugada: 65-100 mg/dl

2. Anoto mi resultado en una libreta de control, y en función de los datos obtenidos se inyecta la dosis y tipo de insulina pautado.

3. Inyección de la dosis de insulina pautada

- Técnica de inyección de la insulina: Cogemos un pellizco con los dedos índice, corazón y pulgar, cogiendo la dermis y el tejido subcutáneo sin tocar el músculo en un ángulo de 45° o 90° según la cantidad de tejido graso (a cantidad de mayor tejido graso mayor ángulo de punción) esperar unos segundos y soltar cuando se haya retirado la aguja.
- Zonas frecuentes de administración: Muslos, glúteos, brazos y abdomen principalmente alternando las zonas de punción para evitar lipodistrofia de la zona.

¿Cuáles son los principales síntomas que se pueden presentar?

- Hipoglucemia (glucemia < 70 mg/dl): Se manifiesta con somnolencia, sudor, palidez, irritabilidad, mareo, hambre... El modo de actuación será: identificar los síntomas que se presentan y avisar los adultos que estén a su cargo, control de la glucemia, y si es < 70 mg/dl corregirla tomando hidratos de carbono de absorción rápida (2 azucarillos, zumos) + hidratos de carbono de absorción lenta (pan, galletas, leche...). Pasados 10 m, realizar un nuevo control y si no se ha corregido dar una nueva dosis de hidratos de carbono de absorción lenta.
- Hiperglucemia (glucemia > 250 mg/dl): Manifestado por náuseas y vómitos, cansancio y somnolencia, orinar más de lo habitual y/o mojar la cama, beber más de lo habitual, pérdida de peso, dolor abdominal, hambre, labios y lengua seca, irritabilidad, visión borrosa. Modo de actuación: si se presentan algunos de estos síntomas y además el corazón late rápidamente, respira profundo, rápido y se encuentra somnoliento, es necesario avisar inmediatamente a un adulto y acudir a urgencias, ya que puede sufrir cetoacidosis diabética, que supone una urgencia médica.
- Fenómeno Al Alba o Efecto Somogy o hiperglucemia de rebote. Los síntomas característicos son: pesadillas, noctambulismo, despertarse con cansancio, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, dolor de cabeza. Se realiza un control de glucemia entre las 2 y las 4h de la madrugada, si presenta hiperglucemia o valores normales se denomina Fenómeno al alba (de madrugada el cuerpo se prepara para despertarse y produce un aumento de glucosa, si no hay insulina en el cuerpo se producirá una hiperglucemia al despertarse).

Si entre las 2 y 4h de la madrugada hay una hipoglucemia, se denomina Efecto Somogy (efecto rebote tras un episodio de hipoglucemia de madrugada)

Ante estas situaciones habrá que comunicarlo a nuestro médico que te indicará aumentar o disminuir los niveles de insulina administrada antes de cenar para evitar estas situaciones.

¿Cuál es la alimentación que debo seguir?

Debe ser una dieta como cualquier niño que no tenga diabetes, rica y variada, con un aporte de proteínas, grasas, nutrientes adaptada a cada edad, ajustando las raciones de hidratos de carbono.

Es recomendable hacer 5 comidas ligeras al día para evitar una sobrecarga de función al tubo digestivo y mantener unos niveles de glucemia regulares a lo largo del día.

Actividad física

La actividad física regular es uno de los pilares básicos en tu tratamiento, te ayuda a mantener niveles de glucemia adecuados, pero tendrás que realizar un control previo de tu glucemia y plantearse el tipo de ejercicio que se va a realizar, la cantidad de insulina que se ha administrado y la alimentación previa.

Si la glucemia previa al ejercicio es:

- 70-100 mg/dl, tomar alimentos azucarados antes de iniciar
- 100 y 200 mg/dl iniciar normalmente

- + de 250 mg/dl no realizar ejercicio

Si el ejercicio es prolongado tomar un suplemento de hidratos de carbono.

Diabetes tipo 1 situación actual y conclusiones

Actualmente existen unos 497.100 niños en el mundo con Diabetes tipo 1 de los que el 26% vive en Europa, se estima que cada año se diagnostican 79.100 nuevos casos.

La incidencia en Castilla la Mancha es de 27,6/100000/año, con diferencias entre provincias. La prevalencia se sitúa en 1,44/1000 menores de 15 años y de 0,21/1000 respecto a la población general.

Existe un predominio en menores varones de 5 años. La máxima prevalencia corresponde a niños entre 10 y 14 años y la mayor incidencia es de niños entre 5 y 9 años.

El reto al que nos enfrentamos al ser una enfermedad crónica es conseguir un adecuado plan de autocontrol entre actividad física, dieta saludable y manejo de la insulina que disminuya las limitaciones físicas, sociales y el impacto académico en menores.

Bibliografía:

1. Clínica Universidad de Navarra.es [Internet] Dr. Javier Escalada San Martín. Especialista Departamento de Endocrinología y Nutrición. Enfermedades y tratamientos. Enfermedades. Diabetes Mellitus tipo 1. <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/diabetes-tipo-1>
2. Fundación para la diabetes. Mataró. Barcelona. [Internet] Raquel Barrio | Médico Adjunto. Unidad de Diabetes. Servicio de Pediatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid - Pedro Méndez Castedo | Psicopedagogo. Equipo de Orientación Psicopedagógica del Nalón. Asturias - Judit Rodergas | Enfermera. Experta en Educación para la Salud. Mataró. Barcelona. Disponible: <http://www.fundaciondiabetes.org/infantil/456/el-nino-la-diabetes-y-la-escuela-1>
3. P. Giralt Muiña, M.J. Ballester Herrera, E. Palomo Atance, J.J. Angulo Donado, G. Sánchez, L. Santillana Ferrer, Estudio epidemiológico de la diabetes tipo 1, en menores de 15 años en Castilla-La Mancha. GEDPECAM. Anales de Pediatría [Internet] . Volume 76, Issue 2, February 2012, Pags 83–91. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311001056>

Capítulo II

¿Mejoran la acupuntura y la auriculoterapia los signos y síntomas asociados a la cirugía de prótesis de rodilla?

Autores:

Alberto Bermejo Cantarero

Laura Muñoz De Morales Romero

¿MEJORAN LA ACUPUNTURA Y LA AURICULOTERAPIA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA DE PROTESIS DE RODILLA?

Introducción

La acupuntura es un técnica milenaria perteneciente a la Medicina Tradicional China que consiste en la inserción y la manipulación de agujas en puntos específicos del cuerpo situados en los denominados "meridianos energéticos" con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar del paciente. La Auriculoterapia es una rama de la acupuntura en la que se utilizan puntos ubicados en la oreja que representan a todo el organismo.

Las bases científicas de la Acupuntura demuestran que ésta promueve cambios en las funciones sensitivas, motoras y autonómicas, con resultados terapéuticos a nivel visceral, inmune y hormonal y de la función cerebral en general, a través de la neuromodulación. La Acupuntura estimula al Sistema Nervioso Central y Periférico para que libere sus mecanismos moduladores del dolor y de reparación a través de la liberación de neurotransmisores.

La inserción de prótesis totales de rodilla (PTR) es cada día más frecuente debido al envejecimiento de la población. Cerca del 30% de las personas entre 55 y 75 años tienen signos radiológicos de artrosis sintomática en sus caderas y rodillas y se estima que entre 1-3% de las personas mayores de 65 años en la actualidad van a necesitar una prótesis de cadera o rodilla para aliviar el dolor y la discapacidad.

La alta prevalencia de esta cirugía nos hace plantearnos la importancia de abordar de una manera integral los signos y síntomas tanto físicos como psicológicos que aparecerán en el perioperatorio de PTR, valorando la eficacia de la Acupuntura en el control de los síntomas asociados a esta intervención y en la rehabilitación postoperatoria de la misma.

Objetivo

Valorar la eficacia de la Acupuntura y la Auriculoterapia en el control de los síntomas indeseables más comunes que aparecen en el perioperatorio de la inserción de PTR.



Material y método

REVISIÓN NARRATIVA

Palabras clave: Acupuncture, Auriculotherapy, perioperative, total knee prosthesis, anxiety, pain, vomiting.

Definición estrategia de búsqueda:

- Elección términos Mesh.
- Introducción de descriptores en bases de datos científicas: Pubmed, Cochrane, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Google académico.
- Selección de artículos según criterios de inclusión y exclusión.
- Elaboración de diagramas de flujo.
- Lectura de artículos completos y elaboración de tablas de evidencia.

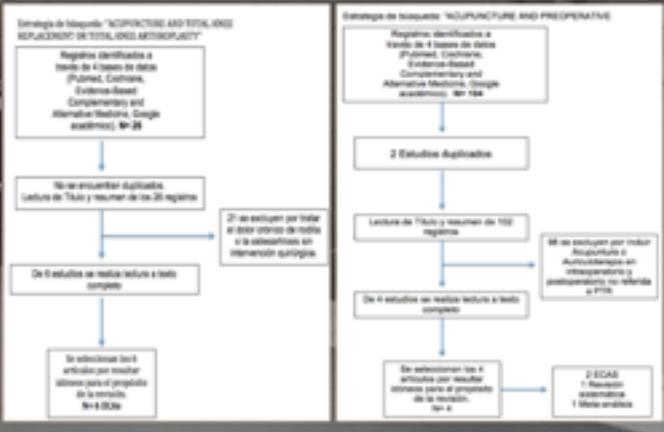
Criterios de inclusión.

- Resúmenes en inglés o español sin límites de tiempo.
- Acupuntura o auriculoterapia en el periodo perioperatorio y referida a PTR.

Criterios de exclusión.

- Acupuntura o auriculoterapia en intraoperatorio y postoperatorio no referida a PTR.

Diagramas de flujo y estrategias de búsqueda para la selección de artículos



Resultados

- Reducción estadísticamente significativa del dolor entre las 8 y las 72 horas y entre los 7 y 21 días del postoperatorio de inserción de PTR respecto al grupo control no tratado con acupuntura.
- En dos de los ensayos se estudiaron las necesidades de opioides y se observó que en los grupos tratados con acupuntura era significativamente menor que en los grupos control ($p= 0,002$). El tiempo hasta la primera solicitud de Fentanilo fue mayor en el grupo de estudio.
- El estudio del efecto de la electroacupuntura en la rehabilitación postoperatoria de PTR dio como resultado unos valores de EVA marcadamente inferiores en el grupo tratado con acupuntura y rehabilitación que en el grupo tratado únicamente con rehabilitación. ($p<0,05$, $p<0,01$). Así mismo se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones de amplitud de movimiento (ROM) y escala HSS a las 2, 6 y 12 semanas después de la cirugía ($p<0,05$, $p<0,01$).
- Reducción significativa de la incidencia de efectos adversos tanto con acupuntura con auriculoterapia.
- Buenos resultados en el tratamiento de la ansiedad preoperatoria, reduciéndose los valores medios de ansiedad (STAI-S) ($p=0,018$).

Discusión

La acupuntura y la auriculoterapia, aplicadas antes de la cirugía, resultan terapias eficaces para reducir la ansiedad preoperatoria, que se ha demostrado que es un factor predictivo de peor resultado funcional y de calidad de vida al año de ser implantada una prótesis total de rodilla primaria.

Estas técnicas resultan útiles para reducir el dolor postoperatorio tras la inserción de una prótesis total de rodilla. Por lo tanto, minimiza las necesidades postoperatorias de opioides del paciente, lo que supone ya por sí solo una disminución del riesgo de sufrir efectos indeseables derivados del uso de los mismos, tales como náuseas, vómitos, estreñimiento, astenia, retención urinaria o sudoración.

Por otro lado, podemos decir que la acupuntura, asociada a la rehabilitación, promueve la recuperación más rápida de la función articular de la rodilla, mejora la capacidad de resistencia del entrenamiento de rehabilitación y en la fase post-aguda, alivia el dolor, reduce la hinchazón de la rodilla y favorece la pronta recuperación de la amplitud de movimientos de la articulación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acupuncture for pain relief after total knee arthroplasty: a randomized controlled trial (Zhou CC, Yang CC, Wu CC, Shi WM, Cheng WH, Healy PA).
2. Acupuncture and related techniques for postoperative pain: a systematic review of randomized controlled trials (Sun YC, Guo T, Dabone JM, Healy PA).
3. Acupuncture Provides Short-Term Pain Relief for Patients in a Total Joint Replacement Program (Carpenter DL, Callaway Johnson JB, Miller C, Fitch MD, Rouse RL, Reusch JL, Evans JR).
4. Application and effect of auricular acupoint pressing for analgesia in postoperative period of total knee joint replacement (Zhang FJ, Wang HD, Ma ZC).
5. The application of electroacupuncture to postoperative rehabilitation of total knee replacement (Chen C, Curran RA, DG).
6. Efficacy of acupuncture during post-surgery phase of rehabilitation after total knee arthroplasty (Sakuramoto K, Tsuyg T, Tamura T, Maruyama M, Saito K, Minohara S).
7. Auricular acupuncture for analgesia in postoperative period of total knee arthroplasty (de BC, Song P, Li J, Jing HJ, Yao JM).
8. The use of auricular acupuncture to reduce preoperative anxiety (Wang SM, Pengyan C, Kato JN).
9. Acupuncture prior to surgery to minimize postoperative nausea and vomiting: a systematic review (Nelson-Pedersen PG, Nagegowdy D).
10. Acupuncture and acupointure in preventing and managing postoperative nausea and vomiting in adults (Wenbin J).
11. Acupuncture for Postoperative Nausea and Vomiting (Lee SH, Chung H, Chung A, Shim H).
12. Influencia de la ansiedad, depresión y dolor postoperatorio preoperatorio en la respuesta total de dolor (López Compañel A).

Resumen: *Introducción. La acupuntura es una técnica perteneciente a la medicina tradicional china que estimula el sistema nervioso central y modula el dolor. Debido al envejecimiento poblacional cada vez es más prevalente la inserción de prótesis totales de rodilla (PTR). El objetivo de esta revisión es valorar la eficacia de la Acupuntura y la Auriculoterapia en el perioperatorio de la inserción de PTR.*

Material y método. Revisión sistemática.

Resultados. Los estudios analizados indican una reducción del dolor postoperatorio, menor necesidad de opiáceos y disminución de la ansiedad.

Discusión. La acupuntura resulta eficaz en la mejora de los síntomas asociados a PTR.

Palabras Clave: *Acupuntura, Auriculoterapia; Perioperatorio, Ansiedad, Dolor; Prótesis total de rodilla.*

Introducción:

La acupuntura es una técnica milenaria perteneciente a la Medicina Tradicional China que consiste en la inserción y la manipulación de agujas en puntos específicos del cuerpo situados en los denominados “meridianos energéticos” con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar del paciente. La Auriculoterapia es una rama de la acupuntura en la que se utilizan para el tratamiento puntos ubicados en la oreja que representan a todo el organismo.

Las bases científicas de la Acupuntura demuestran que ésta promueve cambios en las funciones sensitivas, motoras y autonómicas, con resultados terapéuticos a nivel visceral, inmune y hormonal y de la función cerebral en general, a través de la neuromodulación. La Acupuntura estimula al Sistema Nervioso Central y Periférico para que libere sus mecanismos moduladores del dolor y de reparación a través de la liberación de neurotransmisores.

La inserción de prótesis totales de rodilla (PTR) es cada día más frecuente debido al envejecimiento de la población. Cerca del 30% de las personas entre 55 y 75 años tienen signos radiológicos de artrosis sintomática en sus caderas y rodillas y se estima que entre 1-3% de las personas mayores de 65 años en la actualidad van a necesitar una prótesis de cadera o rodilla para aliviar el dolor y la discapacidad.

La alta prevalencia de esta cirugía nos hace plantearnos la importancia de abordar de una manera integral los signos y síntomas tanto físicos como psicológicos que aparecerán en el perioperatorio de PTR, valorando la eficacia de la Acupuntura en el control de los síntomas asociados a esta intervención y en la rehabilitación postoperatoria de la misma.

Objetivo:

Valorar la eficacia de la Acupuntura y la Auriculoterapia en el control de los síntomas indeseables más comunes que aparecen en el perioperatorio de la inserción de PTR.

Material y método:

- Revisión sistemática.

- Criterios de inclusión: Resúmenes en inglés o español. Sin límite de tiempo. Siempre que la acupuntura o auriculoterapia se aplicaran en el periodo perioperatorio y referida a PTR.
- Criterios de exclusión: Acupuntura o auriculoterapia en intra y postoperatorio no referida a PTR.
- Introducción de descriptores en bases de datos científicas (Pubmed, Cochrane, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Google académico).
- Estrategia de búsqueda:
 - Acupuncture and knee and perioperative or preoperative or postoperative.
 - Acupuncture and total knee replacement
 - Acupuncture and perioperative or preoperative or postoperative.
- Selección primaria de artículos y lectura de resúmenes.
- Lectura completa de artículos seleccionados en una segunda criba: 9 Estudios clínicos aleatorizados (ECAs) y dos revisiones sistemáticas

Resultados:

- Los ECAs analizados en los que se utilizó la acupuntura obtuvieron una reducción estadísticamente significativa del dolor entre las 8 y las 72 horas del postoperatorio de inserción de PTR respecto al grupo control. Igualmente, otro de los estudios obtuvo resultados similares entre los días 7 y 21 después de la intervención. El dolor se midió en todos los casos mediante Escala Visual Analógica (EVA).
- En dos de los ensayos se estudiaron las necesidades de opioides y se observó que en los grupos tratados con acupuntura era significativamente menor que en los grupos control ($p=0,002$). El tiempo hasta la primera solicitud de Fentanilo fue mayor en el grupo de estudio.
- El estudio del efecto de la electroacupuntura en la rehabilitación postoperatoria de PTR dio como resultado unos valores de EVA marcadamente inferiores en el grupo tratado con acupuntura y rehabilitación que en el grupo tratado únicamente con rehabilitación.

Bibliografía:

1. Chen CC, Yang CC, Hu CC, Shih HN, Chang YH, Hsieh PH. Acupuncture for pain relief after total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. *Reg Anesth Pain Med.* 2015;40(1):31-6.
2. Chen G, Gu RX, Xu DD. [The application of electroacupuncture to postoperative rehabilitation of total knee replacement]. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2012;32(4):309-12.
3. Sun Y, Gan TJ, Dubose JW, Habib AS. Acupuncture and related techniques for postoperative pain: a systematic review of randomized controlled trials. *Br J Anaesth.* 2008;101(2):151-60.
4. Mikashima Y, Takagi T, Tomatsu T, Horikoshi M, Ikari K, Momohara S. Efficacy of acupuncture during post-acute phase of rehabilitation after total knee arthroplasty. *J Tradit Chin Med.* 2012;32(4):545-8.
5. Tong PJ, Wang HD, Ma ZC. [Application and effect of auricular acupoint pressing for analgesia in perioperative period of total knee joint replacement]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi.* 2010;30(9):931-4.

Capítulo III

¿Son útiles los opiáceos orales de acción rápida ante curas dolorosas en domicilio?

Autor:

Marino Barona Calvo

¿SON ÚTILES LOS OPIACEOS ORALES DE ACCIÓN RÁPIDA ANTE CURAS DOLOROSAS EN DOMICILIO?

INTRODUCCIÓN

En las curas muy dolorosas en domicilio precisamos analgésicos potentes de fácil autoadministración preferentemente por vía oral.

El hidrocioruro de oxicodeona, la morfina y el fentanilo de acción rápida orales son agonistas mayores opiáceos con una buena biodisponibilidad oral y una vida media plasmática corta, utilizados habitualmente en el dolor oncológico disruptivo.

METODOLOGÍA

-Diseño: Estudio descriptivo longitudinal

-Población: Pacientes de una zona básica de salud rural.

-Instrumento: Escala Visual analógica numérica (EVA), es una escala numerada del 0 al 10 siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor. El paciente selecciona el número que mejor evalúa su dolor.

-Recogida de datos: Si los pacientes referían dolor durante las curas se cuantificaba este mediante la EVA.

Si los pacientes en 3 de las curas valoraban con una puntuación de 6 o superior su dolor en la EVA se les indicaba que tomaran un opiáceo oral de acción rápida 30 minutos antes de las curas y se valoraba el dolor en curas sucesivas.

-Análisis de datos: Se utilizó estadística descriptiva diferencial con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

-Aspectos éticos: Para la realización del estudio se pidió consentimiento a los pacientes.

OBJETIVO

Ver la utilidad de opiáceos orales de acción rápida ante curas dolorosas en domicilio así como los posibles efectos secundarios que de su administración pudieran surgir.

RESULTADOS

Se seleccionaron 17 pacientes que obtuvieron una puntuación igual o superior a 6 en la EVA durante la realización de las curas en domicilio.

Del grupo de estudio la edad media fue de 54.88 años \pm 17.85 y con un numero mayor de hombres que de mujeres (Gráfico 1).

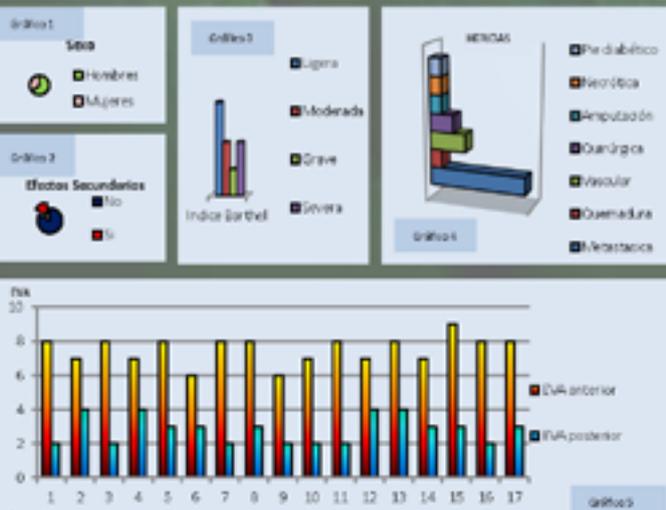
Sólo 3 de los pacientes presentaron efectos secundarios, siendo estos leves del tipo de mareo o nauseas (Gráfico 2).

En el gráfico 3 y 4 podemos ver el Índice de Barthel de los pacientes y la etiología de las distintas heridas.

De esos 17 pacientes, tras la administración de opiáceos orales de acción rápida un 23.52% redujeron en 3 puntos la intensidad del dolor, un 11.76% redujeron en 4 puntos, un 35.29% redujeron en 5 puntos y un 29.41% vieron reducido su dolor en 6 puntos en la EVA. En el Gráfico 5 podemos ver la intensidad media del dolor antes de administrar los opiáceos (EVA anterior) y después de administrados (EVA posterior).

CONCLUSIONES

- Los opiáceos orales de acción rápida son capaces de reducir el dolor en mas de 5 puntos en la EVA.
- Los opiáceos orales de acción rápida son seguros, produciendo efectos secundarios leves en un numero reducido de pacientes.
- De todo ello conduimos que los opioides orales de acción rápida pueden ser una buena alternativa analgésica para curas dolorosas en domicilio ya que son de fácil administración, sus efectos no duran mucho tiempo y apenas producen efectos secundarios.



Resumen: Con el objetivo de ver la utilidad de los opiáceos orales de acción rápida ante curas dolorosas en domicilio se hizo un estudio descriptivo longitudinal con una muestra de 17 pacientes que presentaban una puntuación de 6 o superior en la escala visual analógica numérica del dolor.

En líneas generales, los resultados han sido favorables a la utilización de los opiáceos orales de acción rápida ante curas dolorosas en domicilio, concluyendo que los opiáceos orales de acción rápida son una buena alternativa analgésica ante este tipo de curas y que son seguros porque apenas producen efectos secundarios.

Palabras Clave: Heridas y Traumatismos; Analgésicos Opioides; Manejo del Dolor.

Introducción:

En las curas muy dolorosas en domicilio precisamos analgésicos potentes de fácil autoadministración preferentemente por vía oral.

El hidrocloreuro de oxicodona, la morfina y el fentanilo de acción rápida orales son agonistas mayores opiáceos con una buena biodisponibilidad oral y una vida media plasmática corta, utilizados habitualmente en el dolor oncológico disruptivo.

Objetivo:

Ver la utilidad de opiáceos orales de acción rápida ante curas dolorosas en domicilio así como los posibles efectos secundarios que de su administración puedan surgir.

Metodología:

- Diseño: Estudio descriptivo longitudinal.
- Población: Pacientes de una zona básica de salud rural.
- Instrumento: Escala Visual analógica numérica (EVA), es una escala numerada del 0 al 10 siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor. El paciente selecciona el número que mejor evalúa su dolor.
- Recogida de datos: Si los pacientes referían dolor durante las curas se cuantificaba este mediante la EVA.

Si los pacientes en 3 de las curas valoraban con una puntuación de 6 o superior su dolor en la EVA se les indicaba que tomaran un opiáceo oral de acción rápida 30 minutos antes de las curas y se valoraba el dolor en curas sucesivas.

- Análisis de datos: Se utilizó estadística descriptiva diferencial con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas.
- Aspectos éticos: Para la realización del estudio se pidió consentimiento a los pacientes.

Resultados:

Se seleccionaron 17 pacientes que obtuvieron una puntuación igual o superior a 6 en la EVA durante la realización de las curas en domicilio.

Del grupo de estudio la edad media fue de 54.88 años \pm 17.85 y con un porcentaje de 64.70% de hombres frente al 35.30% de mujeres.

De la muestra de 17 pacientes 7 de ellos presentaban una puntuación en el Índice de Barthel de 80 o superior (dependencia ligera), 4 pacientes tenían una dependencia moderada. 2 grave y 4 presentaban una dependencia severa.

Entre las etiologías de las heridas encontramos principalmente heridas Metastásicas (47.05%), Vasculares (17.64%), Quirúrgica (11.76%), Pie diabético, Necrótica, Amputación y Quemaduras.

Sólo 3 de los pacientes a los que se les aplicó el tratamiento presentaron efectos secundarios, siendo estos leves del tipo de mareos o náuseas.

De esos 17 pacientes, tras la administración de opiáceos orales de acción rápida un 23.52% redujeron en 3 puntos la intensidad del dolor, un 11.76% redujeron en 4 puntos, un 35.29% redujeron en 5 puntos y un 29.41% vieron reducido su dolor en 6 puntos en la EVA.

Conclusiones:

Los opiáceos orales de acción rápida son capaces de reducir el dolor en más de 5 puntos en la EVA.

Los opiáceos orales de acción rápida son seguros, produciendo efectos secundarios leves en un número reducido de pacientes.

De todo ello concluimos que los opiáceos orales de acción rápida pueden ser una buena alternativa analgésica para curas dolorosas en domicilio ya que son de fácil administración, sus efectos no duran mucho tiempo y apenas producen efectos secundarios.

Bibliografía:

1. Krasner D. The chronic wound pain experience. *Ostomy Wound Manage* 1995; 41(3): 20-5.
2. Puntillo K.A White C, Morris AB et al. Patients "perceptions and responses to procedural pain: results from the Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2000; 10(4) 238-51.
3. Grocott P. Palliative management of fungating malignant wounds. *J Community Nurse* 2000; 14(3): 31-8.

Capítulo IV

Abordaje quemadura en Atención Primaria. Caso clínico

Autores:

Francisca Fernández Herreros

Elisa Moreno Molero

Ángela Sánchez Rodríguez de la Paz

ABORDAJE QUEMADURA EN ATENCIÓN PRIMARIA. CASO CLÍNICO

Autores:

INTRODUCCIÓN

Entre las diversas actividades que los profesionales de atención primaria desarrollan en su práctica diaria, el cuidado a personas que sufren quemaduras (graves y no graves) ocupa un lugar que merece especial mención debido a las implicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas, tanto para el paciente como para los familiares .

El concepto de quemadura se define como la afectación de la integridad cutánea originada por el calor, pudiendo estar producida por un agente térmico, eléctrico, químico o radiactivo . La mayoría de la literatura disponible sobre atención a personas con quemaduras se centra en estudios hospitalarios. Sin embargo, en los Centros de Atención Primaria (CAP) se atienden cada año numerosos casos de quemaduras y el profesional de enfermería, en colaboración con el profesional médico, lidera y gestiona el cuidado de dichas heridas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Anciana 88 años, pluripatológica (diabetes, hipertensión, insuficiencia venosa periférica), independiente en las AVVD que solo precisa ayuda en alguna de ellas y es independiente en la mayoría de AVVD. Acude a consulta de atención primaria por presentar quemadura en ambos glúteos producidos por calor al quemarse su ropa debido a una estufa de gas. A la exploración se observan quemaduras de segundo grado profundo en ambos glúteos. Se puede apreciar la presencia de tejido inflamatorio, abundante fibrina y abundante exudado sanguinolento. Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por el servicio de cirugía, el cual pauta curas cada 24 con sulfadiazina argéntica.

OBJETIVO

Los cuidados de enfermería en las quemaduras persiguen los siguientes objetivos: acelerar el proceso de curación de la lesión reducir el estrés metabólico del paciente, disminuir el riesgo de infección, recuperar la piel del modo más estético posible y evitar rigideces articulares. Sin olvidar el aspecto psicológico, valorando la ansiedad, angustia, estrés, miedo y dolor que pudiera experimentar el enfermo.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA, NOC, NIC

- 00046 deterioro de la integridad cutánea.
 - 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
 - 1004 Estado nutricional
 - 3660 Cuidados de las heridas
 - 3550 Manejo de presiones
 - 1100 Manejo de la nutrición
- 00085 Deterioro de la movilidad física
 - 0300 Cuidados personales: AVD
 - 2102 Nivel de dolor
 - 0840 Cambio de posición
 - 7040 Ayuda al cuidador principal
- 00132 Dolor agudo
 - 1605 Control del dolor
 - 2102 Nivel de dolor
 - 1400 Manejo del dolor
 - 2210 Administración de medicación

IMAGENES



DIA 1

Se procede a desbridamiento cortante. Tras lavado de la herida con suero fisiológico se realiza cura en ambiente húmedo con apósito de plata (aquacel ag) apósito de hidrofibra de hidrocoloido para control del exudado y apósito secundario, en este caso se utilizó un apósito espuma de poliuretano, autoadhesivo, multicapa y absorbente con silicona (mepilex border)

La paciente se queja de intenso dolor que le impide realizar sus actividades habituales, reduciendo su actividad a vida cama- sillón Por lo que se recomiendan mecanismos de alivio de la presión para sillón.

Se vuelve a citar para revisión de la herida y nueva cura en 48h.



DIA 2

Tras levantar apósito, el cual se encuentra saturado por abundante exudado sanguinolento, se procede a lavado de la quemadura con SF, se aprecia glúteo izquierdo sin tejido fibrinolítico y con presencia de tejido de granulación. En glúteo derecho solamente se aprecia tejido fibrinolítico en lateral izquierdo del lecho de la herida, en el resto del lecho se observa tejido de granulación. Se procede a cura realizando el mismo procedimiento del día anterior. La paciente sigue refiriendo intenso dolor, que calma mediante fármacos prescritos por su MAP Valoración de la herida en 48h.



DIA 3
Apósito saturado por exudado sanguinolento. Glúteo izquierdo con tejido de granulación, muy buen estado de piel perilesional. Glúteo derecho con menos tejido fibrinolítico y proliferación de tejido de granulación. Se procede a cura según procedimiento de días anteriores. La paciente aunque sigue presentando dolor, comenta que es menos intenso que en días anteriores. Valoración en 72h.



DIA 6

Tras curas cada 72h, a la sexta cura según el procedimiento descrito desde el comienzo encontramos glúteo izquierdo con tejido de epitelización y ausencia de exudado. Y glúteo derecho con tejido de granulación y abundante tejido de epitelización. Piel perilesional en estado óptimo.

Tras limpieza con SF se procede a cura de glúteo izquierdo con aceite hiperoxigenado y apósito de espuma de poliuretano. Cura de glúteo derecho según procedimiento realizado en días anteriores y basado en los principios de cura húmeda.

La paciente no presenta dolor y realiza de nuevo sus actividades habituales. Valoración en 3 días.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El riesgo de infección es la principal consecuencia que puede producirse tras la pérdida cutánea, por ello nuestros esfuerzos deben dirigirse a evitar la infección que retrasaría la cicatrización y reparación de la piel dañada. A los 20 días de producirse las lesiones, encontramos que el procedimiento seguido ha sido el adecuado y encontramos ambas lesiones con tejido de epitelización. La paciente no presenta dolor y ha retomado por completo sus actividades habituales

REGLA DE LOS NUEVE DE WALLACE	
Cabeza y cuello	9%
Tórax anterior	18%
Tórax posterior	18%
Extremidad superior (I x 2)	18%
Extremidad inferior (I x 2)	36%
Área genital	1%

Resumen: Entre las diversas actividades que los profesionales de atención primaria desarrollan en su práctica diaria, el cuidado a personas que sufren quemaduras ocupa un lugar que merece especial mención debido a las implicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas, tanto para el paciente como para los familiares.

En este caso nos encontramos ante una mujer de 88 años pluripatológica que acude a la consulta de enfermería de atención primaria con quemaduras térmicas de segundo grado profundas en ambos glúteos.

objetivos: acelerar el proceso de curación, reducir el estrés metabólico, disminuir el riesgo de infección y recuperar la integridad de la piel.

Palabras Clave: Quemadura; Infección; Atención Primaria.

Introducción:

Entre las diversas actividades que los profesionales de atención primaria desarrollan en su práctica diaria, el cuidado a personas que sufren quemaduras (graves y no graves) ocupa un lugar que merece especial mención debido a las implicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas, tanto para el paciente como para los familiares.

Se calcula que 80% de las quemaduras pueden ser prevenidas, pues la mayoría ocurre en el hogar. Las estufas de gasolina (Cocinól) y la utilización de “veladoras” dentro de las habitaciones constituyen, en nuestro medio, causa principal de estas lesiones

El concepto de quemadura se define como la afectación de la integridad cutánea originada por el calor, pudiendo estar producida por un agente térmico, eléctrico, químico o radiactivo .

Existen tres niveles de quemaduras:

- Las quemaduras de primer grado afectan sólo la capa exterior de la piel. Causan dolor, enrojecimiento e hinchazón.
- Las quemaduras de segundo grado afectan tanto la capa externa como la capa subyacente (por debajo) de la piel. Provocan dolor, enrojecimiento, inflamación y formación de ampollas. .
- Las quemaduras de tercer grado afectan las capas profundas de la piel y también se denominan quemaduras de espesor completo. Pueden provocar coloración blanquecina, oscura o carbonizada de la piel.

Las lesiones térmicas son cuantificables y los trastornos fisiopatológicos se relacionan a la extensión. La palma cerrada de la mano del paciente adulto corresponde al 1% de su superficie corporal y puede ser instrumento rápido de estimación del porcentaje de superficie corporal quemada en la escena del accidente o en quemaduras pequeñas.

Para quemaduras extensas, tradicionalmente se utiliza el cómputo de la superficie quemada que deriva de la “Regla de los Nueves”. La superficie corporal quemada se calcula en áreas de 9%

cada una, la cual incluye: la cabeza y el cuello, el tórax, abdomen, espalda superior, espalda inferior, glúteos, cada muslo, cada pierna y cada extremidad superior. El periné completa el 1% restante.

La mayoría de la literatura disponible sobre atención a personas con quemaduras se centra en estudios hospitalarios. Sin embargo, en los Centros de Atención Primaria (CAP) se atienden cada año numerosos casos de quemaduras y el profesional de enfermería, en colaboración con el profesional médico, lidera y gestiona el cuidado de dichas heridas.

Caso clínico:

Anciana 88 años, pluripatológica (diabetes, hipertensión, insuficiencia venosa periférica), independiente en las ABVD que solo precisa ayuda en alguna de ellas y es independiente en la mayoría de AIVD. Acude a consulta de atención primaria por presentar quemadura en ambos glúteos producidos por calor al quemarse su ropa debido a una estufa de gas. A la exploración se observan quemaduras de segundo grado profundo en ambos glúteos. Se puede apreciar la presencia de tejido inflamatorio, abundante fibrina y abundante exudado sanguinolento. Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por el servicio de cirugía, el cual pauta curas cada 24 con sulfadiazina argéntica.

Objetivos:

Los cuidados de enfermería en las quemaduras persiguen los siguientes objetivos:

- GENERALES:
 - Acelerar el proceso de curación de la lesión
 - Reducir el estrés metabólico del paciente,
- ESPECÍFICOS:
 - Disminuir el riesgo de infección,
 - Recuperar la piel del modo más estético posible
 - Evitar rigideces articulares.

Sin olvidar el aspecto psicológico, valorando la ansiedad, angustia, estrés, miedo y dolor que pudiera experimentar el enfermo.

Plan de cuidados:

Se procede a realizar las sucesivas curas siguiendo el siguiente plan de cuidados:

- 00046 deterioro de la integridad cutánea.
 - 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
 - 1004 Estado nutricional
 - 3660 Cuidados de las heridas
 - 3550 Manejo de presiones

- 1100 Manejo de la nutrición
- 00085 Deterioro de la movilidad física
 - 0300 Cuidados personales: AVD
 - 2102 Nivel de dolor
 - 0840 Cambio de posición
 - 7040 Ayuda al cuidador principal
- 00132 Dolor agudo
 - 1605 Control del dolor
 - 2102 Nivel de dolor
 - 1400 Manejo del dolor
 - 2210 Administración de medicación

Desarrollo:

Día 1

Se procede a desbridamiento cortante. Tras lavado de la herida con suero fisiológico se realiza cura en ambiente húmedo con aposito de plata (aquacel Ag) apósito de hidrofibra de hidrocoloide para control del exudado y aposito secundario, en este caso se utilizó un apósito espuma de poliuretano, autoadhesivo, multicapa y absorbente con silicona (Mepilex Border)

La paciente se queja de intenso dolor que le impide realizar sus actividades habituales, reduciendo su actividad a vida cama- sillón Por lo que se recomiendan mecanismos de alivio de la presión para sillón. Se vuelve a citar para revisión de la herida y nueva cura en 48h.

Día 2

Tras levantar apósito, el cual se encuentra saturado por abundante exudado sanguinolento, se procede a lavado de la quemadura con SF, se aprecia glúteo izquierdo sin tejido fibrinolítico y con presencia de tejido de granulación. En glúteo derecho solamente se aprecia tejido fibrinolítico en lateral izquierdo del lecho de la herida, en el resto del lecho se observa tejido de granulación. Se procede a cura realizando el mismo procedimiento del día anterior.

La paciente sigue refiriendo intenso dolor, que calma mediante fármacos prescritos por su MAP. Valoración de la herida en 48h.

Día 3

Apósito saturado por exudado sanguinolento. Glúteo izquierdo con tejido de granulación, muy buen estado de piel perilesional. Glúteo derecho con menos tejido fibrinolítico y proliferación de tejido de granulación.

Se procede a cura según procedimiento de días anteriores. La paciente aunque sigue presentando dolor, comenta que es menos intenso que en días anteriores. Valoración en 72h.

Día 6

Tras curas cada 72h, a la sexta cura según el procedimiento descrito desde el comienzo encontramos glúteo izquierdo con tejido de epitelización y ausencia de exudado. Y glúteo derecho con tejido de granulación y abundante tejido de epitelización. Piel perilesional en estado óptimo.

Tras limpieza con SF se procede a cura de glúteo izquierdo con aceite hiperoxigenado y apósito de espuma de poliuretano. Cura de glúteo derecho según procedimiento realizado en días anteriores y basado en los principios de cura húmeda. La paciente no presenta dolor y realiza de nuevo sus actividades habituales. Valoración en 3 días.

Resultados

Se comprueba que el método desarrollado ha sido el adecuado, ya que a los 20 días de producirse la lesión encontramos ambas lesiones con tejido de epitelización, la paciente no presenta dolor y no produciéndose complicaciones añadidas a dicho procedimiento.

Conclusiones y discusión

El riesgo de infección es la principal consecuencia que puede producirse tras la pérdida cutánea, por ello nuestros esfuerzos deben dirigirse a evitar la infección que retrasaría la cicatrización y reparación de la piel dañada. A los 20 días de producirse las lesiones, encontramos que el procedimiento seguido ha sido el adecuado y encontramos ambas lesiones con tejido de epitelización. La paciente no presenta dolor y ha retomado por completo sus actividades habituales

Bibliografía:

1. www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm
2. www.medline.es
3. <http://www.convatec.co/wound-skin/wound-type/pressure-ulcers/stages-of-pu>
4. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-TRATAMIENTO-QUEMADURAS-15-Dic-2013.pdf>
5. <http://www.aibarra.org/Guias/1-16.htm>

Capítulo V

Abordaje terapéutico del paciente anciano con disfagia orofaríngea

Autor:

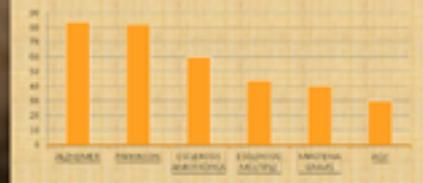
Avelina Cortijo Escudero

ABORDAJE TERAPEUTICO DEL PACIENTE ANCIANO CON DISFAGIA OROFARINGEA

OBJETIVO

La disfagia es un proceso muy frecuente en los ancianos que puede alterar de forma importante la calidad de vida y que, en la mayoría de los casos, puede pasar inadvertido. Los enfermos ancianos con discapacidad, dependencia severa y déficit cognitivo importante presentan con frecuencia problemas para una deglución normal, por ello el abordaje de esta patología es de gran importancia.

AFTCTACIÓN DE LA DISFAGIA OROFARINGEA POR PATOLOGÍAS



MÉTODO

Para determinar si los síntomas del paciente corresponden a una disfagia orofaríngea, el método clínico más utilizado se determina con el "test del agua", consiste en administrar al paciente diversos sorbos de agua y observar signos de aspiración, se puede mejorar la sensibilidad del método utilizando pulsioxímetro, debido a la posible existencia de aspiraciones silentes.

Aunque el estudio con **videofluoroscopia** es el estudio con mayor sensibilidad ante pacientes con sospecha de una alteración importante en la seguridad o eficacia de la deglución.

El estudio con **videofluoroscopia**, es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la deglución de diferentes volúmenes y contrastes radiológicos con distintas viscosidades. En estudios realizados se ha observado mediante videofluoroscopia que entre el 45% y el 90% de los pacientes con enfermedad neurológica y neurodegenerativas presentan alteraciones en la eficacia de la deglución que pueden dar lugar a desnutrición y 2/3 de estos pacientes presentan alteraciones en la seguridad que pueden dar lugar a aspiraciones.

INTERVENCIONES

El diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea requieren un abordaje multidisciplinar.

A continuación se enumeran las técnicas utilizadas en el abordaje de la disfagia orofaríngea;

- 1.-Estrategias posturales:** flexión anterior del cuello (protege las vías respiratorias), flexión posterior (mejora la velocidad del tránsito oral), decúbito lateral o supino (protege la aspiración de residuo hipofaríngeo).
- 2.-Cambios de volumen y del bolo:** la reducción del bolo y el aumento de viscosidad aumentan la eficacia y seguridad en pacientes con disfagia neurógena.
- 3.-Estrategias de incremento sensorial oral:** en pacientes con apraxia o alteraciones de la sensibilidad oral (muy frecuente en ancianos). Los sabores ácidos, como el limón o las sustancias frías desencadenan los mecanismos de la deglución.
- 4.-Praxias neuromusculares:** tienen como objetivo mejorar la fisiología de la deglución y el tono, la sensibilidad y la motricidad de las estructuras orales (labios y lengua) y musculatura suprahióidea.
- 5.-Maniobras deglutorias específicas:** maniobras que el paciente debe aprender para compensar las alteraciones biomecánicas como la deglución supraglótica, la deglución de esfuerzo o forzada, la doble deglución y la maniobra de Mendelsohn.



CONCLUSIONES

La aplicación de programas de diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea permiten reducir la elevada morbilidad que produce en el anciano.

Un adecuado tratamiento de la disfagia orofaríngea en el anciano ayuda al mantenimiento de la vía oral mientras sea posible mantener el estado nutricional y evitar complicaciones respiratorias.

Es un síntoma clínicamente poco valorado a pesar de que existen métodos específicos para su diagnóstico, tanto métodos de diagnóstico clínico como exploraciones complementarias, como el estudio videofluoroscópico de la deglución.

La disfagia en el anciano suele ser de etiología funcional, de localización orofaríngea y es extremadamente prevalente. Estudios han demostrado que afecta hasta el 50%-78% de los ancianos institucionalizados.

Resumen: La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de la elevada prevalencia y su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. Sería conveniente destinar recursos materiales y humanos para su diagnóstico y su tratamiento y con ello reduciríamos el elevado gasto sanitario que se destina a las complicaciones que de ello derivan.

Las complicaciones respiratorias supone la principal causa de mortalidad. Gracias a los programas multidisciplinares de evaluación y tratamiento, podríamos reducir riesgos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Trastorno de la Deglución; Disfagia Orofaríngea; Videofluoroscopia.

Introducción:

La educación de los profesionales sanitarios sobre el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea y sus complicaciones, el diagnóstico precoz mediante métodos clínicos precisos y aplicables a pie de cama, el desarrollo de exploraciones complementarias específicas para cada entorno clínico y la mejora de estrategias nutricionales y terapéuticas para evitar aspiraciones y la malnutrición son las piedras angulares para una máxima recuperación del anciano. La disfagia orofaríngea es un proceso que sucede con frecuencia en ancianos y que puede alterar de forma importante su calidad de vida, pudiendo pasar inadvertido.

Aquellos ancianos que presentan discapacidad, dependencia severa y déficit cognitivo importante, presentan con mayor frecuencia problemas para una deglución normal, por ello, el abordaje temprano de dicha patología es de vital importancia.

Objetivo:

- Conocer las diferentes medidas terapéuticas para abordar el problema.
- Conocer las complicaciones de no tomar aquellas medidas encaminadas al tratamiento.

Método:

Para establecer un plan de cuidados adecuado ante la disfagia orofaríngea en el anciano, es necesario realizar una cuidadosa valoración de la anatomía y fisiología de la orofaringe, además de evaluar el estado nutricional y la hidratación del enfermo, así como de su capacidad para la deglución y habilidades para comer.

A la hora de determinar si los síntomas corresponden a una disfagia orofaríngea, el método clínico más utilizado es el "test del agua", consiste en la administración de varios sorbos de agua y observar si existen signos de aspiración, se puede mejorar la sensibilidad del método utilizando pulsioxímetro, debido a la posibilidad de la existencia de aspiraciones silentes.

Aunque el estudio con videofluoroscopia es el estudio con mayor sensibilidad ante pacientes con sospecha de una alteración importante en la seguridad o eficacia de la deglución.

El estudio con videofluoroscopia es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la deglución de diferentes volúmenes y contrastes radiológicos con diferentes viscosidades.

Intervenciones:

El diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea requieren un abordaje multidisciplinario. A continuación se enumeran las técnicas utilizadas en el abordaje de dicha patología:

1. Estrategias posturales; flexión anterior del cuello (protege la vías respiratorias), flexión posterior (mejora la velocidad del tránsito oral), decúbito lateral o superior (protege la aspiración de residuo hipofaríngeo).
2. Cambios de volumen y del bolo; la reducción del bolo y el aumento de viscosidad aumentan la eficacia y la seguridad de pacientes con disfagia neurógena.
3. Estrategias de incremento sensorial oral; en pacientes con apraxia o alteraciones de la sensibilidad oral (muy frecuente en ancianos). Los sabores ácidos, como el limón o las sustancias frías desencadenan los mecanismos de deglución.
4. Praxias neuromusculares; tienen como objetivo mejorar la fisiología de la deglución, el tono, la sensibilidad y la motricidad de las estructuras orales (labios y lengua) y musculatura suprahióidea.
5. Maniobras deglutorias específicas; son maniobras que el paciente debe aprender para compensar las alteraciones biomecánicas como la deglución supraglótica (detener la respiración antes y durante la deglución (provoca el cierre glótico) y toser seguidamente para limpiar la faringe. Indicaciones: Movimientos reducidos de la base de la lengua.), la deglución de esfuerzo o forzada (deglutir contrayendo la musculatura faríngea y cervical. Indicaciones: Cierre glótico reducido o tardío), la doble deglución (consiste en tragar dos veces el mismo volumen alimenticio) y la maniobra de Mendelsohn (apoyar y elevar de forma manual la laringe provocando la apertura del EES. Indicaciones: Aclaramiento faríngeo reducido o movimiento laríngeo reducido).

Conclusiones:

La educación de los profesionales sanitarios sobre el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea y sus complicaciones, el diagnóstico precoz mediante métodos clínicos precisos y aplicables a pie de cama, el desarrollo de exploraciones complementarias específicas para cada entorno clínico y la mejora de estrategias nutricionales y terapéuticas para evitar aspiraciones y la malnutrición, son las piedras angulares para una máxima recuperación del anciano.

También sería necesario llegar a un consenso a la hora de realizar una valoración de la disfagia orofaríngea. Se precisan métodos adecuados y consensuados de valoración de la deglución, debido que supone un problema que afecta de forma importante a la población anciana en general.

Bibliografía:

1. Ferrero López MI, García Collarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. Detección de la disfagia en mayores institucionalizados. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:143-7.
2. Clavé P, Terré R, De Kraa M, Serra-Prat M. Actitud a seguir ante una disfagia Rev Esp Enf. Dig 2002;96:119-3.
3. Clavé P, De Kraa M. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en el anciano. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada.

Capítulo VI

Acceso vascular alternativo: vía intraósea

Autores:

Laura María Díaz Rincón

María de las Nieves Ruiz López

ACCESO VASCULAR ALTERNATIVO: VÍA INTRAÓSEA

AUTORES: RUIZ LÓPEZ, MARÍA DE LAS NIEVES; DIAZ RINCÓN, LAURA MARÍA

INTRODUCCIÓN

- La vía intraósea es un acceso vascular de urgencia para la infusión de todo tipo de fármacos y líquidos, en personas con difícil acceso venoso por colapso circulatorio. De carácter temporal, debe retirarse tras la estabilización del paciente y/o tras conseguir establecer otro acceso venoso.
- La base teórica del uso de esta vía es que la médula de los huesos largos, compuesta por una gran red de capilares, drenan los fármacos y/o líquidos a la circulación general con la misma rapidez que una vena periférica.
- Es una vía de elección en emergencias y sin embargo, es la gran desconocida para el personal sanitario.

OBJETIVOS

1. Conocimiento de todos los aspectos de la vía intraósea en cuanto a indicaciones, contraindicaciones, técnicas de inserción, posibles complicaciones y líquidos y/o fármacos adecuados para la perfusión.
2. El profesional sanitario tenga presente la vía intraósea como segunda alternativa de acceso vascular en situaciones de emergencia.



METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica de artículos científicos recientes (desde el 2011 hasta el 2013) extraídos de Bases de Datos como son CUIDEN, PubMed, SciELO y la Revista Enfermería Global, con el fin de elaborar un Procedimiento Enfermero actualizado y basado en la Evidencia.

INTERVENCIONES

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad de obtener un acceso venoso por colapso circulatorio médico o traumático. • Vía de elección segura en niños de 0-6 años. • Pacientes muy graves y tras 90 seg o 2-3 intentos de obtener una vía venosa. • Grandes quemados y edemas severos. • Pacientes en shock que precisen RCP. • Politraumatizados graves e hipovolemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura, celulitis u osteomielitis del hueso de aplicación. • Huesos grandes de MMII en pacientes con traumatismo abdominal grave. • Osteoporosis. • Cuando sea necesaria la administración de bicarbonato sódico.

MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> - Aguja intraósea especial con estilete, bisel corto, multiperforadas 15G-18G. - Jeringas y agujas convencionales. - Anestésico local y antiséptico. - Guantes, gasas y vendas estériles. - Suero fisiológico y sistemas de perfusión. - Pinzas de Kocher. - Paños estériles.



LUGARES ANATÓMICOS DE INSERCIÓN
<p>NIÑOS < 6 AÑOS</p> <p>PREFERENTE: Tibial proximal</p> <p>Otras alternativas: metáfisis del radio; cara anterior de la cabeza humeral; cóndilo humeral; fémur distal; esternón; crestas ilíacas.</p>
<p>NIÑOS > 6 AÑOS Y ADULTOS</p> <p>PREFERENTE: Tibial proximal y distal</p> <p>Otras alternativas: radio y cúbito distal; esternón; espinas ilíacas antero-posteriores.</p>

TÉCNICA DE INSERCIÓN		
1. Localizar el punto de inserción y apoyar en superficie firme.	2. Lavado de manos y limpieza de la piel con solución antiséptica. Colocación de guantes estériles.	3. Sujetar la zona firmemente por encima del sitio de inserción con la mano no dominante.
4. Agarrar el catéter e insertar la aguja perpendicularmente al hueso e insertarlo con un ángulo de 60°-75°.	5. Avanzar la aguja a través de la cortical ósea con un movimiento rotatorio suave pero firme. Resistencia hasta llegar a cortical.	6. Desenroscar el extremo posterior de la aguja y retirar el estilete.
7. Aspirar con una jeringa de 10 ml y comprobar la extracción de médula ósea. NO DESECHAR.	8. Fijación del catéter e inmovilización del miembro. Inyección de 10 ml de SF.	9. Evaluación de signos de extravasación, aumento del perímetro de la extremidad... Si normal, conexión al sistema de perfusión.

Resumen: En el siguiente capítulo, tras realizar una exhaustiva revisión bibliográfica de los artículos científicos extraídos de diversas bases de datos, se desarrolla un Procedimiento Enfermero de la vía intraósea (VIO), exponiendo las indicaciones y contraindicaciones de su uso, así como los materiales utilizados, la técnica y lugares de inserción. La VIO es la segunda vía de elección en emergencias para la administración de fármacos, sin embargo, es la gran desconocida para los profesionales de Enfermería, por ello, la finalidad de este trabajo es difundir los conocimientos necesarios para que el personal sanitario use esta vía en su práctica diaria.

Palabras Clave: Infusiones intraóseas; Emergencias; Acceso Vascular.

Introducción:

La VIO es un acceso vascular rápido y eficaz de urgencia para la infusión de todo tipo de fármacos y/o soluciones líquidas, en pacientes con difícil acceso venoso por colapso circulatorio. Es una vía de carácter temporal, por tanto, debe retirarse tras la estabilización del paciente o tras conseguir establecer otro acceso venoso. La base teórica del uso de esta vía es, que la médula de huesos largos, compuesta por una gran red de capilares, drenan los fármacos y/o líquidos a la circulación general con la misma rapidez que una vena periférica.

Objetivos:

Utilizar la VIO como segunda alternativa (ya sea por la imposibilidad de conseguir una vía venosa periférica en un periodo corto de tiempo o tras varios intentos fallidos) en situaciones de urgencias y emergencias para la administración de fármacos y soluciones.

Conocer todo lo relacionado con las indicaciones, contraindicaciones, técnicas de inserción, posibles complicaciones y el amplio abanico de fármacos que se pueden perfundir por ésta vía.

Metodología:

Con la finalidad de realizar un Procedimiento Enfermero actualizado y basado en la evidencia científica, se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica de artículos científicos recientes (2011-2013) extraídos de diversas fuentes de datos, como son CUIDEN, sCielo, PubMed. Debido a la dificultad para encontrar artículos recientes, he ampliado la búsqueda hasta el año 2009, recogiendo la información de artículos publicados en Revistas de Enfermería, como son:

- Revista Paraninfo Digital
- Revista Enfermería Global
- Revista de Enfermería de Castilla y León

Intervenciones:

- Indicaciones:

- Imposibilidad de obtener un acceso venoso por colapso circulatorio médico o traumático.
 - Vía de elección segura en niños de 0-6 años.
 - Pacientes muy graves (grandes quemados, anasarca, pacientes en shock en los que sea necesario realizar RCP, politraumatizados, hipovolemia).
 - Tras 2-3 intentos o 90 seg de no haber conseguido una vía venosa periférica.
- Contraindicaciones:
- Fractura, celulitis u osteomielitis del hueso de aplicación.
 - Osteoporosis.
 - Huesos grandes de MMII en pacientes con traumatismo abdominal grave.
 - Administración de bicarbonato sódico.
- Materiales
- Aguja especial con estilete, bisel corto y multiperforadas de 15G-18G.
 - Jeringas y agujas convencionales.
 - Anestésico local y antiséptico.
 - Guantes, gasas vendas y paños estériles.
 - Suero fisiológico y sistema de perfusión.
 - Pinzas de Kocher.
- Lugares anatómicos de inserción:
- Niños <6 años: tibial proximal (preferente), metáfisis del radio, cara anterior de la cabeza humeral, cóndilo humeral, fémur distal, esternón, crestas iliacas, tibial distal, trocánter mayor.
 - Niños >6 años y adultos: tibial proximal y distal (preferentes), radio y cúbito distal, esternón, espinas iliacas anteroposteriores, calcáneo, extremo proximal clavicular y cabeza humeral.
- Técnica de inserción
- Localizar el punto de inyección y apoyar en superficie firme.
 - Lavado de manos y limpieza de la piel con solución antiséptica. Colocación de guantes estériles.
 - Sujetar la zona firmemente por encima del sitio de inserción con la mano no dominante.
 - Agarrar el catéter e insertar la aguja perpendicularmente al hueso e insertarlo con un ángulo de 60º-75º.
 - Avanzar la aguja a través de la cortical ósea con un movimiento rotatorio suave pero firme. Se nota cierta resistencia hasta llegar a la cortical.

- Desenroscar el extremo posterior de la aguja y retirar el estilete.
 - Aspirar con una jeringa de 10 ml y comprobar la extracción de médula ósea, que no debemos desechar.
 - Fijación del catéter e inmovilización del miembro. A continuación, inyección de 10 ml de suero fisiológico.
 - Evaluación de signos de extravasación, aumento del perímetro de la extremidad... Si el proceso se ha realizado con normalidad, sin incidencias, se procede a la conexión con el sistema de infusión.
- Medicación a infundir:

Por la VIO pueden administrarse prácticamente los mismos fármacos y soluciones que con la vía venosa periférica, siendo necesario administrar entre 5-10 ml de suero fisiológico tras la administración de la medicación, para facilitar que ésta llegue a la circulación sistémica. Algunos de los fármacos y líquidos que pueden administrarse son: Adrenalina, Antitoxinas, Atropina, Calcio, Dexametasona, Diazepan, Digoxina, Dobutamina, Heparina, Lidocaína, Noradrenalina, Propanolol y Sangre total.

Conclusiones:

La VIO constituye una alternativa fiable, rápida y segura, que puede ser llevada a cabo por cualquier profesional sanitario, siempre que haya adquirido los conocimientos necesarios y haya sido mínimamente entrenado para ello. Es la segunda vía de elección para la administración de fármacos y/o soluciones líquidas en situaciones de urgencias y emergencias, debido a sus escasas complicaciones.

A pesar de ello, el uso de la VIO no está muy extendido entre los profesionales sanitarios, ya sea porque no se sienten seguros o capacitados para realizar esta técnica o porque la evidencia científica y los artículos relacionados con este tema siguen siendo muy escasos.

Bibliografía:

1. Sánchez Navarro, David; Melganes de Aguilar Ferreira, M^a Dolores; Pérez Lapuente, M^a Luisa; Guardiola Belmonte, Lourdes; Jiménez Olivares, Silvia; Belchí Bueno, María. [Proyecto de Investigación] Vía intraósea en emergencias extrahospitalarias: Análisis del conocimiento de Enfermería. Rev. Paraninfo Digital 2013-7(19)
2. Míguez Burgos, A; Muñoz Simarro, D; Tello Pérez, S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. Enferm Global-Esp-2011-10(24):171-179
3. García Santa Basilia, Noemí; Cepeda Díaz, Jose M^a. Vía intraósea en enfermería de emergencias. Rev. Enfer. CyL Vol 1-Nº2 (2009)

Capítulo VII

Actitud de los alumnos hacia la educación física y su relación con la práctica deportiva y el carácter del educador

Autores:

Rosa Marca Ayuso Rivas

Anastasio Garrido Avileo

Fernando Garrido Avileo

Alicia Muñoz-Torrero Peña

Liliana Valiente Sobrino

Lorena Yepes Herencia

ACTITUD DE LOS ALUMNOS HACIA LA EDUCACIÓN FÍSICA Y SU RELACIÓN CON LA PRACTICA DEPORTIVA Y EL CARÁCTER DEL EDUCADOR

Autores:

Introducción

La educación física (EF) constituye un concepto vinculado a la formación integral y permanente de la persona. Las vivencias específicas que suponen dichas clases dan lugar a una valoración de las mismas por parte del alumno. Esta valoración en conjunto, va conformando actitudes más o menos positivas, actitudes 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 los padres tiene sobre las actitudes del estudiante en las clases de educación física.

Objetivo

- Comprobar la importancia que tiene la educación física respecto al resto de asignaturas.
- Analizar la importancia concedida a la educación física según el carácter del educador.
- Mostrar la relación entre práctica deportiva extraescolar y el género de los alumnos.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado a alumnos de dos colegios urbanos. La población de estudio la conformaron todos los alumnos de primaria y secundaria de dichos centros escolares. Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario para el análisis de la satisfacción en la educación física (CASEF). Dicho cuestionario se divide en tres bloques no independientes de los cuales se obtiene información de los alumnos sobre la satisfacción que les proporcionan las clases de educación física, el grado de empatía con el educador y también recoge aspectos relacionados con los hábitos deportivos. Se recogieron además variables sociodemográficas (sexo, edad y curso). 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 solicitó autorización a los centros y consentimiento informado a los padres de los alumnos.



Resultados

Se obtuvo una muestra total de 255 alumnos donde el 49,4% (126) fueron niñas frente a un 50,6% (129) que fueron niños. El curso de pertenencia puede verse en la figura 1.

El 100% de los profesores eran hombres con la titulación de maestro especialista en educación física. Teniendo en cuenta los datos obtenidos la educación física es la que más gusta y menos disgusta al alumnado. **Tabla 1**

El 70,6% (180) de la muestra considera como muy importante la EF, **figura 2**.

No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el interés por la asignatura, $p=0,3$.

A los alumnos lo que más les gusta de la asignatura es la práctica de juegos y diferentes deportes que se desarrollan 69% (176). En contraste con lo que menos, que está relacionado con la expresión corporal 76,9% (196). Un 96% (245) estaría en desacuerdo con reducir las horas de EF y sustituirla por otra asignatura. Sólo al 5,5% (14) no le gusta la asignatura de EF. **figura 3**.

La mayoría de los entrevistados 89,9% (229) piensa que el objetivo que debe perseguir la asignatura es la de fomentar el ejercicio para tener buena salud.

La valoración que hacen de la actitud del profesor en clase puede verse en la **tabla 2**.

El 57% (147) valora como positivo que su profesor practique deporte. Un porcentaje alto 80,8% (206) practica actividad deportiva fuera del centro y de estos un 34,5% (88) están federados. La media de días de práctica de ejercicio extraescolar se situó en $3,3 \pm 1,7$ IC 95% (2,9-3,4) siendo los niños los que más practican respecto a las niñas, $p=0,005$.

Los datos referidos a la práctica de actividad deportiva de su entorno pueden verse en la **tabla 3**. Un 95,7% (244) considera que la EF debe ocupar un lugar importante en la cultura del país.

Se objetivó que aquellos alumnos que consideran la EF como importante practicaban más deporte que los que no la consideraban, $p=0,01$. Se encontraron diferencias significativas entre la actitud del profesor y la consideración que hacen los alumnos de la asignatura, **tabla 4**.



Figura 1

ASIGNATURAS	MÁS GUSTAN	MENOS GUSTAN
EDUCACIÓN FÍSICA	29,4%	0,4%
PLÁSTICA	15,6%	5,7%
MATEMÁTICAS	14,5%	35,5%
LENGUA	10,9%	11,3%
INGLÉS	7,5%	38,4%
CIENCIAS SOCIALES	5%	9,6%
CONOCIMIENTO DEL MEDIO	4,4%	9,1%

Tabla 1

Conclusión

La educación física es la asignatura que más gusta, considerándola los alumnos como muy importante. Aquellos alumnos que perciben al educador como: bueno, agradable, justo, comprensivo, democrático y alegre le dan una mayor importancia a la educación física.

En nuestra cohorte los niños practican más deporte extraescolar que las niñas.



Figura 2



Figura 3

ACTITUD	PORCENTAJE
BUENA	80%
AGRADABLE	45,5%
JUSTA	36,5%
COMPRESIVO	47,8%
DEMOCRATICO	40,8%
ALLEGRO	34,1%

Tabla 2

ENTORNO	PORCENTAJE
PADRES	92,4%
HERMANOS	81,2%
AMIGOS	81,2%

Tabla 3

ACTITUD	IMPORTANCIA DE LA EDUCACION FISICA		VALOR P
	S	N	
BUENO	157	29	0,00
AGRADABLE	128	51	0,00
JUSTO	113	46	0,00
COMPRESIVO	96	36	0,00
DEMOCRATICO	125	33	0,00
ALLEGRO	108	32	0,00

Tabla 4

Resumen: El objetivo de este trabajo es comprobar la importancia que tiene la Educación física para los alumnos. Para ello, hemos utilizado el Cuestionario para el Análisis de la Satisfacción en Educación Física (CASEF). Analizada una muestra de 255 estudiantes de Primaria y Secundaria de dos colegios urbanos, los resultados obtenidos muestran que la Educación Física es la asignatura que más gusta y más importancia tiene para el citado alumnado y que aquellos alumnos que perciben al educador como bueno, agradable, justo, comprensivo, democrático y alegre le dan mayor importancia a la Educación Física.

Palabras Clave: Actitud; Alumnos; Educación Física.

Introducción:

La Educación Física (E.F) constituye un concepto vinculado a la formación integral y permanente de la persona. Las vivencias específicas que suponen dichas clases dan lugar a una valoración de las mismas por parte del alumno. Esta valoración en conjunto, va conformando actitudes más o menos positivas, actitudes 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 los padres tienen sobre las actitudes del estudiante en las clases de EF.

Objetivo:

Los objetivos del presente trabajo son:

- Comprobar la importancia que tiene la E.F respecto al resto de asignaturas.
- Analizar la importancia concedida a la E.F según el carácter del educador.
- Valorar la influencia del entorno familiar y social en la práctica de actividad deportiva.
- Mostrar la relación entre práctica deportiva extraescolar y el género de los alumnos.

Material y método:

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado a los alumnos de educación primaria (E.P) y educación secundaria (E.S) de dos colegios urbanos previa petición de autorización a los centros y consentimiento informado a los padres de los alumnos.

Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario para el Análisis de la Satisfacción en la Educación Física (CASEF), el cual se divide en tres bloques no independientes de los cuales se obtiene información de los alumnos sobre la satisfacción que les proporcionan las clases de E.F, el grado de empatía con el educador y también recoge aspectos relacionados con los hábitos deportivos.

Se recogieron además variables sociodemográficas (sexo, edad y curso). 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 255 alumnos donde el 49,4% (126) fueron niñas frente a un 50,6% (129) fueron niños. Del total de la muestra el 83% pertenecían a E.P y el 17% a E.S.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos la E.F es la asignatura que más gusta y menos disgusta al alumnado. La E.F es la asignatura preferida con un 29,4%, casi duplicando a la 2ª asignatura que más gusta que es Plástica con un 15,6%. A su vez es la asignatura que menos disgusta con tan sólo un 0,4%, lejos de la asignatura menos deseada que es Matemáticas con un 15,5%.

El 70,6% (180) de la muestra considera como muy importante la E.F. Tan sólo 3 alumnos consideraban nada importante esta asignatura. No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el interés por la asignatura, $p = 0,3$. Chicos y chicas le daban la misma importancia a la asignatura. Se objetivó que aquellos alumnos que consideran la E.F como importante practicaban más deporte que los que no la consideraban importante, $p = 0,01$.

Lo que más les gusta de la asignatura es la práctica de juegos y deportes con un 69% (176), en contraste con lo que menos, relacionado con la expresión corporal 76,9% (196). Un 96% (245) estaría en desacuerdo con reducir las horas de E.F y sustituirla por otra asignatura. Sólo al 5,5% (14) no le gusta la asignatura de E.F.

La mayoría de los entrevistados 89,9% (229) piensa que el objetivo que debe perseguir la asignatura es la de fomentar el ejercicio para tener buena salud.

El 57% (147) valora como positivo que su profesor practique deporte. Y un porcentaje alto 80,8% (206) practica actividad deportiva fuera del centro escolar, y de estos un 34,5% (88) están federados. La media de días de práctica de ejercicio extraescolar se situó en 3,2 siendo los chicos los que más practican respecto a las chicas, $p = 0,005$.

Referente a la práctica de actividad deportiva de su entorno familiar y social, observamos que tanto padres como hermanos con un 60,4% y 65,1% respectivamente practican deporte, pero que es el entorno social (amigos) con un 81,2% de los casos, los que más motivan al alumno para que éste realice alguna actividad física. Un 95,7% (244) considera que la E.F debe ocupar un lugar importante en la cultura del país.

Se encontraron diferencias significativas, $p = 0,001$. entre la actitud del profesor y la consideración que hacen de la asignatura, así por ejemplo, de los alumnos que consideraban importante la E.F, 157 de ellos percibían que el carácter bueno, del profesor influía positivamente a la hora de realizar E.F, en contraposición a tan sólo 23 alumnos en los cuales no influía el carácter bueno del profesor para que ellos considerasen importante la asignatura de E.F.

Conclusiones:

Tras el análisis de los resultados la principal conclusión a la que se llega en este trabajo es que la Educación Física es la asignatura que más gusta y la que menos disgusta a los alumnos de Educación Primaria y Educación Secundaria de los dos centros encuestados, considerándola los alumnos como una asignatura muy importante.

Al ser el profesor otro de los factores que influyen en el proceso educativo, los rasgos que conforman su carácter pueden influir positiva o negativamente en la percepción que el alumno tenga de la Educación Física. En este sentido, en este trabajo, aquellos alumnos que perciben al educador como bueno , agradable, justo, comprensivo, democrático y alegre le dan una mayor importancia a la Educación Física.

La familia cumple un papel importante en la adquisición de hábitos físico-deportivos de los escolares. Los alumnos cuyo entorno familiar y social práctica actividad física se encuentran más motivados hacia las clases de Educación Física y más motivados para practicar alguna actividad extraescolar. En este sentido, en nuestra cohorte los niños practican más deporte extraescolar que las niñas.

Las conclusiones finales son las siguientes:

- La Educación Física es la asignatura que más gusta, considerandola los alumnos como muy importante.
- Aquellos alumnos que perciben al educador como agradable , bueno, justo, comprensivo, democrático y alegre le dan una mayor importancia a la Educación Física.
- La práctica de actividad deportiva en el entorno familiar y social del alumno influye positivamente en que el escolar realice ejercicio físico.
- En nuestro estudio los niños practican más deporte extraescolar que las niñas.

Bibliografía:

1. JUAN ANTONIO MORENO MURCIA Y EDUARDO CERVELLÓ.(2003): Pensamiento del alumno hacia la Educación Física: su relación con la práctica deportiva y el carácter del educador. Enseñanza, 21,345-362.
2. CASIMIRO, A,J. (1999):Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física en escolares, entre final de Educación Primaria (12 años) y final de Educación Secundaria (16 años). Tesis doctoral. Dir. Manuel Delgado, Juan Torres y Eva M.ª Artés. Departamento de Educación Física y Deportiva y Departamento de Enfermería. Granada, Universidad de Granada.
3. WEIS, M.R y FERRE-CAJA, E. (2002): Motivational orientations and sport behavior. En T. HORN (ed): Advances in sport psychology, 2nd Ed. Champaign,IL, Human Kinetics, pp. 101-184.
4. GREENDORFER, S. y LEWKO, J. (1978): Role of family members in sport socialization of children, Research Quarterly for Exercise and Sport, 52, 301-310

Capítulo VIII

Actuación ante el paciente agitado. La contención verbal

Autores:

Almudena Laguna López

Elena Lara Lozano

Nuria Lázaro Castellanos

María Teresa Menchén Torres

Tania Moreno Delgado

Catalina Pérez Pulpillo

ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE AGITADO. LA CONTENCION VERBAL

SATSE

INTRODUCCION

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por una hiperactividad motora y psíquica de origen orgánico o psiquiátrico. La intensidad puede variar desde una mínima inquietud o nerviosismo hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado generando situaciones que presentan peligro para el propio paciente (autoagresión) o para el resto del personal que lo atiende (heteroagresión). La contención verbal es útil en los casos que la pérdida de control no sea total, evitando que la agitación evolucione a mayores y el paciente recupere el autocontrol. Con esta técnica conseguimos que el paciente exprese pensamientos y emociones implantando límites de conducta claras.

MATERIAL Y METODOS

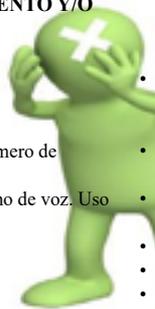
Se realiza búsqueda de literatura en base de datos científicas (Pubmed, CUIDEN, Cochrane, CINAHL) y buscadores como el servicio de la editorial Elsevier, Medline y Scielo. Se ha utilizado como palabras clave: "paciente agitado" ("Agitated Patient") y "agitación psicomotriz" ("Psychomotor Agitation") incluyendo los artículos posteriores al 2012 que hablan sobre el tratamiento mediante contención verbal en agitación psicomotriz.

OBJETIVOS

- Disminuir la agresividad y hostilidad del paciente para prevenir posibles ataques violentos.
- Potenciar y restablecer el autocontrol del paciente.
- Minimizar los riesgos de autolesión y heteroagresión maximizando la seguridad tanto del paciente como de quienes le rodean.

¿CÓMO IDENTIFICAR AL PACIENTE VIOLENTO Y/O AGITADO?

- Expresión facial tensa y enfadada.
- Contacto visual prolongado.
- Hiperactividad musculoesquelética.
- Signos de ansiedad: pupilas dilatadas, aumento de número de respiraciones, hipertensión, taquicardia...
- Mutismo (negativa a comunicarse) o elevación del tono de voz. Uso de lenguaje mal sonante.
- Fácil irritación y aislamiento.
- Pensamientos extraños y concentración pobre.
- Discusiones con otros pacientes o con el personal
- Golpear objetos y realizar gestos agresivos.



¿COMO MANTENEMOS LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE QUIENES LO RODEAN?

- Asegurar una salida accesible, sin obstáculos. Si estamos en una habitación debemos mantener la puerta abierta, interponer una mesa entre ambos y asegurar la intimidad del paciente infundiéndole tranquilidad.
- Comunicarse con el equipo dando información de como esta el paciente y de las posibilidades de actuación que hay.
- Mantener distancia física, colocándose en el lado no dominante del paciente y evitando invadir su espacio personal.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- Siempre que sea posible no realizar una contención verbal en solitario.
- Invitar a las posibles personas que irriten al paciente, a abandonar el lugar
- Evitar interrupciones en la comunicación con el paciente: llamadas telefónicas, dudas administrativas...

PAUTAS DE ACTUACION NO VERBALES

- Cuidar los gestos: no amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- Actitud abierta, tranquila, que invite al dialogo.
- No mantener la mirada fija y continuada con el paciente. No mirar a los ojos de forma prolongada ya que ésto aumenta la hostilidad .
- Intentar sentarse y hablar a la misma altura en la medida que sea posible.



DIRECTRICES COMUNICACIONALES

- Escuchar con calma al paciente y permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados.
- No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablarle con tono suave, relajado, seguro. Nunca de forma intimidatoria o provocativa, ni elevando el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Ser flexible en el diálogo, no obstante, los límites de la institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios sobre lo que "debería" y "no debería" hacer el paciente.
- Buscar alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad.
- Ofrecer ayuda.

PRECAUCIONES: ¿ QUÉ NO DEBEMOS HACER?

- Rechazar la irritación y negarse a escuchar.
- Avergonzar al paciente por su mal comportamiento.
- Continuar la confrontación de gritos.
- Elevar el volumen de voz.
- Continuar la negociación, cuando se comprueba que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación "para que esté más tranquilo". En este caso el paciente suele responder que ya está tranquilo y, provoca más hostilidad. Es aconsejable ofrecer medicación para "ayudar a ver las cosas más relajadas", para "no pasar un momento tan desagradable sin ayuda".

CONCLUSIONES

Las crisis de agitación son frecuentes en la práctica hospitalaria, un buen abordaje y unas buenas pautas de actuación harán mucho más sencillo el control de la situación y en algunos casos puede evitar recurrir a técnicas más complejas como la contención mecánica. De esta forma el profesional de enfermería puede utilizar estrategias para afrontar situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil. Estas estrategias llevadas a cabo adecuadamente facilitan al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

VIII CONGRESO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA. 19 Y 20 DE NOVIEMBRE 2015

Resumen: La agitación psicomotriz es un estado de exaltación motora compuesto de movimientos automáticos o intencionales. Acompañado además, de un estado afectivo alterado, ansiedad, cólera, pánico o euforia.

Es importante saber cómo actuar aplicando medidas de seguridad para prevenir los peligros que pudiera correr el paciente, el personal que se dedica a su cuidado y el entorno en el que se encuentra.

Como profesionales sanitarios al tratar con pacientes que se encuentran en esta situación como primeras medidas evitaremos ciertos gestos bruscos, mirarle a los ojos de manera prolongada e intentaremos comunicarnos de forma calmada con él.

Palabras Clave: Agitación psicomotora; Seguridad del paciente; Comunicación.

Introducción:

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por una hiperactividad motora y psíquica de origen orgánico o psiquiátrico. La intensidad puede variar desde una mínima inquietud o nerviosismo hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado generando situaciones que presentan peligro para el propio paciente (autoagresión) o para el resto del personal que lo atiende (heteroagresión)

La contención verbal es útil en los casos que la pérdida de control no sea total, evitando que la agitación evolucione a mayores y el paciente recupere el autocontrol. Con esta técnica conseguimos que el paciente exprese pensamientos y emociones implantando límites de conducta claras.

Material y métodos:

Se realiza búsqueda de literatura en base de datos científicas (Pubmed, CUIDEN, Cochrane, CINAHL) y buscadores como el servicio de la editorial Elsevier, Medline y Scielo.

Se ha utilizado como palabras clave: “paciente agitado” (“Agitated Patient”) y “agitación psicomotriz” (“Psychomotor Agitation”) incluyendo los artículos posteriores al 2012 que hablan sobre el tratamiento mediante contención verbal en agitación psicomotriz.

Objetivos:

- Disminuir la agresividad y hostilidad del paciente para prevenir posibles ataques violentos.
- Potenciar y restablecer el autocontrol del paciente.
- Minimizar los riesgos de autolesión y heteroagresión maximizando la seguridad tanto del paciente como de quienes le rodean

Resultados:

El manejo del paciente agitado se basa en los siguientes pilares: medidas de seguridad, intervención verbal, contención farmacológica y contención física siendo estas dos últimas usadas después de intentar una contención verbal. Se trata de un paciente que se considera impredecible, por lo que es fundamental estar alerta sobre los signos más importantes que determinan una creciente agitación psicomotriz. Éstos nos darán señales de que es necesario intervenir para evitar un progreso que puede tener un desenlace fatal. Entre los factores a los que el equipo asistencial debe prestar atención son:

- Expresión facial tensa y enfadada.
- Contacto visual prolongado.
- Hiperactividad musculo-esquelética.
- Signos de ansiedad: pupilas dilatadas, aumento de número de respiraciones, hipertensión, taquicardia...
- Mutismo (negativa a comunicarse) o elevación del tono de voz. Uso de lenguaje mal sonante.
- Fácil irritación y aislamiento.
- Pensamientos extraños y concentración pobre.
- Discusiones con otros pacientes o con el personal
- Golpear objetos y realizar gestos agresivos.

A la vez que se observa la evolución y el progreso del estado de agitación se debe garantizar la seguridad del paciente y de su entorno. Siempre debemos intervenir desde una perspectiva segura para nosotros mismos controlando el entorno para que no interfiera en la actuación que realicemos. Las medidas de seguridad más importantes que se deben llevar a cabo son:

- Asegurar una salida accesible, sin obstáculos. Si estamos en una habitación debemos mantener la puerta abierta, interponer una mesa entre ambos y asegurar la intimidad del paciente infundiéndole tranquilidad.
- Comunicarse con el equipo dando información de cómo está el paciente y de las posibilidades de actuación que hay.
- Mantener distancia física, colocándose en el lado no dominante del paciente y evitando invadir su espacio personal.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- Siempre que sea posible no realizar una contención verbal en solitario.
- Invitar a las posibles personas que irriten al paciente, a abandonar el lugar
- Evitar interrupciones en la comunicación con el paciente: llamadas telefónicas, dudas administrativas...

Cuando comprobamos que efectivamente se trata de una situación de alarma en la cual

es necesario nuestra actuación y nos hemos asegurado de garantizar la seguridad con las pautas anteriormente expuestas pasaremos a intentar mantener una adecuada relación terapéutica. En la relación terapéutica intervienen acciones verbales y no verbales por parte del emisor y por parte del receptor. En todo momento bien seamos emisores o receptores debemos mantener una adecuada postura cuidando minuciosamente la actitud no verbal. Para ello será importante:

- Cuidar los gestos: no amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- Mantener una actitud abierta, tranquila, que invite al dialogo.
- No mantener la mirada fija y continuada con el paciente. No mirar a los ojos de forma prolongada ya que esto aumenta la hostilidad al interpretarse como un acto agresivo.
- Intentar sentarse y hablar a la misma altura en la medida que sea posible.

Para comunicarnos verbalmente con el paciente debemos escucharlo, prestar atención al diálogo que mantenemos, el tipo de voz que utilizamos etc. Las directrices en la comunicación verbal con el paciente son:

- Escuchar con calma al paciente prestando atención a lo que está diciendo y sintiendo. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados.
- No interrumpir el discurso del paciente. Dar tiempo al paciente a procesar lo que nos quiere decir
- Hablarle con tono suave, relajado, seguro. Nunca de forma intimidatoria o provocativa, ni elevando el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Ser flexible en el diálogo, no obstante, los límites de la institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios sobre lo que “debería” y “no debería” hacer el paciente.
- Buscar alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad.
- Disminuir las preocupaciones del paciente explicando que estamos allí para ofrecerle ayuda.

Una mala actuación ante el paciente agitado puede derivar en el aumento de hostilidad de éste, por lo que es especialmente importante saber que no debemos hacer ante el paciente agitado:

- Rechazar la irritación y negarse a escuchar.
- Avergonzar al paciente por su mal comportamiento.
- Continuar la confrontación de gritos.
- Elevar el volumen de voz.
- Continuar la negociación, cuando se comprueba que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. En este caso el paciente suele responder

que ya está tranquilo y, provoca más hostilidad. Es aconsejable ofrecer medicación para “ayudar a ver las cosas más relajadas”, para “no pasar un momento tan desagradable sin ayuda”.

Conclusiones:

Las crisis de agitación son frecuentes en la práctica hospitalaria, un buen abordaje y unas buenas pautas de actuación harán mucho más sencillo el control de la situación para mantener la seguridad del paciente y en algunos casos puede evitar recurrir a técnicas más complejas como la contención mecánica. De esta forma el profesional de enfermería puede utilizar estrategias para afrontar situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil. Estas estrategias llevadas a cabo adecuadamente facilitan al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

Bibliografía:

1. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):17–25.
2. Álvarez, MJG, González, RB(2012). Agitación psicomotriz. *Cadernos de atención primaria.* 2012; 18(4): 343-347.
3. Barceló Muñoz, Noelia; Alcolea López, Marina; González Fajardo, Ana; Martínez Ruiz, Ana Cristina; Parra Parra, Yolanda. Agitación psicomotriz en los servicios de emergencias. *Vivencias de los profesionales de enfermería. Rev Paraninfo Digital,* 2012; 15.

Capítulo IX

Actuación de enfermería en el paciente afectado de hipertensión intracraneal

Autor:

Jesús Javier Ruiz Serrano

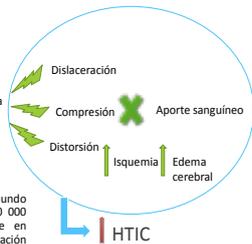
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AFECTADO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

Autor: Jesús Javier Ruiz Serrano

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL



La Hipertensión Intracraneal (HTIC) causa efectos sobre estructuras encefálicas



La incidencia general en el mundo desarrollado es de 1 a 3 por cada 100 000 personas por año. Es más frecuente en mujeres, jóvenes y obesas con una relación hombre mujer de 1:8.

Concepto de HTIC

Primero hay que explicar la doctrina de Monroe-Kellie que postula que el cráneo y la duramadre forman una estructura fija que contiene tres compartimentos: el líquido cefalorraquídeo (LCR), la sangre y el tejido cerebral. El aumento de volumen de cualquiera de estos componentes o la aparición de una masa extrínseca conllevaría una ocupación de espacio adicional y, en consecuencia, un aumento de la presión intracraneal (PIC), cuando los mecanismos de compensación o expensas de reducir el volumen de los otros componentes (compliance cerebral) se desbordan.



DOCTRINA DE MONROE-KELLIE

Se puede definir hipertensión intracraneal (HTIC) como una elevación mantenida de la presión intracraneal por encima de sus límites normales (0-10 mmHg) en la cavidad craneal, de una forma patológica y por pérdida de los mecanismos compensatorios existentes entre el cráneo y su interior, originando unas alteraciones cerebrales severas, ya que se produce una variación entre el metabolismo y la circulación cerebral.

Clinica

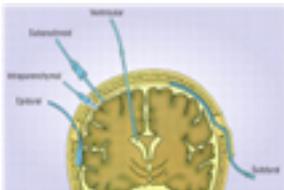
- Disminución del nivel de consciencia.
- Disfunción pupilar.
- Disfunción oculomotora.
- Anomalías visuales.
- Papiledema.
- Convulsiones.
- Deterioro motor.
- Cefalea.
- Vómitos.
- Vértigo.
- Hipo o hipersialorrea.
- Respuesta de Cushing.
- Alteración del patrón respiratorio.
- Aumento de la temperatura.

Diagnóstico



Monitorización

- Catéter intraventricular
- Tornillo subaracnoideo
- Monitorización intraparenquimal
- Monitorización epidural



OBJETIVOS



Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por inmovilidad

- Higiene del enfermo las veces que sea preciso.
- Hidratación de la piel y prevención UPP.
- Evitar rozaduras.
- Colocar tabla en los pies para evitar deslizamiento.
- Colchón antiescaras.
- No friccionar en las áreas enrojecidas.
- Alimentación lo antes posible.
- Aumenta de ingesta de proteínas y carbohidratos.

Riesgo de aspiración relacionado con vómitos e inconsciencia

- Mantenerle en posición de seguridad, si no contraindicación, con el cabezera ligeramente elevado (30 grados).
- Buena higiene oral.
- Limpiar secreciones de la boca, garganta y nariz.
- Valorar si es necesaria la colocación de sonda nasogástrica para la alimentación.
- Administrar antieméticos cuando sea preciso.
- Vigilar el nivel de inconsciencia.
- Mantener inflado el globo de la traqueotomía, si la tiene, durante la alimentación.

Riesgo alteración temperatura relacionado con medicación vasoactiva e inactividad

- Medir periódicamente su temperatura.
- Valorar la existencia de deshidratación.
- Evitar la exposición del paciente a temperaturas extremas, manteniendo una temperatura ambiental entre 21-22 °C.
- Evitar las corrientes de aire en la habitación.
- Utilizar mantas térmicas o paños fríos, según sea el problema de hipo o hipertermia, para una adecuada temperatura.
- Adaptar la ropa de la cama a la temperatura ambiente, edad y estado general.
- Reposición de líquidos, administración de antitérmicos, si es preciso.

Riesgo aumento de PIC por actividades que la aumenten

- No aspirar secreciones de forma innecesaria.
- Limitar el tiempo de aspiración a diez segundos.
- Prevenir la hipercapnia e hipoxemia.
- Evitar maniobras que aumenten la PIC como: Flexión del cuello, rotación extrema del mismo, aguantar la respiración, flexión de las rodillas y cambios bruscos de postura.
- Colocar al paciente en decúbito supino si no está contraindicado.
- Mantener la cabeza alineada con el cuerpo.
- Enseñarle a que expire durante los cambios posturales para evitar así la maniobra de Valsalva.

Riesgo de sufrir crisis convulsivas asociado a edema cerebral

- Avisar rápidamente si el enfermo convulsiona.
- Observar y documentar cómo comenzó la crisis, tipos de movimientos, pupilar, incontinencia, duración, estado neurológico después de la convulsión, observar si existe debilidad o parálisis después de ésta.
- Protegerlo de lesión colocando un Guedel en la boca, guiar los movimientos durante la crisis para prevenir la lesión, no intentar restringir los movimientos.
- Posición de seguridad.
- Administrar anticonvulsivantes, según protocolo del centro.

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería debe estar preparado para multitud de patologías y para cada una de sus presentaciones clínicas. Con este trabajo se podrá identificar al paciente afectado de HTIC mediante el reconocimiento de su clínica y complicaciones más frecuentes, llevando a cabo un abordaje terapéutico de medidas adecuadas. Esta revisión bibliográfica recoge una amplia indagación de la HTIC basada en diferentes técnicas, así como multitud de cuidados de enfermería que serán clave para la recuperación del paciente, ya que si no sabe cómo utilizar los recursos, ni cómo interpretar las pruebas y constantes, no podrá ayudar en la recuperación del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como Medline, Scielo, así como en diversas revistas científicas de neurología y protocolos de cuidados.
- Los descriptores empleados han sido: hipertensión intracraneal, cuidados enfermería, craneotomía, presión intracraneal, tratamiento; siendo excluidos los siguientes términos: politraumatismo, hidrocefalia, paciente crítico...
- Se ha obtenido información general y específica, seleccionando aquella basada en la evidencia y/o científicamente reconocida.

RESULTADOS

Tras la revisión realizada se obtienen 14 trabajos: 9 revisiones sistemáticas, 1 revisión bibliográfica retrospectiva, 3 protocolos y 1 estudio de casos.

En los siguientes cuadros de texto se resumen los principales riesgos potenciales junto con las actividades de enfermería que se recomiendan llevar a cabo en pacientes con hipertensión intracraneal:

Riesgo infección zona catéter

- Control temperatura y signos de infección.
- Reposo cama. Vigilancia e higiene zona inserción. Se curará diariamente.
- Decúbito supino, cabezera 20-30 grados (excepto contraindicaciones).
- Mantener cerrado el drenaje para cualquier manipulación y hacerlo con asepsia.
- Vigilar la permeabilidad del sistema.
- Ajustar la altura, manteniendo el cero del depósito colector a la altura del pabellón auricular.
- Vaciar bolsa colectora cuando ocupe tres cuartas partes de la misma o si pasaron más de 24h sin vaciar.
- Solo se tomarán muestras del LCR si se sospecha de infección.
- Cambio riguroso del catéter (máx. 7 días).
- Cerrar drenaje con las movilizaciones del paciente
- En caso de obstrucción o rotura avisar al neurocirujano.
- Se registra la cura, el volumen de LCR drenado y sus características.



Resumen: La Hipertensión Intracraneal (HTIC) es una patología frecuente en pacientes que sufren traumatismos craneoencefálicos (TCE), tumores cerebrales, y demás procesos encefálicos. Estos pacientes deben ser trasladados rápidamente a la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y tras una valoración exhaustiva se procederá al tratamiento de HTIC. El enfermero juega un papel muy importante ya que será este quien pueda avisar de que el paciente está padeciendo HTIC debido a que el profesional de enfermería es quien está más en contacto con el enfermo. Por ello debe conocer bien los síntomas, complicaciones y los cuidados que debe de realizar en todo momento.

Palabras Clave: Hipertensión Intracraneal; Cuidados de enfermería; Presión Intracraneal.

1. Introducción y concepto de hipertensión intracraneal:

- **Introducción:**

La HTIC (Hipertensión Intracraneal) causa efectos directos sobre las propias estructuras encefálicas mediante compresión, distorsión o dislaceración de las mismas y, además, impide que llegue el aporte sanguíneo necesario al tejido cerebral, originando así más isquemia, y esta, un mayor edema cerebral, lo que en última instancia se convierte en un aumento progresivo de la HTIC, cerrando de esta manera un círculo vicioso que resulta finalmente imparables dejado a su libre evolución, hasta producir la muerte cerebral del paciente.

La incidencia general en el mundo desarrollado es de 1 a 3 por cada 100 000 personas por año. Es más frecuente en mujeres, jóvenes y obesas con una relación hombre mujer de 1:8

- **Concepto:**

Primero hay que explicar la doctrina de Monroe-Kellie que postula que el cráneo y la duramadre forman una estructura fija que contiene tres compartimentos: el líquido cefalorraquídeo (LCR), la sangre y el tejido cerebral. El aumento de volumen de cualquiera de estos componentes o la aparición de una masa extrínseca conllevaría una ocupación de espacio adicional y, en consecuencia, un aumento de la presión intracraneal (PIC), cuando los mecanismos de compensación a expensas de reducir el volumen de los otros componentes (compliance cerebral) se desborden.

Se puede definir hipertensión intracraneal (HTIC) como una elevación mantenida de la presión intracraneal por encima de sus límites normales (0-10 mmHg) en la cavidad craneal, de una forma patológica y por pérdida de los mecanismos compensatorios existentes entre el cráneo y su interior, originando unas alteraciones cerebrales severas, ya que se produce una variación entre el metabolismo y la circulación cerebral.

- **Clínica:**

Disminución del nivel de consciencia, disfunción pupilar, disfunción oculomotora, anomalías visuales, papiledema, convulsiones y deterioro motor.

- **Diagnóstico:**

Para su diagnóstico se utilizan pruebas como: el TAC craneal, la resonancia magnética encefálica, la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y punción lumbar.

- **Monitorización:**

Una vez realizado el diagnóstico es necesario monitorizar al paciente para evaluar su evolu-

ción. Dependiendo de la gravedad del caso, se dispone de los siguientes sistemas de neuromonitorización: doppler transcraneal y monitorización continua de la PIC a través de diferentes dispositivos como son el catéter intraventricular, tornillo subaracnoideo, monitor epidural o monitorización intraparenquimal.

2. Objetivos:

- Identificar al paciente afectado de Hipertensión Intracraneal.
- Ampliar los conocimientos sobre el abordaje terapéutico del paciente con Hipertensión Intracraneal.
- Establecer un protocolo de actuación de enfermería para el paciente que sufre Hipertensión Intracraneal.

3. Material y método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como Medline, Scielo, así como en diversas revistas científicas de neurología y protocolos de cuidados.

Los descriptores empleados han sido: hipertensión intracraneal, cuidados enfermería, craneotomía, presión intracraneal, tratamiento; siendo excluidos los siguientes términos: politraumatismo, hidrocefalia, paciente crítico... Se ha obtenido información general y específica, seleccionando aquella basada en la evidencia y/o científicamente reconocida.

4. Resultados:

Tras la revisión realizada se obtienen 14 trabajos: 9 revisiones sistemáticas, 1 revisión bibliográfica retrospectiva, 3 protocolos y 1 estudio de casos. A continuación se resumen los principales riesgos potenciales junto con las actividades de enfermería que se recomiendan llevar a cabo en pacientes con hipertensión intracraneal:

- **Riesgo de infección zona del catéter:**
 - Control temperatura y signos de infección.
 - Reposo cama. Vigilancia e higiene zona inserción. Se curará diariamente.
 - Decúbito supino, cabecera 20-30 grados (excepto contraindicaciones).
 - Mantener cerrado el drenaje para cualquier manipulación y hacerlo con asepsia.
 - Vigilar la permeabilidad del sistema.
 - Ajustar la altura, manteniendo el cero del depósito colector a la altura del pabellón auricular.
 - Vaciar bolsa colectora cuando ocupe tres cuartas partes de la misma o si pasaron mas de 24h sin vaciar.
 - Solo se tomarán muestras del LCR si se sospecha de infección.
 - Cambio riguroso del catéter (máx. 7 días).

- Cerrar drenaje con las movilizaciones del paciente
- Se registra la cura, el volumen de LCR drenado y sus características.
- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por inmovilidad:**
 - Higiene del enfermo las veces que sea preciso.
 - Hidratación de la piel y prevención UPP.
 - Evitar rozaduras.
 - Colocar tabla en los pies para evitar deslizamiento.
 - Colchón antiescaras.
 - No friccionar en las áreas enrojecidas.
 - Alimentación lo antes posible.
 - Aumenta de ingesta de proteínas y carbohidratos.
- **Riesgo de aspiración relacionado con vómitos e inconsciencia:**
 - Mantenerle en posición de seguridad, si no contraindicación, con el cabecero ligeramente elevado (30 grados).
 - Buena higiene oral.
 - Limpiar secreciones de la boca, garganta y nariz.
 - Valorar si es necesaria la colocación de sonda nasogástrica para la alimentación.
 - Administrar antieméticos cuando sea preciso.
 - Vigilar el nivel de inconsciencia.
 - Mantener inflado el globo de la traqueotomía, si la tiene, durante la alimentación.
- **Riesgo alteración temperatura relacionado con medicación vasoactiva e inactividad:**
 - Medir periódicamente su temperatura.
 - Valorar la existencia de deshidratación.
 - Evitar la exposición del paciente a temperaturas extremas, manteniendo una temperatura ambiental entre 21-22 °C.
 - Evitar las corrientes de aire en la habitación.
 - Utilizar mantas térmicas o paños fríos, según sea el problema de hipo o hipertermia, para una adecuada temperatura.
 - Adaptar la ropa de la cama a la temperatura ambiente, edad y estado general.
 - Reposición de líquidos, administración de antitérmicos, si es preciso.
- **Riesgo aumento de PIC por actividades que la aumenten:**
 - No aspirar secreciones de forma innecesaria.
 - Limitar el tiempo de aspiración a diez segundos.

- Prevenir la hipercapnia e hipoxemia.
 - Evitar maniobras que aumenten la PIC como: Flexión del cuello, rotación extrema del mismo, aguantar la respiración, flexión de las rodillas y cambios bruscos de postura.
 - Colocar al paciente en decúbito supino si no está contraindicado.
 - Mantener la cabeza alineada con el cuerpo.
 - Enseñarle a que espire durante los cambios posturales para evitar así la maniobra de Valsalva.
- **Riesgo de sufrir crisis convulsivas asociado a edema cerebral:**
- Avisar rápidamente si el enfermo convulsiona.
 - Observar y documentar cómo comenzó la crisis, tipos de movimientos, pupilar, incontinencia, duración, estado neurológico después de la convulsión, observar si existe debilidad o parálisis después de ésta.
 - Protegerlo de lesión colocando un Guedel en la boca, guiar los movimientos durante la crisis para prevenir la lesión, no intentar restringir los movimientos.
 - Posición de seguridad.
 - Administrar anticonvulsivantes, según protocolo del centro.

5. Conclusiones:

El profesional de enfermería debe estar preparado para multitud de patologías y para cada una de sus presentaciones clínicas. Con este trabajo se podrá identificar al paciente afectado de HTIC mediante el reconocimiento de su clínica y complicaciones más frecuentes, llevando a cabo un abordaje terapéutico de medidas adecuadas. Esta revisión bibliográfica recoge una amplia indagación de la HTIC basada en diferentes técnicas, así como multitud de cuidados de enfermería que serán clave para la recuperación del paciente, ya que si no sabe cómo utilizar los recursos, ni cómo interpretar las pruebas y constantes, no podrá ayudar en la recuperación del paciente.

Bibliografía:

1. Contreras Martin Y, Bueno Perdomo J.H. Hipertensión intracraneal idiopática: análisis descriptivo en nuestro medio [revista en internet]. Neurología. 2013. Disponible en: <http://www.elsevier.es/eop/S0213-4853%2813%2900255-7.pdf>
2. De la Fuente Ramos M. Enfermería médico-quirúrgica Vol. 2. 2ª ed. Madrid: DAE; 2009.
3. Lueck C, McIlwaine G. Intervenciones para la hipertensión intracraneal idiopática (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Rey Pérez A, Álvarez del Castillo M, Aguilar Barberà M, Ayats Díaz E, Bonaventura Ibars I et al. Emergencias neurológicas. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2006.
5. Rodríguez, Boto G, Rivero García M, Gutiérrez González R, Márquez Rivas J. Conceptos básicos sobre la fisiopatología cerebral y la monitorización de la presión intracraneal [revista en internet]. Neurología. 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/eop/S0213-4853%2812%2900269-1.pdf>

Capítulo X

Actuación de enfermería en la extravasación de citostáticos

Autores:

Eduardo Mora Muñoz

Sonia Sánchez-Izquierdo Castellanos

David Serrano Barona



Resumen: La extravasación de citostáticos es una de las complicaciones más graves que se pueden presentar en el paciente oncológico. Es fundamental el conocimiento de la toxicidad de los fármacos, los factores de riesgo, el tratamiento y la prevención de esta complicación para minimizar sus consecuencias.

En este trabajo se revisan y actualizan los diferentes aspectos del protocolo de extravasación.

Palabras Clave: Citostáticos; Extravasación de Materiales Terapéuticos y Diagnósticos; Atención de Enfermería.

Objetivo:

Mantener actualizado el conocimiento de la toxicidad de los citostáticos, los factores de riesgo, así como la prevención y tratamiento de la extravasación para minimizar sus consecuencias.

Metodología:

Se realizó un algoritmo de actuación en función de la capacidad agresiva tisular de los citostáticos, medidas físicas, antídotos específicos y de los protocolos existentes en el Sistema Nacional de Salud.

Intervenciones:

- Medidas iniciales:
 - Detener la infusión.
 - No retirar la vía de administración.
 - Marcar la zona extravasada.
 - Extraer 5-10 cc de sangre.
- Medidas posteriores
 - Retirar la vía de administración.
 - Administrar corticoide tópico y antídoto si está indicado.
 - Administración de frío o calor según el tipo de citostático.
 - Elevar el miembro afectado.
 - Cubrir evitando vendaje oclusivo.
- Registro y seguimiento

Conclusiones:

- Existen diversos protocolos para el tratamiento de la extravasación de citostáticos, y todos coinciden en que éste debe ser iniciado de inmediato.
- En la actualidad, el tratamiento de esta complicación se encamina a medidas específicas para cada citostático.
- El conocimiento de los efectos colaterales y de las alternativas para control y prevención de éstos, es indispensable para el manejo de los pacientes oncológicos.
- La creación de un algoritmo en un póster permite que el profesional se asesore de manera rápida y eficaz para el abordaje inicial de una extravasación, y estandarizar un protocolo de actuación a nivel institucional.

Bibliografía:

1. Braga Fuentes, L; Estepa Alonso, MJ .Guía de extravasación de citostáticos. Boletín de noticias farmacoterapéuticas. Vol. 1 Nº 21 diciembre 2011. Badajoz.
2. Conde-Estévez, C; Mateu-de Antonio, J. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. Servicio de farmacia. Hospital del Mar, Barcelona, España. 2011.
3. Manual de normas y procedimientos de la Unidad de Citostáticos. Servicio de Farmacia Hospital de San Pedro (Logroño). Alfaro Olea A., Apiñaniz Apiñaniz R., Barajas Santos M.T., Hurtado Gomez M.F., Obaldia Alaña M., C.Sainz de Rozas Robles C., Torroba Terroba J.I. 3ª edición 2010.
4. Protocolo de Manejo de Medicamentos Citostáticos y otros Fármacos Peligrosos. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborables. Octubre 2006.

Capítulo XI

Actuación de enfermería en la reperfusión del flujo coronario (angioplastia coronaria)

Autores:

María Angulo Garrido

María Paz de la Guía García

Ascensión Galindo Garrido

María Llanos Navarro Lucas

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REPERFUSIÓN DEL FLUJO CORONARIO (ANGIOPLASTIA CORONARIA)



INTRODUCCIÓN: el restablecimiento precoz del flujo coronario en la arteria ocluida durante el SCACEST (Síndrome Coronario Agudo con elevación de ST) es uno de los tratamientos más determinantes del pronóstico a corto y a largo plazo. La A.P. es una técnica percutánea de reperusión del flujo coronario en el paciente con SCACEST sin administración previa de trombolíticos. En un paciente con dolor torácico que acude a urgencias, es necesario un diagnóstico de SCACEST para iniciar lo antes posible la reperusión del flujo coronario y así disminuir la morbi-mortalidad del paciente.

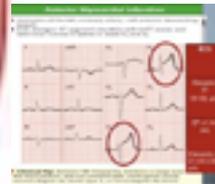


A. LLEGADA DEL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO A URGENCIAS.

- Identificar características del dolor torácico: inicio, localización, intensidad, duración e irradiación del mismo.
- Cortejo vegetativo: sudoración, mareo, náuseas, vómitos.
- Toma de constantes: PA en ambos brazos, FC, Temperatura y saturación de O₂.
- Realización del ECG en los 10 primeros minutos de su llegada.

B. DIAGNÓSTICO DEL SCACEST.

- El médico de urgencias identifica el SCACEST en el paciente y avisa al Cardiólogo. Se inicia el tratamiento.
- Cuando el Cardiólogo confirma el SCACEST se procede a la activación del equipo hemodinámico.



C. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Explicar al paciente en todo momento cada una de las técnicas que se le van a ir realizando y crear un ambiente relajado

- ❖ Retirada de ropa, objetos personales y prótesis
- ❖ Monitorización del paciente con el monitor desfibrilador: ritmo cardíaco, FC, PA y Saturación de O₂
- ❖ Oxigenación para mantener saturación de O₂>90%
- ❖ Canalización de vía periférica en la zona antecubital
- ❖ Extracción Sanguínea: hemograma, bioquímica y coagulación
- ❖ Administración de medicación:
 - **ASS** 300mgr. Vía oral (VO)
 - **CLOPIDROGEL** 300- 600 mgr. VO
 - **SOLINITRINA** en perfusión continua intravenosa (IV), 25mgr en 250cc de Suero Glucosado 5% de cristal, según el ritmo que precise
 - **CLORURO MÓRFICO** IV según pauta
- ❖ Rasurar zona inguinal y zona radio- cubital , si precisa



D. TRASLADO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

- ✓ Recursos Humanos: médico de urgencias/ cardiólogo, enfermera y celador
- ✓ Recursos Materiales:
 - Monitor desfibrilador
 - Material de vía aérea (ambú con mascarilla, guedel, etc.)
 - Bala de oxígeno
 - Maletín de transporte con medicación de urgencias (atropina, adrenalina...)
 - Historia Clínica de paciente, hoja de registro de enfermería
 - Consentimiento informado de la intervención debidamente firmado

LLEGADA A HEMODINÁMICA:

- Traspaso de la documentación e información relevante del paciente al enfermero receptor
- Ayudar en la acomodación del paciente
- Recogida del material de transporte
- Regreso a nuestra unidad

Resumen: El restablecimiento precoz del flujo coronario en la arteria ocluida durante el SCACEST (Síndrome Coronario Agudo con elevación de ST) es uno de los tratamientos más determinantes del pronóstico a corto y a largo plazo. La Angioplastia Primaria (AP) es una técnica percutánea de reperfusión del flujo coronario en el paciente con SCACEST sin administración previa de trombolíticos. En un paciente con dolor torácico que acude a urgencias, es necesario un diagnóstico de SCACEST para iniciar lo antes posible la reperfusión del flujo coronario y así disminuir la morbi-mortalidad del paciente.

Palabras Clave: Angioplastia; Reperfusión; Infarto.

Etiología:

Las causas del dolor torácico no traumático pueden ser múltiples, pero generalmente se clasifican en: Cardiovasculares, Pleuropulmonares, Digestivos o Gastrontestinales, Musculoesqueléticas, Congénitas u otras causas.

Epidemiología:

La incidencia de esta enfermedad es alta, en varones enfermos de 20 a 64 años es de 5,2/1000 IAM al año, en mujeres la incidencia en esta franja de edad es de 3 veces menor igualándose a partir de los 70-75 años.

Fisiopatología:

El infarto agudo de miocardio (IAM) es consecuencia de una sucesión de acontecimientos protagonizados por la rotura de una placa de ateroma, que se puede formar por depósitos de LDL colesterol en las arterias coronarias. La isquemia sobreviene por el estancamiento de sangre que se produce al colisionar un trombo o agregación de plaquetas con la placa de ateroma evitando así el paso de sangre oxigenada distal a la placa. De mantenerse esta situación en el tiempo, se puede producir la muerte de los tejidos distales.

Las manifestaciones clínicas de esta secuencia fisiopatológica pueden ser de distintos tipos y presentarse aisladas o seguidas unas de otras. Así, angina inestable, IAM sin onda Q, IAM con elevación del segmento ST o muerte súbita dependiendo de la gravedad y la obstrucción coronaria, de la presencia o ausencia de circulación colateral, del área anatómica de la afectación de la hipoxia, etcétera.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad coronaria se pueden dividir en: no modificables y modificables. Los no modificables son: sexo, edad y herencia.

Los factores de riesgo cardiovascular clasificados como modificables son: dislipemia, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, sedentarismo, estrés y otros.

Diagnóstico:

La anamnesis debe ir dirigida a los puntos fundamentales que son:

- La detección de factores de riesgo.
- Las características del dolor, sin olvidar la valoración de la existencia de factores precipitantes del dolor, factores desencadenantes y circunstancias que lo alivian que suelen ser reposo y la administración de nitroglicerina sublingual. Los síntomas más frecuentes en estos casos son disnea de instauración brusca, síntomas vegetativos aislados, dolor de localización atípica, confusión mental, fatiga intensa, arritmias, síncope o incluso parada cardiorrespiratoria.

La exploración física debe ir dirigida a 5 puntos fundamentales:

- La tensión arterial.
- La frecuencia cardiaca: el paciente con dolor torácico sospechoso de origen isquémico debe permanecer monitorizado.
- Auscultación cardiaca.
- Auscultación pulmonar.
- Temperatura.

A. Llegada del paciente con dolor torácico a urgencias:

- Identificar características del dolor torácico: inicio, localización, intensidad, duración e irradiación del mismo.
- Cortejo vegetativo: sudoración, mareo, náuseas, vómitos.
- Toma de constantes: PA en ambos brazos, FC, Temperatura y saturación de O₂.
- Realización del ECG en los 10 primeros minutos de su llegada.

B. Diagnóstico del SCACEST:

- El médico de urgencias identifica el SCACEST en el paciente y avisa al Cardiólogo. Se inicia el tratamiento.
- Cuando el Cardiólogo confirma el SCACEST se procede a la activación del equipo hemodinámico.

C. Actuación de enfermería:

El paciente afectado de un síndrome coronario agudo, está viviendo un episodio crítico de su vida en el que siente que la vida se le escapa. Es lo que se llama "sensación de muerte inminente". Esta sensación subjetiva es consecuencia del dolor fundamentalmente, pero también del malestar provocado por el cortejo vegetativo, la disnea, la sensación de generar incomodidad a la familia o de provocar un espectáculo. Todo esto no hace nada más que aumentar el nivel de ansiedad del paciente. Por esto, nuestra actitud de enfermería debe ser la de informar al paciente de lo que va a ocurrir, de las razones por las cuales se encuentra tan mal y de cuál va a ser nuestra actitud para tratar su problema y mejorar su estado. Pero no sólo el paciente debe de estar informado para así controlar su ansiedad, sino también su familia y allegados

- En definitiva, la actuación de enfermería debe centrarse en explicar al paciente en todo momento cada una de las técnicas que se le van a ir realizando y crear un ambiente relajado.
- Retirada de ropa, objetos personales y prótesis.
- Monitorización del paciente con el monitor desfibrilador: ritmo cardiaco, FC, PA y Saturación de O₂.
- Oxigenación para mantener saturación de O₂ > 90%.
- Canalización de vía periférica en la zona antecubital.
- Extracción Sanguínea: hemograma, bioquímica y coagulación.
- Administración de medicación:
 - ASS 300mgr. Vía oral (VO)
 - CLOPIDROGEL 300- 600 mgr. VO
 - SOLINITRINA en perfusión continua intravenosa (IV), 25mgr en 250cc de Suero Glucosado 5% de cristal, según el ritmo que precise.
 - CLORURO MÓRFICO IV según pauta.
- Rasurar zona inguinal y zona radio-cubital, si precisa.
- Reevaluación continua: aparición de nuevos episodios de dolor, mareo, náuseas, ritmo cardiaco, tensión arterial, frecuencia cardiaca, así como de la mejoría clínica.

D. Traslado del paciente a la unidad de hemodinámica:

El traslado debe ser lo más tranquilo posible, evitando señales acústicas y conducción brusca, manteniendo una velocidad constante, ya que a estos pacientes no les favorece nada el estrés.

- Recursos Humanos: médico de urgencias/cardiólogo, enfermera y celador.
- Recursos Materiales:
 - Monitor desfibrilador.
 - Material de vía aérea (ambú con mascarilla, guedel, etc.).
 - Bala de oxígeno.
 - Maletín de transporte con medicación de urgencias (atropina, adrenalina...).
 - Historia Clínica de paciente, hoja de registro de enfermería, consentimiento informado de la intervención debidamente firmado.

E. Llegada a hemodinámica:

Se debe realizar la transferencia del paciente verbal y escrita buscando a la enfermera que se hará responsable inicialmente del mismo. La transferencia del paciente consiste no sólo en el cambio de la ubicación del paciente de la camilla de la ambulancia a la cama del destino en el hospital, sino también del traspaso de la información relevante a la enfermera que lo recepcione. La información debe ser clara, breve y concisa y debe incluir:

- Datos administrativos como nombre, edad, sexo, domicilio...
- Alergias medicamentosas y/o alimenticias, si son conocidas.
- Antecedentes personales, familiares y factores de riesgo cardiovascular.
- Hora y motivo de consulta al servicio de emergencias.
- Nivel de conciencia y constantes vitales.
- Ayudar en la acomodación del paciente.
- Recogida del material de transporte.
- Regreso a nuestra unidad.

Bibliografía:

1. Manual de procedimientos SAMUR-PC 2006.
2. XXII Curso de Cuidados Intensivos Cardiológico para Enfermería. Madrid: Instituto de Cardiología.
3. Sánchez Fúñez, Jesús; Matesanz Maroto, Cristina. Dolor Torácico Agudo. Síndrome Coronario Agudo. Protocolo de reperfusión del IAM. En: Prof. Dr. González Jurado, Máximo A; Prof. Dr. Fernández Fernández, Pilar. Actuación de enfermería en urgencias y emergencias. Noviembre 2010. Madrid. Escuela Internacional de Ciencias de la Salud; pag 311-335.

Capítulo XII

Actuación en casos de extravasación de citostáticos

Autores:

Francisco Almodóvar Mozos

Laura Chaves Ramos

Ángel José Hernández Arenas

ACTUACIÓN EN CASO DE EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

INTRODUCCIÓN

La extravasación es la salida de líquido intravenoso hacia los tejidos adyacentes. Esto puede ser debido a factores intrínsecos del propio vaso o al desplazamiento de la cánula fuera de la vena.

PREVENCIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN

- La administración debe ser realizada por personal especializado.
- Utilizar preferentemente un catéter venoso central o un sistema tipo reservorio implantable. En su defecto pueden utilizarse catéteres periféricos de diámetro pequeño. Son preferibles las venas del antebrazo y hay que evitar las zonas de flexión.
- Se ha de lavar la vena antes y después de la administración de cada dosis de citostático.
- Observar frecuentemente la vía durante la infusión del citostático y valorar el cambio a la mínima sospecha de extravasación.
- Aconsejar al paciente que comunique cualquier sensación de quemazón o dolor que sienta alrededor de la zona de punción.
- Evitar movimientos bruscos de la extremidad canulada.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor.
- Enrojecimiento o palidez.
- Prurito o quemazón.
- Piel fría o caliente.
- Hinchazón.

OBJETIVO

Evitar en la medida de lo posible la extravasación del citostático y en su caso actuar de la forma más rápida y efectiva posible.

CLASIFICACIÓN DE CITOSTÁTICOS POR SU TOXICIDAD TISULAR

VESICANTES	IRRITANTES	NO AGRESIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Amsacrina • Carmustina • Cisplatino • Clormetina • Dactinomicina • Daunorrubicina • Doxorubicina • Epirubicina • Estramustina • Estreptozocina • Idarrubicina • Mecloretamina • Mitomicina • Paclitaxel • Trabectedina • Vinblastina • Vincristina • Vindesina • Vinflunina • Vinorelbina 	<ul style="list-style-type: none"> • Bleomicina • Bortezomid • Carboplatino • Ciclofosfamida • Dacarbazina • Docetaxel • Doxorubicina liposomal • Etopósido • Floxuridina. • Fluorouracilo • Ifosfamida • Mitoguanina • Mitoxantrona • Oxaliplatino • Premetexed • Tenipósido • Tiotepa 	<ul style="list-style-type: none"> • Asparraginasa • Bevacizumab • Citarabina • Cladribina • Fludarabina • Gencitabina • Irinotecan • Leucovorin • Melfalan • Metotrexate • Pentostatina • Raltitrexed • Rituximab • Topotecan • Trastuzumab

BOTIQUÍN DE EXTRAVASACIÓN

Debe estar localizado en un lugar específico y contener todos los elementos necesarios como:

- Jeringas (1 ml, 2 ml y 10 ml).
- Agujas (subcutáneas e intravenosas).
- Gasas y compresas estériles.
- Guantes estériles.
- Antisépticos : alcohol 70º y povidona yodada.
- Medicación (antídotos, corticoides...).
- Hoja de registro de extravasaciones.



ANTÍDOTOS

- Adriamicina
- Dacarbazina.
- Epirubicina
- Idarrubicina
- Mitomicina C
- Mitoxantrona

- DMSO 50% o 99% tópico en el doble del área afectada, dejar secar al aire, cada 6 horas, 14 días.
- FRIO local sin congelar y sin presionar durante 60 minutos, cada 8 horas, durante 3 días.

- Cisplatino (si concentración > 0,4 mg/ml)
- Carboplatino (si concentración > 10 mg/ml)
- Oxaliplatino

- TIOSULFATO SÓDICO 1/6 M de 2-5 ml por vía sc, en varias punciones alrededor de la zona afectada.

- Etopósido
- Ifosfamida
- Tenipósido

- HIALURONIDASA 1500 UI (en 1 ml de SF), vía sc, en varias punciones alrededor de la zona afectada.

- Vinblastina
- Vincristina
- Vindesina
- Vinorelbina

- HIALURONIDASA 1500 UI (en 1 ml de SF), vía sc, en varias punciones.
- CALOR SECO moderado, durante 30 minutos sin presionar.

TRATAMIENTO DE LA EXTRAVASACIÓN

1. Parar la infusión del citostático. La dosis restante se administrará por otra vía, preferiblemente en la otra extremidad.
2. Aspirar a través de la vía 5-10 ml de sangre para extraer la máxima cantidad posible de fármaco extravasado.
3. Extraer la vía.
4. Únicamente en el caso de formación de una ampolla con fármaco extravasado se extraerá su contenido.
5. Localizar el botiquín de extravasación.
6. Se avisará al médico.
7. Limpiar la zona con povidona yodada.
8. Se procede a utilizar las medidas específicas de tratamiento: administrar antídotos de forma subcutánea. En los citostáticos que no tienen antídoto se procederá a aplicar corticoides de forma local mientras persista el eritema.
9. Procurar mantener la extremidad afectada a una altura superior a la del corazón para facilitar el retorno venoso.
10. No se aplicarán vendajes compresivos en la zona.
11. Cumplimentar las hojas de registro y enviarlas a farmacia junto con el resto del botiquín para su reposición.

CONCLUSIÓN

Los dos puntos clave que deben considerarse a la hora de enfrentarse a la extravasación de citostáticos son la rapidez de actuación y la idoneidad de las medidas aplicadas.

Resumen: Nuestro trabajo habla sobre cómo tenemos que actuar en caso de que ocurra una extravasación de un fármaco citostático.

A su vez, está dividido en varios apartados en los que describiremos:

- **Introducción:** donde definimos qué es una extravasación, los signos y síntomas que la describen y el objetivo que queremos conseguir.
- **Prevención:** las precauciones que debemos tomar antes de que ocurra.
- **Clasificación de citostáticos:** en vesicantes, irritantes y no agresivos.
- **Composición del botiquín.**
- **Los antidotos y medidas locales utilizadas en cada caso.**
- **La secuencia a seguir en el tratamiento de la extravasación.**
- **Conclusión.**

Palabras Clave: Antineoplásicos; Infusiones Intravenosas; Oncología Médica.

El trabajo que presentamos habla sobre cómo tenemos que actuar en caso de que ocurra una extravasación de un fármaco citostático. En él revisamos y actualizamos los diferentes aspectos del protocolo de extravasación dividiéndolo en : Introducción, signos y síntomas, objetivo, botiquín, antidotos, tratamiento de la extravasación y conclusión. Con ello se pretende unificar criterios de actuación ante una extravasación de fármacos citostáticos y fomentar la documentación sobre ellas.

Introducción:

La extravasación se define como la salida de líquido intravenoso hacia los tejidos adyacentes. Esto puede ser debido a factores intrínsecos del propio vaso o al desplazamiento de la cánula fuera de la vena.

Sus consecuencias clínicas pueden ir desde el dolor local hasta la necrosis en los tejidos que puede causar pérdida de la función del miembro afectado. Así pues, debería ser tratada como una urgencia médica.

Se sospecha que el citostático se ha extravasado cuando:

- El paciente se queja de quemazón, dolor o picor.
- Hay eritema, palidez, hinchazón, piel caliente/fría en la zona de inyección.
- Disminución de la velocidad de flujo de la infusión con o sin retorno venoso.
- En algunos casos pueden ocurrir extravasaciones a distancia debidas a extracciones sanguíneas o cateterizaciones previas y recientes en el mismo vaso.

A pesar de todo es posible que el paciente no presente ningún síntoma o que éstos sean muy leves.

Objetivo:

Evitar en la medida de lo posible la extravasación del citostático y en su caso actuar de la forma más rápida y efectiva posible. Por ello, además de administrarlos con la máxima precaución, es necesario tener establecidas de antemano unas pautas de actuación y darlas a conocer al personal sanitario.

Prevención de la extravasación:

- La administración debe ser realizada por personal especializado.
- Durante la administración se utilizarán guantes de látex, sin olvidar el lavado de manos antes y después de su uso.
- Utilizar preferentemente un catéter venoso central o un sistema tipo reservorio implantable. En su defecto pueden utilizarse catéteres periféricos de diámetro pequeño.
- Son preferibles las venas del antebrazo y hay que evitar las zonas de flexión como el codo o la muñeca.
- Tras insertar el catéter en la vena, fijarlo evitando tapar el punto de punción. Administrar 5-10 ml de suero fisiológico o glucosado, aspirando una pequeña cantidad de sangre para comprobar la integridad y el flujo de la vena.
- Se ha de lavar la vena antes y después de la administración de cada dosis de citostático.
- Observar frecuentemente la vía durante la infusión del citostático y valorar el cambio a la mínima sospecha de extravasación.
- Aconsejar al paciente que comunique cualquier sensación de quemazón o dolor que sienta alrededor de la zona de punción.
- Estar alerta ante la ausencia de retorno venoso, disminución del flujo de infusión, edemas o eritema entorno al sitio de punción.
- Evitar movimientos bruscos de la extremidad canulada.
- Puesto que ciertos factores aumentan el riesgo de extravasación deberán considerarse especialmente los siguientes casos: Pacientes con presión venosa elevada, sistema venoso debilitado, punciones venosas muy repetidas, punciones en el dorso de la mano o cercanas a las zonas de flexión e infusión continua durante periodos prolongados.

Clasificación de citostáticos por su toxicidad tisular:

- Vesicantes: Aquellos capaces de causar necrosis tisular. Amsacrina, Carmustina, Cisplatino, Clormetina, Dactinomicina, Daunorrubicina, Doxorrubicina, Epirubicina, Estramustina, Estreptozocina, Idarrubicina, Mecloretamina, Mitomicina, Paclitaxel, Trabectedina, Vinblastina, Vincristina, Vindesina, Vinflunina, Vinorelbina.
- Irritantes: Producen irritación local. Bleomicina, Bortezomid, Carboplatino, Ciclofosfamida, Dacarbazina, Docetaxel, Doxorrubicina liposomal, Etopósido, Floxuridina, Fluorouracilo, Ifosfamida, Mitoguanina, Mitoxantrona, Oxaliplatino, premetexed, tenipósido, tiotepa.
- No irritantes: Asparraginasa, Bevacizumab, Citarabina, Cladribina, Fludarabina, Gencitabina, Irinotecan, Leucovorin, Melfalan, Metotrexate, Pentostatina, Raltitrexed, Rituximab, Topotecan, Trastuzumab.

Botiquín de extravasación:

- Debe estar localizado en un lugar específico y contener todos los elementos necesarios como:
 - Jeringas (1 ml, 2 ml y 10 ml).
 - Agujas (subcutáneas e intravenosas).
 - Gasas y compresas estériles.
 - Guantes estériles.
 - Antisépticos : alcohol 70º y povidona yodada.
 - Medicación (antídotos, corticoides...).
 - Hoja de registro de extravasaciones.
- El servicio de farmacología dispondrá de varios botiquines para la reposición rápida de aquellos que sean utilizados.
- La hoja de registro recoge la siguiente información:
 - Identificación del paciente.
 - Servicio donde se produce la extravasación.
 - Nombre de la enfermera que registra el incidente, fecha y hora.
 - Lugar de punción, cánula utilizada.
 - Fármaco extravasado, cantidad extravasada, descripción de la lesión.
 - Medidas iniciales aplicadas, tratamiento a seguir y próxima revisión del paciente.

Antídotos:

- DMSO 50% o 99% tópico.
 - En la extravasación de citostáticos como: Adriamicina, Dacarbazina, Epirrubicina, Idarrubicina, Mitomicina C y Mitoxantrona.
 - Aplicar en el doble del área afectada cada 6 horas durante 14 días, dejar secar al aire.
 - Además aplicar frío local sin congelar y sin presionar durante 60 minutos, cada 8 horas durante 3 días.
- TIOSULFATO SÓDICO 1/6 M.
 - En la extravasación de citostáticos como: Cisplatino (si concentración > 0,4 mg/ml), Carboplatino (si concentración > 10 mg/ml) y Oxaliplatino.
 - Aplicar de 2-5 ml por vía subcutánea, en varias punciones alrededor de la zona afectada.
- HIALURONIDASA 1500 UI (en 1 ml de Suero fisiológico).
 - En la extravasación de citostáticos como: Etopósido, Ifosfamida y Tenipósido.
 - Aplicar vía subcutánea en varias punciones alrededor de la zona afectada.
 - En el caso de que los fármacos extravasados sean: Vinblastina, Vincristina, Vindesina o

Vinorelbina, además del antídoto anterior, aplicar calor seco moderado durante 30 minutos sin presionar.

Tratamiento de la extravasación:

- Parar la infusión del citostático. La dosis restante se administrará por otra vía, preferiblemente en la otra extremidad.
- Aspirar a través de la vía 5-10 ml de sangre para extraer la máxima cantidad posible de fármaco extravasado.
- Extraer la vía.
- Únicamente en el caso de formación de una ampolla con fármaco extravasado se extraerá su contenido.
- Localizar el botiquín de extravasación.
- Se avisará al médico.
- Limpiar la zona con povidona yodada.
- Se procede a utilizar las medidas específicas de tratamiento: administrar antídotos de forma subcutánea. En los citostáticos que no tienen antídoto se procederá a aplicar corticoides de forma local mientras persista el eritema.
- Procurar mantener la extremidad afectada a una altura superior a la del corazón para facilitar el retorno venoso.
- No se aplicarán vendajes compresivos en la zona.
- Complimentar las hojas de registro y enviarlas a farmacia junto con el resto del botiquín para su reposición.

Conclusión:

Los dos puntos clave que deben considerarse a la hora de enfrentarse a la extravasación de citostáticos son la rapidez de actuación y la idoneidad de las medidas aplicadas.

Bibliografía:

1. D. Conde- Estévez; J. Mateu- de Antonio. Actualización del manejo de extravasación de agentes citostáticos. Farmacia Hospitalaria. Elsevier. Vol. 36, Enero-Febrero 2012, Pág. 34-42.
2. AJL Villarín; JN Belda. Enfermería clínica, 2004 Elsevier. Vol. 14, Pag. 122-126.
3. Protocolo de manipulación de medicamentos citostáticos del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Servicio Andaluz de Salud.
4. Protocolo de actuación en la extravasación de citostáticos del Hospital de día Onco-Hematológico del Hospital General de Ciudad Real.
5. Asociación española de farmacéuticos de Hospitales. Manejo de medicamentos citostáticos. Ed. Lederle; Madrid; 1996,31.

Capítulo XIII

Actuación y cuidados de enfermería del sistema de control fecal flexi-seal en pacientes críticos

Autores:

Gemma Teresa Gómez Pimpollo Torres

Estefanía Olivares Luque

Rocío Torres Martín

ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL SISTEMA DE CONTROL FECAL FLEXI-SEAL® EN PACIENTES CRÍTICOS.

OBJETIVO

El control de la incontinencia fecal transitoria y la diarrea en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos debe ser prioritario para reducir el riesgo de lesiones cutáneas, prevenir la transmisión de infecciones nosocomiales y aumentar tanto el confort como la dignidad del paciente. El uso de sistemas de control fecal nos proporciona un control adecuado de la incontinencia, evitando muchas de las complicaciones ocasionadas por ésta.

METODOLOGÍA

Para establecer las distintas intervenciones llevadas a cabo en la correcta inserción, mantenimiento y extracción del dispositivo Flexi-Seal® hemos realizado una revisión bibliográfica de la evidencia existente, para posteriormente elaborar el siguiente protocolo.

INTERVENCIONES

➤ PREVIAS A LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO

- Realizar valoración visual y tacto rectal en busca de contraindicaciones de inserción del dispositivo (lesiones rectales, fecaloma, etc)
- Si el paciente está consciente, informarle sobre el procedimiento.
- Preparar el material :

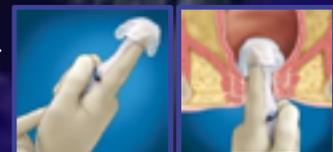
- Set del dispositivo
 - Sonda de silicona con balón de retención
 - Puerto para llenado del balón (leyenda impresa "45ml")
 - Puerto de irrigación del sistema (leyenda impresa "IRRIG")
- Lubricante hidrosoluble. ▫ 45ml de agua bidestilada. ▫ Guantes. ▫ Empapador.



- Realizar higiene de manos y ponerse los guantes.
- Comprobar la integridad del globo llenando la jeringa con 45ml de agua bidestilada e introducir su contenido por el puerto de llenado del balón. Tras comprobarlo, retirar el volumen y dejar la jeringa conectada.

➤ DURANTE LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO

- Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas hacia el tórax.
- Lubricar el globo de retención y el dedo índice, colocando éste dentro de la hendidura del globo, e introducir la sonda por el esfínter anal hasta llegar a la ampolla rectal.
- Comprobar que la marca negra circular queda a la altura del ano, retirar el dedo cuidadosamente e inflar lentamente el balón de retención con los 45ml de agua.
- Tirar suavemente de la sonda para comprobar su correcto anclaje y colocar la bolsa recolectora en declive para facilitar la salida de las heces.



➤ MANTENIMIENTO DEL DISPOSITIVO Y CUIDADOS

- Vigilar el estado de la piel y mantener la zona anal limpia y seca.
- Comprobar periódicamente que el balón de retención está correctamente colocado contra el suelo del recto, que el volumen del balón es correcto, que el catéter se encuentre sin obstrucciones o dobleces y que la línea negra del catéter es visible.
- Lavar la sonda por turno, y ante sospecha de obstrucción, introduciendo agua a través del puerto de irrigación y realizar movimientos de ordeño de la sonda para facilitar la progresión de las heces por la misma. ➤ Valorar el volumen y consistencia de las heces.
- Cambiar la bolsa colectora siempre que sea necesario.
- Registrar los procedimientos y cuidados en la hoja de enfermería.



➤ RETIRADA DEL DISPOSITIVO

- Se retirará el dispositivo:
 - Ante una disminución del débito y frecuencia de las deposiciones o presencia de heces normales.
 - Si hay cicatrización de las lesiones que ocasionaron su colocación.
 - Si se produce intolerancia al dispositivo por parte del paciente.
 - Si han transcurrido más de 29 días desde su colocación.
- Procedimiento:
 - Extraer el agua bidestilada del globo de retención.
 - Sujetar el dispositivo lo más cerca del paciente y retirarlo suavemente.
 - Desechar la sonda y la bolsa colectora y lavar y limpiar la zona perianal del paciente.

CONCLUSIÓN

La aplicación de estas intervenciones proporciona al paciente una asistencia enfermera organizada y de calidad, minimizando así la aparición de posibles errores o complicaciones derivados del uso del sistema de control fecal Flexi-Seal®.

Resumen: *El manejo de la incontinencia fecal causada por diarrea en el paciente crítico debe ser prioritario para reducir las complicaciones que de ésta se derivan. El sistema de control fecal Flexi-Seal, en comparación con los sistemas tradicionales utilizados para este fin, permite un control adecuado y contribuye a reducir sus consecuencias. Por ello, es importante conocer la actuación enfermera ante la inserción de este dispositivo así como los cuidados de enfermería que éste requiere.*

Palabras Clave: *Incontinencia fecal; Cuidados críticos; Flexi-Seal.*

Objetivo:

El control de la incontinencia fecal transitoria causada por diarrea en los pacientes que requieren cuidados críticos debe ser prioritario para reducir el riesgo de lesiones cutáneas, prevenir la transmisión de infecciones nosocomiales y aumentar tanto el confort como la dignidad del paciente. El dispositivo Flexi-Seal proporciona un control adecuado de la incontinencia, evitando muchas de las complicaciones ocasionadas por ésta.

Metodología:

Para establecer las distintas intervenciones llevadas a cabo en la correcta inserción, mantenimiento y extracción del sistema de control fecal Flexi-Seal hemos realizado una revisión bibliográfica de la evidencia existente, para posteriormente elaborar el siguiente protocolo.

Intervenciones:

El sistema de control fecal Flexi-Seal es un catéter de silicona blando que cuenta con un balón de retención con un puerto para su llenado y otro puerto para irrigar el sistema, y está destinado a contener y desviar el débito fecal de heces de consistencia líquidas o semilíquidas.

Las indicaciones de uso del sistema de control fecal Flexi-Seal son las siguientes:

- Pacientes encamados con deposiciones líquidas o semilíquidas y con incontinencia fecal.
- Pacientes con lesiones en la piel situadas en la zona glútea, perineal o muslo.
- Pacientes con diarrea asociada a nutrición enteral y con diarrea secundaria a infección nosocomial o comunitaria.
- Pacientes en los que la movilización conlleve riesgos para su patología.
- Entre las contraindicaciones de su uso encontramos:
 - Pacientes con lesión rectal o anal, alteración de la mucosa rectal y sospecha o confirmación de tumoraciones en el recto.
 - Pacientes sometidos a cirugía rectal en el último año.
 - Pacientes con deposiciones sólidas.

- Pacientes con coagulopatías diversas.
- Pacientes con estenosis rectal.
- Pacientes con sensibilidad o alergia a los componentes del sistema de control fecal Flexi- Seal.
- Pacientes menores de 18 años.

Intervenciones previas a la inserción del dispositivo:

- Valoración visual y tacto rectal en busca de contraindicaciones de inserción del dispositivo.
- Si el paciente está consciente, informarle sobre el procedimiento.
- Preparar el material:
 - Set del dispositivo: Sonda de silicona con balón de retención, bolsa colectora con filtro de carbón y jeringa de 45ml.
 - Lubricante hidrosoluble
 - 45 ml de agua bidestilada
 - Guantes
 - Empapador
- Realizar higiene de manos y ponerse guantes.
- Comprobar el globo de la sonda llenando la jeringa con 45ml de agua bidestilada introduciendo su contenido por el puerto de llenado del balón. Retirar el volumen dejando la jeringa conectada tras comprobar su integridad.

Intervenciones durante la inserción del dispositivo:

- Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas hacia el tórax.
- Lubricar el globo de retención y en dedo índice, colocando éste dentro de la hendidura del globo, e introducir la sonda por el esfínter anal hasta llegar a la ampolla rectal.
- Comprobar que la marca negra circular queda a la altura del ano, retirar el dedo cuidadosamente e inflar lentamente el balón de retención.
- Tirar suavemente de la sonda para comprobar su correcto anclaje y colocar la bolsa colectora en declive para facilitar la salida de las heces.

Mantenimiento del dispositivo y cuidados:

- Vigilar el estado de la piel y mantener la zona anal limpia y seca.
- Comprobar periódicamente que el balón de retención está correctamente colocado y su volumen es correcto, que el catéter se encuentre si obstrucciones o dobleces y que la línea negra del catéter es visible.
- Lavar la sonda por turno y ante sospecha de obstrucción, introduciendo agua a través del

puerto de irrigación realizando tras esto movimientos de ordeño de la sonda para facilitar la progresión de las heces por la misma.

- Cambiar la bolsa colectora siempre que sea necesario.
- Registrar los procedimientos y cuidados en la hoja de enfermería.

Retirada del dispositivo: Se retirará el dispositivo en los siguientes casos:

- Ante una disminución del débito y frecuencia de las deposiciones.
- Si hay cicatrización de las lesiones que ocasionaron su colocación.
- Si se produce intolerancia al dispositivo por parte del paciente.
- Si han transcurrido más de 29 días desde su colocación.

Procedimiento:

- Extraer el agua bidestilada del globo de retención.
- Sujetar el dispositivo lo más cerca del paciente y retirarlo suavemente.
- Desechar la sonda y la bolsa colectora y lavar y limpiar la zona perianal del paciente.

Conclusión:

La aplicación de estas intervenciones proporciona al paciente una asistencia enfermera organizada y de calidad, minimizando así la aparición de posibles errores o complicaciones derivados del uso del sistema de control fecal Flexi- Seal.

Bibliografía:

1. Segovia-Gómez T, Bermejo Martínez M, García-Alamino J. M. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. Gerokomos [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Ene 13] ; 23(3): 137-140.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000300009>.

2. Sánchez López M.I., Carmona Simarro J.V., Gallego López J.M., Álvarez Ordiales A. Evaluación clínica y hoja de registro de cuidados de enfermería del sistema de control fecal en pacientes críticos. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Ene 13] ; 10(22):

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200012&lng=es.

3. Ares Sánchez M, Santos Moraga G. Utilización de un dispositivo para el manejo de la incontinencia fecal en el paciente quemado crítico. En: II Congreso Nacional de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica; Málaga; 2006.

Capítulo XIV

Administración de fármacos por vía subcutánea. Guía de manejo y compatibilidades

Autores:

Alberto Bermejo Cantarero

Gloria Fernández Campos

Rosa Belén González García Minguillan

Laura Muñoz de Morales Romero

Ignacio Segovia Félix

Administración de fármacos por Vía Subcutánea.

Guía de manejo y compatibilidades

Una revisión de la literatura

INTRODUCCIÓN

La vía subcutánea (VSC) supone una alternativa en situaciones en las que no resulta apropiado el empleo de la vía oral, intravenosa o intramuscular. La VSC resulta tan efectiva como la vía intravenosa, pero con la ventaja de ser menos invasiva. Además de esto, la VSC supone una opción segura y sencilla para el paciente, permitiendo un mayor confort y con ello probablemente una mejor calidad de vida, siendo su coste menor. Entre el 53-70% de los pacientes en situación terminal precisarán alguna vía alternativa a la intravenosa y la oral para administrar fármacos. Clásicamente, la VSC se utilizaba para la administración de insulina, heparina y vacunas. Sin embargo, las utilidades del acceso subcutáneo se han ampliado considerablemente, convirtiendo su manejo en una práctica habitual en el uso extra e intrahospitalario haciendo necesario el conocimiento y manejo de esta vía por el personal de enfermería. A pesar de la existencia de multitud de guías de práctica clínica y revisiones sobre el manejo de los distintos fármacos y su administración por VSC, en el trabajo diario continúan existiendo dudas relacionadas con los fármacos que pueden ser utilizados por esta vía, sus formas de administración y las distintas incompatibilidades que pudieran existir entre ellos. Debido a esto consideramos justificada la realización de una guía visual y de fácil acceso para todos los profesionales implicados en la atención a enfermos portadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Revisión bibliográfica
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: Se introdujo en pubmed la siguiente estrategia de búsqueda que fue adaptada a las necesidades del resto de bases de datos: *subcutaneous AND administration AND palliative AND (Clinical Trial OR Review)*. En Google académico la búsqueda se realizó en español.
FUENTES DE INFORMACIÓN: Búsqueda en las bases de datos científicas Cuiden, Pubmed, The Cochrane Library y Google Académico durante septiembre de 2015 por tres revisores de forma independiente.
PALABRAS CLAVES: administración subcutánea, fármacos, paliativos, revisión, ensayo clínico.
 No se consideró necesaria la evaluación del riesgo de sesgo debido a que se incluyeron Guías clínicas ya evaluadas y revisiones sistemáticas que habían pasado el filtro de la revisión por pares en revistas con alto factor de impacto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Revisiones sistemáticas o guías clínicas escritas en inglés o español
- Publicadas en los últimos 10 años
- Que resumieran la viabilidad de uso de diferentes fármacos por VSC

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Diseños de estudio diferentes a los descritos anteriormente.
- Publicados antes de 2005.
- Escritos en idiomas diferentes al inglés o el español.
- Trabajos que sólo incluyeran un fármaco en el estudio.

RESULTADOS

- Tras la selección de estudios se elaboró una tabla de evidencia para la extracción de datos en la que se sintetizó la información obtenida de los artículos.
- Los resultados obtenidos referentes a los distintos fármacos y su utilización por VSC se muestran en las tablas expuestas a continuación:

TABLA 1: Relación de fármacos administrables por VSC, modo de administración y fotosensibilidad

GRUPO FARMACOLÓGICO	FARMACO	ADMINISTRACION	FOTO-SENSIBILIDAD
ANTIBIOTICOS	CEFTRIAXONA	BOLO DILUIDO	NO
	CEFEPIME	BOLO DILUIDO	NO
	TOBRAMICINA	BOLO DILUIDO	NO
	AMPICILINA	BOLO DILUIDO	NO
	TEICoplanina	BOLO DILUIDO	NO
	ERTAPENEM	BOLO DILUIDO	NO
ANALGESICOS OPIACEOS	MORFINA	INFUSION/BOLO	SI
	FENTANILO	INFUSION/BOLO	SI
	OXICODONA	INFUSION/BOLO	SI
	METADONA	BOLO	NO
	TRAMADOL	INFUSION/BOLO	NO
	KETAMINA	INFUSION/BOLO	NO
AINES	PETIDINA	INFUSION/BOLO	NO
	DICLOFENACO	INFUSION/ BOLO	NO
CORTICOIDES	KETOCLORATO	INFUSION/BOLO	NO
	DEXAMETASONA	INFUSION	SI
BENZODIAZEPINAS	MIDAZOLAM	INFUSION/BOLO	NO
	CLONAZEPAM	INFUSION/BOLO	NO
NEUROLEPTICOS	LEVOMEPRAMAZINA	INFUSION/BOLO	NO
	HALOPERIDOL	INFUSION/BOLO	SI
ANTIPILEPTICOS	LEVETIRACETAM	INFUSION/BOLO	NO
ANTIESPASMÓDICOS	BUTIESCOPLAMINA	INFUSION/BOLO	NO
ANTIEMETICOS	METOPLOPRAMIDA	INFUSION/BOLO	NO
	GRANISETRON	BOLO	NO
	ONDANSETRON	INFUSION/BOLO	NO
INHIBIDORES BOMBA PROTONES	ESOMEPRAZOL	INFUSION/BOLO	NO
	OMEPRAZOL	INFUSION	NO
DIURETICOS	FUROSEMIDA	INFUSION/BOLO	SI
DERIVADOS DE HORMONAS	CALCITONINA	INFUSION/BOLO	NO
	OCTEOTRIDA	INFUSION/BOLO	SI



DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



TABLA 2 y 3: Compatibilidad (C) e incompatibilidad (I) entre fármacos al administrar conjuntamente por VSC

	MORFINA	OXICODONA	BUTIESCOPLAMINA	HALOPERIDOL	MIDAZOLAM	DEXAMETASONA	METOCLOPRAMIDA	TRAMADOL	FENTANILO	MIDAZOLAM	MORFINA	HALOPERIDOL	LEVOMEPRAMAZINA	OXICODONA	TRAMADOL	METOCLOPRAMIDA	DEXAMETASONA
MORFINA			C	C	C	C	C	I									
OXICODONA			C	C	C	C	C	I		C							
BUTIESCOPLAMINA	C	C		C	C	C	C	C		C	C	C					
HALOPERIDOL	C	C	C		C	I	C	C		C	C	C					
MIDAZOLAM	C	C	C	C		I	C	C									
DEXAMETASONA	C	C	C	I	I		C	C					C				
METOCLOPRAMIDA	C	C	C	C	C	C		C							C	C	
TRAMADOL	I		C	C	C	C	C										

TABLA 4: Fármacos que no pueden usarse por VSC.

NO USAR POR VSC					
ADENOSINA	VITAMINA K	FLUMAZENILO	DIAZEPAM	CLORPROMAZINA	CLORAZEPATO
AMIODARONA	VERAPAMILLO	LIDOCAINA	PROPAFENONA	TEOFILINA	TIAMINA
BACLOFENO	VALPROATO	FENOBARBITAL	PARACETAMOL	NITROGLICERINA	DOPAMINA
BIPERIDENO	TIAPRIDA	METAMIZOL	CLOMIPRAMINA	DIGOXINA	SULPİRIDA



CONCLUSIONES

La administración de fármacos por VSC resulta útil en diversas situaciones, sin embargo, no hay muchas referencias al respecto o el número de pacientes es escaso. La experiencia clínica en la utilización de la VSC de determinados medicamentos, como los antibióticos, es escasa, y existen pocos estudios fiables de estabilidad y compatibilidad que avalen el uso de mezclas binarias o más fármacos. La búsqueda bibliográfica ha sido clave para elaborar una guía de administración de medicamentos por VSC fiable, resumiendo las listas de fármacos elaboradas por organizaciones científicas y grupos de expertos con el fin de ponerlas al alcance del personal sanitario de nuestro centro.

Resumen: *Introducción: La vía subcutánea (VSC) supone una alternativa en situaciones en las que no resulta apropiado el empleo de la vía oral, intravenosa o intramuscular. El objetivo de este trabajo es elaborar una guía de fácil acceso para todos los profesionales sanitarios.*

Material y métodos: Revisión bibliográfica

Resultados. Se elaboró una relación de fármacos administrables por VSC con modo de administración, fotosensibilidad, compatibilidad en la administración conjunta. Así mismo se describieron los fármacos que no se pueden administrar por VSC.

Conclusiones: La búsqueda bibliográfica ha sido clave para elaborar una guía fiable que aporte seguridad a los profesionales.

Palabras Clave: *Administración Subcutánea; Fármacos; Paliativos.*

Introducción:

La vía subcutánea (VSC) supone una alternativa en situaciones en las que no resulta apropiado el empleo de la vía oral, intravenosa o intramuscular. La VSC resulta tan efectiva como la vía intravenosa, pero con la ventaja de ser menos invasiva. Además de esto, la VSC supone una opción segura y sencilla para el paciente, permitiendo un mayor confort y con ello probablemente una mejor calidad de vida, siendo su coste menor. Entre el 53-70% de los pacientes en situación terminal precisarán alguna vía alternativa a la intravenosa y la oral para administrar fármacos. Clásicamente, la VSC se utilizaba para la administración de insulina, heparina y vacunas. Sin embargo, las utilidades del acceso subcutáneo se han ampliado considerablemente, convirtiendo su manejo en una práctica habitual en el uso extra e intrahospitalario haciendo necesario el conocimiento y manejo de esta vía por el personal de enfermería. A pesar de la existencia de multitud de guías de práctica clínica y revisiones sobre el manejo de los distintos fármacos y su administración por VSC, en el trabajo diario continúan existiendo dudas relacionadas con los fármacos que pueden ser utilizados por esta vía, sus formas de administración y las distintas incompatibilidades que pudieran existir entre ellos. Debido a esto consideramos justificada la realización de una guía visual y de fácil acceso para todos los profesionales sanitarios.

Material y métodos:

Diseño: Revisión bibliográfica. Se introdujo en Pubmed la siguiente estrategia de búsqueda que fue adaptada a las necesidades del resto de bases de datos: subcutaneous AND administration AND palliative AND (Clinical Trial OR Review). En Google académico la búsqueda se realizó en español.

Fuentes de información: Búsqueda en las bases de datos científicas Cuiden, Pubmed, The Cochrane Library y Google Académico durante septiembre de 2015 por tres revisores de forma independiente.

No se consideró necesaria la evaluación del riesgo de sesgo debido a que se incluyeron Guías clínicas ya evaluadas y revisiones sistemáticas que habían pasado el filtro de la revisión por pares en revistas con alto factor de impacto.

- Criterios de inclusión:
 - Revisiones sistemáticas o guías clínicas escritas en inglés o español.
 - Publicadas en los últimos 10 años.
 - Que resumieran la viabilidad de uso de diferentes fármacos por VSC.
- Criterios de exclusión:
 - Diseños de estudio diferentes a los descritos anteriormente.
 - Publicados antes de 2005.
 - Escritos en idiomas diferentes al inglés o el español.
 - Trabajos que sólo incluyeran un fármaco en el estudio.

Resultados:

Tras la selección de estudios se elaboró una tabla de evidencia para la extracción de datos en la que se sintetizó la información obtenida de los artículos. Los resultados obtenidos referentes a los distintos fármacos y su utilización por VSC se muestran en las tablas expuestas a continuación:

- Antibióticos: Hay descrita poca experiencia con antibióticos, en su mayoría son series de casos con número variable de pacientes.
 - Ceftriaxona : Se recomienda reconstituir el vial de administración intramuscular con lidocaína 1% y diluir con 50-100 mL SF 0.9%. Administrar en 10-20 min.
 - Cefepime : Administración 1 g diluido en 50 ml de SG 5% y administrar en 30 minutos.
 - Tobramicina: Administración de 80 mg/ 50 ml de SF 0.9% en 20 min.
 - Ampicilina: Administración 1 g/50 ml de SF 0.9% en 20 min.
 - Teicoplanina: Administración en bolo diluido.
 - Ertapenem: Administración en bolo diluido.
- Analgésicos opiáceos: La vía subcutánea puede ser útil en el control de la analgesia en cuidados paliativos pues consigue niveles estables y alivio del dolor continuo en pacientes que no pueden tomar medicamentos por vía oral.
 - Morfina: Presenta una absorción y distribución rápida y es fotosensible.
 - Fentanilo: La infusión continua por vía subcutánea de fentanilo parece conseguir controlar el dolor crónico de forma rápida.
 - Oxidona : Su administración puede ser en infusión o en bolo.
 - Metadona: Su administración es en bolo.
 - Tramadol: Su administración puede ser en infusión o en bolo.
 - Ketamina : Su administración puede ser en infusión o en bolo.
 - Petidina: Su administración puede ser en infusión o en bolo.

- Aines
 - Diclofenaco: Se emplea en el control del dolor a una dosis de 150 mg/ 24 h. Se diluye en SF 0.9%.
 - Ketoclorato: Es el AINE mejor tolerado por vía subcutánea y se puede administrar en infusión o en bolo.
- Corticoides
 - Dexametasona: Puede ser irritante, por ello es recomendable su dilución previa tanto con agua para inyección como SF 0.9%.
- Benzodiazepinas
 - Midazolam: Es la única benzodiazepina hidrosoluble y de elección para su uso por vía subcutánea, se recomienda su dilución en SF 0.9%.
 - Clonazepam.
- Neurolepticos
 - Levomepromazina.
 - Haloperidol: Se puede administrar en forma de bolo subcutáneo único diario por tener larga vida media. Precipita a altas concentraciones cuando se diluye con SF 0.9% . Es fotosensible.
- Antiepilepticos: Levetiracetam.
- Antiespasmódicos.
 - Butiescopolamina: Se puede administrar en forma de infusión o bolo.
- Antiemeticos.
 - Metoplopramida: Se recomienda diluir mucho pues puede ser irritante ; prefiriéndose como diluyente el SF 0.9%.
 - Granisetron: Se recomienda administrar exclusivamente en bolos por vía subcutánea.
 - Ondansetron.
- Inhibidores bomba protones
 - Esomeprazol: Se recomienda administrarlo diluido.
 - Omeprazol: Se recomienda administrarlo diluido y lentamente para evitar irritación en el punto de inyección.
- Diureticos.
 - Furosemida: Algunas limitaciones de la administración de este medicamento por vía subcutánea es que sólo se puede administrar un máximo de 20 mg por bolus debido a que la presentación de furosemida disponible es de 10 mg/ ml y el volumen máximo a inyectar en forma de bolus es de 2 ml.

- Derivados de hormonas.
 - Calcitonina: Se recomienda la administración de altas dosis en infusión continua . Puede producir reacciones inflamatorias en el punto de inyección.
 - Octeotrida: Se recomienda diluir en SF 0.9% ya que puede ser irritante.

A continuación se enumeran los fármacos que NUNCA deben ser utilizados por VSC : adenosina, vitamina k , flumazenilo , diazepam , clorpromazina , clorazepato, amiodarona , verapamilo, lidocaína, propafenona, teofilina , tiamina, baclofeno , valproato, fenobarbital, paracetamol, nitroglicerina, dopamina, biperideno, tiaprida, metamizol, clomipramina, digoxina, sulpirida.

Conclusiones

La administración de fármacos por VSC resulta útil en diversas situaciones, sin embargo, no hay muchas referencias al respecto. La experiencia clínica en la utilización de la VSC de determinados medicamentos, como los antibióticos, es escasa, y existen pocos estudios fiables que avalen el uso de mezclas binarias o más fármacos. La búsqueda bibliográfica ha sido clave para elaborar una guía de administración de medicamentos por VSC fiable, resumiendo las listas de fármacos elaboradas por organizaciones científicas con el fin de ponerlas al alcance del personal sanitario.

Bibliografía:

1. Healy, S., Israel, F., Reymond, E., and Lyons-Micic, M. Subcutaneous medications and palliative care. A guide for caregivers. www.caresearch.com.au. Australian Government Department of Health and Ageing. 2009.
2. Ruíz Márquez . MP et al. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. 2010.
3. Johnstone et al. Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. <http://www.nhslanarkshire.org.uk/>. 2011.
4. Carmen Matoses Chirivella, Francisco José Rodríguez Lucena, Gregorio Sanz Tamargo, Ana Cristina Murcia López, María Morante Hernández y Andrés Navarro Ruiz. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. *Farm Hosp.* 2015;39(2):71-79

Capítulo XV

Administración de fármacos y fluidos en RCP avanzada en pediatría

Autores:

María de Gracia Gijón Ruiz

José Enrique Solís Montes

Paloma Solís Montes

PROTOCOLO DE ELECCIÓN DE VÍA DE ACCESO Y DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y FLUIDOS EN RCP AVANZADA EN PEDIATRÍA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El establecimiento de un acceso vascular es un paso fundamental en RCP avanzada para la administración de fármacos y líquidos.

OBJETIVOS:

- Restablecer las funciones cardíaca y respiratoria en el menor tiempo posible.
- Conocer los procedimientos de enfermería a desarrollar ante una parada cardiorrespiratoria.
- Conocer y evitar en lo posible las complicaciones.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio resulta de una búsqueda bibliográfica en artículos, libros, bases de datos y publicaciones en relación con la RCP avanzada pediátrica.

Se ha hecho uso de bases de datos de relevancia científica y evidencia internacional, como Cochrane, Medline ...etc.

INTERVENCIONES ENFERMERAS



Fármaco	Presentación	Dosis	Vía
Adrenalina	1/1000 1 ml. = 1 mg. 1/10000 (diluir 1 ml. de Adrenalina + 9 ml. de agua o SSF)	1ª dosis: 0.01 mg./kg. 2ª y siguientes dosis: 0.1 mg./kg. 1ª dosis: 0.1 ml./kg. de Adrenalina 1/10000 2ª dosis: 0.1 ml./kg. de Adrenalina 1/1000	IV, IO, ET. Cada 3 minutos.
Atropina	1 ml. = 1 mg.	0.02-0.05 mg./kg. (0.02 ml./kg.) Mínimo 0.1 mg. Dosis máxima total: 1 mg. en niños; 2 mg. en adolescentes.	IV, IO, ET. Cada 5 minutos.
Bicarbonato	1 M : 1 ml. = 1 mEq. (diluir con igual cantidad de SSF)	1 mEq./kg. (1 ml./kg.)	IV, IO. Cada 10 minutos.
Lidocaina	1% a ml. = 10 mg.	1 mg./kg.	IV, IO, ET
Líquidos	SSF, Ringer	20 ml./kg.	IV, IO

CONCLUSIONES

La administración de fármacos y fluidos es fundamental ante una parada cardiorrespiratoria. En caso de RCP avanzada se debe establecer un acceso vascular en el menor tiempo posible. Por lo que se deben conocer las características de las vías de acceso vascular, para poder determinar cuales serán las más adecuadas en cada caso.

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
CIUDAD REAL, 19 Y 20 DE NOVIEMBRE DE 2015

Resumen: La administración de fármacos y fluidos es fundamental ante una parada cardiorrespiratoria. En caso de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada se debe establecer un acceso vascular en el menor tiempo posible, por lo que se deben conocer las características de las vías de acceso vascular, para poder determinar cuáles serán las más adecuadas en cada caso; así como las intervenciones enfermeras a llevar a cabo y las características de los fármacos más utilizados en este tipo de situaciones.

Palabras Clave: Resucitación Cardiopulmonar; Paro Cardíaco; Pediatría.

Introducción:

El establecimiento de un acceso vascular es un paso fundamental en RCP avanzada para la administración de fármacos y líquidos.

Objetivos:

- Restablecer las funciones cardíaca y respiratoria en el menor tiempo posible.
- Conocer los procedimientos de enfermería a desarrollar ante una parada cardiorrespiratoria.
- Conocer y evitar en lo posible las complicaciones.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y en publicaciones secundarias que abordaran la RCP avanzada pediátrica siendo esta el principal criterio de inclusión.

Intervenciones enfermeras:

Canalización de una vía venosa periférica en menos de 60 segundos. Si es posible, se administrarán líquidos y fármacos por dicha vía. Si no es posible, se intentará acceder por vía intraósea.

Si se consigue acceder por vía intraósea se administrarán líquidos y fármacos por dicha vía, y se valorará si se lleva a cabo el acceso mediante una vía central electiva durante la RCP o la fase de estabilización; o si se vuelve a intentar canalizar una vía venosa periférica.

Si no se consigue acceder por vía intraósea y el paciente se encuentra intubado, se administrarán líquidos y fármacos por vía endotraqueal, y se valorará si se lleva a cabo el acceso mediante una vía central urgente, o venotomía. En cambio, si el paciente no se encuentra intubado habrá que recurrir al acceso mediante una vía central urgente, o venotomía.

Fármacos más utilizados:

- Adrenalina:
 - Presentación: (1/1000 1 ml. = 1 mg.; 1/10000 (diluir 1 ml. de Adrenalina + 9 ml. de agua o SSF)).
 - Dosis: (1ª dosis: 0.01 mg./kg.; 2ª y siguientes dosis: 0.1 mg./kg.; 1ª dosis: 0.1 ml./kg. de Adrenalina 1/10000; 2ª dosis: 0.1 ml./kg. de Adrenalina 1/1000).

- Vía: (IV, IO, ET. Cada 3 minutos).
- Atropina:
 - Presentación: (1 ml. = 1 mg.).
 - Dosis: (0.02-0.05 mg./kg. (0.02 ml./kg.); Mínimo 0.1 mg.; Dosis máxima total: 1 mg. en niños; 2 mg. en adolescentes).
 - Vía: (IV, IO, ET. Cada 5 minutos).
- Bicarbonato:
 - Presentación: (1 M : 1 ml. = 1 mEq. (diluir con igual cantidad de SSF)).
 - Dosis: (1 mEq./kg. (1 ml./kg.)).
 - Vía: (IV, IO. Cada 10 minutos).
- Lidocaína:
 - Presentación: (1 % a ml. = 10 mg.).
 - Dosis: (1 mg./kg.).
 - Vía: (IV, IO, ET).
- Líquidos:
 - Presentación: (SSF, Ringer).
 - Dosis: (20 ml./kg.).
 - Vía: (IV, IO).

Conclusiones:

La administración de fármacos y fluidos es fundamental ante una parada cardiorrespiratoria. En caso de RCP avanzada se debe establecer un acceso vascular en el menor tiempo posible. Por lo que se deben conocer las características de las vías de acceso vascular, para poder determinar cuáles serán las más adecuadas en cada caso.

Bibliografía:

1. Nichols, D.G.; Yaster, H.; Lappe, D.G. y Maller, J.A.; Manual de urgencias en pediatría. 1ª edición. Madrid. Ediciones Harcourt Brace. 1996.
2. Pérez Navero, J.L. y otros. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. 2ª edición. Madrid. Ediciones Norma. 1994.
3. González, A.; González, C.; Humayor, J. Resucitación cardiopulmonar. En: Benito, J.; Luances, C.; Mintegui, S.; Pou, J. Tratado de Urgencias en Pediatría. 2ª edición. Madrid: Editorial Ergon; 2005; p. 103-125.
4. Sánchez Díaz, J.I.; Ballesteros García, M.M. Reanimación cardiopulmonar pediátrica. En: Muñoz Calvo, M.T.; Hidalgo Vicario, M.I.; Rubio Roldán, L.A.; Clemente Pollán, J. Pediatría extrahospitalaria. 3ª edición. Madrid: Ergon; 2001. p. 593-603.

Capítulo XVI

Análisis de la función renal en pacientes hipertensos, diabéticos y con patología cardiovascular

Autor:

Cora Alcaide García

Análisis de la función renal en pacientes hipertensos, diabéticos y con patología cardiovascular

Autores

Introducción

La diabetes y la hipertensión, en mayores de 65 años, son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad renal crónica (ERC), que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. La OMS aconseja a los profesionales sanitarios la planificación de protocolos que incluyan pruebas para la identificación de lesiones renales en pacientes con alto riesgo, especialmente diabéticos e hipertensos, a los que se recomienda llevar estilos de vida saludables. La ERC relacionada con otras patologías como las alteraciones cardiovasculares (ACV), son claros ejemplos de la necesidad de unificación de criterios y coordinación entre los diversos profesionales implicados en su atención, desde el laboratorio clínico pasando por la atención primaria y hasta la atención especializada.

Objetivo

Estudiar la relación entre parámetros bioquímicos asociados a la función renal y pacientes con diagnóstico de hipertensión, diabetes y patología cardiovascular.



Resultados

Se obtuvo una muestra total de 109 pacientes donde el 77% (156) fueron mujeres frente a un 23% (47) que fueron hombres Figura 1. La clasificación según la patología puede verse en la figura 2. La edad media se situó en 78,6±7,5 años IC 95% (77,5-79,6), siendo superior en las mujeres respecto a los hombres p=0,007. La media de consumo de medicamentos por paciente fue de 10,7±3, no encontrándose diferencias en el consumo entre mujeres y hombres p=0,7 ni entre el consumo y las diferentes patologías p=0,3.

Los datos bioquímicos por sexo pueden verse en la figura 3.

En el análisis lineal multivariante para predecir la afectación del filtrado glomerular se incluyeron los valores de creatinina y urea según pertenencia al grupo de Hipertensión arterial, Diabetes y Patología Cardiovascular. Figuras 7 a 15.

BIOQUIMICA	HOMBRES	MUJERES
FILTRADO GLOMERULAR	45±11,6	46±10,6
UREA	64±31,8	71,5±33,02
CREATININA	1,6±0,7	1,3±0,4
PROTEÍNAS TOTALES	6,9±0,5	6,9±0,7
GLUCOSA	129±44,1	141,7±73,1
SODIO	142±22,2	142±3,8
POTASIO	4,4±0,6	4,5±0,4



FIGURA 1

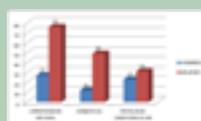


FIGURA 2

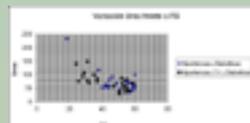


FIGURA 4

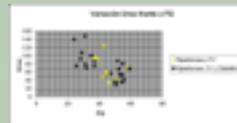


FIGURA 5

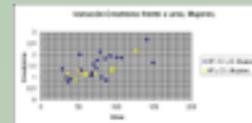


FIGURA 6

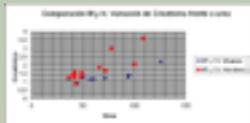


FIGURA 7

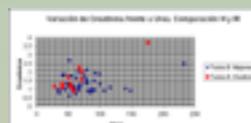


FIGURA 8

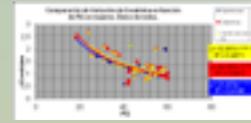


FIGURA 9

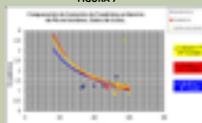


FIGURA 10

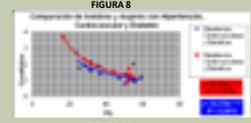


FIGURA 11

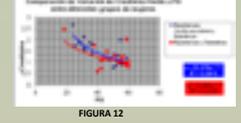


FIGURA 12

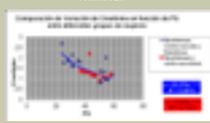


FIGURA 13

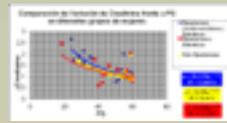


FIGURA 14

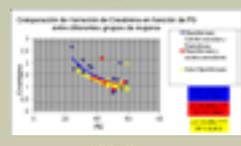


FIGURA 15

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en el ámbito de atención primaria durante un año. Se incluyeron a los pacientes en los que detectó un filtrado glomerular inferior al fisiológico, mediante muestreo aleatorio simple y en los que se midieron variables sociodemográficas (edad, sexo, patología), bioquímicas (sodio, potasio, urea, creatinina, filtrado glomerular, glucosa y proteínas totales) y tratamiento que tomaban en la actualidad.

Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las variables cuantitativas. En segundo lugar para comprobar que variables se asociaron de forma independiente con el filtrado glomerular se realizó un análisis de regresión múltiple lineal.

Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0. Se solicitó la autorización para la realización del estudio a la comisión de investigación.

Conclusiones

La hipertensión, diabetes y la patología cardiovascular se asocia con valores patológicos de filtrado glomerular siendo más significativo en pacientes con patologías cardiovasculares.

Se recomienda promover estilos de vida saludables a través de educación sanitaria para controlar los niveles de urea y creatinina al objetivarse en nuestro estudio asociación entre el aumento de estos y la disminución del filtrado glomerular.



Resumen: La enfermedad renal crónica (ERC) relacionada con otras patologías como las alteraciones cardiovasculares (CV), la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), son claros ejemplos de la necesidad de unificación de criterios y coordinación entre los diversos profesionales implicados en su atención, desde el laboratorio clínico pasando por la atención primaria hasta la atención especializada. La organización mundial de la salud (OMS) estima que la enfermedad renal crónica relacionada con alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes mellitus supone un porcentaje importante de muertes en todo el mundo

Palabras Clave: Enfermedad Renal Crónica; Hipertensión Arterial; Diabetes Mellitus.

Introducción:

La diabetes y la hipertensión, en mayores de 65 años, son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad renal crónica (ERC), que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. La OMS aconseja a los profesionales sanitarios la planificación de protocolos que incluyan pruebas para la identificación de lesiones renales en pacientes con alto riesgo, especialmente diabéticos e hipertensos, a los que se recomienda llevar estilos de vida saludables. La ERC relacionada con otras patologías como las alteraciones cardiovasculares (ACV), son claros ejemplos de la necesidad de unificación de criterios y coordinación entre los diversos profesionales implicados en su atención, desde el laboratorio clínico pasando por la atención primaria y hasta la atención especializada.

Objetivo:

Estudiar la relación entre parámetros bioquímicos asociados a la función renal y pacientes con diagnóstico de hipertensión, diabetes y patología cardiovascular.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal realizado en el ámbito de atención primaria durante un año. Se incluyeron a los pacientes en los que detectó un filtrado glomerular inferior al fisiológico, mediante muestreo aleatorio simple y en los que se midieron variables sociodemográficas (edad, sexo, patología), bioquímicas (sodio, potasio, urea, creatinina, filtrado glomerular, glucosa y proteínas totales) y tratamiento que tomaban en la actualidad.

Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las variables cuantitativas. En segundo lugar, para comprobar que variables se asociaron de forma independiente con el filtrado glomerular se realizó un análisis de regresión múltiple lineal. Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0. Se solicitó la autorización para la realización del estudio a la comisión de investigación.

Resultados:

Los resultados obtenidos a través del estudio muestran que en la variación de urea frente a FG, se observa que el 47,6% de HP, CV y D, se diferencian del 91,3% de HP y D, porque para un mismo

intervalo de urea, el 47,6% de HP, CV y D da valores de FG más bajos que el 91,3% de HP y D.

En el 38% de las pacientes HP, CV y D, el CFG oscila entre 24 y 36, que se corresponden con cambios en urea comprendidos entre 60 y 144. Al comparar con enfermas HP y CV, se observa que la D favorece el aumento de urea en sangre. En el 47,6% de las mujeres con HP, D y CV al comparar como varía su creatinina sérica con las de aquellas que son HP y CV, se observa que la D favorece el aumento de la concentración de creatinina plasmática.

En hombres y mujeres con CV y HP se observa que las variaciones de creatinina plasmática en función de los cambios de urea, son más elevados en los varones que en las mujeres.

Al comparar mujeres HP y D, frente a las que sólo son HP, se observa que la diabetes, hace que disminuya el coeficiente R2 de la función que representa la variación de la creatinina plasmática frente al FG. Ese R2 es 1,8 veces menor en las HP y D que en las HP. La misma curva referida a mujeres HP, CV y D es la que da el mejor R2.

Al comparar valores de creatinina frente a FG, en mujeres y hombres HP, se observa que el 56% de estos varones y el 25% de esas mujeres tienen la creatinina por encima del intervalo fisiológico.

En varones HP, CV, y D, la curva referida al FG estimado, el R2 es elevado de 0,84. En el mismo caso, la curva de las mujeres tiene R2 es bastante menor, 0,59. Por tanto, al emplear la fórmula matemática para hacer un cálculo estimado se consiguen valores más próximos a los reales en hombres que en mujeres.

El R2 tienen un valor aún mayor, 0,90, para la curva referida al FG estimado de los diabéticos. En el caso de mujeres diabéticas es 0,54. En el 78,3% de hombres con CV, el cálculo del FG estimado es bueno y se aproxima al que mostrarán realmente. En un 87% de las enfermas HP que tienen insuficiencia renal, el cálculo de FG estimado, mediante la fórmula, es muy próximo a su valor real del FG.

Las curvas, referidas a Creatinina frente a FG en pacientes con HP, CV y D, tienen mejor R2, que las mismas curvas correspondientes a enfermas con patologías CV y D. La interrelación metabólica entre glúcidos y lípidos es responsable de que personas con diabetes vayan a tener problemas cardiovasculares.

La creatinina plasmática está más elevada en hombres HP que en mujeres HP, lo que significa que hay más riesgo de que empeore la insuficiencia renal en los hombres que en las mujeres.

Toda la muestra de pacientes era de pacientes polimedicados, intentamos hallar una relación entre el número de fármacos y la disminución del filtrado glomerular, pero no hallamos una relación en los estudios gráficos entre la cantidad de fármacos que tomaba el paciente con la disminución del FG o el aumento de la creatinina plasmática.

Conclusión:

La hipertensión, diabetes y la patología cardiovascular se asocia con valores patológicos de filtrado glomerular siendo más significativo en pacientes con patologías cardiovasculares.

Se recomienda promover estilos de vida saludables a través de educación sanitaria para controlar los niveles de urea y creatinina al objetivarse en nuestro estudio asociación entre el aumento de estos y la disminución del filtrado glomerular.

Bibliografía:

1. Yach, D., Hawkes, C., Gould, L., Hofman, K., The Global Burden of Chronic Diseases. Overcoming Impediments to Prevention and Control. JAMA, 2004; 291, 2616-2622.
2. Otero, A., Gayoso, P., García, F., Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. Nefrología 2010;30(1):78-86
3. Alcazar, R., Egocheaga, M.I., Orte. SEN-SEMFYC consensus document on chronic kidney disease. Nefrología 2008 ; 28(3):273-282.

Capítulo XVII

Anticoagulación oral en una consulta de enfermería de mi zona básica de salud

Autor:

Jesús Manuel Gómez Caraballo Jiménez Galanes

ANTICOAGULACION ORAL EN UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE MI ZONA BASICA DE SALUD

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los ACO actúan como antagonistas de la vitamina K, inhibiendo el sistema enzimático encargado de su conversión a la forma activa, que actúa como cofactor en la gamma-carboxilación de los residuos terminales de ácido glutámico de los factores II, VII, IX y X, y de las proteínas C y S; la ausencia de estos residuos ocasiona que estos factores sean inactivos, por la incapacidad de ligar el calcio.

En España el anticoagulante más utilizado es el acenocumarol (Sintrom en comprimidos de 1 y 4 mg)

En los últimos años ha aumentado considerablemente la utilización de anticoagulantes orales en la prevención de procesos tromboembólicos. Además de un mayor número de pacientes en tratamiento anticoagulante, actualmente se dispone de una amplísima experiencia sobre las consecuencias médicas y sociales que implica este tratamiento lo que ha originado una visión mucho más pragmática del manejo cotidiano del paciente anticoagulado. Hoy en día el control y seguimiento de los pacientes anticoagulados se desarrolla por el equipo de atención primaria, más concretamente por el personal de enfermería, a través del programa informático Taocam.

OBJETIVOS:

-Evaluar la calidad en el control de pacientes anticoagulados con tratamiento oral en la consulta de enfermería.



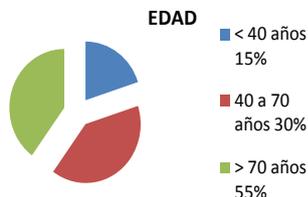
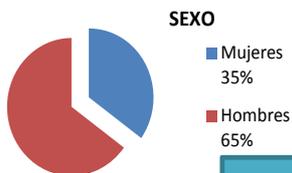
METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en la Zona Básica de Salud de Daimiel que atiende a 19.000 usuarios. Se ha seleccionado de entre aquella población que acudia a una de las consultas del Centro de Salud Daimiel II a realizarse la prueba del Sintrom, durante los meses de Junio a Diciembre del año 2014. La muestra seleccionada fue de 256 personas adultas. Las variables de estudio son: edad, sexo, patología diagnosticada e INR.

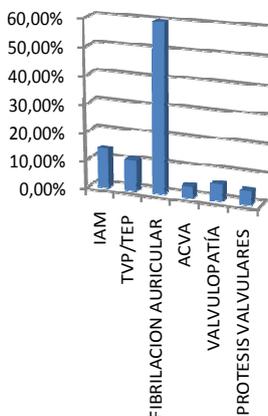


RESULTADOS

Muestra: 256



DIAGNOSTICOS PREVIOS



El número total de pacientes fue de 256, de los cuales un 65% fueron hombres. La edad más relevante es la de mayores de 75 años con un 55%. Las personas de entre 40 y 70 años en tratamiento con Sintrom suponen un 30%. El rango de INR más representativo es entre 2-3 (75%), frente a un 25% que se encuentra fuera de este rango. Las patología más frecuente en tratamiento con acenocumarol es la fibrilación auricular con un 60% de los casos, seguida del IAM y de la TVP/TEP.

CONCLUSIONES

El tratamiento con anticoagulantes orales debe ser siempre **controlado cuidadosamente**. La dosis se ajusta para cada persona después de hacer un análisis de sangre. El control del tratamiento anticoagulante debe hacerse como máximo cada 4 ó 5 semanas. La enfermera de Atención Primaria juega un papel decisivo en el control de los pacientes anticoagulados. La educación sanitaria logra mantener al paciente en rangos terapéuticos correctos en más de la mitad de los casos. Como consecuencia, se mejora la capacidad de autocuidado, la autonomía del paciente y la calidad de su asistencia.



Bibliografía:

- 1.-Barrero, M. Piombo, Alfredo. El paciente en la unidad coronaria. Ed . Médica. 2012.
- 2.-Rodes, J. Piqué, J.M. Libro de la salud del Hospital Clinic de Barcelona. 2007.

Resumen: En España el anticoagulante más utilizado es el acenocumarol (Sintrom).

En los últimos años ha aumentado la utilización de anticoagulantes orales en la prevención de procesos tromboembólicos. Hay un mayor número de pacientes en tratamiento anticoagulante, actualmente se dispone de una amplísima experiencia sobre las consecuencias médicas y sociales que implica este tratamiento lo que ha originado una visión mucho más pragmática del manejo cotidiano del paciente anticoagulado. Hoy en día el control y seguimiento de los pacientes anticoagulados se desarrolla por el equipo de atención primaria, más concretamente por el personal de enfermería, a través del programa informático Taocam.

Palabras Clave: Anticoagulación; Acenocumarol; TAOCAM.

Objetivos:

Evaluar la calidad en el control de pacientes anticoagulados con tratamiento oral en la consulta de enfermería.

Material y métodos:

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en la Zona Básica de Salud de Daimiel que atiende a 19.000 usuarios.

Se ha seleccionado de entre aquella población que acudía a una de las consultas del Centro de Salud Daimiel II a realizarse la prueba del Sintrom, durante los meses de Junio a Diciembre del año 2014. La muestra seleccionada fue de 256 personas adultas. Las variables de estudio son: edad, sexo, patología diagnosticada e INR.

Resultados:

El número total de pacientes fue de 256, de los cuales un 65% fueron hombres. La edad más relevante es la de mayores de 75 años con un 55%. Las personas de entre 40 y 70 años en tratamiento con Sintrom suponen un 30%. El rango de INR más representativo es entre 2-3 (75%), frente a un 25% que se encuentra fuera de este rango. La patología más frecuente en tratamiento con acenocumarol es la fibrilación auricular con un 60% de los casos, seguida del IAM y de la TVP/TEP.

Conclusión:

El tratamiento con anticoagulantes orales debe ser siempre controlado cuidadosamente. La dosis se ajusta para cada persona después de hacer un análisis de sangre. El control del tratamiento anticoagulante debe hacerse como máximo cada 4 ó 5 semanas. La enfermera de Atención Primaria juega un papel decisivo en el control de los pacientes anticoagulados. La educación sanitaria logra mantener al paciente en rangos terapéuticos correctos en más de la mitad de los casos. Como consecuencia, se mejora la capacidad de autocuidado, la autonomía del paciente y la calidad de su asistencia.

Bibliografía:

1. Barrero, M. Piombo, Alfredo. El paciente en la unidad coronaria. Ed . Médica. 2012.
2. Rodes, J. Piqué, J.M. Libro de la salud del Hospital Clinic de Barcelona. 2007.
3. Mendoza Alcantara, Juan. Actualización terapéutica en fármacos anticoagulantes orales. 2012.

Capítulo XVIII

Antifibrinolíticos en cirugía de urgencia

Autores:

María José Díaz Requena

María Rosario Menchón Palop

Mari Cruz Zamora García

ANTIFIBRINOLÍTICOS EN CIRUGÍA DE URGENCIAS

INTRODUCCION

Denominamos cirugía de urgencia a aquella que se debe realizar inminentemente para salvaguardar la vida, una extremidad o la capacidad funcional de una persona y se asocia con un elevado riesgo de hemorragia y muerte; siendo las lesiones traumáticas la segunda causa principal de muerte en personas entre 5 y 45 años.

Los fármacos antifibrinolíticos como el ácido tranexámico (ATX), aprotinina, ácido épsilon aminocaproico y ácido aminometilbenzoico promueven la coagulación sanguínea previniendo la disolución de coágulos. Estos fármacos quizá también detengan la pérdida sanguínea en los pacientes en heridas graves y, como resultado, puedan salvarles la vida.

OBJETIVOS

Evaluar el efecto que producen los fármacos antifibrinolíticos sobre la transfusión de sangre en adultos que se someten a cirugía de emergencia o de urgencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en metabuscadores como Cochrane, Pubmed y en registros de ensayos clínicos. Se han incluido todos los ensayos controlados aleatorios de los agentes antifibrinolíticos (aprotinina, ATX, ácido epsilon aminocaproico) tras una lesión traumática.



RESULTADOS

- Los resultados demuestran que los antifibrinolíticos reducen en un tercio el número de pacientes que necesitan transfusión sanguínea, reducen el volumen de transfusión en una unidad y reducen a la mitad la necesidad de cirugía adicional para controlar la hemorragia. Por ello, el efecto sobre la muerte debido a la hemorragia depende del intervalo entre la lesión y el tratamiento, por lo que el antifibrinolítico debe administrarse lo antes posible y en el transcurso de 3 horas desde la lesión, ya que le tratamiento posterior es poco probable que sea eficaz y puede ser nocivo.
- También demuestran los resultados que el efecto sobre la trombosis venosa profunda y el accidente cerebrovascular es incierto y no hay ningún evento de embolia pulmonar o infarto de miocardio.

	TASA TRANSFUSIÓN DE SANGRE	AHORRO UNIDADES GLÓBULOS ROJOS	MORTALIDAD
APROTININA	Reduce en un 34% RR=0,66 IC=95%: 0,60 a 0,72	Ahorra 1,02 unidades IC= 95%: 0,79 a 1,26	No significativa RR=0,81 IC=95%: 0,63 a 1,06
ÁCIDO TRANEXÁMICO	Reduce en un 39% RR= 0,61 IC= 95%: 0,53 a 0,70	Ahorra 0,87 unidades IC= 95%: 0,53 a 1,20	No significativa RR= 0,60 IC= 95%: 0,33 a 1,10

CONCLUSIONES

El ATX reduce la mortalidad en pacientes con traumatismos sangrantes y disminuye la transfusión de sangre en pacientes que se someten a cirugía de emergencia o urgencia. Es necesario un ensayo clínico amplio para evaluar los efectos del uso sistemático de ATX sobre la mortalidad, en un grupo heterogéneo de pacientes quirúrgicos de urgencia y emergencia..

Resumen: Cada año mueren aproximadamente 4.000.000 de personas como resultado de lesiones traumáticas y actos de violencia en todo el mundo. Cerca de 1.600.000 de estas muertes ocurren en hospitales y alrededor de un tercio se deben a hemorragias no controladas con pérdida de sangre significativa.

Los agentes antifibrinolíticos inhiben la disolución de los coágulos sanguíneos (fibrinólisis) y pueden reducir la hemorragia perioperatoria, evitando la muerte de más de 100.000 personas si éstos fueran utilizados en todo el mundo.

Palabras Clave: Antifibrinolíticos; Ácido Tranexámico; Hemorragia.

Introducción:

Denominamos cirugía de emergencias o de urgencias a aquella cirugía que se debe realizar con rapidez para salvaguardar la vida, una extremidad o la capacidad funcional de una persona y se asocia con un alto riesgo de hemorragia no controlada que puede provocar la muerte en las víctimas de un traumatismo.

Se ha demostrado que el tratamiento antifibrinolítico reduce la pérdida sanguínea después de la cirugía y es efectivo para disminuir la pérdida de sangre después del traumatismo, teniendo en cuenta que las lesiones son la segunda causa principal de muerte en personas entre 5 y 45 años de edad.

Los fármacos antifibrinolíticos como el ácido tranexámico (ATX), aprotinina, ácido épsilon aminocaproico y ácido aminometilbenzoico; promueven la coagulación sanguínea previniendo la disolución de los coágulos.

Estos fármacos ayudan a detener la pérdida sanguínea en los pacientes con heridas graves y como resultado pueden salvarles la vida.

Objetivos:

Nuestro objetivo consiste en evaluar el efecto de los fármacos antifibrinolíticos sobre la mortalidad, la transfusión de sangre y los eventos tromboembólicos en adultos que se someten a cirugía de emergencia o de urgencia.

Material y métodos:

Se han realizado búsquedas bibliográficas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Lesiones (Cochrane Injuries Group), The Cochrane Library; Pubmed y en registros de ensayos clínicos. Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios de los agentes antifibrinolíticos (aprotinina, ácido tranexámico, ácido épsilon aminocaproico y ácido aminometilbenzoico) tras una lesión traumática.

Las medidas de resultado de interés fueron la mortalidad, la necesidad de una transfusión de sangre, las unidades de sangre transfundidas, una nueva operación y eventos tromboembólicos (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, trombosis de venas profundas y embolia pulmonar).

Resultados:

Los resultados demuestran que los antifibrinolíticos reducen en un tercio el número de pacientes que necesitan transfusión sanguínea, reducen el volumen de transfusión en una unidad y reducen a la mitad la necesidad de cirugía adicional para controlar la hemorragia.

También demuestran que el efecto sobre la trombosis venosa profunda y el accidente cerebrovascular es incierto y no hay ningún evento de embolia pulmonar o infarto de miocardio.

Estas diferencias fueron todas estadísticamente significativas al nivel $p < 0,01$. Específicamente, la aprotinina redujo la tasa de transfusión de sangre en un 34% (riesgo relativo [RR]=0,66; intervalo de confianza [IC] DEL 95%: 0,60 A 0,72) y el ácido tranexámico en un 39% (RR= 0,61; IC del 95%: 0,53 a 0,70). El uso de aprotinina ahorró 1,02 unidades de glóbulos rojos (GR) (IC del 95%: 0,79 a 1,26) en los pacientes que requerían transfusión, y el uso de ácido tranexámico ahorró 0,87 unidades (IC del 95%: 0,53 a 1,20). Hubo una reducción no significativa de la mortalidad con aprotinina (RR=0,81; IC del 95%: 0,63 a 1,06) y el ácido tranexámico (RR= 0,60; IC del 95%: 0,33 a 1,10).

Tras todo esto, podemos afirmar que el efecto sobre la muerte debido a la hemorragia depende del intervalo entre la lesión y el tratamiento, por lo que el antifibrinolítico debe administrarse lo antes posible y en el transcurso de 3 horas desde la lesión, ya que el tratamiento posterior es poco probable que sea eficaz y puede ser nocivo.

Conclusiones:

Existen pruebas de que el ácido tranexámico reduce la mortalidad en pacientes con traumatismo sangrante sin aumentar el riesgo de eventos adversos y disminuye la transfusión de sangre en pacientes que se someten a cirugía de emergencias o urgencias.

Es necesario un ensayo clínico amplio para evaluar los efectos del uso sistemático del ácido tranexámico en resultados relevantes como la muerte, en pacientes que se someten a todos los tipos de cirugía.

Bibliografía:

1. Ker k, Roberts I, Shakur H, Coats T. Fármacos antifibrinolíticos para la lesión traumática aguda. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue5. Art. No.: CD004896. DOI: 10.1002/14651858.CD004896.
2. Perel P, Ker k, Morales Uribe C, Roberts I. Ácido tranexámico para la reducción de la mortalidad en la cirugía de urgencia y emergencia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue1. Art. No.:CD010245. DOI; 10.1002/14651858.CD010245.
3. Ker K, Roberts I. Aplicación tópica de ácido tranexámico para la reducción de hemorragias. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art No.:DC010562. DOI: 10.1002/14651858.CD010562.

Capítulo XIX

Aplicación del concepto time en el manejo enfermero de cura en ambiente húmedo. Recomendaciones basadas en la evidencia

Autores:

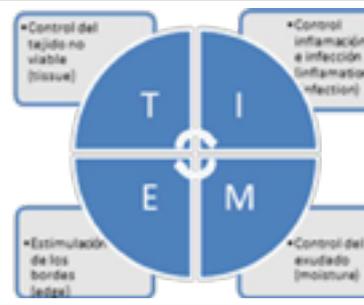
María Teresa Ciudad Gutiérrez

Francisco Javier Sánchez Ormeño

María Gracia Velasco Herrera

APLICACIÓN del CONCEPTO TIME en el manejo enfermero de cura en ambiente húmedo. Recomendaciones basadas en la evidencia.

INTRODUCCIÓN: La preparación del lecho de las heridas (PLH) en cura ambiente húmedo requiere adaptarse a las necesidades del proceso de cicatrización basadas en el método TIME, es un método organizado que permite optimizar los esfuerzos de los profesionales para conseguir una óptima cicatrización de la herida.



OBJETIVO: Dar a conocer las principales recomendaciones basadas en la evidencia que ayuden al personal de enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión con el fin de prestar cuidados eficaces, eficientes y un abordaje integral de las mismas favoreciendo su cicatrización en un tiempo adecuado.

METODOLOGÍA: Estudio de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores de salud relacionados con úlceras por presión.

RESULTADOS:

RECOMENDACIONES PARA MANEJO DEL LECHO DE LA HERIDA SEGÚN EVIDENCIA

T <small>Control tejido no viable</small>	I <small>Control de la inflamación e infección</small>	M <small>Control del exudado</small>	E <small>Estimulación de bordes</small>
<p>El tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización, aumenta la probabilidad de infección y dificulta la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera.</p> <p>Desbridamiento: Minimiza contaminación y mejora curación ya que elimina niveles altos de bacterias (A)</p> <p>Elegir desbridamiento adecuado a la condición de lesión, condición individual y los objetivos de la atención (A)</p> <p>Desbridamiento quirúrgico: indicado en celulitis avanzada, crepitación, fluctuación y sepsis relacionada con la úlcera grado III/IV (C)</p> <p>Con desbridamiento cortante se aconseja la utilización de analgesia tópica, oral (EMLA) o sistémica (C)</p> <p>Desbridamiento cortante total en la retirada de biofilm bacteriano (A)</p>	<p>Intensificar limpieza (B), realizar cultivo por aspiración percutánea</p> <p>Presión de lavado que facilite arrastre de detritos, bacterias y restos (B)</p> <p>Suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo (A)</p> <p>La limpieza y desbridamiento son efectivos para el manejo de la carga bacteriana (A)</p> <p>No utilizar antisépticos, retrasan la cicatrización (B)</p> <p>Sin evolución favorable en 2-4 semanas: plata iónica, antibiótico tópico (A)</p> <p>Tratar la infección de las lesiones (A)</p> <p>Lesiones con signos como: retraso del crecimiento, aumento del exudado, del dolor, decoloración... y deberían ser tratadas como infectadas (B)</p>	<p>Seleccionar el apósito según: tejido, exudado, localización, piel perilesional y tiempo del cuidador (A)</p> <p>Evitar gases: retrasa curación, aumentan tasa de infección, dolor y frecuencia del cambio de apósito y no es rentable (A)</p> <p>Cura en ambiente húmedo: ha demostrado mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (cura con gases) (A)</p> <p>Apósitos absorbentes ante exceso de drenaje (B)</p> <p>Apósitos no adherentes en úlceras venosas en piernas y vendaje de alta compresión multicapa (A)</p> <p>Hidrogeles, apósitos oclusivos o semiocclusivos en heridas no exudativas (B)</p> <p>Alginatos e hidrofibras en interior de la herida (B)</p> <p>Apósitos de espuma de poliuretano como apósito secundario (B)</p> <p>Moduladores de proteasas en úlceras tórpidas (B)</p>	<p>Evitar maceración de bordes con pasta al agua (B)</p> <p>Colagenasa: favorece el crecimiento del tejido de granulación (C)</p> <p>Mantener bordes limpios y secos</p> <p>Elegir apósito que mantenga la cura en ambiente húmedo (A)</p> <p>Ante dermatitis en la piel de alrededor deberemos pautar un corticoide tópico (B)</p>
<p>CONCLUSIÓN: Los profesionales de Enfermería para mejorar la eficacia de nuestra práctica clínica debemos hacer uso de la enfermería basada en la evidencia, por eso es muy importante la actualización en materia de cura de heridas y úlceras por presión.</p>			<p>Grado de Recomendación según Agency for Healthcare Research and Quality del United State Department of Health & Human Services:</p> <p>A: Buena evidencia</p> <p>B: Moderada evidencia</p> <p>C: Baja evidencia</p> <p>D: Opinión de expertos o panel de consenso</p>
<p>AUTORES:</p>			

VIII CONGRESO ENFERMERIA DE CIUDAD REAL

Resumen: La preparación del lecho de la herida en cura ambiente húmedo (CAH) ofrece un enfoque global para la eliminación de obstáculos en la cicatrización y para la estimulación del proceso de cicatrización. Esta preparación abarca procesos básicos como son el tratamiento de la infección, abordaje del tejido necrótico y desvitalizado, además del exudado, sin descuidar el mantenimiento y cuidado del tejido borde perilesional.

Palabras Clave: Enfermería basada en la Evidencia; Úlcera por Presión, Infección de heridas.

Introducción:

La preparación del lecho de las heridas (PLH) en cura ambiente húmedo requiere adaptarse a las necesidades del proceso de cicatrización basadas en el método TIME (T: control tejido no viable; I: control de la inflamación e infección; M : Control del exudado; E: estimulación de bordes) es un método organizado que permite optimizar los esfuerzos de los profesionales cara a conseguir una óptima cicatrización de la herida.

Objetivo:

Dar a conocer las principales recomendaciones basadas en la evidencia que ayuden al personal de enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión con el fin de prestar cuidados eficaces, eficientes y un abordaje integral de las mismas favoreciendo su cicatrización en un tiempo adecuado.

Metodología:

Estudio de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores de salud relacionados con úlceras por presión.

Resultados:

Recomendaciones para manejo del lecho de la herida según evidencia.

- T (Control tejido no viable):
 - El tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización, aumenta la probabilidad de infección y dificulta la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera.
 - Desbridamiento: Minimiza contaminación y mejora curación ya que elimina niveles altos de bacterias (A).
 - Elegir desbridamiento adecuado a la condición de lesión, condición individual y los objetivos de la atención (A).
 - Desbridamiento quirúrgico: indicado en celulitis avanzada, crepitación o sepsis relacionada con la úlcera grado III/IV (C).
 - Con desbridamiento cortante se aconseja la utilización de analgesia tópica, oral (EMLA) y/o sistémica (C).

- Desbridamiento cortante total en la retirada de biofilm bacteriano (A).
- I (Control de la inflamación e infección):
 - Presión de lavado que facilite arrastre de detritos, bacterias y restos (B)
 - Suero fisiológico, agua destilada o agua de grifo (A)
 - La limpieza y desbridamiento, son efectivos para el manejo de la carga bacteriana (A)
 - No utilizar antisépticos, retrasan la cicatrización (B)
 - Sin evolución favorable en 2-4 semanas: plata iónica, antibiótico tópico (A)
 - Tratar la infección de las lesiones (A)
 - Lesiones con signos como: retraso del crecimiento, aumento del exudado, del dolor, decoloración ... y deberían ser tratadas como infectadas (B)
- M (Control del exudado):
 - Seleccionar el apósito según tejido, exudado, localización, piel perilesional y tiempo del cuidador (A).
 - Evitar gasas: retrasa curación, aumentan tasa de infección, dolor y frecuencia del cambio de apósito y no es rentable (A).
 - Cura en ambiente húmedo: ha demostrado mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (cura con gasas) (A).
 - Apósitos absorbentes: ante exceso de drenaje (B).
 - Apósitos no adherentes en úlceras venosas en piernas y vendaje de alta compresión multicapa (A).
 - Hidrogeles, apósitos oclusivos o semioclusivos en heridas no exudativas (B).
 - Alginatos e hidrofibras en el interior de la herida (B).
 - Apósitos de espuma de poliuretano como apósito secundario (B).
 - Moduladores de proteasas en úlceras torpidas (B).
- E (Estimulación de bordes epiteliales):
 - Evitar maceración de bordes con pasta al agua (B).
 - Colagenasa: favorece el crecimiento del tejido de granulación (C).
 - Mantener bordes limpios y secos (B).
 - Elegir apósito que mantenga la cura en ambiente húmedo (A).
 - Ante dermatitis en la piel de alrededor deberemos pautar un corticoide tópico (B).

- Grado de Recomendación según Agency For Healthcare REsearch and Quality del United State Departament of Health & Human Service
 - A. Buena evidencia
 - B. Moderada evidencia
 - C. Baja evidencia
 - D. Opinión de expertos o panel de consenso

Conclusión:

Los profesionales de Enfermería para mejorar la eficacia de nuestra práctica clínica debemos hacer uso de la enfermería basada en la evidencia, por eso es muy importante la actualización en materia de cura de heridas y úlceras por presión.

Bibliografía:

1. Verdú, J Torrá i Bou JE, Blanco J, Balleste J, Jimenez Garcia, JM. Aplicación del concepto TIME en la atención de heridas crónicas. Rev ROL Enf 2007;30 (1): 30-1.
2. Montero Torres J, Lozano Piñero A. Un planteamiento Global en la Curación de heridas. ENE. Revista de Enfermería. 2009; 3 (2):25-33.
1. Giron Jorcano G, Andreu Villanueva P,Cuello Arazo T, Fernandez Mur AC, Laita Zarca MC, Marco Navarro MJ, et al. Guía clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión. Zaragoza. HCU Lozano Blesa. 2009.
3. Velasco M. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de las úlceras de las piernas. Actas Dermosifiliogr. 2011; 102(10): 780-90.
4. Allué Gracia MA, Ballabriga Escuer MS, Clerencia Sierra M, Gallego Domeque L, García Espot A, Moya Porté MT. Heridas crónicas: Un abordaje integral. 1ª ed.Huesca. Colegio de Enfermería de Huesca; 2012.

Capítulo XX

Asociaciones peligrosas en el manejo de heridas

Autores:

Vanesa Márquez Arriaga

Vanesa Ortiz Valderas

Paula Valderas Pérez-Serrano



ASOCIACIONES PELIGROSAS EN EL MANEJO DE HERIDAS



La cura de heridas es una de las prácticas clínicas de mayor incidencia en nuestra profesión.

Las consecuencias de una asociación poco correcta han inspirado este poster para mejorar la técnica, y ser de ayuda en la práctica para una pronta recuperación tisular, en el menor tiempo posible y con menor probabilidad de secuelas.

Hoy en día disponemos de una gran variedad de productos en el mercado, con múltiples aplicaciones. A veces por desconocimiento, falsos mitos, etc. realizamos asociaciones que pueden ser antagonistas y/o perjudiciales para el paciente, y otras, inocuas pero no rentables, ni efectivas.

OBJETIVOS

Aumentar los conocimientos del personal acerca del material disponible para la cura de heridas y de la correcta utilización del mismo, aumentar la eficacia y eficiencia del personal para disminuir complicaciones y efectos indeseados.

Así mismo, eliminar de la práctica clínica el uso indebido y las asociaciones que no presentan una evidencia adecuada de efectividad clínica.

METODOLOGIA

A continuación se muestran las interacciones más habituales como una opción terapéutica útil que debe ser considerada en el contexto de un protocolo de atención integral que abarque desde la primera cura ya sea extrahospitalaria, domiciliaria, hospitalaria o en AP, hasta la cura total de la mis-



INTERVENCIONES

Existe una relación significativa entre la correcta aplicación del material de curas y una mayor probabilidad de recuperación. Así, mímimo existe una probabilidad mayor de que el paciente que ha sufrido una lesión tenga una buena recuperación tisular si desde el inicio se realiza de forma correcta.

CONCLUSIONES

La buena praxis en la cura de heridas es una técnica terapéutica que contribuye a mejorar el pronóstico de los pacientes. Es de suma importancia conocer los signos y síntomas, así como el material del que disponemos.

El conocimiento resulta fundamental para llevar a cabo un correcto procedimiento. La selección correcta del material a utilizar y el tipo de cura, es de suma importancia, por ello debemos respetar las asociaciones, se debe capacitar al personal y debemos seguir formándonos.

Esto es sólo un aporte para la generación de ideas que conducen a una buena praxis y a un ambiente de trabajo más óptimo, buscando convertirse en una estrategia informativa altamente comprometida con los pacientes, permitiendo unificar criterios de actuación, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica y aumentar la seguridad y la pronta recuperación del paciente.

Resumen: La cura de heridas es una de las prácticas clínicas de mayor incidencia en nuestra profesión.

Las consecuencias de una asociación poco correcta han inspirado este estudio para mejorar la técnica, y ser de ayuda en la práctica para una pronta recuperación tisular, en el menor tiempo posible y con menor probabilidad de secuelas.

Hoy en día disponemos de una gran variedad de productos en el mercado, con múltiples aplicaciones. A veces por desconocimiento, falsos mitos, etc. realizamos asociaciones que pueden ser antagonistas y/o perjudiciales para el paciente, y otras, inocuas pero no rentables, ni efectivas.

Palabras Clave: Heridas; Asociación; Enfermería.

Las interacciones a tener en cuenta entre los materiales habituales utilizados para la práctica clínica en el tratamiento de lesiones tisulares como una opción terapéutica útil que debe ser considerada en el contexto de un protocolo de atención integral que abarque desde la primera cura ya sea extrahospitalaria, domiciliaria, hospitalaria o en Atención primaria (AP), hasta la cura total de la misma.

El objetivo del desarrollo de esta guía es aumentar los conocimientos del personal acerca del material disponible para la cura de heridas y de la correcta utilización del mismo para aumentar la eficacia y eficiencia del personal para disminuir complicaciones y efectos indeseados.

Así mismo, eliminar de la práctica clínica el uso indebido y las asociaciones que no presentan una evidencia adecuada de efectividad clínica.

Existe una relación significativa entre la correcta aplicación del material de curas y una mayor probabilidad de recuperación. Así, mismo existe una probabilidad mayor de que el paciente que ha sufrido una lesión tenga una buena recuperación tisular si desde el inicio se realiza de forma correcta.

Asociaciones inapropiadas e inefectivas:

- Suero fisiológico (SF) + Plata nanocrystalina: Los iones de plata (Ag) precipitan con los iones de Sodio (Na+) formando cristales de Cloruro de Plata. (antagonistas).
- Antisépticos en lecho de herida crónica: Ensayos clínicos han demostrado que no poseen ninguna eficacia, por lo que están totalmente desaconsejado para la limpieza de úlceras crónicas ya que producen daño tisular y retraso de la cicatrización.
- Antisépticos + carbón activo: inapropiado.
- Antisépticos + Ag y otros apósitos: Si hay riesgo o presencia de infección en las heridas crónicas la evidencia indica que lo apropiado es el uso de Ag y no desinfectantes. Si se mezcla con Yodo puede producir "manchas negras". (inapropiado).
- Antisépticos + colagenasa: inapropiado.
- Colagenasa + nitrofuril: La Colagenasa es liposoluble y el Nitrofuril es hidrosoluble, por lo que cada uno irá por libre. Si es necesario desbridamiento enzimático y antibioticoterapia profiláctica (ATB) podemos utilizar Irujol Neo. (inocuo, inefectivo).

- Colagenasa+ colágeno en polvo: La Colagenasa posee un excipiente (exp.) graso que forma una barrera física que impide que el polvo de colágeno penetre en el lecho. (inocuo, inefectivo)
- Colagenasa + apósitos con Ag: La Colagenasa se inactiva con los Iones de Plata. (antagonistas)
- Hidrofibra alginato en necrosis seca: Las Hidrofibras y los Alginatos son muy absorbentes. (inocuo, inefectivo)
- Hidrofibra alginato + hidrogel: Los Hidrogeles los saturan, no ejerciendo el efecto deseado. (antagonistas)
- Hidrogel en heridas húmedas: Excesiva humedad, maceración de los bordes. (peligro)
- Hidrocoloides en heridas infectadas: Al ser semioclusivos podemos agravar la infección. (peligro)
- Agua oxigenada (H2O2) en heridas cavitadas: Riesgo de embolia gaseosa y de lesionar tejido sano. (peligro)
- Antibióticos tópicos + heridas crónicas: Muchos antibióticos presentan gran controversia ya que provocan un elevado grado de sensibilización y reacciones alérgicas. (Máx.15 días de uso)
- Heridas secas + foam o colágeno en polvo: Las espumas poliméricas son muy absorbentes por lo que no tendría sentido. Únicamente podríamos aplicarlas en este caso para aliviar la presión. (inocuo, inefectivo)

La buena praxis en la cura de heridas es una técnica terapéutica que contribuye a mejorar el pronóstico de los pacientes. Es de suma importancia conocer los signos y síntomas, así como el material del que disponemos.

El conocimiento resulta fundamental para llevar a cabo un correcto procedimiento. La selección correcta del material a utilizar y el tipo de cura, es de suma importancia, por ello debemos respetar las asociaciones, se debe capacitar al personal y debemos seguir formándonos.

Esto es sólo un aporte para la generación de ideas que conducen a una buena praxis y a un ambiente de trabajo más óptimo, buscando convertirse en una estrategia informativa altamente comprometida con los pacientes, permitiendo unificar criterios de actuación, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica y aumentar la seguridad y la pronta recuperación del paciente.

Bibliografía:

1. Da Silva Priscilla Nicácio, de Almeida Onislene Alves Evangelista, Rocha Izabella Chrystina. Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 2016 Ene 13] ; 13(33): 33-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100003&lng=es.
2. InfomecumHeridas. España. Rafael Calonge (Catfosc), Marcos Grau y Jordi Franco (Internext). 2012. [citado 2015 Agos 3]. Disponible en: <http://www.infomecum.com/tratamientos>
3. Uso racional del material de curas (II). Cura en ambiente húmedo. Gobierno de canarias conserjería de Sanidad [Internet] España. Perdomo Pérez E., Pérez Hernández P., Flores García O.B., Pérez Rodríguez M.F., Volo Pérez G., Montes Gómez E., Bañón Morón N. Diciembre de 2014. [citado Agosto 2015]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b6167f2d-a09b-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/BOLCAN_URMC_II_2.pdf

Capítulo XXI

Atención de enfermería en un paciente con insomnio familiar fatal

Autores:

Antonio Miguel Cano Tébar

Carlos Joaquín Extremera Medina

Concepción Muñoz de la Nava Zamorano

Alberto José Pérez Gijón

Caso clínico: Atención de enfermería en un paciente con Insomnio Familiar Fatal

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN DEL CASO

El Insomnio Familiar Fatal (IFF) es una enfermedad de la que sólo se han descrito 100 casos a nivel mundial. Cursa con una progresiva degeneración del SNC junto a un estado de vigila sostenida, que finalmente produce la muerte del paciente. Entre los meses de mayo y septiembre, acudió a nuestro Servicio de Urgencias un paciente aquejado de ésta enfermedad con un cuadro de estatus convulsivo y deterioro general. En el presente trabajo, se muestra el plan de cuidados propuesto para éste paciente, adecuado tanto a sus problemas de salud cómo para optimizar el manejo de la situación por parte de la familia.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

OBJETIVOS

Los cuidados de enfermería ante un paciente con una enfermedad incurable están encaminados hacia el control de síntomas y la educación sanitaria, con el objetivo de que la propia familia detecte y sepa cómo actuar frente a los problemas de salud de éste tipo de enfermos.

- 1.- Dar a conocer ésta enfermedad desde la óptica de la enfermería.
- 2.- Proponer un plan de cuidados para mejorar la calidad de vida del paciente.
- 3.- Usar la metodología enfermera para realizar los cuidados.

PLAN DE CIUDADOS

METODOLOGÍA

- | | |
|---|--|
| DI Protección inefectiva (00043) | DI Deprivación del sueño (00096) |
| NIC Cuidados en la agonía (5260) | NIC Manejo de la sedación (2260) |
| SOC Muerte confortable (2007) | SOC Sueño (0004) |
| DI Déficit de movilidad (00085) | DI Deterioro tisular (00044) |
| NIC confort (6482) | NIC Manejo de las convulsiones (2680) |
| SOC Nivel de comodidad (2100) | SOC Control del riesgo (1902) |
| DI Confusión crónica (00129) | DI Resistencia familiar (2608) |
| NIC Apoyo a la familia (7140) | NIC Cuidados del encamado (0740) |
| SOC Muerte digna (1307) | SOC Clima social de la familia (2601) |



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS CRÍTICO

El abordaje de un paciente con una enfermedad rara requiere de un trabajo multidisciplinar. El tratamiento paliativo y el reajuste de expectativas para la familia respecto al pronóstico es fundamental para un correcto manejo del enfermo, sobre todo en situaciones de urgencia por sufrimiento fisiológico y psicológico.

El IFF en España.

Existen sólo 40 casos en España, principalmente en el País vasco y un único caso en CLM.



Se trata de un trastorno autosómico limitado a una única familia.

Una enfermedad rara.



Transmisible en un 100%, pero con una tasa de desarrollo de un 50%.



Distribución familiar del IFF.

Palabras clave: Insomnio, Enfermería, Urgencias.

Resumen: El Insomnio Familiar Fatal (IFF) es una patología perteneciente al grupo de las enfermedades priónicas, de la cual sólo se describen 1-2 casos/millón de habitantes y año. Cursa con degeneración neurológica junto a un estado de vigila sostenida, que conduce a un estado vegetativo del paciente hasta su muerte.

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de IFF que consulta por cuadro de convulsiones y deterioro general. Se aplicó un plan de cuidados individualizado, de forma que se consiguió solucionar las potenciales complicaciones detectadas y se ayudó a optimizar el manejo por parte de la familia.

Palabras Clave: Insomnio; Enfermería; Cuidado Terminal.

Introducción:

Las enfermedades neurodegenerativas suelen presentar un largo periodo de incubación y un curso inexorablemente fatal. Desde el punto de vista clínico, los pacientes presentan unas manifestaciones muy inespecíficas y que progresivamente van limitando la vida del enfermo, como astenia, pérdida de peso o alteraciones de conducta y personalidad, hasta que se manifiesta una clínica neurológica más evidente, como la demencia, que causa un rápido deterioro clínico que conduce al fallecimiento del paciente.

No fue hasta 1982 que Pruiser utiliza el término “prión” (acrónimo de proteinaceous infectious) para referirse la molécula proteica, aberrante, de carácter infeccioso y transmisible, que consiguió aislar en ovejas afectadas de tembladera. En humanos, las enfermedades priónicas incluyen el Síndrome de Creutzfeldt-Jakob (SCJ), el Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS), el Kuru y el Insomnio Familiar Fatal (IFF). La clínica de una enfermedad priónica es devastadora. Ya en 1921, cuando se describe por primera vez un caso del SCJ, se habla de demencia, disartria, ataxia y espasticidad. Ocasionalmente puede cursar con ceguera y convulsiones. La muerte suele ser rápida, apareciendo a los pocos meses del diagnóstico.

Epidemiológicamente, las encefalopatías priónicas tienen una incidencia extremadamente baja, situándose entre los 1-2 casos diagnosticados por millón de habitantes al año. La edad de diagnóstico oscila entre los 35 y los 65 años, comprendiéndose la media en torno a los 55-60 años. Se considera que la incidencia debe ser sensiblemente mayor, dado el elevado número de casos de personas afectadas de demencia que no son sometidas a un estudio post mortem.

El IFF fue descrito por primera vez por Lugaresi en 1986 sobre un paciente de 53 años que presentaba un “peculiar y fatal desorden del sueño”. Se la considera una “enfermedad rara”, de la cual hasta el año 2003 sólo se habían descrito 60 casos a nivel mundial. En España, sólo existen 10 casos de IFF diagnosticados en 2015, la mayoría en el País Vasco. Los síntomas de inicio suelen ser difusos y similares al SCJ y el SGSS. Sin embargo, en el IFF se presenta un estado de vigilia sostenida que suele ser el primer motivo de consulta del paciente. El progresivo deterioro del tálamo y la corteza cerebral hacen que la enfermedad curse con mioclonías, y la privación del sueño provoca fallos en la atención, deterioro de la memoria a corto plazo y alucinaciones. Al no existir tratamiento ni cura, la muerte se produce aproximadamente tras 1 año de la aparición del primer síntoma.

Anamnesis y metodología:

Se presenta el caso de JLRB, hombre de 45 años diagnosticado de IFF a finales de 2013 por el Servicio de Neurología de Ciudad Real. El inicio de los síntomas y primera consulta (por alteración del equilibrio) se remonta a septiembre de 2013, por lo que la enfermedad tuvo un avance inusualmente lento. Acudió a nuestro Servicio de Urgencias en varias ocasiones entre los meses de julio y septiembre de 2015 por crisis convulsivas y un rápido deterioro de su estado de salud. Presentaba intolerancia al levetiracetam, lo que dificultó el tratamiento. Como antecedentes, sólo padecía de HTA. Padre y hermano del paciente también fueron diagnosticados de IFF (ambos fallecidos). Las crisis comiciales apreciadas se podían dividir en dos tipos, las parciales simples, mientras el paciente estaba consciente, y las complejas o generalizadas.

La recolección de datos se hizo por anamnesis directa del paciente, así como consulta de historia clínica y entrevista al cuidador. A su llegada a Urgencias, se realizó una valoración basada en el modelo de necesidades de Henderson, detectándose las siguientes alteraciones:

- Eliminación: El paciente es portador de sonda vesical por incontinencia urinaria.
- Respiración: A pesar de no mostrarse signos de dificultad respiratoria, si se registró una SaO₂ basal del 93%, que al momento de presentarse una convulsión bajaba hasta el 84%.
- Descanso y sueño: Se aprecia un insomnio severo. Si bien se consiguen unos niveles de sedación aceptables con el uso de midazolam y cloruro mórfico, éstos no proporcionan descanso.
- Integridad cutánea: Alteración de la continuidad de la piel por múltiples punciones. Riesgo de aparición de úlceras por presión.
- Movilidad, vestirse y desvestirse: Alteración por deterioro cognitivo, presentado frecuentes mioclonías e incapacidad para las actividades básicas de la vida diaria.
- Alimentación y nutrición: El paciente presenta déficit en la alimentación por deterioro en la deglución.
- Seguridad: Por deterioro cognitivo, su seguridad depende de los cuidados y vigilancia del cuidador.

Intervenciones:

Una vez realizada la valoración, podemos afirmar que nos encontramos ante un paciente con una alteración integral. Las intervenciones de enfermería se realizaron priorizando cada necesidad alterada teniendo en cuenta la situación terminal del paciente. Éstas se centraron en mantener el mayor número de necesidades satisfechas, vigilar y mantener los signos vitales dentro de la normalidad, así como mejorar el confort del paciente propiciando un entorno adecuado y siempre mostrando respeto, empatía, dignidad y calidad en los cuidados.

Por lo tanto, se estructuraron los siguientes diagnósticos de enfermería siguiendo el formato PES (problema, etología, signos y síntomas):

- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con uso de catéteres.
 - Intervenciones: Cuidado del aseo, lavado de catéteres.

- Alimentación ineficaz evidenciado por deterioro cognitivo y observación de incapacidad para coordinar masticación y deglución.
 - Intervenciones: Fluidoterapia, uso de espesantes.
- Déficit de la movilidad, a consecuencia de su proceso neurodegenerativo evidenciado por movimientos involuntarios.
 - Intervenciones: Protección de riesgos ambientales, manejo de las convulsiones con medicación.
- Insomnio, relacionado con desarrollo de su enfermedad y manifestado por falta de energía y disminución del estado de salud.
 - Intervenciones: Manejo de la sedación, ajustar el ambiente, prestar confort.

Cabe destacar que existía un buen manejo emocional por parte de familia, conscientes de la gravedad de la situación del paciente, mostrándose colaboradores en todo momento. Se realizó una escucha activa por parte de enfermería, con el objetivo de resolver dudas.

Conclusión:

El abordaje de un paciente con IFF resulta complejo y requiere la colaboración entre profesionales sanitarios y familiares. A pesar de que se tratan complicaciones agudas (crisis convulsivas), en general se requieren unos cuidados similares a los de cualquier enfermo paliativo.

La valoración general del enfermo conduce a la identificación de los problemas formulados como diagnósticos enfermeros, y la implementación de un plan de cuidados nos permite conseguir resultados positivos.

En el caso clínico planteado, se demuestra que el proceso de atención de enfermería es una herramienta útil para la solución de problemas de salud, aumentándose así la calidad en los cuidados y mejorando con ello la atención sanitaria.

Bibliografía:

1. Ayuso Blanco T, Urriza Mena J, Caballero Martínez C, Iriarte Franco J, Muñoz R, García Bragado F. Insomnio Familiar Fatal: estudio clínico, neurológico y histopatológico de dos casos. *Neurología*. 2006, octubre; 21: 414-20.
2. Bulechek G.M, Butcher H.K, MsCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
3. Moohead S, Jonhson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
4. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012–2014 de la NANDA. Barcelona: Elsevier; 2012.

Capítulo XXII

Beneficios de la osteopatía en el tratamiento fisioterápico del hombro

Autores:

María Rosa Cuesta Tárraga

María Elena León Moraleda

Sandra Lozano Jiménez

María Mercedes Solís Sanz

BENEFICIOS DE LA OSTEOPATIA EN EL TRATAMIENTO FISIOTERAPICO DEL HOMBRO

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es mostrar algunas técnicas osteopáticas que sirven al fisioterapeuta para el tratamiento del hombro doloroso. Para ello hay que definir que es la osteopatía, las técnicas que utiliza y lo más importante conocer las contraindicaciones que presenta.

METODOLOGIA

La Osteopatía es la ciencia o técnica que diagnóstica y trata la disfunción del cuerpo humano por medio de manipulaciones. Su objetivo es mejorar la estructura músculo-esquelética. Está basada en la anatomía, fisiopatología y semiología humana.

La Osteopatía utiliza técnicas: estructurales y funcionales. Las técnicas estructurales se clasifican en técnicas: rítmicas (de stretching, bombeo, articularias, de tensión mantenida, de inhibición, de energía muscular y de relajación miofascial) y en técnicas con thrust (técnica de velocidad importante que sorprende a los sistemas de protección del músculo, y que corta el circuito nociceptivo). Las técnicas funcionales se dividen en: técnicas de Hoover, de Jones (puntos triggers) y técnicas funcionales indirectas.

En osteopatía siempre se debe proceder a un diagnóstico diferencial de eliminación de las

CONTRAINDICACIONES: fracturas, tumores, luxaciones y reumatismos inflamatorios. Además las técnicas con thrust están contraindicadas en: esguince grado III, infecciones, patología vascular, osteoporosis, malformaciones congénitas, trastornos psíquicos, y parálisis periférica o central.

Las **INDICACIONES** de la osteopatía son: cervicalgias, torticolis, vértigos, dorsalgia, dolor costal, lumbalgias, radiculargias (meralgia, ciática, cruralgia), coxipodinia, esguinces, tendinitis, patología dolorosa de miembros, trastornos digestivos (gastritis, hernia de hiato, colitis...), trastornos renales, trastornos urogenitales (incontinencia, dismenomeas...), trastornos de la oclusión dental, problemas de ATM, cefaleas y migrañas...

EFFECTOS DE LAS TECNICAS OSTEOPÁTICAS:

Los efectos de estas técnicas producen liberación de adherencias, inhiben el espasmo muscular, normalizan el sistema vascular y a nivel medular obtienen un silencio neurológico sensorial que permite normalizar el tono muscular.



INTERVENCIÓN

El complejo del hombro está formado por una serie de articulaciones interdependientes que son: la articulación glenohumeral, la acromioclavicular, la esternoclavicular y la omoclavicular. El conjunto compone la cintura escapular. Antes de iniciar el tratamiento hay que realizar la anamnesis, la inspección de la zona y del cuerpo, los exámenes neurológicos y ortopédicos, ver las radiografías y los análisis de laboratorio y se debe de buscar una contraindicación al tratamiento osteopático y, si es el caso, derivar al médico o especialista adecuado. Si no se detecta ninguna contraindicación, y la afección está indicada en el tratamiento osteopático, entonces se realiza.



Estudiamos en este trabajo algunos movimientos globales del brazo y las técnicas que mejoran estos movimientos.

MOVIMIENTO MANO-CABEZA (Fotografía 1); este movimiento necesita la combinación de varias articulaciones y la asociación de varios movimientos:

- Ante pulsión/abducción de la articulación glenohumeral, acromioclavicular y esternoclavicular.
- Rotación externa del humero
- Rotación posterior de clavícula
- Elevación del muñón del hombro y retro posición (la extremidad externa de la clavícula retrocede).
- Báscula externa y abducción del omóplato.
- Extensión del raquis torácico
- Valgo y flexión de codo



Fotografía 1

Fotografía 2

MOVIMIENTO MANO-ESPALDA (Fotografía 3):

- 5. Retropulsión glenohumeral (la cabeza humeral se anterioriza)
- Aducción y rotación interna del húmero
- Retro posición del muñón del hombro
- Báscula interna y aducción del omóplato
- Flexión del raquis torácico
- Flexión y varo del codo.

TECNICAS DE TRATAMIENTO:

*Técnicas que mejoran el movimiento mano-cabeza:

1. Técnica de thrust para cabeza humeral superior en decúbito supino (Fotografía 3)
2. Técnica de stretching del músculo subescapular. (Fotografía 4)
3. Técnica de músculo energía para superioridad esternoclavicular (Fotografía 5)
4. Técnica de thrust para disfunción en anterioridad de la articulación esternoclavicular en decúbito supino. (Fotografía 6)



Fotografía 3



Fotografía 4



Fotografía 5



Fotografía 6

*Técnicas que mejoran el movimiento mano-espalda:

5. Técnica de thrust para disfunción en báscula externa del omóplato. (Fotografía 7)
6. Técnica de stretching del infraespinoso. (Fotografía 8)
7. Técnica de músculo-energía para disfunción en rotación posterior de la clavícula. (Fotografía 9)



Fotografía 7



Fotografía 8



Fotografía 9

*Otras técnicas:

8. Técnica de spray and stretch del pectoral mayor (Fotografía 10)
9. Técnica de Jones para el coracobraquial (Fotografía 11)



Fotografía 10



Fotografía 11

CONCLUSIONES

Es muy importante conocer y buscar las contraindicaciones de la osteopatía, antes de aplicar el tratamiento. La técnica más conocida de la osteopatía es el thrust, que produce un efecto analgésico inmediato y restaura la función articular. Pero la osteopatía utiliza otros tipos de técnicas. Con estas técnicas ganamos más libertad en movimientos globales como el de mano-cabeza, mano-espalda. Por todo esto la osteopatía es un buen recurso, combinado con otras técnicas de fisioterapia, para tratar el hombro doloroso.

Resumen: La osteopatía es un buen recurso, combinado con otras técnicas fisioterapéuticas, para tratar el hombro doloroso. Es importante conocer y buscar las contraindicaciones de la osteopatía antes de aplicar el tratamiento. El complejo del hombro está formado por una serie de articulaciones que componen la cintura escapular. Con las técnicas osteopáticas mejoramos los movimientos globales del hombro, como el movimiento mano-cabeza, movimiento mano-espalda. La técnica más conocida de la osteopatía es el thrust, pero hay muchos tipos de técnicas, con las que ganamos más libertad de movimiento y disminución del dolor.

Palabras Clave: Osteopatía; Hombro Doloroso; Técnicas Osteopáticas.

Objetivos.

El objetivo del trabajo es mostrar algunas técnicas osteopáticas que sirven al fisioterapeuta para el tratamiento del hombro doloroso. Para ello hay que definir que es la osteopatía, las técnicas que utiliza y lo más importante conocer las contraindicaciones que presenta.

Metodología.

La Osteopatía es la ciencia o técnica que diagnóstica y trata la disfunción del cuerpo humano por medio de manipulaciones. Su objetivo es mejorar la estructura músculo-esquelética. Está basada en la anatomía, fisiopatología y semiología humana.

La Osteopatía utiliza técnicas: estructurales y funcionales. Las técnicas estructurales se realizan en el sentido de la barrera, es decir, contra la restricción de movilidad. Rompen adherencias y regularizan el tono muscular. Las técnicas funcionales van en sentido de la lesión. Su finalidad es obtener un silencio neurológico sensorial que permita normalizar el tono muscular. Las técnicas estructurales se clasifican en técnicas: rítmicas (de stretching, bombeo, articularias, de tensión mantenida, de inhibición, de energía muscular y de relajación miofascial) y en técnicas con thrust (técnicas directas y semidirectas). El thrust es una técnica de velocidad importante que sorprende a los sistemas de protección del músculo, y que corta el circuito nociceptivo, produce un efecto analgésico inmediato y restaura la función articular. Las técnicas funcionales se dividen en: técnicas de Hoover, de Jones (puntos triggers) y técnicas funcionales indirectas.

En osteopatía siempre se debe proceder a un diagnóstico diferencial de eliminación de las contraindicaciones: fracturas, tumores, luxaciones y reumatismos inflamatorios. Además las técnicas con thrust están contraindicadas en: esguince grado III, infecciones, patología vascular, osteoporosis, malformaciones congénitas, trastornos psíquicos, y parálisis periférica o central.

Las indicaciones de la osteopatía son: cervicalgias, tortícolis, vértigos, dorsalgia, dolor costal, lumbalgias, radiculalgias (meralgia, ciática, cruralgia), coxigodinia, esguinces, tendinitis, patología dolorosa de miembros, trastornos digestivos (gastritis, hernia de hiato, colitis...), trastornos renales, trastornos urogenitales (incontinencia, dismenorreas...), trastornos de la oclusión dental, problemas de ATM, cefaleas y migrañas...

Efectos de las técnicas osteopáticas: Los efectos de estas técnicas producen liberación de adherencias, inhiben el espasmo muscular, normalizan el sistema vascular y a nivel medular obtienen un silencio neurológico sensorial que permite normalizar el tono muscular.

Intervencion:

El tratamiento de la cintura escapular no se puede separar del tratamiento conjunto del miembro superior y tampoco de la patología cervical, primer factor de patología escapular.

El complejo del hombro está formado por una serie de articulaciones iinterdependientes que son: la articulación glenohumeral, la acromioclavicular, la esternoclavicular y la omotorácica. El conjunto compone la cintura escapular. Antes de iniciar el tratamiento hay que realizar la anamnesis, la inspección de la zona y del cuerpo, los exámenes neurológicos y ortopédicos, ver las radiografías y los análisis de laboratorio y se debe de buscar una contraindicación al tratamiento osteopático y, si es el caso, derivar al médico o especialista adecuado. Si no se detecta ninguna contraindicación, y la afección está indicada en el tratamiento osteopático, entonces se realiza.

Estudiamos en este trabajo algunos movimientos globales del brazo y las técnicas que mejoran estos movimientos.

- Movimiento mano-cabeza: este movimiento necesita la combinación de varias articulaciones y la asociación de varios movimientos:
 - Ante pulsión/abducción de la articulación glenohumeral, acromioclavicular y esternoclavicular.
 - Rotación externa del humero
 - Rotación posterior de clavícula
 - Elevación del muñón del hombro y retro posición (la extremidad externa de la clavícula retrocede).
 - Báscula externa y abducción del omóplato.
 - Extensión del raquis torácico
 - Valgo y flexión de codo
- Movimiento mano-espalda:
 - Retropulsión glenohumeral (la cabeza humeral se anterioriza)
 - Aducción y rotación interna del húmero
 - Retro posición del muñón del hombro
 - Báscula interna y aducción del omóplato
 - Flexión del raquis torácico
 - Flexión y varo del codo.

Técnicas de tratamiento:

- Técnicas que mejoran el movimiento mano-cabeza:
 - Tecnica de thrust para cabeza humeral superior en decúbito supino: traccionar del brazo hacia los pies. Se realiza un thrust aumentando la decoaptación articular.
 - Tecnica de stretching del musculo subescapular: Llevar el hombro a rotación externa, con flexión de codo. Se moviliza de manera rítmica hasta conseguir mas amplitud de movimiento sin provocar dolor.

- Técnica de músculo energía para superioridad esternoclavicular: El fisioterapeuta sujeta con su mano externa el brazo del paciente, en antepulsión, y con su mano interna sobre la clavícula. Solicitar tres contracciones isométricas de tres segundos, en las que el paciente intenta descender el miembro superior. Después de cada ciclo de tres contracciones buscar una nueva barrera motora intentando descender la articulación esternoclavicular.
- Técnica de thrust para disfunción en anterioridad de la articulación esternoclavicular en decúbito supino: El fisioterapeuta coloca la mano interna sobre la clavícula y la mano externa en la muñeca del paciente. El brazo del paciente en antepulsión de noventa grados. Se realiza una pareja de fuerzas entre la mano interna que empuja posteriorizando y la externa que tracciona hacia el techo para conseguir la reducción del slack. El thrust se realiza mediante la contracción explosiva del pectoral y tríceps del terapeuta.
- Técnicas que mejoran el movimiento mano-espalda:
 - Técnica de thrust para disfunción en báscula externa del omóplato: buscar la puesta en tensión realizando una báscula interna del omóplato. El thrust se realiza mediante una rotación del terapeuta hacia la cabeza del paciente.
 - Técnica de stretching del infraespinoso: Paciente con hombro en abducción y codo en flexión de noventa grados. Realizar un estiramiento rítmico en rotación interna.
 - Técnica de musculo-energía para disfunción en rotación posterior de la clavícula: miembro del paciente en abducción y rotación interna. Buscar la barrera motora y solicitar tres contracciones isométricas en rotación externa.
- Otras técnicas:
 - Técnica de spray and stretch del pectoral mayor: Miembro superior del paciente en abducción y rotación externa. Realizar pases con spray a lo largo del pectoral y a todo el territorio de dolor referido del músculo.
 - Técnica de Jones para el coracobraquial: Presionar sobre el punto trigger y desencadenar el dolor. Buscar la posición que hace desaparecer el dolor, aducción y rotación interna del hombro, y mantener noventa segundos, después volver lenta y pasivamente a la posición inicial

Conclusiones:

Es muy importante conocer y buscar las contraindicaciones de la osteopatía, antes de aplicar el tratamiento. La técnica más conocida de la osteopatía es el thrust, que produce un efecto analgésico inmediato y restaura la función articular. Pero la osteopatía utiliza otros tipos de técnicas. Con estas técnicas ganamos más libertad en movimientos globales como el de mano-cabeza, mano-espalda. Por todo esto la osteopatía es un buen recurso, combinado con otras técnicas de fisioterapia, para tratar el hombro doloroso

Bibliografía:

1. Kapandji A.I. Fisiología articular: tomo 1. Miembro superior. Editorial Médica Panamericana/Maloine.1998.
2. Hoppenfeld S. Exploración física de la columna vertebral y de las extremidades. Manual Moderno.1979.
3. François R. Miembro superior: Cintura escapular y hombro. Escuela de Osteopatía de Madrid.2011.

Capítulo XXIII

Bloqueo del nervio femoral mediante neuroestimulador y/o ecógrafo en PTR

Autores:

María Dolores Gómez Coello

Rafael Molero de la Mata

María Ángeles Moreno Gómez

María Pilar Núñez Jiménez

Úrsula Quiteria Peinado Peral

Laura Rayo Gutiérrez

BLOQUEO DEL NERVIIO FEMORAL MEDIANTE NEUROESTIMULADOR Y/O ECOGRAFO EN PTR

OBJETIVO:

El bloqueo femoral es un método que presenta múltiples indicaciones en el contexto de intervenciones quirúrgicas de la extremidad inferior, tanto como técnica anestésica como analgésica.

Se puede realizar usando neuroestimulación, bloqueando el nervio periférico(BNP) y/o guiado por ecografía, lo que facilita la localización del nervio mejorando así su eficacia y seguridad.

El objetivo de este protocolo es describir la técnica de realización del bloqueo del nervio femoral a un paciente tras ser sometido a una cirugía de prótesis parcial o total de rodilla.

Con el fin de ofrecer grandes ventajas en el tratamiento del dolor post-operatorio (a través de la escala EVA) en el servicio de reanimación y posteriori.

METODOLOGIA:

Se realiza búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (CUIDEN, MEDLINE (PUBMED), COCHRANE y ELSEVIER) de palabras claves relacionadas con el protocolo en cuestión, se unificaron los diferentes criterios de los autores y nuestra experiencia personal.



INTERVENCIONES:

El bloqueo del nervio femoral se realiza utilizando:

- Monitorización Anatómica (por ecografía)
- Monitorización Funcional (electro estimulación)
- Monitorización de la presión de inyección.
- Monitorización Estándar (FC,PNI,SAT02)

MATERIAL:

- Aguja aislada punta roma para neuro-estimulación de 50mm.
- Estimulador de nervio periférico y electrodo de superficie o ecógrafo.
- Protector estéril de la sonda del ecógrafo.
- Clorhexidina 1%, guantes, gasas y paños estériles, jeringas 10cc, anestésico (ropivacaina 0.2%, levobupivacaina 0.125%) 20-30ml.

TECNICA:

- Colocar el electrodo de superficie y crear campo estéril.
- Palpar latido de la arteria para localizar punto de punción.
- Localizar el nervio femoral por neuro-estimulador y/o por ecografía.
- Introducir aguja con un ángulo 30°-45° en dirección cefálica.
- Estimulación de nervio: contracción denominada "Danza Patelar" con neuro-estimulador o visualización por medio de ecógrafo.
- Inyectar anestésico local fraccionadamente haciendo aspiraciones periódicas y parando en el caso de dolor o si se nota una presión alta.

COMPLICACIONES:

- Hematomas, inyección intravascular accidental, neuropatía e infección.
- Es muy importante en todo momento vigilar la respuesta del paciente, por lo que la realización de esta técnica se llevará a cabo bajo monitorización estándar.



CONCLUSIONES:

El bloqueo femoral aporta una cobertura analgésica prácticamente completa en las primeras horas tras la cirugía de prótesis de rodilla. Esto permite un control del dolor postoperatorio con una dosis única, disminuyendo el consumo de opiáceos de rescate .

Así mismo reduce el riesgo de complicaciones trombo-embolicas, cardiovasculares, acelera la recuperación gastrointestinal, preserva la función inmune, favorece la movilización temprana del paciente y acorta el tiempo de inicio de rehabilitación.

Resumen: El bloqueo femoral es una técnica analgésica y/o anestésica utilizada en intervenciones quirúrgicas de extremidad inferior.

Se puede realizar usando neuroestimulador bloqueando el nervio periférico y/o guiado por ecografía, lo que facilita la localización del nervio mejorando su eficacia y seguridad.

El objetivo de este protocolo es describir la técnica de realización del bloqueo del nervio femoral a un paciente tras ser sometido a una cirugía de prótesis total o parcial de rodilla con el fin de ofrecer grandes ventajas en tratamiento del dolor post-operatorio (2). Valorado con la Escala Visual Analógica (EVA), en el servicio de reanimación y posteriori.

Palabras Clave: Nervio Femoral; Bloqueo; Analgesica.

El nervio femoral es la mayor de las ramas del plexo lumbar. Inerva los músculos de la cara anterior del muslo y la piel de la cara antero interna de la extremidad inferior.

La asistencia ecográfica en la realización del bloqueo femoral facilita la localización del nervio, ayuda a identificar sus estructuras vecinas (especialmente la arteria femoral) y permite confirmar la correcta difusión del anestésico local. La incorporación del ecógrafo aumenta la proporción de bloqueos exitosos, y podría ayudar a disminuir sus complicaciones. (3)

El bloqueo del nervio femoral puede realizarse utilizando la asistencia ecográfica, sin embargo la seguridad del procedimiento se incrementa si asociamos otras técnicas de monitorización. No es conveniente abandonar el empleo de la electroneuroestimulación (ENS), puesto que puede ayudar a evitar daños por inyección intraneural inadvertida. Mediante la ENS se puede diferenciar entre la obtención de respuestas motoras de los músculos sartorio y cuádriceps (la llamada "danza patelar"). Si la intención es conseguir bloqueo motor (técnicas anestésicas), es importante obtener la respuesta patelar. No obstante, si el objetivo es conseguir bloqueo sensitivo (técnicas analgésicas), cualquiera de las dos respuestas suele ser suficiente (2). Además de la monitorización anatómica guiada por ecografía y monitorización de la presión de inyección funcional mediante electro estimulación también se realiza una monitorización estándar (FC; PNI; SATO2).

En cuanto al material necesario para la realización de la técnica sería el siguiente: (2)

- Aguja aislada con punta roma para neuro-estimulación de 50mm.
- Estimulador de nervio periférico y electrodo de superficie o ecógrafo.
- Protector estéril de la sonda del ecógrafo.
- Clorhexidina 1%
- Material para crear un campo estéril (guantes, gasas, paños)
- Apósito que se utilizará en el punto de punción una vez finalizado.
- Jeringas 10cc,
- Anestésico (Ropivacaina 0.2%, Levobupivacaina 0.125%): 20-30ml.
- Ecógrafo.

Técnica:

- Se crea un campo estéril y se coloca un electrodo de superficie en zona lateral externa de los cuádriceps.
- El anestésista palpará el latido de la arteria femoral en la zona inguinal para localizar el punto de punción.
- El objetivo es depositar el anestésico local alrededor del nervio femoral, tras localizar el nervio.(1)
- 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 30º-45º en dirección cefálica.
- Se observa la estimulación de nervio visualizando la contracción denominada “Danza Patelar” con Neuro-estimulador o por medio de ecógrafo. (3)
- El personal de enfermería inyectará el anestésico local (ropivacaina o levobupivacaina) fraccionadamente haciendo aspiraciones cada 5ml y parando en el caso de dolor o si se nota una presión alta mientras se está administrando anestésico local.

Ventajas de los bloqueos nerviosos:

- Interrupción de los impulsos dolorosos, impidiendo su llegada a los centros receptores del SNC. (son el medio más lógico y más eficaz para tratar los dolores cuyo origen es esencialmente periférico)
- El tratamiento se limita a una porción restringida del organismo donde se localiza la zona dolorosa
- Se necesita poco material, aunque no exime de la necesidad de tener los medios de reanimación habituales en la práctica anestésica y el conocimiento de las posibles complicaciones, para reconocerlas y tratarlas con la rapidez que requieren.
- Mínima dosis del fármaco utilizado, con disminución de efectos secundarios
- Potencia el efecto de los analgésicos sistémicos gran interés para usarlo en tratamientos analgésicos multimodales.

Contraindicaciones:

- Alteraciones graves de la coagulación.
- Alergia a anestésicos locales.
- Rechazo de la técnica por parte del paciente.

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, a pesar de una adecuada localización del latido arterial y de una punción suficientemente lateral, es posible puncionar ramas colaterales de los vasos femorales no perceptibles a la palpación. En este caso de la arteria circunfleja, rama de la arteria femoral, que se separa de esta a la altura del pliegue inguinal siguiendo un trayecto lateral. Es muy importante estar atentos a esta posibilidad, por lo que se debe inyectar siempre el anestésico local fraccionadamente haciendo aspiraciones periódicas.(1)
- Neuropatía: durante la realización de la técnica se procurará guardar una serie de precauciones como avanzar lentamente la aguja y nunca inyectar si se nota una presión excesivamente alta o el paciente se queja de dolor.
- Infección.

Es muy importante en todo momento vigilar la respuesta del paciente, por lo que la realización de esta técnica se llevará a cabo bajo monitorización estándar de las constantes vitales. (2)

El bloqueo femoral aporta una cobertura analgésica en las primeras horas tras la cirugía de prótesis de rodilla (PTR). Esto permite un control del dolor postoperatorio, disminuyendo el consumo de opiáceos de rescate (4). Así mismo reduce el riesgo de complicaciones trombo-embólicas, cardiovasculares, acelera la recuperación gastrointestinal, preserva la función inmune, favorece la movilización temprana del paciente y acorta el tiempo de inicio de rehabilitación.

Bibliografía:

1. Bloqueo del Nervio Femoral. Bloqueos de las ramas del plexo lumbar por vía anterior. www.anestesia.org.
1. Manual de Anestesia Regional. Práctica Clínica y tratamiento del dolor. Ruiz Castro, M; (F.E.A Servicio de Anestesiología, Reanimación y terapia del dolor).Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.2ª edición (México): Elsevier España. S.A. 2010.ISBN:978-8480866651.
2. Anestesia Regional. Técnicas clásicas y ecoguiadas. Manual de bolsillo De Andrés, J; Sala-Blanch, X. Caduceo Multimedia 3ª Edición 2014.ISBN:978-8494234781.
3. Analgesia postoperatoria en el reemplazo primario de rodilla. Bloqueo de nervios periféricos (Univesidad de Cordoba),helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/12472.

Capítulo XXIV

Calidad de vida de los profesionales sanitarios en Castilla-La Mancha

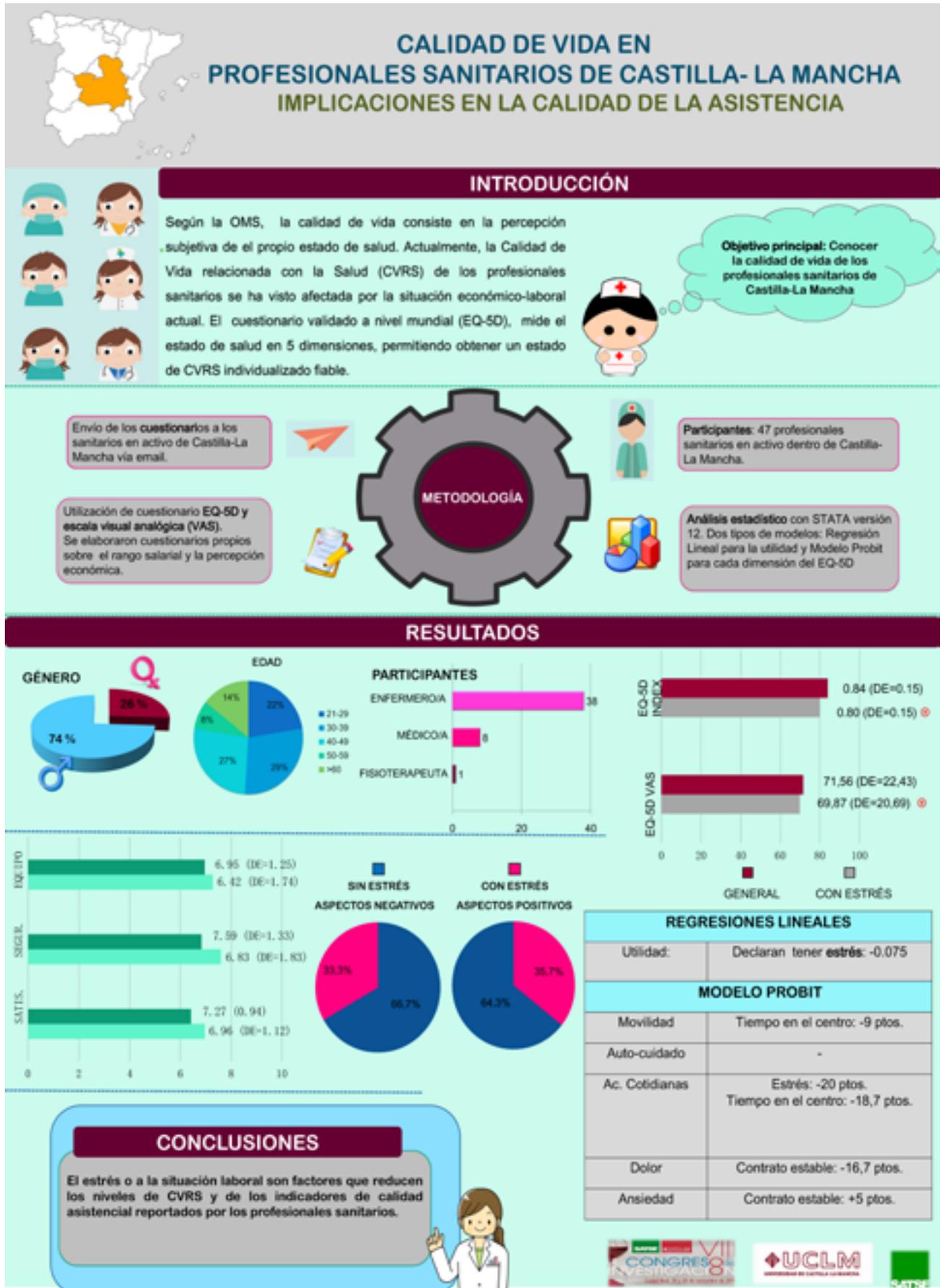
Autores:

Silvia García Maján

Sara Guerra Cano

Celia Muñoz Fernández

María Gloria Villarejo Rodríguez



Resumen: Los profesionales de la salud (PS) son uno de los grupos que corre mayor riesgo de una mala calidad de vida laboral y burnout. Estudio con una muestra de 47 sujetos, PS de Castilla la Mancha. Medido con Euroqol (EQ-5D-5L y VAS) a través de un cuestionario con diferentes módulos: situación laboral, calidad asistencial y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Análisis estadístico con STATA v.12. Regresión Lineal para la utilidad y Modelo Probit para cada dimensión EQ-5D. Las personas que reportan tener estrés reducen los niveles de CVRS, y los indicadores de calidad asistencial.

Palabras Clave: Calidad de vida/ Quality of life; Personal de la Salud/ Health personnel; Calidad de Atención en Salud/ Quality of Health Care.

Introducción:

La calidad de vida y la calidad de vida laboral de los profesionales de salud están relacionados directamente con el grado de estrés percibido, frecuentemente asociado a una disminución en la calidad de los servicios y cuidados de los pacientes.

El EuroQol- 5D (EQ- 5D) se diseñó como un cuestionario sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición (autoadministrado, por correo o entrevista) y es el único que ha sido adaptado y validado para su uso en España.

Objetivos:

Conocer la calidad de vida de los profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha.

Metodología:

Cuarenta y siete sujetos fueron incluidos en el estudio, todos ellos profesionales sanitarios en activo de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha. Se utilizó el cuestionario EQ-5D y escala visual analógica (VAS). Se elaboraron cuestionarios propios sobre el rango salarial y la percepción económica. El envío de formularios fue vía online.

Se analizaron los datos a través de descriptivos (media, desviación típica y proporciones) todas las variables de interés recogidas en el cuestionario y se clasificaron de acuerdo a las variables sociodemográficas para contar con un marco de estudio. Mediante un modelo de regresión lineal múltiple (RLM) se estimó la utilidad y la VAS. A través de este modelo, los coeficientes β indican el incremento en la variable dependiente por cada incremento unitario en las variables independientes.

Se estudiaron por separado las dimensiones del EQ-5D para identificar qué aspectos de la calidad de vida se ven más afectados por el estrés laboral dentro de la población de análisis.

El modelo Probit estima la probabilidad de que el participante no reporte problemas de salud en los distintos aspectos del EQ5D.

Finalmente, para estudiar la calidad de la asistencia sanitaria, se establecieron dos grupos entre los participantes: los que sentían estrés relacionado con su actividad laboral y los que no, para cada grupo se obtuvieron las frecuencias de respuesta sobre la calidad del servicio prestado. Se analizaron las diferencias significativas mediante el contraste de igualdad de proporciones.

Resultados:

Se obtuvo un total de 47 cuestionarios correctamente completados por personal sanitario de Castilla La Mancha. La muestra se compuso de un 73,91% de mujeres y un 26,09% de hombres. Por edades, un 22% tenían entre 21-29 años, un 29% entre 30-39 años, 27% tenían entre 40-50 años, 8% entre 50-59 años y un 14% más de 60. La profesión mayoritaria registrada fue enfermeros (38), seguido de médicos con 8 participantes y un fisioterapeuta. Un 23% eran contratos de sustitución, 12% interinos, 56% tenían contratos de media jornada y 9% eran funcionarios. La mayoría trabajaba en el sector público, un 85% y un 15% en el sector privado.

De acuerdo con el nivel de estrés referido en el cuestionario, se clasificó a un 49% como afectados por el estrés y un 51% no afectados. La puntuación media de utilidad que se registró fue de 0,84 (DE=0,15), mientras que el valor VAS fue 71,56 (22,43). Entre los que declararon tener estrés, la utilidad fue de 0,80 (0,17) y la VAS E1. En ambas variables se registraron diferencias estadísticamente significativas al 95%. El análisis del perfil del personal estresado no arrojó diferencias significativas en ninguna de las variables observadas con respecto al general de la muestra, salvo en el número de horas semanales de trabajo. Entre los profesionales que sufren estrés, la proporción de los que trabajan menos de 40 horas es significativamente menor.

Se procedió a un análisis de Regresión Lineal con la variable utilidad en el cual, controlando por las variables sociodemográficas de sexo y edad, quedó confirmado que el estrés relacionado con el trabajo es un factor que afecta de forma significativa a la CVRS: los participantes que declararon sentirse estresados tienen una utilidad 0,075 puntos por debajo de los no estresados, manteniendo todo lo demás constante. Tomando la VAS no se obtuvieron resultados significativos al 95%.

Teniendo en cuenta la distribución de la variable utilidad, como se ha observado en el análisis de Regresión Lineal anterior, no cumple los criterios de normalidad, se procedió a un análisis por separado de cada componente de la CVRS. Los Modelos Probit empleados arrojan la probabilidad de no tener problemas en cada una de las dimensiones del EQ-5D según los factores relacionados con la estabilidad laboral.

La dimensión de movilidad aportó diferencias en cuanto al tiempo trabajando en el mismo centro, a más tiempo, la probabilidad de no tener problemas desciende en 9 puntos porcentuales, en el auto-cuidado no se reportaron diferencias significativas al 95%. En el desempeño de las actividades cotidianas, aquellos participantes que reportaron estar estresados en su ámbito laboral, registraban una probabilidad de 20 puntos porcentuales menor de encontrarse en buen estado, igualmente, a más tiempo trabajando en el mismo centro, menor probabilidad (18,7) de encontrarse en perfectas condiciones en lo relativo a las actividades cotidianas.

En cuanto al dolor, se observó que a medida que aumenta la estabilidad del contrato (16,7 puntos porcentuales) se registra una probabilidad inferior de tener malestar de algún tipo, en los centros privados se ha observado que los participantes tienen una probabilidad mayor de tener dolor de alguna clase.

Finalmente, es de nuevo el tipo de contrato el principal factor de problemas, a mayor estabilidad del contrato (sustituto, interino, media jornada y funcionario) la probabilidad de registrar algún problema de ansiedad aumenta en 5 puntos porcentuales.

Discusión:

Los resultados de nuestro estudio reflejan una correlación positiva entre el estrés laboral y una reducción de la CVRS, como ya se señalaba en estudios previos como el de Casas, Repullo y Loreno. Existe una correlación entre la turnicidad y el estrés con respecto a la calidad de vida. La principal limitación es el número de participantes, por lo que los resultados son prueba de un estudio piloto y genera la necesidad de una ampliación de muestra.

Conclusiones:

El estrés o a la situación laboral son factores que reducen los niveles de CVRS y de los indicadores de calidad asistencial reportados por los profesionales sanitarios

Bibliografía:

1. Villarín Castro A, et.al. Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. Rev. Cal. Asist. 2014; Vol. 30.
2. Grupo EuroQol. EQ-5D-5L. [website]. Rotterdam (<http://www.euroqol.org/eq-5d-products/eq-5d-5l.html>; accedido en marzo-2015)
3. Grupo EuroQol. EQ-5D-5L Value Sets. [website] Rotterdam; actualizado en noviembre-2014 (<http://www.euroqol.org/about-eq-5d/valuation-of-eq-5d/eq-5d-5l-value-sets.html>; accedido en abril-2015)
4. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Rev. Journal Clin. Health Psych. [sede web] 2004 [acceso el 25 de mayo de 2015]; 4(1): 137-160.
Disponible en: http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
5. Contreras F, Juárez F, Murrain E. Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamientos utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. Rev. Pensa. Psicolog. [sede web] 2008 [acceso el 1 de junio de 2015]; 4(11): 29-44. Disponible en: http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS11-2.pdf

Capítulo XXV

Cannabis: ¿problema o solución?

Autor:

Helena Moreno Pérez

CANNABIS: ¿PROBLEMA O SOLUCIÓN?

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay un amplio debate internacional entre las evidencias científicas sobre las propiedades terapéuticas de los cannabinoides (mediadores lipídicos de la planta Cannabis sativa) versus sus restricciones legales y efectos adversos.

Los cannabinoides han sido utilizados en medicina desde la antigüedad, retirándose a principios del S. XX por sus efectos adversos y la aparición de alternativas más seguras, pero su función reguladora en múltiples funciones fisiológicas del organismo han hecho recuperar el interés de los investigadores.

Hasta el momento, las patologías en las que más se investiga con el cannabis o derivados son: esclerosis múltiple, náuseas, vómitos, dolor, anorexia-caquexia en pacientes con cáncer o SIDA, glaucoma y asma.



OBJETIVOS

Describir y examinar las propiedades terapéuticas del Cannabis (marihuana y derivados sintéticos) frente a sus efectos nocivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed e Ibecs.

Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas y revisiones bibliográficas que abordan la temática del uso del Cannabis en la terapia, publicados desde el año 2000 hasta el año 2015.

Las palabras clave utilizadas, con sus combinaciones fueron: Cannabis AND Cáncer
Cannabis AND uso terapéutico.

Artículos estudiados: 25

Artículos incluidos: 8

Bases bibliográficas:
Pubmed
Ibecs

Artículos excluidos: 17

Causas de exclusión:
No hacen una evaluación de los efectos positivos y/o negativos del Cannabis
Están centrados en una patología concreta



RESULTADOS

El cannabis medicinal contiene más de 60 cannabinoides naturales (siendo el delta-9-tetrahidrocannabinol el más importante), y los pacientes lo suelen consumir fumado (aparición más temprana de niveles plasmáticos) o en infusión.

En la siguiente tabla se evidencia los usos terapéuticos frente a sus efectos adversos:

USO TERAPEUTICO

- ✓ Analgesia
- ✓ Disminución de la presión intraocular
- ✓ Antiemético en vómitos inducidos por quimioterapia antineoplásica
- ✓ Relajante muscular en esclerosis múltiple, traumatismos medulares y alteraciones del movimiento.
- ✓ Neuroprotector
- ✓ Antiasmáticos
- ✓ Anticonvulsivantes
- ✓ Efectos antineoplásicos in vivo e in vitro.

EFFECTOS SECUNDARIOS, a niveles:

- > **Respiratorio:** efecto agudo broncodilatador leve; se asocia con bronquitis, infecciones pulmonares, cambios estructurales bronquiales, EPOC y cáncer.
- > **Cardiovascular:** taquicardia, aumento del gasto cardíaco, hipotensión postural, riesgo de infarto agudo de miocardio y arritmias, alteraciones de la perfusión cerebrovascular, episodios isquémicos transitorios, ictus y arteritis.
- > **Neurológico:** euforia, hiperestesia sensorial, antinocicepción, relajación, somnolencia, y afecta negativamente la regulación de la actividad motora, la concentración y la memoria.
- > **Inmunitario:** parece favorecer la respuesta inmune mediada por anticuerpos, y deteriorar la mediada por células.
- > **Endocrino y metabólico:** alteran el funcionamiento de varios ejes neuroendocrinos y actúan sobre el control del apetito, la ingesta y el balance energético.
- > **Gastrointestinal:** reproductor, gestación y desarrollo.

CONCLUSIONES

Los resultados son alentadores, aunque se precisa de más ensayos de calidad con el fin de establecer el balance entre beneficio y riesgo; así como conocer qué dosis y vías de administración son las más adecuadas.

Resumen: El uso terapéutico del cannabis, marihuana y sus derivados, ha sido objeto de una gran polémica que se presenta cada vez con más fuerza en el ámbito de la sanidad, ya que es demostrable su participación en numerosas funciones fisiológicas además de sus propiedades beneficiosas tales como las antiinflamatorias, neuroprotectoras y antioxidantes. En cambio, los efectos secundarios que presentan limitan su uso terapéutico.

Para demostrar lo anteriormente mencionado, se está investigando los posibles usos en patologías como los trastornos metabólicos, neurológicos, autoinmunes o incluso la terapia antitumoral.

Palabras Clave: Cannabis; Cáncer; Cannabinoides.

Introducción:

Los cannabinoides han sido utilizados en medicina desde la antigüedad, siendo retirados a principios del S. XX por sus efectos secundarios psicoactivos y la aparición de alternativas más seguras, pero su función reguladora en múltiples funciones fisiológicas del organismo han hecho recuperar el interés de los investigadores, ya que se puede demostrar que juega un papel modulador a nivel de los sistemas nervioso, inmune y endocrino y también del metabolismo energético. Por ello, se les puede considerar como importantes candidatos para el tratamiento de diferentes patologías, destacando las enfermedades neurodegenerativas, trastornos metabólicos, diabetes y cáncer.

El cannabis medicinal contiene más de 60 cannabinoides naturales, entre los que destacan el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) que es la molécula más abundante y con mayores propiedades psicoactivas, y el Cannabidiol que destaca por su mayor cantidad de efectos terapéuticos tales como el analgésico o el antiinflamatorio. Los pacientes que lo utilizan, no consumen el cannabis sintético, sino que lo emplean en su forma natural, ya sea fumado con cigarrillos o pipas de agua, que proporciona una aparición más temprana de niveles plasmáticos, ya que esta vía de administración proporciona una alta biodisponibilidad; o en infusión.

En la actualidad, hay un amplio debate internacional entre las evidencias científicas sobre las propiedades terapéuticas de los cannabinoides (mediadores lipídicos de la planta Cannabis sativa) versus sus restricciones legales y efectos adversos psicoactivos, sumando como inconveniente la posibilidad de tolerancia y dependencia que genera.

Objetivos:

Describir y examinar las propiedades terapéuticas del Cannabis vs sus efectos nocivos a nivel: respiratorio, cardiovascular, nervioso, inmunitario y endocrino y metabólico.

Corroborar las posibilidades terapéuticas ya existentes que contienen cannabinoides.

Material y métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Ibecs Y Pubmed.

Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas y revisiones bibliográficas que abordaran la temática del uso del Cannabis en la terapia, publicados desde el año 2000 hasta el año 2015.

Resultados:

A partir del proceso de revisión sistemática e investigación llevado a cabo, comienzan a aparecer los primeros indicios para poder comparar los beneficios con los efectos secundarios de esta sustancia. Por tanto, describiremos a continuación cuáles son cada uno de ellos:

Los potenciales usos terapéuticos del Cannabis son:

- Analgesia. Los cannabinoides pueden disminuir la reactividad al dolor y presentan una importante actividad analgésica frente al dolor crónico, neuropático y antiinflamatorio.
- Disminución de la presión intraocular, siendo útil para el tratamiento del glaucoma.
- Antiemético, previniendo las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia antineoplásica.
- Relajante muscular en esclerosis múltiple, traumatismos medulares y alteraciones del movimiento.
- Neuroprotectores, pudiéndose emplear para enfermedades neurológicas y neurodegenerativas tales como Alzheimer, Parkinson, Esclerosis múltiple o epilepsia.
- Antioxidantes. Será de gran utilidad en situaciones patológicas derivadas de la diabetes como la retinopatía diabética y sus complicaciones cardíacas.
- Antiasmáticos, gracias a su efecto broncodilatador.
- Anticonvulsivantes
- Efectos antineoplásicos in vivo e in vitro demostrables.
- Estimulación del apetito, incrementando principalmente la ingesta de alimentos ricos en grasa. Tienen aplicación en situaciones que requieren una ganancia de peso como el síndrome de desgaste asociado a SIDA o a cáncer.
- Antidepresivos y ansiolíticos. El cannabis ha demostrado tener efectos beneficiosos en determinados trastornos psíquicos como trastornos bipolares, manía, ansiedad o depresión.

Con el fin de explotar de manera más eficiente los efectos anteriormente citados, en algunos países como España, Estados Unidos, Alemania, Portugal, entre otros; se encuentran aprobados y comercializados algunos medicamentos que están hechos a base de cannabinoides. Estas formulaciones son:

- Marinol[®], indicado para la estimulación del apetito y la prevención de los vómitos y náuseas producidos por la quimioterapia. Son cápsulas.
- Sativex[®], empleado para la espasticidad asociada a la esclerosis múltiple y para combatir el dolor neuropático. Es un spray en forma de aerosol para su administración oral.
- Cesamet[®], utilizado, también, para prevenir los vómitos y náuseas derivados de la quimioterapia en pacientes con cáncer. Son cápsulas.

Debemos tener en cuenta que su función sobre la esclerosis múltiple, dolor, emesis, cáncer o estimulación de apetito, está ampliamente reconocida. En cambio, cuando hablamos de enfermedades como diabetes, glaucoma, Alzheimer y otros trastornos neurodegenerativos, existe más controversia.

En su contra, sus efectos adversos son:

- Sistema respiratorio: efecto agudo broncodilatador leve; su uso crónico se asocia a efectos

bronquiales similares a los del tabaco, como bronquitis aguda y crónica, riesgo de infecciones pulmonares, cambios estructurales bronquiales, EPOC y cáncer de pulmón y del tracto respiratorio superior.

- Sistema cardiovascular: taquicardia con aumento del gasto cardíaco, hipotensión postural, riesgo de infarto agudo de miocardio y arritmias, alteraciones de la perfusión cerebrovascular, episodios isquémicos transitorios, ictus y arteritis.
- Sistema nervioso: euforia, hiperestesia sensorial, antinocicepción, relajación, somnolencia, y afecta negativamente a la regulación de la actividad motora, la concentración y la memoria.
- Sistema inmunitario: No se han demostrado consecuencias con proyección clínica, aunque parece favorecer la respuesta inmune mediada por anticuerpos, y deteriorar la mediada por células.
- Sistemas endocrino y metabólico: alteran el funcionamiento de varios ejes neuroendocrinos y actúan sobre el control del apetito, la ingesta y el balance energético.

A lo anteriormente citado, también hay que incluir que el cannabis tiene potencial adictivo y su consumo crónico genera tolerancia y dependencia. El síndrome de abstinencia que presenta no es severo, pero produce irritabilidad, alteraciones de la frecuencia cardíaca, hipersudoración, insomnio y diarrea.

Aun así, es importante mencionar que se ha demostrado que desarrollando formulaciones de acción local que no atraviesen la barrera hematoencefálica, se podría solventar estos efectos negativos, beneficiándonos así, de sus diversos usos terapéuticos sin peligro, ya que el mecanismo responsable de los efectos psicoactivos es la activación de los receptores cannabinoides 1 (CB1), los cuales se encuentran fundamentalmente a nivel del sistema nervioso central.

Conclusiones:

Los resultados de los diferentes estudios sobre esta temática son alentadores, aunque se precisa de más ensayos de calidad con el fin de establecer el balance entre beneficio y riesgo comparando los cannabinoides con otras posibles alternativas terapéuticas, en cada caso; así como conocer qué dosis y vías de administración son las más adecuadas para cada uno de los individuos.

Es importante tener en cuenta, sobre todo para el ajuste de la dosis, que los efectos secundarios de los cannabinoides en dosis moderadas son en su mayoría leves y de perfil neuropsicológico, dato que nos ayudaría a establecer, de nuevo, el equilibrio entre el beneficio sintomático de este método frente a otras alternativas.

Bibliografía:

1. Lorenzo, P; Leza, JC. Utilidad terapéutica del Cannabis y derivados. 2000.
2. Fraguas-Sánchez, AI., Fernández-Carbadillo, AM.; Torres-Suárez, AI. Cannabinoides: una prometedora herramienta para el desarrollo de nuevas terapias. 2014.
3. Sanz, A; Morejón, B; Cruz, V; Zudaire, M. Cómo responder al paciente con cáncer avanzado que nos plantea el uso de cannabis como tratamiento sintomático. 2014.
4. Otero Lamas, F; Pino Serrano, C; Sánchez Rivas, C; Fontenla Vázquez, A. Afectación orgánica por consumo de Cannabis. 2006.
5. Serrano Ruiz, A.; Saz de la Torre, J. Cannabis Sativa: aplicaciones terapéuticas. 2005.

Capítulo XXVI

Características de pacientes diabéticos en centro de salud urbano?

Autores:

Antonio Jesús Baena Bravo

José Antonio de la Cruz Villamayor

Pablo Ramírez Doménech

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES DIABÉTICOS EN CENTRO DE SALUD URBANO

INTRODUCCIÓN

La prevalencia estimada de la diabetes en España es de un 7% para la población de entre 30-65 años (7,1% varones y 6,8% mujeres). Las directrices actuales de la American Diabetes Association recomiendan un nivel de hemoglobina glicosilada objetivo del 7,0% en los individuos diabéticos con el fin de prevenir las complicaciones microvasculares. La afectación de los vasos distales de las extremidades es típica, junto con la microangiopatía y la neuropatía, que implican una mala respuesta a la infección y un trastorno específico de la cicatrización, condicionan un riesgo mayor de amputación que en los pacientes no diabéticos.

OBJETIVO

Describir el perfil de una subpoblación de diabéticos en la consulta de enfermería y sus diferencias por sexo.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal y analítico mediante revisión de las historias clínicas (Turriano) en un centro de salud urbano. La población de estudio está compuesta por una muestra independiente de 80 pacientes diabéticos elegidos por muestreo aleatorio del total del número de diabéticos de 6 cupos médicos del centro salud. Los criterios de inclusión son encontrarse diagnosticado de Diabetes Mellitus en el momento de la recogida de datos de la historia digital de salud (Turriano). Los criterios de exclusión son la deficiente cumplimentación de la historia clínica y/o proceso de diabetes.

Variables

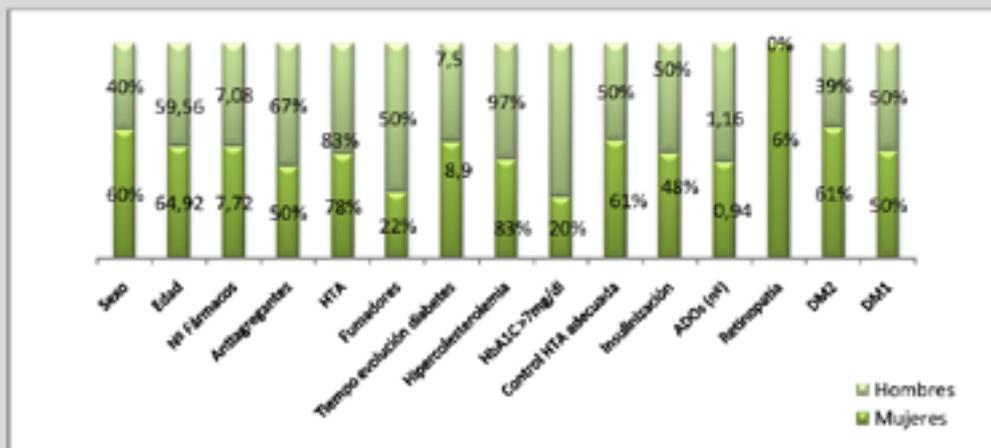
Se incluyen como datos demográficos las variables edad (en años) y sexo. Se recopila información sobre años de evolución de diabetes, número total de fármacos que consume el paciente, consumo de antiagregante plaquetario, insulinización, tipo de diabetes, número de fármacos de anti-diabéticos orales, hipercolesterolemia, hemoglobina glicosilada, hipertensión arterial y su control, presencia de retinopatía diabética y hábito tabáquico.

RESULTADOS-CONCLUSIONES

Características generales de los diabéticos participantes en el estudio

Se obtiene un total de 80 pacientes. La mayoría de los que han participado han sido mujeres (60%). La edad media de los participantes es de 62,06 ± 12,41 años. Especificando por bloques de edad que más han colaborado, se concluye que la edad más participativa ha sido la correspondiente a 71 años (14,8%), seguida de 70 años (10%) y finalmente, 57 y 49 años (6,7%). La media de fármacos consumidos por paciente es de 7,46 ± 3,44 fármacos. El 16,7% toma 6 fármacos, en frecuencia le prosigue la toma de 8 fármacos correspondiente al 11,3% de la muestra, y finalmente 3, 4, 5, 7 y 10 fármacos lo consumen el 10% de los participantes. El 55,7% de los pacientes del estudio toman antiagregantes. La gran mayoría son hipertensos (80%) y no fumadores (66,7%). La media del tiempo de evolución de la diabetes es de 8,36 años ± 5,04. Estratificando el tiempo de evolución, 16 años de evolución de diabetes es el más prevalente (23,3%), después son 4 y 5 años (33,3%) y finalmente 6 y 11 años (10%). Casi todos (90%) tienen hipercolesterolemia. El 66,7% presentan un buen control de la hemoglobina glicosilada (<7 mg/dl). El 66,7% de los pacientes controlan bien sus cifras de TA. El 53,3% de los diabéticos no utilizan insulina. El consumo medio de anti-diabéticos orales es de 1,03 ± 0,66. Analizando detalladamente la cuantía de anti-diabéticos orales consumidos se estima que el 56,7% consumen 1 ADO, seguidamente un 23,3% consumen 2 ADO y finalmente un 20% no consumen ningún ADO. La prevalencia de la retinopatía diabética es del 3,3%. Hay mayor porcentaje de diabéticos tipo 2 (93,3%) que diabéticos tipo 1 (6,7%).

Características de los diabéticos en función del sexo



Resumen: *Objetivo: Describir el perfil de una subpoblación de diabéticos en la consulta de enfermería y sus diferencias por sexo.*

Diseño: Estudio descriptivo transversal y analítico mediante revisión de las historias clínicas en un centro de salud urbano. La población de estudio de 80 pacientes diabéticos.

Resultados-Conclusiones: Mayoría de mujeres. Edad media 62,06 años. La media de fármacos consumidos por paciente es de 7,46. El 56,7% de los pacientes toman antiagregantes. La gran mayoría son hipertensos y no fumadores. Casi todos tienen hipercolesterolemia. El 66,7% presentan buen control de la hemoglobina glicosilada. La prevalencia de la retinopatía diabética es del 3,3%.

Palabras Clave: *Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus); Peripheral Arterial Disease (Enfermedad Arterial Periférica); FootDiseases (Enfermedades del pie).*

Introducción:

La prevalencia estimada de la diabetes en España es de un 7% para la población de entre 30-65 años (7,1% varones y 6,8% mujeres). Las directrices actuales de la American Diabetes Association recomiendan un nivel de hemoglobina glicosilada objetivo del 7,0% en los individuos diabéticos con el fin de prevenir las complicaciones microvasculares. La afectación de los vasos distales de las extremidades es típica y, junto con la microangiopatía y la neuropatía, que implican una mala respuesta a la infección y un trastorno específico de la cicatrización, condicionan un riesgo mayor de amputación que en los pacientes no diabéticos.

Objetivo:

Describir el perfil de una subpoblación de diabéticos en la consulta de enfermería y sus diferencias por sexo.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal y analítico mediante revisión de las historias clínicas (Turriano) en un centro de salud urbano. La población de estudio está compuesta por una muestra independiente de 80 pacientes diabéticos elegidos por muestreo aleatorio del total del número de diabéticos de 6 cupos médicos del centro salud. Los criterios de inclusión son encontrarse diagnosticado de Diabetes Mellitus en el momento de la recogida de datos de la historia digital de salud (Turriano). Los criterios de exclusión son la deficiente cumplimentación de la historia clínica y/o proceso de diabetes.

Se incluyen como datos demográficos las variables edad (en años) y sexo. Se recopila información sobre años de evolución de diabetes, número total de fármacos que consume el paciente, consumo de antiagregante plaquetario, insulinización, tipo de diabetes, número de fármacos de antidiabéticos orales, hipercolesterolemia, hemoglobina glicosilada, hipertensión arterial y su control, presencia de retinopatía diabética y hábito tabáquico .

Resultados-conclusiones:

Se obtiene un total de 80 pacientes. La mayoría de los que han participado han sido mujeres (60%). La edad media de los participantes es de $62,06 \pm 12,41$ años. Especificando por bloques de edad que más han colaborado, se concluye que la edad más participativa ha sido la correspondiente a 71 años (13,3%), seguida de 70 años (10%) y finalmente, 57 y 49 años (6,7%). La media de fármacos consumidos por paciente es de $7,46 \pm 3,44$ fármacos. El 16,7% toma 6 fármacos, en frecuencia le prosigue la toma de 8 fármacos correspondiente al 13,3% de la muestra, y finalmente 3, 4, 5, 7 y 10 fármacos lo consumen el 10% de los participantes. El 56,7% de los pacientes del estudio toman antiagregantes. La gran mayoría son hipertensos (80%) y no fumadores (66,7%). La media del tiempo de evolución de la diabetes es de $8,36 \pm 5,04$ años. Estratificando el tiempo de evolución, 16 años de evolución de diabetes es el más prevalente (23,3%), después son 4 y 5 años (13,3%) y finalmente 6 y 11 años (10%). Casi todos (90%) tienen hipercolesterolemia. El 66,7% presentan un buen control de la hemoglobina glicosilada (<7 mg/dl). El 66,7% de los pacientes controlan bien sus cifras de TA. El 53,3% de los diabéticos no utilizan insulina. El consumo medio de antidiabéticos orales es de $1,03 \pm 0,66$. Analizando detalladamente la cuantía de antidiabéticos orales consumidos se estima que el 56,7% consumen 1 ADO, seguidamente un 23,3% consumen 2 ADO y finalmente un 20% no consumen ningún ADO. La prevalencia de la retinopatía diabética es del 3,3%. Hay mayor porcentaje de diabéticos tipo 2 (93,3%) que diabéticos tipo 1 (6,7%).

Bibliografía:

1. Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: Epidemiology, pathophysiology, and management. JAMA. 15 de mayo de 2002;287(19):2570-81.
2. Marso SP, Hiatt WR. Peripheral Arterial Disease in Patients With Diabetes. J Am Coll Cardiol. 7 de marzo de 2006;47(5):921-9.
3. Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. Ann Intern Med. 21 de septiembre de 2004;141(6):421-31.
4. Ruitter MS, van Golde JM, Schaper NC, Stehouwer CD, Huijberts MS. Diabetes impairs arteriogenesis in the peripheral circulation: review of molecular mechanisms. Clin Sci. septiembre de 2010;119(6):225-38.
5. Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: Epidemiology, pathophysiology, and management. JAMA. 15 de mayo de 2002;287(19):2570-81.

Capítulo XXVII

Caso clínico: épuilis o tumor en el embarazo

Autores:

Marta Calvo Giménez

Beatriz Camacho Sánchez

María Teresa Gómez Martín

Mari Paz Granados Navas

Carmen Ruiz García

María Pilar Ruiz García

CASO CLÍNICO: ÉPULIS O TUMOR EN EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

- Durante el embarazo se producen una serie de modificaciones vasculares, endocrinas, metabólicas e inmunológicas que hacen a la mujer embarazada especialmente susceptible a un grupo de cambios cutáneos, tanto fisiológicos como patológicos.
- Hay un aumento importante de progesterona y estrógenos, que inducen cambios en la permeabilidad vascular produciendo edema gingival y una respuesta inflamatoria aumentada sobre la placa bacteriana.
- El embarazo en sí mismo no produce alteraciones gingivales. Es necesaria la presencia de factores irritantes locales y placa bacteriana. Entre las alteraciones más frecuentes encontramos agrandamientos gingivales generalizados y o la aparición de épulis o tumor del embarazo.
- La palabra épulis deriva de las raíces griegas: EPI (sobre) y OULON (encía); es un agrandamiento gingival de aspecto tumoral, es una respuesta inflamatoria a la placa bacteriana modificada y aumentada por la condición de la paciente.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA

VALORACIÓN

Patrón 1. Percepción-Manejo de la salud	No realiza higiene diaria de la boca. No realiza visitas al dentista. Presencia de sarro, gingivitis y nódulo en la encía. No mantiene hábitos tóxicos (no fuma, no alcohol).
Patrón 2. Nutricional-metabólico	Realiza 5 comidas diarias. Picoteo principalmente de alimentos ricos en azúcares y grasas saturadas (bollería, refrescos...)
Patrón 7. Autoestima-autoconcepto	No manifiesta preocupación

EVALUACIÓN

INDICADOR	PREVIO	RESULTADO
030801 Se cepilla los dientes	Moderadamente comprometido	No comprometido
030802 Utiliza seda dental	Moderadamente comprometido	No comprometido
030803 Se lava la boca, encías y lengua	Gravemente comprometido	No comprometido
030807 Acude al dentista regularmente	Gravemente comprometido	No comprometido
182308 Conductas que promueven la salud	Conocimiento escaso	Conocimiento extenso
182318 Prácticas nutricionales saludables	Conocimiento escaso	Conocimiento extenso

DISCUSIÓN

El granuloma piógeno del embarazo suele manifestarse a partir del 2º y 3º mes de gestación con una incidencia del 2 al 5%. Los épulis suelen clasificarse dentro del grupo de los tumores benignos de la mucosa bucal. Clínicamente, la lesión aparece como una masa esférica de tamaño variable que protruye desde el margen gingival, que tiende a expandirse lateralmente. Es una lesión superficial de color rojizo mostrando a menudo numerosos puntos violáceos profundos sin invadir el hueso subyacente. La consistencia es variable, suele ser semiflme con diferentes grados de dureza. Es indolora a menos que interfiera con la oclusión o acumule detritus por debajo causando ulceración. La gingivitis y los granulomas del embarazo son de causa bacteriana con lo que mejorando las medidas de higiene oral y eliminando los depósitos bacterianos pueden ser reversibles. Es frecuente que desaparezcan después del parto, y si no lo hacen requieren tratamiento quirúrgico. Tras realizar las revisiones protocolarias durante el embarazo en la consulta de enfermería y odontología, la paciente fue remitida al servicio de maxilofacial tras el parto para tratamiento quirúrgico del granuloma.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 18 años de edad, primípara, que acude a consulta de enfermería de Atención Primaria en el 2º mes de gestación. La paciente no tiene antecedentes personales ni familiares de padecer ninguna enfermedad oral. Durante la valoración de enfermería, la paciente manifiesta tener un "bulto en la encía", refiere que le sangra con el cepillado de los dientes. La paciente no manifiesta presencia de dolor en la zona de la lesión. Se visualiza un aumento de tamaño en la encía a nivel del segundo premolar superior izquierdo.



DIAGNÓSTICO: 00045 Deterioro de la mucosa oral r/c higiene oral ineficaz m/p nódulo gingival

NOC	NIC	Actividades
Salud oral	Restablecimiento de la salud bucal	-Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada (déficit de folato, zinc, hierro...) -Aconsejar que se eviten alimentos picantes, salados... -Animar a aumentar la ingesta de agua -Indicar el uso de un cepillo de cerdas suaves
Autocuidados: higiene oral	Fomentar la salud bucal	-Instruir sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (ej. Uso de hilo dental, cepillado, colutorios, nutrición adecuada...) -Derivar al dentista
Conocimientos deficientes Conocimientos: fomento de la salud	Enseñanza: proceso de enfermedad	-Explicar la fisiopatología de la enfermedad. -Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. -Proporcionar información acerca de la enfermedad -Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad -Instruir sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.



CONCLUSIONES

El épulis o tumor en el embarazo se presenta en mujeres gestantes como consecuencia de los cambios hormonales que se producen en esta etapa de gestación. Afecta entre un 2 y un 5% de las mujeres en el embarazo. Es necesario recomendar buenas medidas de higiene oral, enseñar conductas saludables en cuanto alimentación y limpieza para tratarlo durante este periodo, ya que si no recidiva al finalizar la gestación habría que eliminarlo de forma quirúrgica. Es importante que toda gestante en el periodo preconcepcional, o al inicio de la gestación, visite al dentista para una revisión bucal y aplicación tópica de flúor.

Resumen: Siendo el embarazo un estado fisiológico especial, en el que se presentan una serie de cambios adaptativos temporales en las estructuras corporales de la mujer gestante, la cavidad bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal pudiendo presentarse algunas alteraciones reversibles y transitorias.

Entre las alteraciones más frecuentes encontramos agrandamientos gingivales generalizados y o la aparición de épulis o tumor del embarazo.

Presentamos una paciente de 18 años, sin antecedentes patológicos que cursa en el 2º mes de gestación. Consulta por presentar un aumento de tamaño en la encía, en zona superior a nivel del segundo premolar superior izquierdo.

Palabras Clave: Épulis; Embarazo; Alteraciones Gingivales.

Introducción:

El épulis suelen clasificarse dentro del grupo de los tumores benignos de la mucosa bucal. El granuloma piógeno del embarazo suele manifestarse a partir del 2º y 3º mes de gestación con una incidencia del 2 al 5%. Es una lesión de la cavidad oral que se desarrolla predominantemente en embarazadas.

Clínicamente, la lesión aparece como una masa esférica de tamaño variable que protruye desde el margen gingival, que tiende a expandirse lateralmente. Es una lesión superficial de color rojizo mostrando a menudo numerosos puntos violáceos profundos sin invadir el hueso subyacente. La consistencia es variable, suele ser semifirme con diferentes grados de dureza. Es indolora a menos que interfiera con la oclusión o acumule detritus por debajo causando ulceración.

La gingivitis y los granulomas del embarazo son de causa bacteriana con lo que mejorando las medidas de higiene oral y eliminando los depósitos bacterianos pueden ser reversibles. Es frecuente que desaparezcan después del parto, y si no lo hacen requieren tratamiento quirúrgico.

Caso clínico:

Paciente de 18 años de edad, primípara, que acude a consulta de enfermería de Atención Primaria en el 2º mes de gestación. La paciente no tiene antecedentes personales ni familiares de padecer ninguna enfermedad oral.

Durante la valoración de enfermería, la paciente manifiesta tener un “bulto en la encía”, refiere que le sangra con el cepillado de los dientes. La paciente no manifiesta presencia de dolor en la zona de la lesión. Se visualiza un aumento de tamaño en la encía a nivel del segundo premolar superior izquierdo.

DIAGNÓSTICO: 00045 Deterioro de la mucosa oral r/c higiene oral ineficaz m/p nódulo gingival.

NOC : Salud oral. NIC: Restablecimiento de la salud bucal. Actividades:

- Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada (déficit de folato, zinc, hierro,...)
- Aconsejar que se eviten alimentos picantes, saldados...

- Animar a aumentar la ingesta de agua
- Indicar el uso de un cepillo de cerdas suaves

NOC: Autocuidados: higiene oral. NIC: Fomentar la salud bucal. Actividades:

- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (ej. Uso de hilo dental, cepillado, colutorios, nutrición adecuada...)
- Derivar al dentista

NOC: Conocimientos deficientes. Conocimientos: fomento de la salud. NIC: Enseñanza proceso de enfermedad. Actividades:

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Proporcionar información acerca de la enfermedad
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad
- Instruir sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

Valoración:

Patrón 1. Percepción-Manejo de la salud

- No realiza higiene diaria de la boca.
- No realiza visitas al dentista. Presencia de sarro, gingivitis y nódulo en la encía
- No mantiene hábitos tóxicos (no fuma, no alcohol)

Patrón 2. Nutricional-metabólico

- Realiza 5 comidas diarias.
- Picoteo principalmente de alimentos ricos en azúcares y grasas saturadas (bollería, refrescos..)

Patrón 7. Autoestima-autoconcepto

- No manifiesta preocupación

Evaluación:

- Indicador: 030801 Se cepilla los dientes. Previo: Moderadamente comprometido. Resultado: No comprometido
- Indicador: 030802 Utiliza seda dental. Previo: Moderadamente comprometido. Resultado: No comprometido
- Indicador: 030803 Se lava la boca, encías y lengua. Previo: Gravemente comprometido. Resultado: No comprometido

- Indicador: 030807 Acude al dentista regularmente. Previo: Gravemente comprometido. Resultado: No comprometido
- Indicador: 182308 Conductas que promueven la salud. Previo: Conocimiento escaso. Resultado: Conocimiento extenso
- Indicador: 182318 Prácticas nutricionales saludables. Previo: Conocimiento escaso. Resultado: Conocimiento extenso

Tras realizar las revisiones protocolarias durante el embarazo en la consulta de enfermería y odontología, la paciente fue remitida al servicio de maxilofacial tras el parto para tratamiento quirúrgico del granuloma.

Conclusiones:

El épulis o tumor en el embarazo se presenta en mujeres gestantes como consecuencia de los cambios hormonales que se producen en esta etapa de gestación. Afecta entre un 2 y un 5% de las mujeres en el embarazo.

Es necesario recomendar buenas medidas de higiene oral, enseñar conductas saludables en cuanto alimentación y limpieza para tratarlo durante este periodo, ya que si no recidiva al finalizar la gestación habría que eliminarlo de forma quirúrgica. Es importante que toda gestante en el periodo preconcepcional, o al inicio de la gestación, visite al dentista para una revisión bucal y aplicación tópica de flúor.

Bibliografía:

1. Tamarit-Borràs M, Delgado-Molina E, Berini-Aytés L, Gay- Escoda C. Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A retrospective study of 128 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:151-62.
2. Gabriela Pérez. O, Soledad Villoldo. M, Gabriel Marini. M, Arra. A, Solarz. H, Marini. M. Granuloma piógeno del embarazo Presentación de un caso con valoración de receptores de estrógeno y progesterona. *Arch. Argent. Dermatol.* 2010; 60:155-157.
3. Traveria S, Vicario M, Violant D, Vives T, Santos A. Importancia del control de placa en las manifestaciones gingivales del embarazo. A propósito de un caso. *Rev Oper Dent Endod* 2007;5:80.

Capítulo XXVIII

Caso Clínico: evolución tórpida por broncoespasmo persistente

Autores:

M^a Nieves Álvarez Asensio

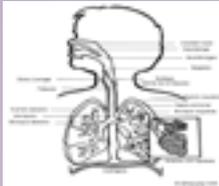
David Arroyo Ayllón

CASO CLINICO: EVOLUCIÓN TORPIDA POR BRONCOESPASMO PERSISTENTE

INTRODUCCIÓN

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** dificulta la respiración. Los tipos principales de EPOC son la bronquitis crónica y el enfisema. La causa principal de esta enfermedad es la exposición prolongada a sustancias que irritan y dañan los pulmones, en general, el humo de cigarrillo, la contaminación ambiental, vapores químicos y polvo.

se entiende por **broncoespasmo** el estrechamiento de la luz bronquial como consecuencia de la contracción de la musculatura de los bronquios, lo que causa dificultades al respirar. También se puede definir como **espasmos** en los bronquios que impiden el paso del aire hacia los pulmones. Casi siempre se generan pitos o sibilancias, disnea, dolor en el tórax o tos al inhalar aire. En algunos pacientes la mucosa bronquial reacciona de forma exagerada a estímulos que son normales para otros individuos originando **hiperreactividad bronquial**.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 83 años, en seguimiento por neumología diagnosticada de EPOC, cuyo tratamiento es Valsartan, Salbutamol, FOSTER, Pantoprazol y oxígeno domiciliario. Independiente para las AVD. No presenta deterioro neurológico.

INGRESA EN UCI, por hipoxemia ante episodio de broncoespasmo, a su llegada cianótica y con lívideces, recibe O2 con mascarilla de Venturi logrando una saturación del 60%, presenta sibilancias, taquipnea, taquicardia e hipotensión arterial. Por la gravedad del cuadro se decide intubación orotraqueal (IOT). Se reponen cristaloideos y coloides para mantener volumen intravascular y fármacos vasoactivos.

Presenta una **evolución tórpida por broncoespasmo severo persistente**, con fracaso de destete precoz por hiperreactividad bronquial, por lo que requiere sedación profunda prolongada con bolos puntuales de relajantes musculares para la manipulación.

Es necesario canalización de catéter central, sondaje vesical (SV) y sondaje nasogástrico (SNG).

Debido a que no mejora, a los 10 días se realiza traqueotomía precoz presentando sangrado peritraqueo.

El TAC torácico informa de tromboembolismo pulmonar (TEP), por lo que se inicia tratamiento anticoagulante con HBPM.

Presenta varios episodios de infecciones nosocomiales.

A las 4 semanas de ingreso, se disminuye la sedación y comienza a respirar la paciente con ayuda del respirador.

En la 7ª semana ingresa en UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.

00039 Riesgo de aspiración
r/c alimentación por sonda y presencia de tubo endotraqueal o de traqueostomía

NOC
1918 Control de la aspiración
191801 Identifica factores de riesgo
191802 Evita factores de riesgo

NIC
3200 Precauciones para evitar la aspiración

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria
- Mantener vías aéreas permeables
- Mantener dispositivo traqueal inflado
- Mantener equipo de aspiración disponible
- Alimentación en pequeñas cantidades
- Mantener elevado el cabecero de la cama, después de la alimentación, de 30 a 45 minutos

1860 Terapia de la deglución

- Proporcionar cuidados bucales si es necesario.
- Enseñar a la familia / cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
- Enseñar al paciente a no hablar durante la comida, si procede.
- Ayudar al mantener una posición sentada durante 30 min. después de terminar de comer.
- Evitar el uso de pajitas para beber.
- Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible), para alimentarse y hacer los ejercicios

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS (Principales diagnósticos)

00103 Deterioro de la deglución
r/c obstrucción mecánica (tubo de traqueostomía), m/p atragantamiento, tos y nauseas

NOC
1918 Control de la aspiración
191801 Identifica factores de riesgo
191802 Evita factores de riesgo

NIC
3200 Precauciones para evitar la aspiración

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria.
- Controlar el estado pulmonar.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Mantener dispositivo traqueal inflado.
- Mantener equipo de aspiración disponible.
- Alimentación en pequeñas cantidades.
- Comprobar colocación sonda nasogástrica o de gastrostomía, antes de la alimentación.
- Evitar la alimentación si los residuos son abundantes.
- Evitar líquidos y usar agentes espesantes.
- Mantener elevado el cabecero de la cama, después de la alimentación, de 30 a 45 minutos.
- Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, si procede.

00051 Deterioro de la comunicación verbal
r/c barreras físicas (traqueotomía), m/p incapacidad para hablar

NOC
0900 Capacidad cognitiva
090001 Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad
090003 Atiende
090004 Se concentra
090005 Está orientado
090009 Procesa la información
0903 Capacidad expresiva
090301 Utiliza el lenguaje escrito
090302 Utiliza el lenguaje hablado
090305 Utiliza dibujos e ilustraciones
090306 Utiliza el lenguaje de signos
090307 Utiliza el lenguaje no verbal
090308 Dirige los mensajes de forma apropiada

NIC
4920 Escucha activa

- Mostrar interés en el paciente.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Estar atento en la comunicación de mensajes no verbales.
- Aclarar el mensaje
- Verificar la comprensión del mensaje.

4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla

- Escuchar con atención.
- Utilizar cartones con dibujos
- Utilizar gestos con las manos
- Enseñar el habla esofágica
- Animar al paciente a que repita las palabras
- Proporcionar un refuerzo

00085 Deterioro de la movilidad
r/c estancia en UCI m/p pérdida de masa muscular

NOC
0208 Movilidad
020802 Mantenimiento de la posición corporal
020806 Ambulación
20810 Marcha
0200 Ambular
020003 Caminar a paso lento
020004 Caminar a paso moderado
020010 Caminar distancias cortas
020014 Andar por la habitación

NIC
0201 Fomento del ejercicio
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
0226 Terapia de ejercicios: control muscular

- Aplicar tablillas para conseguir la estabilidad de las articulaciones
- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora
- Ayudar al paciente a colocarse en posiciones

3590 Vigilancia de la piel

- Observar si hay enrojecimientos y pérdida de la integridad de la piel
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel
- Observar si hay fuentes de presión y fricción
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

00004 Riesgo de infección
r/c procedimientos invasivos

NOC
0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas
020401 Úlceras de presión
020402 Estreñimiento
020409 Fiebre
020412 Disminución del tono
020414 Alteración del movimiento
1902 Control del riesgo
190201 Reconoce el riesgo
190205 Adapta las estrategias
190207 Sigue las estrategias

NIC
Cuidados de la traqueostomía

- Mantener la permeabilidad de la cánula
- Elevar la cabecera de la cama 30º-40º
- Animar al paciente a que respire y tosa regularmente
- Realizar higiene bucal
- Extraer la cánula sucia con suavidad pero con firmeza.
- Limpiar y secar la piel que rodea al estoma
- Lubricar, introducir y fijar la cánula

1876 Cuidados del catéter urinario

- Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje para favorecer el drenaje urinario.
- Vaciar el dispositivo de drenaje.
- Observar si hay distensión de la vejiga.
- Extraer el catéter lo antes posible.

DISCUSIÓN

El proceso de enfermería es un marco de referencia para la resolución de problemas que permite a las enfermeras planificar los cuidados del paciente de manera individual. Dirige nuestras acciones a contribuir el restablecimiento de la salud de los pacientes, en este caso, se restablecer la función respiratoria, la decanalización de la traqueostomía se hizo tras varios intentos y se retiró después de obtenerse previamente durante periodos de tiempo, la paciente mantuvo en todo momento la integridad cutánea, la sonda nasogástrica se retiró sin ninguna incidencia y la sonda vesical se retiró con micción espontánea, se promovió la expresión de sentimientos y emociones, ayudando con intervenciones y supervisión profesional.

La paciente será dada de alta tras unos tres meses de hospitalización, pero con una reducción de la movilidad, haciéndose cargo la familia bajo supervisión facultativa de los cuidados necesarios.

CONCLUSIONES

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

La relevancia de este trabajo radica en transmitir la importancia de nuestra figura profesional en el campo de los cuidados, en la asistencia del paciente en todas sus necesidades, en el acompañamiento permanente, valorando las condiciones del individuo en todo momento, planteando la resolución de los problemas y evaluando si las intervenciones y actividades tienen un impacto positivo durante todo el proceso.

Resumen: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) dificulta la respiración. Los tipos principales de EPOC son la bronquitis crónica y el enfisema. La causa principal de esta enfermedad es la exposición prolongada a sustancias que irritan y dañan los pulmones.

Se entiende por broncoespasmo el estrechamiento de la luz bronquial como consecuencia de la contracción de la musculatura de los bronquios. Casi siempre se generan pitos o sibilancias, disnea, dolor en el tórax o tos al inhalar aire.

En algunos pacientes la mucosa bronquial reacciona de forma exagerada a estímulos que son normales para otros individuos originando hiperreactividad bronquial.

Palabras Clave: Broncoespasmo; EPOC; Asma.

Observación clínica:

Mujer de 83 años, en seguimiento por neumología diagnosticada de EPOC, cuyo tratamiento es Valsartan, Salbutamol, FOSTER, Pantoprazol y oxígeno domiciliario. Independiente para las AVD. No presenta deterioro neurológico.

Ingresa en UCI, por hipoxemia ante episodio de broncoespasmo, a su llegada cianótica y con livides, recibe O₂ con mascarilla de Venturi logrando una saturación del 60%, presenta sibilancias, taquipnea, taquicardia e hipotensión arterial. Por la gravedad del cuadro se decide intubación orotraqueal (IOT). Se reponen cristaloides y coloides para mantener volumen intravascular y fármacos vasoactivos.

Presenta una evolución tórpida por broncoespasmo severo persistente, con fracaso de destete precoz por hiperreactividad bronquial, por lo que requiere sedación profunda prolongada con bolos puntuales de relajantes musculares para la manipulación. Es necesario canalización de catéter central, sondaje vesical (SV) y sondaje nasogástrico (SNG).

Debido a que no mejora, a los 10 días se realiza traqueotomía precoz presentando sangrado peritraqueo. El TAC torácico informa de tromboembolismo pulmonar (TEP), por lo que se inicia tratamiento anticoagulante con HBPM. Presenta varios episodios de infecciones nosocomiales.

A las 4 semanas de ingreso, se disminuye la sedación y comienza a respirar la paciente con ayuda del respirador. En la 7ª semana ingresa en Unidad de Medicina Interna.

Plan de cuidados enfermeros:

- 00039 Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda y presencia de tubo endotraqueal o de traqueostomía.
 - NOC: 1918 Control de la aspiración.
 - Identifica factores de riesgo.
 - Evita factores de riesgo.
 - NIC 3200 Precauciones para evitar la aspiración.

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Mantener dispositivo traqueal inflado.
- Mantener equipo de aspiración disponible.
- Mantener elevado el cabecero de la cama.
- NIC 1860 Terapia de la deglucion.
 - Proporcionar cuidados bucales.
 - Enseñar a la familia / cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
 - Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
 - Enseñar al paciente a no hablar durante la comida.
 - Ayudar al mantener una posición sentada durante 30 min. después de terminar de comer.
 - Evitar el uso de pajas para beber.
 - Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible).
- 00103 Deterioro de la deglución r/c obstrucción mecanica, m/p atragantamiento, tos y nauseas.
 - NOC 1918 Control de la aspiración.
 - Identifica factores de riesgo.
 - Evita factores de riesgo.
 - NIC 3200 Precauciones para evitar la aspiración.
 - Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria.
 - Controlar el estado pulmonar.
 - Mantener vías aéreas permeables.
 - Mantener dispositivo traqueal inflado.
 - Mantener equipo de aspiración disponible.
 - Alimentación en pequeñas cantidades.
 - Comprobar colocación sonda nasogástrica o de gastrotomía, antes de la alimentación.
 - Comprobar los residuos nasogástricos o de gastronomía, antes de la alimentación.
 - Evitar la alimentación si hay residuos.
 - Evitar líquidos y usar agentes espesantes.
 - Mantener elevado el cabecero de la cama.
 - Sugerir la consulta con foniatría o logopedia.

- 00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (traqueotomía), m/p incapacidad para hablar.
 - NOC 900 Capacidad cognitiva.
 - Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad.
 - Atiende.
 - Se concentra.
 - Está orientado.
 - Procesa la información.
 - NOC 0903 Capacidad expresiva.
 - Utiliza el lenguaje escrito.
 - Utiliza el lenguaje hablado.
 - Utiliza dibujos e ilustraciones.
 - Utiliza el lenguaje de signos.
 - Utiliza el lenguaje no verbal.
 - NIC 4920 Escucha activa.
 - Mostrar interés en el paciente.
 - Favorecer la expresión de sentimientos.
 - Estar atento en la comunicación de mensajes no verbales.
 - Aclarar el mensaje.
 - NIC 4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla.
 - Escuchar con atención.
 - Utilizar cartones con dibujos.
 - Utilizar gestos con las manos.
 - Enseñar el habla esofágica.
 - Animar al paciente a que repita.
 - Proporcionar un refuerzo.
- 00085 Deterioro de la movilidad r/c estancia en UCI m/p pérdida de masa muscular.
 - NOC 0208 Movilidad.
 - Mantenimiento de la posición corporal.
 - Ambulación.
 - Marcha.

- NOC 0200 Ambular.
 - Caminar.
- NIC Fomento del ejercicio.
 - Terapia de ejercicios: movilidad articular.
 - Terapia de ejercicios: control muscular.
 - Aplicar tablillas para conseguir la estabilidad de las articulaciones.
 - Ayudar al paciente a colocarse en posiciones.
- NIC 3590 Vigilancia de la piel.
 - Observar si hay enrojecimientos y pérdida de la integridad de la piel.
 - Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
 - Observar si hay fuentes de presión y fricción.
 - Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
- 00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
 - NOC Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.
 - Úlceras de presión.
 - Estreñimiento.
 - Fiebre.
 - Disminución del tono.
 - Alteración del movimiento.
 - NIC Cuidados de la traqueostomía.
 - Mantener la permeabilidad de la cánula.
 - Elevar la cabecera de la cama 30º-40º.
 - Animar al paciente a que respire y tosa regularmente.
 - Realizar higiene bucal.
 - Extraer la cánula sucia con suavidad pero con firmeza.
 - Limpiar y secar la piel que rodea al estoma.
 - Lubricar , introducir y fijar la cánula.
 - NIC 1876 Cuidados del catéter urinario.
 - Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.
 - Mantener la permeabilidad del sistema.

- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje para favorecer el drenaje urinario.
- Vaciar el dispositivo de drenaje.
- Observar si hay distensión de la vejiga.
- Extraer el catéter lo antes posible.

Discusión:

El proceso de enfermería es un marco de referencia para la resolución de problemas que permite a las enfermeras planificar los cuidados del paciente de manera individual. Dirige nuestras acciones a contribuir el restablecimiento de la salud de los pacientes, en este caso, se restablecer la función respiratoria, la decanulización de la traqueostomía se hizo tras varios intentos y se retiró después de obturarse previamente durante periodos de tiempo, la paciente mantuvo en todo momento la integridad cutánea, la sonda nasogástrica se retiró sin ninguna incidencia y la sonda vesical se retiró con micción espontánea, se promovió la expresión de sentimientos y emociones, ayudando con intervenciones y supervisión profesional.

La paciente será dada de alta tras unos tres meses de hospitalización, pero con una reducción de la movilidad, haciéndose cargo la familia bajo supervisión facultativa de los cuidados necesarios.

Conclusiones:

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

Bibliografía:

1. Marc Miravittles, Juan José Soler-Cataluña, Myriam Calle, Jesús Molina, Pere Almagro, José Antonio Quintano, Juan Antonio Riesco, Juan Antonio Trigueros, Pascual Piñera, Adolfo Simón, José Luis López-Campos, Joan B. Soriano, Julio Ancochea. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): Pharmacological Treatment of Stable COPD. Archivos de Bronconeumología (English Edition), Volume 48, Issue 7, July 2012, Pages 247-257.
2. Cydulka RK, Bates CG. Asthma. In: Adams JG. Emergency Medicine. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013:chap 48.
3. Durrani SR, Busse WW. Management of asthma in adolescents and adults. In: Adkinson NF Jr., Bochner BS, Burks AW, et al, eds. In: Middleton's Allergy Principles and Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2014:chap 55.
4. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. 2ª ed. Barcelona. Elsevier. 2007.

Capítulo XXIX

Caso clínico: oncología infantil, práctica enfermera en el duelo del paciente hospitalizado en una unidad de oncología infantil

Autores:

Antonio Botia Portero

Ana María Rullo Sánchez

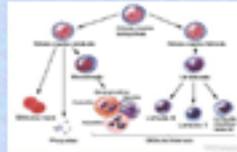
CASO CLÍNICO: ONCOLOGÍA INFANTIL, Práctica Enfermera en el duelo del paciente hospitalizado en una Unidad de Oncología Infantil.

Autores:

Introducción.

Hablar de enfermería supone hablar de cuidados, y cuando hablamos de cuidados, lo hacemos desde un mundo integral (bio-psico-social). El tema que nos ocupa es un tema delicado y trabajar en una Unidad de Oncología Infantil, requiere, además de ser un excelente profesional, de una calidad humana infinita. Es difícil, trabajar, en este tipo de Unidad y no hacer de cada paciente un pedacito de ti. Sin duda, el paciente oncológico infantil, requiere TODO lo que un profesional pueda ofrecerle. No obstante, si ya es complicado hablar de Oncología Infantil, aún lo es más, del afrontamiento del duelo de este tipo de paciente, cuando se espera que llegue el momento de su muerte; aquí el profesional de enfermería juega una labor fundamental, junto a todo ese equipo multidisciplinar que afianza la mejor muerte que todo paciente debe tener; este es el tema que ocupa este trabajo y en el cuál se va a exponer el caso clínico de una paciente que padece leucemia linfocítica aguda en estadio IV.

La **leucemia linfocítica aguda (LLA)** es una enfermedad maligna clonal de la médula ósea en la cual los precursores linfocíticos inmaduros proliferan y reemplazan las células hematopoyéticas normales. La LLA puede diferenciarse de otras neoplasias linfocíticas por el inmunofenotipo de las células leucémicas, que es similar al de los precursores de los linfocitos B y T. Los marcadores inmunohistoquímicos, citogenéticos y citocímicos también ayudan a la categorización del clon linfocítico maligno.



El duelo es un proceso natural y necesario que todos los seres humanos experimentamos en algún momento de nuestra vida.

Definición de duelo

- Es la respuesta normal y natural a cualquier tipo de pérdida. No solo se refiere a una persona, con sus características físicas, años, rasgos, sus manifestaciones externas y rasgos.
- El duelo es algo personal y único, que cada uno vive de manera diferente, emocional y física con distinta intensidad.

Observación clínica.

Paciente femenino de 12 años de edad que ingresa en Unidad de Oncología Infantil por recaída.
 > Antecedentes personales: **Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) en estadio IV, con mal pronóstico** (leucocitosis > 50.000/mm³, edad > 10 años).
 > No alergias medicamentosas conocidas.

> A su ingreso en planta, presenta insuficiencia respiratoria importante (sat O₂ 81%, taquipnea y cianosis acra); astenia generalizada; gingivorragia escasa que remite de manera espontánea + micosis bucofaringea; dolor articular generalizado; edemas importantes; y fiebre de 37,8°C.

> En la actualidad la paciente se encuentra en su domicilio con medidas paliativas, debido a suspensión del tratamiento quimioterápico dado su mal pronóstico y el avance tan agresivo y rápido de la enfermedad.
 > Bajo consenso de la paciente, la familia y el equipo multidisciplinar; y dada su gravedad; se decide dejar a la paciente ingresada en planta con medidas paliativas.

Plan de cuidados de enfermería.

El plan de cuidados, según protocolo del Hospital dónde 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", este último punto es el que nos ocupa, a continuación, se exponen las 14 necesidades Básicas de Virginia Henderson:

Necesidades Virginia Henderson

- Necesidad de respirar
- Necesidad de comer y beber
- Necesidad de moverse y mantener buenas posturas
- Necesidad de dormir y descansar
- Necesidad de vestir ropas adecuadas
- Necesidad de mantener la temperatura corporal y la piel limpia y protegida
- Necesidad de evitar peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de aprender, recrearse y trabajar
- Necesidad de vivir según sus creencias

"No hay actividad más importante, humana y gratificante para una enfermera que ayudar a un paciente y su familia durante el duro camino del duelo."



Valoración por necesidades: Necesidades alteradas	Valoración	Actividades
1. Respiración	Necesidad de oxigenoterapia	Durante su ingreso precisa oxigenoterapia con gafas nasales a 2lpm
2. Nutrición / hidratación	Mal estado general	Edema generalizado; se administra tratamiento médico. Presenta rechazo a la comida debido a micosis bucofaringea; medidas terapéuticas
3. Eliminación	Incontinencia urinaria y fecal	Utilización de pañal y medidas higiénicas adecuadas
4. Movilización / postura	Dificultad para deambular, vida cama sillón	Ayuda para levantarse e incorporarse de la cama y al sillón
5. Descanso y sueño	Deprivación del sueño y descanso	Despertares continuos y abruptos, con ansiedad debido al temor a su situación, de la cual era consciente en todo momento; presencia.
6. Vestirse	Ayuda en auto cuidado vestirse	Se ayuda a la paciente a hacer sus funciones de aseo, debido a dificultad en sus movimientos
7. Temperatura	Fiebre	Picos febriles de <38 °C que precisan medidas físicas y analgesia
8. Higiene / piel	Curas diarias del port a cath e higiene completa	La paciente precisa que se le realice higiene completa y curas del port a cath con ssf + clorexidina al 5 %
9. Seguridad	Riesgo de caídas	Inestabilidad en la etapa final con riesgo de caídas; medidas de seguridad y protección
10. Comunicarse	La paciente y su familia permanecen conscientes en todo momento	A lo largo del proceso se da cuenta de todas las fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Plenas facultades en la evolución de su enfermedad, dialogo incluso en torno a la muerte y el miedo que le genera: escucha activa, presencia, apoyo a su familia
11. Creencias / valores	No manifiesta sentimientos religiosos	
12. Trabajo / realizarse	Incapacidad para ir al colegio, incapacidad de sus padres para atender su trabajo de forma habitual	Muestra sentimientos de nostalgia y melancolía respecto al colegio y sus compañeros; actividades recreativas, lectura; de igual modos sus padres ante su trabajo
13. Ocio	Muestra necesidad de jugar, divertirse con su amigos y familia	Juega y ríe con algunos niños ingresados y con el personal; y con familiares y amigos que vienen a visitarla
14. Aprendizaje	Conocedora de su proceso patológico y del estado de su enfermedad, tanto ella como su familia	Se le ayuda durante su proceso de duelo, tanto a ella como a su familia

Discusión.

❖ La enfermera tiene un papel fundamental en la atención del cáncer infantil, actuando de eslabón intermediario entre el niño, su familia y los restantes profesionales del equipo. Los cuidados deben ser elegidos con sumo cuidado, puesto que tanto física, como social y psicológicamente tienen una connotación especial.

El modelo de cuidados durante el duelo en oncología infantil tiene como pilar básico, la visión global de la persona y la búsqueda del bienestar. La estructuración interdisciplinar como método de trabajo, facilita que la Enfermera participe en la toma de decisiones, intervenga en el diálogo Interdisciplinar y gestione y facilite el proceso asistencial. La necesidad del rol profesional enfermero en este modelo de cuidado, es indispensable, para poder defender y plantear el cuidado personalizado como uno de los ejes centrales de la atención al paciente

Conclusiones.

En este sentido, podemos concluir exponiendo que en oncología infantil:

- ❑ 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.

✓ La enfermería es un arte y una ciencia; y ante todo, es humanidad.

Resumen: Trabajar en Oncología Infantil, requiere, además de ser un excelente profesional, de una calidad humana infinita. El paciente oncológico infantil, requiere todo lo que un profesional pueda ofrecerle.

Si ya es complicado hablar de Oncología Infantil, aún lo es más, del afrontamiento de su duelo; aquí el profesional de enfermería juega una labor fundamental, junto a todo el equipo multidisciplinar que afianza la mejor muerte que todo paciente debe tener; este es el tema que nos ocupa y en el cuál se va a exponer el caso clínico de una paciente que padece leucemia linfoide aguda en estadio Lv.

Palabras Clave: Neoplasias; Pesar; Niño.

Introducción:

Hablar de enfermería supone hablar de cuidados, y cuando hablamos de cuidados, lo hacemos desde un mundo integral (bio-psico-social). El tema que nos ocupa es un tema delicado y trabajar en una Unidad de Oncología Infantil, requiere, además de ser un excelente profesional, de una calidad humana infinita. Es difícil, trabajar, en este tipo de Unidad y no hacer de cada paciente un pedacito de ti. Sin duda, el paciente oncológico infantil, requiere TODO lo que un profesional pueda ofrecerle.

No obstante, si ya es complicado hablar de Oncología Infantil, aún lo es más, del afrontamiento del duelo de este tipo de paciente, cuando se espera que llegue el momento de su muerte; aquí el profesional de enfermería juega una labor fundamental, junto a todo ese equipo multidisciplinar que afianza la mejor muerte que todo paciente debe tener; este es el tema que ocupa este trabajo y en el cuál se va a exponer el caso clínico de una paciente que padece leucemia linfoide aguda en estadio IV.

La leucemia linfoide aguda (LLA) es una enfermedad maligna clonal de la médula ósea en la cual los precursores linfoides inmaduros proliferan y reemplazan las células hematopoyéticas normales. La LLA puede diferenciarse de otras neoplasias linfoides por el inmunofenotipo de las células leucémicas, que es similar al de los precursores de los linfocitos B y T. Los marcadores inmunohistoquímicos, citogenéticos y citoquímicos también ayudan a la categorización del clon linfoide maligno.

Caso clínico:

Paciente femenino de 12 años de edad que ingresa en Unidad de Oncología Infantil por recaída. Antecedentes personales: Leucemia Linfoide Aguda (LLA) en estadio IV, con mal pronóstico (leucocitosis >50.000/mm³, edad >10 años).

A su ingreso en planta, presenta insuficiencia respiratoria importante (sat O₂ 81%, taquipnea y cianosis acra); astenia generalizada; gingivorragia escasa que remite de manera espontánea + micosis bucofaríngea; dolor articular generalizado; edemas importantes; y fiebre de 37,8°C. No alergias medicamentosas conocidas.

En la actualidad la paciente se encontraba en su domicilio con medidas paliativas, debido a suspensión del tratamiento quimioterápico dado su mal pronóstico y el avance tan agresivo y rápido de la enfermedad.

Bajo consenso de la paciente, la familia y el equipo multidisciplinar; y dada su gravedad; se decide dejar a la paciente ingresada en planta con medidas paliativas.

El plan de cuidados, según protocolo del Hospital dónde 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", este último punto es el que nos ocupa, a continuación, se exponen las 14 necesidades Básicas de Virginia Henderson:

1. Respiración: Durante su ingreso precisa oxigenoterapia con gafas nasales a 2lpm.
2. Nutrición/hidratación: Edema generalizado: se administra tratamiento médico. Presenta rechazo a la comida debido a micosis bucofaríngea: medidas terapéuticas.
3. Eliminación: Utilización de pañal y medidas higiénicas adecuadas.
4. Movilización/postura: Ayuda para levantarse e incorporarse de la cama y al sillón.
5. Descanso y sueño: Despertares continuos y abruptos, con ansiedad debido al temor a su situación, de la cual era consciente en todo momento: presencia.
6. Vestirse: Se ayuda a la paciente a hacer sus funciones de acicalado, debido a dificultad en sus movimientos
7. Temperatura: Picos febriles de $<38^{\circ}\text{C}$ que precisan medidas físicas y analgesia.
8. Higiene/piel: La paciente precisa que se le realice higiene completa y curas del port a cath con ssf + clorexidina al 5 %.
9. Seguridad: Inestabilidad en la etapa final con riesgo de caídas: medidas de seguridad y protección.
10. Comunicarse: A lo largo del proceso se da cuenta de todas las fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Plenas facultades en la evolución de su enfermedad, dialoga incluso en torno a la muerte y el miedo que le genera: escucha activa, presencia, apoyo a su familia.
12. Trabajo/realizarse: Muestra sentimientos de nostalgia y melancolía respecto al colegio y sus compañeros: actividades recreativas, lectura; de igual modos sus padres ante su trabajo.
13. Ocio: Juega y ríe con algunos niños ingresados y con el personal; y con familiares y amigos que vienen a visitarla.
14. Aprendizaje: Se le ayuda durante su proceso de duelo, tanto a ella como a su familia.

Discusión:

La enfermera tiene un papel fundamental en la atención del cáncer infantil, actuando de eslabón intermediario entre el niño, su familia y los restantes profesionales del equipo. Los cuidados deben ser elegidos con sumo cuidado, puesto que tanto física, como social y psicológicamente tienen una connotación especial.

El modelo de cuidados durante el duelo en oncología infantil tiene como pilar básico, la visión global de la persona y la búsqueda del bienestar. La estructuración interdisciplinar como método de trabajo, facilita que la Enfermera participe en la toma de decisiones, inter-

venga en el diálogo Interdisciplinar y gestione y facilite el proceso asistencial. La necesidad del rol profesional enfermero en este modelo de cuidado, es indispensable, para poder defender y plantear el cuidado personalizado como uno de los ejes centrales de la atención al paciente.

Conclusiones:

En este sentido, podemos concluir exponiendo que en oncología infantil:

- 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.
- La enfermería es un arte y una ciencia; y ante todo, es humanidad.

Bibliografía:

1. Holmes, R. y Rahe, R. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-8, 1967.
2. Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askernasy AR, Dorenwend BP. The Psychiatric Epidemiology Research Interview Events Scale. En: Mezzizch JE, Jorge MR, Salloum IM, eds. *Psychiatric Epidemiology*. Baltimore: The Johns University Press; p 401-36. 1.994
3. Landa PV y García-García JA. Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya. *Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria*. Centros de Salud de Basauri-Ariz y Kueto-Sestao de Vizcaya. *Guía Clínicas*; 4 (40); 2.004.
4. Neimeyer, R.A. *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós; 2002.
5. Ruiz Ramos, M y Nieto García, MA. Evolución de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en Andalucía, 1975-1998. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2003; mayo/junio. V. 77. n.3.

Capítulo XXX

Catéter venoso central de inserción periférica (PICC). Técnica de Seldinger

Autores:

Inés Yolanda Castillo García

María José de la Blanca Baena

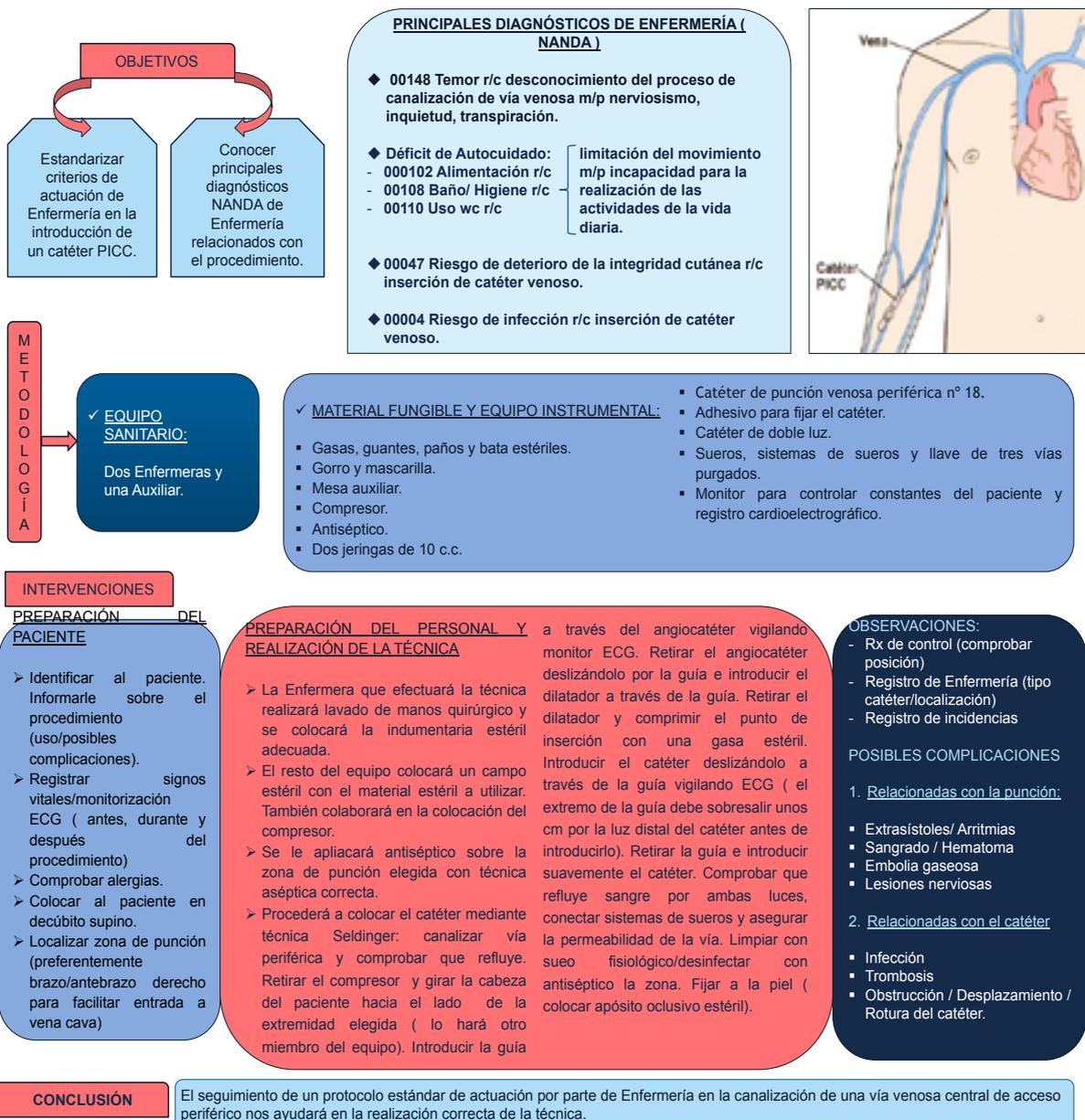
José Miguel Gómez Gutiérrez

María Montserrat Montero Trujillo

CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC). TÉCNICA DE SELDINGER.

INTRODUCCIÓN

- **PICC:** es un catéter flexible radiopaco de poliuretano con doble luz (distal y proximal) para canalización de vías venosas centrales de acceso periférico. La canalización percutánea se realizará mediante la técnica de Seldinger: una vez obtenido un flujo de sangre mediante un catéter de punción venosa periférica, se introduce una guía metálica flexible con punta blanda a través del catéter periférico y se progresa el catéter de doble luz apoyándose en la guía.
- **Usos PICC:** administración de fluidoterapia, tratamientos IV, monitorización hemodinámica (PVC), extracción de muestras sanguíneas,



BIBLIOGRAFÍA: De Elegido MA, Nuñez RA, Ruiz A, Sánchez MR. "Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica". Complejo hospitalario Universitario de Albacete. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/via_periferica.pdf
 Jose Carlos Bellido, Jose Francisco Lendinez Cobo. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ª ed. España: Ilustre Oficial Colegio de Enfermería de Jaén; 2010.

Resumen: PICC es un catéter flexible radiopaco de doble luz (distal y proximal) para canalización de vías venosas centrales, de acceso periférico, pudiendo ser de corta/media (silicona) o larga duración (poliuretano). La canalización percutánea se realizará mediante la técnica de Seldinger: una vez obtenido flujo de sangre mediante un catéter de punción venosa periférica, se introduce una guía metálica flexible con punta blanda a través del cateter periférico y se progresa el catéter de doble luz apoyándose en la guía.

Usos PICC: administración de fluidoterapia, tratamientos intravenosos (IV), monitorización hemodinámica presión venoso central (PVC), extracción de muestras sanguíneas, administración de nutrición parenteral.

Palabras Clave: Cateter central insertado en la periferia.; Cuidados enfermería.; Técnica de Seldinger.

Objetivos:

- Estandarizar criterios de actuación de Enfermería en la introducción de un catéter PICC
- Conocer principales diagnósticos NANDA de Enfermería relacionados con el procedimiento.

Metodología:

- Equipo sanitario: Dos Enfermeras y una Auxiliar.
- Material fungible y equipo instrumental:
 - Gasas, guantes, paños, sábana y bata estériles.
 - Gorro y mascarilla.
 - Mesa auxiliar.
 - Compresor.
 - Antiséptico.
 - Dos jeringas de 10 cc.
 - Catéter de punción venosa periférica nº 18.
 - Adhesivo para fijar el catéter.
 - Catéter de doble luz.
 - Sueros, sistemas de sueros y llave de tres vías purgados.
 - Monitor para controlar constantes del paciente y registro cardiorregioelectrográfico.

Principales diagnósticos de enfermería (NANDA)

- 00148 Temor r/c desconocimiento del proceso de canalización de vía venosa m/p nerviosismo, inquietud, transpiración.

- Déficit de Autocuidado:
 - 000102 Alimentación r/c
 - 00108 Baño/ Higiene r/c
 - 00110 Uso wc r/c
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inserción de catéter venoso.
- 00004 Riesgo de infección r/c inserción de catéter venoso.

Intervención:

- Preparación del paciente:
 - Identificar al paciente. Informarle sobre el procedimiento (uso/posibles complicaciones).
 - Registrar signos vitales/monitorización ECG (antes, durante y después del procedimiento)
 - Comprobar alergias.
 - Colocar al paciente en decúbito supino.
 - Localizar zona de punción (preferentemente brazo/antebrazo derecho para facilitar entrada a vena cava).
- Preparación del personal y realización de la técnica
 - La Enfermera que efectuará la técnica realizará lavado de manos quirúrgico y se colocará la indumentaria estéril adecuada.
 - El resto del equipo colocará un campo estéril con el material estéril a utilizar. También colaborará en la colocación del compresor.
 - Se le aplicará antiséptico sobre la zona de punción elegida con técnica aséptica correcta.
 - Procederá a colocar el catéter mediante técnica Seldinger: canalizar vía periférica y comprobar que refluye. La Auxiliar retirará el compresor y girará la cabeza del paciente hacia el lado de la extremidad elegida. La Enfermera introducirá la guía a través del angiocatóter vigilando monitor ECG. Se retirará el angiocatóter deslizándolo por la guía y se introducirá el dilatador a través de la guía. Se retirará el dilatador y se comprimirá el punto de inserción. Se introducirá el catéter deslizándolo a través de la guía vigilando ECG (el extremo de la guía debe sobresalir unos cm por la luz distal del catéter antes de introducirlo).Se retirará suavemente la guía a la vez que se introducirá suavemente el catéter. Comprobaremos que refluye sangre por ambas luces, conectaremos sistemas de sueros y comprobaremos entrada del suero. Se limpiará/desinfectará la zona. Se fijará a la piel (colocar apósito oclusivo estéril).

Observaciones:

- Rx de control (comprobar posición).
- Registro de Enfermería (tipo catéter/localización).
- Registro de incidencias.

- Posibles complicaciones:
 1. Relacionadas con la punción:
 - Extrasístoles/ Arritmias.
 - Sangrado/ Hematoma.
 - Embolia gaseosa.
 - Lesiones nerviosas.
 2. Relacionadas con el catéter
 - Infección
 - Trombosis
 - Obstrucción / Desplazamiento / Rotura del catéter.

Conclusión:

El seguimiento de un protocolo estándar de actuación por parte de Enfermería en la canalización de una vía venosa central de acceso periférico nos proporcionará una correcta realización de la técnica.

Bibliografía:

1. De Elegido M A, Núñez R A, Ruiz A, Sánchez M R. Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica. Complejo hospitalario Universitario de Albacete. 2008. Disponible en:http://www.chospab.es/enfermería/protocolos/originales/via_periférica.pdf
2. Bellido J C, Lendínez J F. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 2010. 1ª ed. España: Ilustre Oficial Colegio de Enfermería de Jaén.
3. Cesar A O, Jiménez R M, Caro J M G, Flores R R. Cuidados de enfermería en el cateterismo venoso central de acceso periférico con catéter de doble luz o multilumen mediante técnica de Seldinger. Nure Invest, 2007 (29).

Capítulo XXXI

Cistografía isotópica directa en medicina nuclear con niños: cuidados de enfermería

Autores:

M^a del Carmen González de Rivas

Miguel Ángel Gutiérrez Delgado

Víctor Manuel Narváez Argent

CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA DIRECTA EN MEDICINA NUCLEAR CON NIÑOS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

INTRODUCCIÓN:

El reflujo vesicouretral (RVU) se define como el paso retrógrado no fisiológico de la orina desde la vejiga al uréter, probablemente debido a una disfunción de la unión ureterovesical. La importancia clínica del RVU en los niños ha venido determinada por su asociación con la presencia de infecciones urinarias de repetición y el posible establecimiento de un daño renal crónico que conduzca a la progresión a insuficiencia renal. Su incidencia es mayor durante el primer año de vida, siendo más frecuente en niños que en niñas. Existe una demanda importante de cistografías directas, indicadas para definir el grado de RVU:

- ⊗ **Leve:** limitado a uréter (Grado I).
- ⊗ **Moderado:** compromete a pelvis renal con o sin dilatación leve (Grado II / Grado III).
- ⊗ **Severo:** compromete a pelvis renal con evidente dilatación y tortuosidad morfológica (Grado IV / Grado V).

La cistografía isotópica o cistogammagrafía es una técnica de diagnóstico por imagen basada en la introducción dentro de la vejiga urinaria de un trazador radiactivo para valorar la existencia de RVU u otros trastornos del vaciamiento vesical. Es un método de alta sensibilidad y especificidad ya que es capaz de detectar reflujos menores a 1 ml y permite una visualización con intervalos de 10/20/30 segundos. Es más sensible que el método radiológico y la dosis de radiación es de 50 a 100 veces menor que la radiológica, siendo por ello un método ideal para los controles periódicos para el seguimiento de niños con reflujo.

OBJETIVOS:

- ⊗ Ofrecer al paciente o representante, en estos casos, sus padres, la información necesaria acerca del estudio gammagráfico a realizar así como describir las principales intervenciones de enfermería, de forma sencilla y asequible, para así disminuir su ansiedad y resolver las posibles dudas que puedan surgirles.
- ⊗ Visualizar la existencia y severidad de RVU, tanto en el diagnóstico inicial como para valorar su respuesta al tratamiento médico o quirúrgico.
- ⊗ Evitar las posibles infecciones relacionadas con el sondaje vesical y su manipulación.

MATERIAL Y MÉTODO:

- ⊗ Autorización firmada por el representante del niño, donde recibe la información por escrito.
- ⊗ Cultivo de orina negativo o bien cobertura antibiótica.
- ⊗ Técnica estéril de sondaje vesical en niños mayores de 4 años e ingreso hospitalario a los menores de dicha edad.
- ⊗ Sistema de conexión con laves de tres vías para medidas de presión venosa central (PVC).
- ⊗ Preparación y colocación del paciente para la realización de la cistografía isotópica directa en gammacámara en posición decúbito supino.
- ⊗ Colimador LEAP (baja energía y propósito general).
- ⊗ Isótopo ^{99m}Tc, ventana de energía 20% centrada en 140 Kev.
- ⊗ Las características técnicas del estudio: matriz 64 X 64 ó 128 X 128 con un zoom adecuado a la edad del niño. La dosis empleada oscila entre 0.1 y 1 mCi de ^{99m}Tc.
- ⊗ La cantidad de suero a administrar vía intravesical dependerá de la capacidad de la vejiga, nunca sobrepasando un volumen máximo de 500 ml. Para ello utilizamos la siguiente fórmula: (EDAD DEL PACIENTE + 2) X 30 cc.
- ⊗ La adquisición se realiza de forma dinámica: imágenes cada 15 segundos (fases de llenado y vaciado) durante un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.
- ⊗ Utilización de medidas de protección radiológicas preventivas con todos los pacientes.

RESULTADOS:

- ⊗ NOC 1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad.
- ⊗ NOC 1814. Conocimiento: procedimientos terapéuticos.
- ⊗ NOC 0503. Eliminación urinaria.
- ⊗ NOC 2604. Normalización de la familia.

INTERVENCIONES:

- ⊗ NIC 5618. Enseñanza procedimiento / tratamiento.
- ⊗ NIC 7310. Cuidados de enfermería a su llegada.
- ⊗ NIC 0582. Sondaje vesical intermitente.
- ⊗ NIC 1876. Cuidados del catéter urinario.
- ⊗ NIC 7680. Ayuda en la exploración.
- ⊗ NIC 0550. Irrigación de la vejiga.
- ⊗ NIC 6580. Sujeción física.
- ⊗ NIC 5340. Presencia.
- ⊗ NIC 5240. Asesoramiento.
- ⊗ NIC 6600. Manejo de las radiaciones.

CONCLUSIONES:

- ⊗ Es un estudio sencillo, fácil de realizar, con pocas molestias para el paciente y con bajo nivel de radiación comparándolas con otras técnicas realizadas en Radiología, ya que el trazador solo permanece dentro del niño el tiempo del estudio, pues sólo se introduce en vejiga desapareciendo al vaciarla, sin producirse paso de radiactividad a la sangre.
- ⊗ No reviste complicaciones ni efectos adversos para los niños.
- ⊗ No se conocen infecciones debido a las técnicas de sondaje.

BIBLIOGRAFÍA:

- ⊗ J. Escrivano Subías, B. Valenciano Fuentes. *Reflujo vesicouretral. Asoc. Esp. Ped.*, ISSN 2171-8172. España, 2014. 1:269-81.
- ⊗ I. Alonso Usobiago, C. Bravo Bravo, P. García-Herrera Taillefer et al. *Técnicas de imagen en el reflujo vesicouretral. Monográfico: Reflujo vesicouretral. Arch. Esp. Urol.*, ISSN 0004-0614. Madrid, mar. 2008. Vol.61, Nº 2.
- ⊗ E. López, S. García, M. Barreal, M. Ramiro, A. García, I. Roca. *Cistografía isotópica directa en la detección y control del reflujo vesicouretral (RVU) en el niño. Rev. Soc. Esp. Inf. Rad.*, ISSN 1698-0301. España, 2007. Vol. 4, Nº 2, Págs. 71-73.

Resumen: La cistografía isotópica es una técnica de diagnóstico por imagen basada en la introducción dentro de la vejiga urinaria de un trazador radiactivo para valorar la existencia de reflujo vesicouretral u otros trastornos del vaciamiento vesical. Es un método de alta sensibilidad y especificidad, siendo sencillo y fácil de realizar, con pocas molestias para el paciente y con bajo nivel de radiación. El presente trabajo es una guía práctica y rápida sobre dicha técnica y los cuidados de enfermería derivados de la misma.

Palabras Clave: Cistografía / Cintigrafía; Reflujo Vesicouretral; Medicina Nuclear.

Introducción:

La importancia clínica del reflujo vesicouretral (RVU) en los niños ha venido determinada por su asociación con la presencia de infecciones urinarias de repetición y la posibilidad de un daño renal crónico. Existe una importante demanda de cistografías directas para definir el grado de RVU. Esta técnica es un método de alta sensibilidad y especificidad.

Objetivos:

Ofrecer al paciente o representante la información necesaria acerca del estudio y las principales intervenciones de enfermería a llevar a cabo para visualizar la existencia y severidad del RVU así como las posibles infecciones relacionadas con las mismas.

Material y método:

Lo necesario para llevar a cabo dicho estudio son: autorización firmada, cultivo de orina negativo, sondaje vesical estéril, medida de presión venosa central, preparación y colocación del paciente, colimador de baja energía, isótopo ^{99m}Tc y medidas de protección radiológicas.

Resultados:

Destacan principalmente la necesidad de conocimiento sobre el proceso de enfermedad y de los procedimientos terapéuticos.

Intervenciones:

Las más relevantes son la enseñanza y asesoramiento del procedimiento/tratamiento, los cuidados de enfermería, la técnica de sondaje vesical y un correcto manejo de las radiaciones.

Conclusiones:

Es un estudio sencillo, fácil de realizar, con pocas molestias y con escasas complicaciones ni efectos adversos para los niños.

Bibliografía:

1. J. Escribano Subías, B. Valenciano Fuentes. Reflujo vesicouretral. *Asoc. Esp. Ped.*, ISSN 2171-8172. España, 2014. 1:269-81.
2. I. Alonso Usabiaga, C. Bravo Bravo, P. García-Herrera Taillefer et al. Técnicas de imagen en el reflujo vesicouretral. Monográfico: Reflujo vesicouretral. *Arch. Esp. Urol.*, ISSN 0004-0614. Madrid, mar. 2008. Vol. 61, Nº 2.
3. E. López, S. García, M. Borrull, M. Ramiro, A. García, I. Roca. Cistografía isotópica directa en la detección y control del reflujo vesicouretral (RVU) en el niño. *Rev. Soc. Esp. Enf. Rad.*, ISSN 1698-0301. España, 2007. Vol. 4, Nº 2, Págs. 71-73.

Capítulo XXXII

Conocimiento del papel de los antioxidantes nutricionales y su relación con el cáncer

Autores:

M. Prado Díaz Marín

Antonio Maján Sesmero

Ana Isabel Torres García

CONOCIMIENTO DEL PAPEL DE LOS ANTIOXIDANTES NUTRICIONALES Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER

UNCLM
UNIVERSIDAD DE CANTALIA LA ESPERANZA

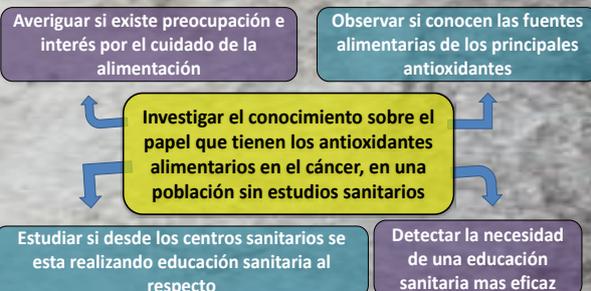
SATSE

INTRODUCCIÓN

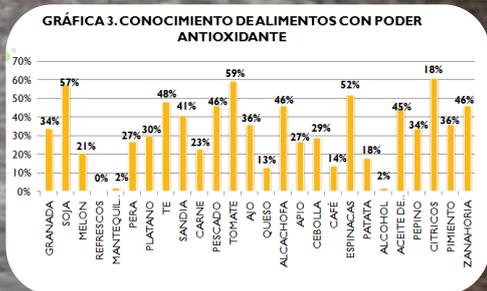
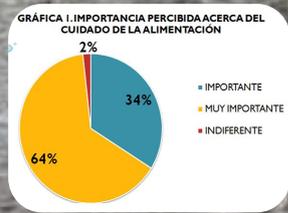
El presente trabajo es acerca del conocimiento que poseen los jóvenes universitarios no sanitarios acerca de los antioxidantes nutricionales y la relación que tienen estos con una de las enfermedades que mas relevancia tienen en los países desarrollados, el **CÁNCER**, en los que es la **segunda causa de mortalidad**.

El cáncer tiene en su génesis dos dimensiones: la **GENÉTICA** y la **AMBIENTAL**. De todos las neoplasias, el porcentaje correspondiente a la alimentación es de un 35%, siendo esta la 2ª causa evitable, sólo superada por el tabaco.

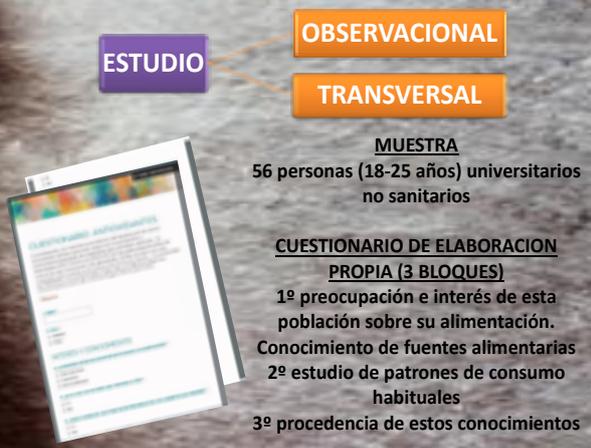
OBJETIVOS



RESULTADOS



MATERIAL Y MÉTODO



CONCLUSIONES

- Se detecta una falta de conocimientos sobre los antioxidantes y su papel en la prevención del cáncer.
- Se manifiesta cierta preocupación e interés por el cuidado de alimentación pero parece necesario incidir en este grupo de población para inculcar unos hábitos de vida saludables.
- Identifican algunos alimentos como fuente de antioxidantes de manera correcta, no obstante creen que todas las vitaminas tienen poder antioxidante, lo cual indica desconocimiento
- La mayoría de las ingestas quedan por debajo de las recomendadas por la SENC
- No se esta llevando a cabo educación sanitaria por parte de enfermería
- Es necesario un programa de educación sanitaria por parte de Enfermería que promueva hábitos saludables que eviten la generación de radicales libres, así como que incite a la toma de antioxidantes a través de la dieta, fundamentalmente de fruta, verdura y frutos secos para conseguir un equilibrio entre oxidantes y antioxidantes y así colaborar en la prevención del cáncer.

Resumen: El cáncer es una de las enfermedades que causan una gran preocupación a la población en la actualidad. En su génesis influyen varios factores ambientales, entre los cuales destaca la alimentación. En el presente trabajo nos marcamos como objetivo principal investigar el conocimiento acerca de los antioxidantes nutricionales y su papel en la prevención del cáncer en una población universitaria que no cursa estudios universitarios sanitarios, así como sus hábitos alimenticios y la procedencia de dicha información, para analizar si se está haciendo educación sanitaria por parte del personal de Enfermería.

Palabras Clave: Antioxidantes; Cáncer; Prevención.

Introducción:

El presente trabajo trata sobre el conocimiento que poseen los jóvenes universitarios no sanitarios acerca de los antioxidantes nutricionales y la relación que tienen estos con una enfermedad muy relevante en los países desarrollados, el cáncer.

De todos los cánceres, el porcentaje correspondiente a la alimentación es de un 35%, siendo ésta la segunda causa evitable solo superada por el tabaco.

Las evidencias de participación del estrés oxidativo en la carcinogénesis han conducido a la hipótesis de que el consumo de antioxidantes puede ser útil en su prevención.

Debido a su gran morbimortalidad y a que su génesis está fundamentalmente ligada a factores exógenos, es deseable realizar un estudio enfocado al conocimiento que tienen los jóvenes acerca del papel de los antioxidantes en la prevención del cáncer, ya que es en ellos en quienes sería más eficaz una educación sanitaria al respecto. Además es necesario detectar si la población recibe una información nutricional adecuada y suficiente por parte del personal de enfermería.

El estudio tiene como objetivo principal investigar el conocimiento sobre el papel que tienen los antioxidantes alimentarios en el cáncer, en una población sin estudios sanitarios.

Metodología:

Estudio observacional y transversal en un grupo de población juvenil formado por 56 personas de edades comprendidas entre 18 y 25 años que cursaban una carrera universitaria no sanitaria a quienes se les envió por correo electrónico un cuestionario de elaboración propia dividido en tres partes (preocupación e interés y conocimiento/patrones de consumo/procedencia de estos conocimientos).

Discusión y resultados:

Tras analizar los datos se pudo observar que la media de edad era de $21,0536 \pm 1,6$ años. Prácticamente toda la población encuestada considera cuidar la alimentación importante e incluso muy importante en un 64%. Sin embargo sólo un 23% de dicha muestra se preocupa por las calorías y sólo un 52% lee las etiquetas nutricionales, lo cual denota una falta de interés por conocer los componentes de los productos que ingieren a diario.

Un 80% identifica una inadecuada alimentación como factor de riesgo en la aparición de cáncer. A su vez, los factores de riesgo más conocidos han sido el tabaco (95%), seguido del alcohol (75%), y el exceso de grasas (70%), mientras que el exceso de proteínas y de calorías no han sido identificados por más de la mitad. De entre los factores que pueden prevenir la aparición de cáncer, la mayoría advierten que la actividad física (89%) y el consumo de antioxidantes (68%) juegan un papel fundamental.

Otro de los objetivos de este estudio es averiguar si la población juvenil identifica realmente aquellos alimentos con poder antioxidante. Para ello, se les hizo una pregunta en la encuesta con una lista de alimentos, en los que más de la mitad identificaron la soja (57%), el tomate (59%), las espinacas (52%) y los cítricos (61%) pero las demás opciones, en su mayoría también frutas y verduras con alto poder antioxidante fueron marcadas por menos de la mitad, lo cual no permite establecer conclusiones positivas que afirmen que existe un conocimiento adecuado.

A su vez se preguntó también por los compuestos con capacidad antioxidante y más de la mitad de nuestra muestra (50-61%) identificó la vitamina A, la vitamina C y la vitamina E como compuestos con actividad antioxidante. Sin embargo, también recibieron similar porcentaje de respuestas la vitamina B (45%) y la vitamina D (38%), de lo cual se podría concluir que el grupo de universitarios identifica todas las vitaminas como compuestos con poder antioxidante. No ocurrió así sin embargo con los flavonoides (16%), polifenoles (7%) y carotenoides (7%), los cuales recibieron un muy bajo porcentaje, indicando a priori una falta de conocimientos.

Por otra parte, su dieta se aleja en algunos aspectos de las pautas dietéticas actuales recomendadas por la SENC. Un 41% afirma que ingiere la cantidad adecuada de verduras y hortalizas (≥ 2 raciones). En referencia a las frutas, se recomiendan ≥ 3 raciones al día, lo cual solo fue indicado por un total del 22% de nuestra muestra quedando un 78 % de nuestra muestra por debajo de las recomendaciones y con un aporte insuficiente de antioxidantes, lo cual resulta un dato alarmante.

Los frutos secos también juegan un papel muy importante en el consumo de antioxidantes, ya que son una fuente de vitamina E y polifenoles y suponen cerca del 8% de los antioxidantes que un adulto incluye en su dieta diaria. En este caso se recomiendan 3-7 raciones a la semana, cumplido por sólo un 19% del grupo muestral, sin embargo en otros estudios se ha visto que el consumo de frutos secos en universitarios supera las recomendaciones nutricionales.

Un 45% de los encuestados consideran que cuentan con una buena información sobre cómo debe ser su alimentación, es más un 70% de la muestra piensa que el consumo de antioxidantes previene el cáncer, pero sin embargo, un 93% pone de manifiesto que no cuentan con los conocimientos necesarios sobre el papel de los antioxidantes y sus fuentes.

Tras preguntarles sobre la procedencia de sus conocimientos, en su mayoría procedían de los medios de comunicación, dándole especial importancia a la televisión y a internet (ambos con un 27%). Sólo un 9% señaló que su información fue obtenida del personal sanitario y solo un 3,6% la recibió de un enfermero/a. Por último, un 84% de los encuestados manifestaron que desearían recibir más información.

Conclusiones:

- Se detecta una falta de conocimientos sobre los antioxidantes y su papel en la prevención del cáncer en una población universitaria no sanitaria.

- Aunque se manifiesta cierta preocupación e interés por el cuidado de alimentación en nuestra muestra parece necesario incidir en este grupo de población para inculcar unos hábitos de vida saludables.
- Se podría decir que identifican algunos alimentos como fuente de antioxidantes de manera correcta (olvidando algunos de los más importantes), no obstante creen que todas las vitaminas tienen poder antioxidante, lo cual indica desconocimiento.
- La mayoría de las ingestas quedan por debajo de las recomendadas por la SENC, sobretodo en frutas y verduras, y por tanto, no podemos asegurar que el aporte de antioxidantes a través de la dieta en este grupo de población sea el adecuado.
- No se está llevando a cabo educación sanitaria por parte de enfermería en ninguno de sus ámbitos de actuación.
- Es necesario un programa de educación sanitaria por parte de Enfermería que promueva hábitos saludables que eviten la generación de radicales libres, así como que incite a la toma de antioxidantes a través de la dieta, fundamentalmente de fruta, verdura y frutos secos para conseguir un equilibrio entre oxidantes y antioxidantes y así colaborar en la prevención del cáncer.

Bibliografía:

1. García Triana BE et al. El estrés oxidativo y los antioxidantes en la prevención del cáncer. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2012:187-196.
2. Mataix J, Battino M. Estrés oxidativo: agresión y defensa antioxidante. En: Mataix J. Nutrición y alimentación humana: situaciones fisiológicas y patológicas. 2ª Ed. Madrid: Ergon; 2009, p1373-1413.
3. Moreiras O et al. Tablas de composición de alimentos. Guía de prácticas. Madrid: Pirámide: 16 ed; 2013.
4. Murcia MA et al. Sustancias antioxidantes presentes en los alimentos. Acción, dosis y su eficacia en la promoción de la salud. En: Martínez JR. Nutrición y salud: Nuevos alimentos para nuevas necesidades. Madrid: Nueva imprenta SA; 2003 p97-116.
5. Sánchez-Valle V. Estrés oxidativo, antioxidantes y enfermedad. Rev Invest Med Sur Mex. 2013; 20 (3): 161-168.

Capítulo XXXIII

Conocimientos sobre el alcohol por los adolescentes

Autores:

María De Gracia Duque Siller

María De Los Santos Galindo Gómez

Ana Raquel López Angulo

Ana Elvira Rubio Fernández

Montserrat Trenado Moya.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES

AUTORES: A.E.R.F., A.R.L.A., A.M.P., M.S.G.G., M.G.D.S., M.T.M.

OBJETIVOS:

- 1.- Evaluacion previa de los conocimientos de los adolescentes sobre los mitos mas frecuentes que circulan sobre el consumo de alcohol
- 2.- Crear un clima de confianza y respeto mutuo que facilite la sesion educativa
- 3.- Resolver de forma clara y concisa las dudas y errores sobre los mitos que tienen los adolescentes

METODOLOGIA:

Se diseño un estudio descriptivo transversal en uno de los I.E.S. de nuestra área de salud en el mes de Mayo del año 2015, sobre los alumnos matriculados de 2º de la E.S.O. en dicho instituto. El único criterio de exclusión fue, que no acudieran a clase el día que se realizó el estudio. El instrumento de medida fue una encuesta autoadministrada sobre los conocimientos previos a una sesion educativa sobre los mitos mas frecuentes que circulan sobre el consumo de alcohol Y se procedió a un análisis de distribución de frecuencias

RESULTADOS:

El número total de alumnos matriculados era de 75 alumnos, 39 chicos y 36 chicas, con una edad comprendida de 13 a 15 años. Nuestra muestra fue de 59 estudiantes, 30 chicos y 29 chicas, con una media de edad de 13.47 años.

Llama la atencion que casi el 90% de los alumnos considera que la mayoría de los adolescentes de su edad bebe de manera habitual (mito nº1). Al igual que el mito nº 11 sobre sociabilidad. Tampoco tenían muy claro que las borracheras no se pasan mas rapido bebiendo cafe o dandose una ducha (mito nº5).

AFIRMACION	VERDADERO	FALSO
1.- La mayoría de los adolescentes entre 13 y 14 años no bebe	10,16%	89,83%
2.- El alcohol no es una droga	23,72%	76,27%
3.- El alcohol es un estimulante, es decir, da energia	23,72%	76,27%
4.- Emborrachan mas unas bebidas que otras	89,83%	10,16%
5.- Las borracheras se pasan rapido bebiendo cafe o dandose una ducha	40,67%	59,32%
6.- Beber cantidades excesivas en un periodo de tiempo corto puede producir coma	93,22%	6,77%
7.- El alcohol siempre tiene el mismo efecto en todas las personas	20,33%	79,66%
8.- El alcohol daña igual a los chicos que a las chicas	57,62%	42,37%
9.- Si beber es aceptable para los adultos debería serlo también para los adolescentes	40,67%	59,32%
10.- El alcohol es un buen camino para solucionar los problemas	16,94%	83,05%
11.- El alcohol ayuda a ser mas sociable	61,06%	38,98%
12.- La decision de beber o no es de cada uno	79,66%	20,33%

CONCLUSIONES:

Este tipo de encuestas previas a la intervencion educativa hace que la sesion sea mas dinamica y participativa entre los alumnos, siendo fundamental conocer lo que saben los adolescentes sobre el tema que vamos a tratar, y así dar respuesta a dudas concretas y aclarar falsos mitos.



Resumen: Ya que la educación sanitaria mediante charlas es una actividad de uso habitual en Atención Primaria, con este trabajo aprovechamos la sesión para realizar una encuesta previa sobre los conocimientos que tienen, en este caso los adolescentes sobre el alcohol. De esta forma no sólo evaluamos los conocimientos, sino que se crea una dinámica que favorece la comunicación posterior a la hora de resolver dudas.

Palabras Clave: Mito; Adolescente; Alcohol.

Objetivos:

- Evaluación previa de los conocimientos de los adolescentes sobre los mitos mas frecuentes que circulan sobre el consumo de alcohol.
- Crear un clima de confianza y respeto mutuo que facilite la sesión educativa.
- Resolver de forma clara y concisa las dudas y errores sobre los mitos que tienen los adolescentes.

Metodología:

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en uno de los I.E.S. de nuestra área de salud en el mes de Mayo del año 2015, sobre los alumnos matriculados de 2º de la E.S.O. en dicho instituto. El único criterio de exclusión fue, que no acudieran a clase el día que se realizó el estudio.

El instrumento de medida fue una encuesta autoadministrada sobre los conocimientos previos a una sesión educativa sobre los mitos más frecuentes que circulan sobre el consumo de alcohol y se procedió a un análisis de distribución de frecuencias

Resultados:

El número total de alumnos matriculados era de 75 alumnos, 39 chicos y 36 chicas, con una edad comprendida de 13 a 15 años. Nuestra muestra fue de 59 estudiantes, 30 chicos y 29 chicas, con una media de edad de 13.47 años.

Llama la atención que casi el 90% de los alumnos considera que la mayoría de los adolescentes de su edad bebe de manera habitual (mito nº1). Al igual que el mito nº 11 sobre sociabilidad (“el alcohol ayuda a ser mas sociable”). Tampoco tenían muy claro que las borracheras no se pasan más rápido bebiendo café o dándose una ducha (mito nº5: «las borracheras se pasan rápido bebiendo café o dandose una ducha”).

Conclusiones:

Este tipo de encuestas previas a la intervención educativa hace que la sesión sea más dinámica y participativa entre los alumnos, siendo fundamental conocer lo que saben los adolescentes sobre el tema que vamos a tratar, y así dar respuesta a dudas concretas y aclarar falsos mitos.

Bibliografía:

1. Febe. Guia para padres: porque los menores no deben beber alcohol. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid. 2011.
2. Jose P. Espada. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Paginas de psicologia. 2003. nº84. Pp 9-17.
3. F. X. Altarriba. Adolescencia y alcohol: guia para el profesorado. Fundacion alcohol y sociedad. Barcelona.

Capítulo XXXIV

Consumo de alcohol por adolescentes

Autores:

María De Gracia Duque Siller

María De Los Santos Galindo Gómez

Ana Raquel López Angulo

Ana Elvira Rubio Fernández

Montserrat Trenado Moya

CONSUMO DE ALCOHOL POR ADOLESCENTES

AUTORES: A.E.R.F., A.R.L.A., A.M.P.

INTRODUCCION: La adolescencia es el periodo del desarrollo evolutivo del ser humano en el que tienen lugar la construcción de la identidad, tanto física como psicológica y social. Los patrones de consumo de alcohol en menores de edad se deben a una variedad de factores: la familia, los amigos, los medios de comunicación, las normas culturales y la religión, así como las políticas gubernamentales. Este rasgo diferenciador del adolescente se ajusta en torno a unas características que le son propias en relación al alcohol:

- La edad de inicio es temprana (14-16 años)
- La búsqueda de los efectos psicoactivos: liberarse de las presiones y obligaciones semanales
- Se empieza con la cerveza y con el botellón para pasar a la mezcla de bebidas
- La concentración del consumo en territorios llamados juveniles: calles, plazas, locales, etc.
- El alcohol se toma con los amigos lo que plantea el tema de la presión del grupo que incita hacia el consumo
- El consumo de alcohol se organiza como un rito de paso, como un tipo de socialización "obligatoria"

OBJETIVOS:

- Describir el consumo de alcohol en los adolescentes de nuestra área de salud
- Realizar una comparativa entre el consumo de nuestra muestra y la media española
- Ofrecer educación para la salud específica a este grupo de edad

METODOLOGIA:

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en uno de los I.E.S. de nuestra área de salud en el mes de Mayo del año 2015, sobre los alumnos matriculados de 2º de la E.S.O. en dicho instituto. El único criterio de exclusión fue, que no acudieran a clase el día que se realizó el estudio. El instrumento de medida fue una encuesta autoadministrada sobre el consumo de alcohol, y las motivaciones para beber y no beber. Y se procedió a un análisis de distribución de frecuencias

RESULTADOS: El número total de alumnos matriculados era de 75 alumnos, 39 chicos y 36 chicas, con una edad comprendida de 13 a 15 años. Nuestra muestra fue de 59 estudiantes, 30 chicos y 29 chicas, con una media de edad de 13.47 años. En nuestra muestra la media de edad de inicio de consumo está muy por debajo de la media nacional (13,9 para el año 2010), y al menos 1 de cada 5 se ha emborrachado alguna vez. Sobre los motivos para beber destaca la diversión y también llama la atención que a esta edad más de un 12% beba para olvidar. Pero también el motivo de no beber mayoritario es que no lo necesitan para pasárselo bien, seguido de que daña la salud, aunque más del 40% no conoce los efectos negativos sobre el alcohol, y más del 60 % lo considera una droga.

CONCLUSIONES: En nuestro entorno la educación para la prevención del consumo abusivo y precoz del alcohol hay que comenzarla en edades mucho más tempranas de la que se creía. Para ello es fundamental además del ejemplo en la familia, el fomento de la autoestima y dotar al joven de estrategias, recursos y ocio alternativo



PREGUNTAS	SI	NO
¿Has consumido alcohol en alguna ocasión?	77,96%	22,03%
¿Has consumido alcohol en los últimos 30 días?	44,06%	55,93%
¿Te has emborrachado alguna vez?	20,33%	79,66%
¿Te has emborrachado en los últimos 30 días?	10,16%	89,83%
En caso de haber tomado alcohol en alguna ocasión. ¿a qué edad lo probaste?	MEDIA DE EDAD DE INICIO DE CONSUMO: 12,24 años	
En caso de que bebas alguna vez o habitualmente alcohol ¿cuál es el motivo principal por lo que lo haces?	Porque sí	11,26%
	Para relajarme	12,67%
	Porque me gusta	12,67%
	Por timidez	1,40%
	Porque lo hacen los demás	2,80%
	Para divertirme	29,57%
	Para olvidar	12,67%
	Para relacionarme mejor con los demás	1,40%
	Otras razones	15,49%
	En caso de que no bebas alcohol nunca ¿cuál es el motivo principal?	Porque daña la salud
Por los efectos molestos	8,47%	
Por si me pillan mis padres	13,55%	
Porque no lo necesito para pasármelo bien	28,81%	
Por la pérdida de control que conlleva	8,47%	
Por los accidentes asociados a su consumo	10,16%	
Otras razones	5,08%	
¿Conoces los efectos negativos del alcohol?	59,32%	40,67%
¿Consideras que el alcohol es una droga?	61,06%	38,98%
¿Crees que debería prohibirse la venta de alcohol incluso a personas adultas y penalizar su consumo?	22,03%	77,96%

Resumen: Debido a las características particulares del adolescente, esta etapa es un periodo de singular vulnerabilidad para el consumo del alcohol. En este trabajo se pretende analizar como es el consumo y cual sería la estrategia mas eficaz para la prevención del mismo. Como conclusión principal se obtuvo que la educación sanitaria hay que realizarla mucho antes de lo que se podría recomendar a nivel nacional, pues en nuestro entorno el contacto con el alcohol es frecuente y presentan un mayor riesgo.

Palabras Clave: Consumo; Alcohol; Adolescente.

Introducción:

La adolescencia es el periodo del desarrollo evolutivo del ser humano en el que tienen lugar la construcción de la identidad, tanto física como psicológica y social. Los patrones de consumo de alcohol en menores de edad se deben a una variedad de factores: la familia, los amigos, los medios de comunicación, las normas culturales y la religión, así como las políticas gubernamentales. Este rasgo diferenciador del adolescente se ajusta en torno a unas características que le son propias en relación al alcohol:

- La edad de inicio es temprana (14-16 años)
- La búsqueda de los efectos psicoactivos: liberarse de las presiones y obligaciones semanales.
- Se empieza con la cerveza y con el botellón para pasar a la mezcla de bebidas.
- La concentración del consumo en territorios llamados juveniles: calles, plazas, locales, etc.
- El alcohol se toma con los amigos lo que plantea el tema de la presión del grupo que incita hacia el consumo.
- El consumo de alcohol se organiza como un rito de paso, como un tipo de socialización "obligatoria".

Objetivos:

- Describir el consumo de alcohol en los adolescentes de nuestra área de salud.
- Realizar una comparativa entre el consumo de nuestra muestra y la media española.
- Ofrecer educación para la salud específica a este grupo de edad.

Metodología:

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en uno de los I.E.S. de nuestra área de salud en el mes de Mayo del año 2015, sobre los alumnos matriculados de 2º de la E.S.O. en dicho instituto. El único criterio de exclusión fue, que no acudieran a clase el día que se realizó el estudio. El instrumento de medida fue una encuesta autoadministrada sobre el consumo de alcohol, y las motivaciones para beber y no beber. Y se procedió a un análisis de distribución de frecuencias.

Resultados:

El número total de alumnos matriculados era de 75 alumnos, 39 chicos y 36 chicas, con una edad comprendida de 13 a 15 años. Nuestra muestra fue de 59 estudiantes, 30 chicos y 29 chicas, con una media de edad de 13.47 años.

En nuestra muestra la media de edad de inicio de consumo está muy por debajo de la media nacional (13,9 para el año 2010), y al menos 1 de cada 5 se ha emborrachado alguna vez. Sobre los motivos para beber destaca la diversión y también llama la atención que a esta edad más de un 12% beba para olvidar. Pero también el motivo de no beber mayoritario es que no lo necesitan para pasárselo bien, seguido de que daña la salud, aunque más del 40% no conoce los efectos negativos sobre el alcohol, y más del 60 % lo considera una droga.

Conclusiones:

En nuestro entorno la educación para la prevención del consumo abusivo y precoz del alcohol hay que comenzarla en edades mucho más tempranas de la que se creía. Para ello es fundamental además del ejemplo en la familia, el fomento de la autoestima y dotar al joven de estrategias, recursos y ocio alternativo.

Bibliografía:

1. Febe. Guía para padres: porque los menores no deben beber alcohol. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid. 2011.
2. Jose P. Espada. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Páginas de psicología. 2003. nº84. Pp 9-17.
3. F. X. Altarriba. Adolescencia y alcohol: guía para el profesorado. Fundación alcohol y sociedad. Barcelona.

Capítulo XXXV

Contención mecánica en atención extrahospitalaria

Autores:

Gema Da Silva De Vicente

Silvia Madueño Moreno

CONTENCIÓN MECÁNICA EN ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Silvia Madueño Moreno y Gema Da Silva De Vicente

INTRODUCCIÓN

La contención mecánica (CM) es un procedimiento utilizado para restringir la movilidad de un paciente que presenta un riesgo de lesión para él mismo o para terceras personas, usando dispositivos adecuados. Existe mucha bibliografía del tema en Atención Hospitalaria pero muy poca en la Atención Extrahospitalaria.

OBJETIVOS

General:

Evaluar el uso de la CM en la Urgencia Extrahospitalaria en Castilla la Mancha.

Específicos:

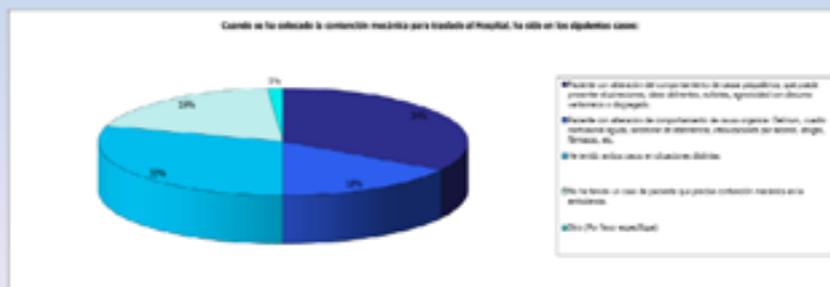
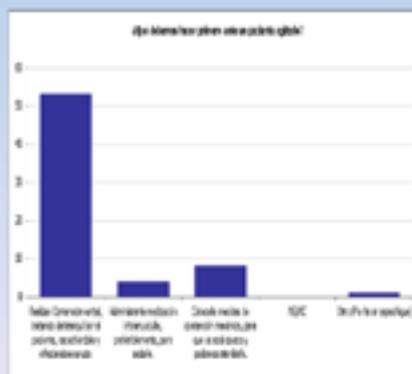
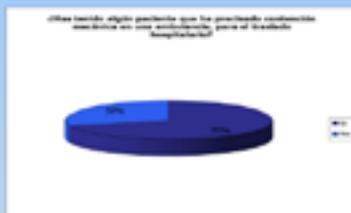
- Analizar la incidencia de CM en la Urgencia Extrahospitalaria de Castilla la Mancha.
- Identificar el grado conocimiento de la misma, por parte de los profesionales de la salud que trabajan en la Atención Extrahospitalaria.
- Valorar la repercusión psicosocial del paciente que ha precisado CM.

MATERIAL Y METODO

Se ha elaborado un método de investigación descriptivo, mediante una encuesta, estableciendo variables a estudiar: demográficas, situación clínica, indicaciones, conocimiento de la técnica y dispositivos e impacto psicosocial de la CM. Criterios de inclusión: médicos, enfermeros y técnicos sanitarios, en activo, pertenecientes a la Urgencia Extrahospitalaria de Castilla la Mancha. El cuestionario se realizó en un portal de encuestas online. Se envió el enlace creado, por correo electrónico y redes sociales a sanitarios que cumplieran criterios de inclusión. Dicho cuestionario se estructuró con preguntas cerradas y de elección múltiple. El período en que pudo realizarse online fueron los meses de febrero, marzo y abril de 2015. Posteriormente se ha realizado un análisis de datos e interpretación de los resultados.

RESULTADOS

- El 100% de los encuestados, eran sanitarios, estableciéndose que el 21% eran médicos, el 55% eran enfermeros y el 23% eran técnicos sanitarios. De todos ellos, el 70% refirieron haber tenido alguna vez, algún paciente que precisó CM para traslado hospitalario. De ellos, el 50% eran hombres y el 50% eran mujeres, por lo que afirmamos que no hay mayor incidencia según el sexo. En el 39% de los casos, eran por causas psiquiátricas. Y en el 19% restante, fueron causas orgánicas. Un 12% fueron ambas causas.
- El 84% de los encuestados, reconoce haber seguido el orden correcto de control de paciente agitado, tratando de realizar alternativa previa a la CM, mediante la contención verbal y farmacológica. De ellos, un 75% establece, que tras estas medidas, no fue necesaria la CM.
- De todos los encuestados, el 83% tiene claro que la orden de CM es del médico responsable del paciente. Además el 76% considera que los dispositivos de CM, deben ser puestos por el equipo médico.
- El 66% de los encuestados considera que la repercusión psicosocial del paciente que ha precisado CM, depende de la causa que lo llevara a ello. En un 77% de los casos de CM, se informa a la familia de los objetivos, resultados y cuidados que conlleva la CM para el traslado.



CONCLUSIONES

Existe una incidencia relativamente alta de los casos de CM en la Urgencia Extrahospitalaria, por paciente agitado, con distinta etiología. Los profesionales sanitarios en Castilla la Mancha, tienen presente los conceptos de la contención mecánica. No obstante, es importante que los profesionales conozcan las bases legales y las implicaciones éticas de estas medidas terapéuticas, así como las técnicas, protocolos y procedimientos a seguir, para lo cual se hace imprescindible la formación e información continua de los profesionales sanitarios.

Resumen: *Mediante un estudio descriptivo, una encuesta, estudiamos el uso de la Contención mecánica (CM) en la Urgencia Extrahospitalaria, analizando la incidencia, identificando el conocimiento de la CM y valorando la repercusión social del paciente que ha precisado CM. La encuesta fue contestada por profesionales de salud que trabajan en atención extrahospitalaria. Se obtuvo que la mayoría de casos eran por causa psiquiátrica. El 84% de los encuestados, trata de realizar alternativa previamente, mediante la contención verbal y farmacológica. Mayoritariamente, los encuestados, saben que la orden de CM es del médico responsable del paciente. La repercusión psicosocial, depende de la causa que lo desencadene.*

Palabras Clave: *Contención; Mecánica; Extrahospitalaria.*

Introducción:

La contención mecánica (CM) es un procedimiento utilizado para restringir la movilidad de un paciente que presenta un riesgo de lesión para él mismo o para terceras personas, usando dispositivos adecuados. Existe mucha bibliografía del tema en Atención Hospitalaria pero muy poca en la Atención Extrahospitalaria.

Objetivos:

- General: Evaluar el uso de la CM en la Urgencia Extrahospitalaria en Castilla la Mancha.
- Específicos:
 - Analizar la incidencia de la CM en la Urgencia Extrahospitalaria de Castilla la Mancha.
 - Identificar el grado conocimiento de la misma, por parte de los profesionales de la salud que trabajan en la Atención Extrahospitalaria.
 - Valorar la repercusión psicosocial del paciente que ha precisado CM.

Material y método:

Se ha elaborado un método de investigación descriptivo, mediante una encuesta, estableciendo variables a estudiar: demográficas, situación clínica, indicaciones, conocimiento de la técnica y dispositivos e impacto psicosocial de la CM.

Criterios de inclusión: médicos, enfermeros y técnicos sanitarios, en activo, pertenecientes a la Urgencia Extrahospitalaria de Castilla la Mancha.

El cuestionario se realizó en un portal de encuestas online. Se envió el enlace creado, por correo electrónico y redes sociales a sanitarios que cumplían criterios de inclusión. Dicho cuestionario se estructuró con preguntas cerradas y de elección múltiple. El período en que pudo realizarse online fueron los meses de febrero, marzo y abril de 2015. Posteriormente se ha realizado un análisis de datos e interpretación de los resultados.

Resultados:

- El 100% de los encuestados, eran sanitarios, estableciéndose que el 21% eran médicos, el 55% eran enfermeros y el 23% eran técnicos sanitarios. De todos ellos, el 70% refirieron haber tenido alguna vez, algún paciente que precisó CM para traslado hospitalario. De ellos, el 50% eran hombres y el 50% eran mujeres, por lo que afirmamos que no hay mayor incidencia según el sexo. En el 39% de los casos, eran por causas psiquiátricas. Y en el 19% restante, fueron causas orgánicas. Un 12% fueron ambas causas.
- El 84% de los encuestados, reconoce haber seguido el orden correcto de control de paciente agitado, tratando de realizar alternativa previa a la CM, mediante la contención verbal y farmacológica. De ellos, un 75% establece, que tras estas medidas, no fue necesaria la CM.
- De todos los encuestados, el 83% tiene claro que la orden de CM es del médico responsable del paciente. Además el 76% considera que los dispositivos de CM, deben ser puestos por el equipo médico.
- El 66% de los encuestados considera que la repercusión psicosocial del paciente que ha precisado CM, depende de la causa que lo llevara a ello. En un 77% de los casos de CM, se informa a la familia de los objetivos, resultados y cuidados que conlleva la CM para el traslado.

Conclusiones:

Existe una incidencia relativamente alta de los casos de CM en la Urgencia Extrahospitalaria, por paciente agitado, con distinta etiología . Los profesionales sanitarios en Castilla la Mancha, tienen presente los conceptos de la contención mecánica . No obstante, es importante que los profesionales conozcan las bases legales y las implicaciones éticas de estas medidas terapéuticas, así como las técnicas , protocolos y procedimientos a seguir, para lo cual se hace imprescindible la formación e información continua de los profesionales sanitarios.

Bibliografía:

1. Pérez Pérez A., Torrejón García C. Motivo de consulta: Alteración del comportamiento. En:FU-DEN. Manual de rutas de cuidados al paciente adulto. Vol 1. 2ª ed. Madrid: Rivadeneyra;2013. p. 292-296.
2. Téllez Lapeira J.M., Morena Rayo S., Villena Ferrer A., López García C., Párraga Martínez I. Urgencias psiquiátricas en atención Primaria: Paciente agitado. En: FISCAM. Urgencias en atención primaria. España: EGESA; 2007. p. 801-808.
3. Gavín Anglada N., Malo Burillo M.J., Sanmartín Sánchez E. Psiquiatría. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Pautas de actuación en urgencias en el centro de salud rural. Madrid: Gráficas LASA; 2014. p. 224-229.

Capítulo XXXVI

Control enfermero del paciente anticoagulado en atención primaria

Autores:

Emilia Celaya Molina

Celia Fernández Luna

Elena Laguna Copado

Petra Luna Naranjo

M^a Pilar Mansilla López

M. Gracia Teno Félix

CONTROL ENFERMERO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica es la principal causa de hospitalización, invalidez y muerte en la segunda mitad de la vida, y el embolismo cardiaco el responsable del 15% de los accidentes isquémicos cerebrales. Dada las secuelas que puede dejar esta complicación a los pacientes que presentan este riesgo o que hayan sufrido un primer episodio, se les somete a un tratamiento indefinido con anticoagulantes orales.

Los anticoagulantes orales pueden ser divididos en 2 grandes grupos: derivados cumarínicos y derivados de la indamediona. Los más utilizados son: bismacetato, acenocumarol, femprocumon, warfarina y fludiona.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 64 pacientes en TAO. Las patologías que indicaban tratamiento con anticoagulante pueden verse en la figura 1. Del total de la muestra un 53,1% (34) fueron mujeres frente a un 46,9% (30) que fueron hombres. Figura 2

La edad media de las mujeres fue de $72,2 \pm 15,7$ IC 95% (66,94-78,72) y la de los hombres $72,5 \pm 11$ IC 95% (68,1-76,8) $p=0,3$.

No hubo diferencias entre hombres y mujeres respecto al tiempo en TAO, $p=0,1$. Tabla 1

Un 60,9% (39) de los pacientes estudiados no seguía la recomendación de distanciar la toma de anticoagulante fuera de las comidas. Figura 3.

La inestabilidad del INR puede verse en la tabla 2.

No se observaron diferencias entre el cumplimiento de la toma fuera de las comidas y el sexo de los participantes, $p=0,7$, ni tampoco hubo diferencias entre el control adecuado y el seguimiento o no de la recomendación de la toma de la medicación fuera de las comidas. $P=0,5$.



Figura 2

OBJETIVO

Evaluar si los pacientes anticoagulados siguen las recomendaciones de toma de acenocumarol separado de las comidas para evitar interacciones alimenticias.

Evaluar si el control de INR en los pacientes anticoagulados es adecuado

FIGURAS Y TABLAS

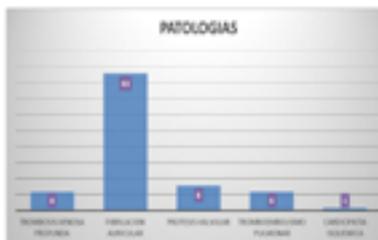


Figura 1



Figura 2

SEXO	TIEMPO DE TRATAMIENTO	VALOR P
MUJER	5,1±3,4	0,1
HOMBRE	8,2±6,7	

Tabla 1

BUEN CONTROL INR	PRIMERA VISITA	SEGUNDA VISITA	TERCERA VISITA	CUARTA VISITA
SI	43,8% (28)	46,9% (30)	50% (32)	57,8% (37)
NO	56,2% (36)	53,1% (34)	50% (32)	42,2% (27)

Tabla 2

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo realizado en un centro de salud urbano con una población de referencia de 24.500 habitantes durante los meses de mayo a septiembre de 2015.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) que acudieron durante el momento de estudio a control de INR a las consultas de enfermería.

Se incluyeron todos los enfermos mayores de 18 años que tras consentimiento informado, aceptaron participar en el estudio.

Como instrumento para la recogida de los datos se empleó un cuestionario de elaboración propia, que recogía variables sociodemográficas (edad, sexo, tiempo de tratamiento) y clínicas (patología que indicaba el TAO, cumplimiento o no de la toma del medicamento fuera de las comidas y valor de INR).

Las variables en estudio se analizaron mediante análisis descriptivo, calculando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Se utilizó análisis inferencial con el test de Chi² y Test no paramétricos U de Mann Whitney.

Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$). Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio y consentimiento informado a los participantes.

CONCLUSIONES

El 60,9% de los pacientes no sigue las recomendaciones de distanciar la toma de anticoagulante de las comidas.

Se objetiva un porcentaje elevado de pacientes fuera de rango en tratamiento con Sintron®

Resumen: Para evitar las complicaciones de la enfermedad tromboembólica los pacientes se someten a un tratamiento con anticoagulantes orales (TAO). Mediante un estudio observacional descriptivo con una muestra de 64 pacientes en TAO evaluamos si los pacientes de un centro de salud siguen las recomendaciones de toma de acenocumarol separado de las comidas para evitar interacciones alimenticias y si el control del INR es adecuado. Tras la realización del mismo observamos que el 60,9% de los pacientes no siguen estas recomendaciones. Además, se objetiva un porcentaje elevado de pacientes fuera de rango en tratamiento con Sintron®.

Palabras Clave: Anticoagulantes; Atención Primaria de Salud; Acenocumarol.

Introducción:

La enfermedad tromboembólica es la principal causa de hospitalización, invalidez y muerte en la segunda mitad de la vida y el embolismo cardiaco el responsable del 15% de los accidentes isquémicos cerebrales. Dada las secuelas que puede dejar esta complicación a los pacientes que presentan este riesgo o que hayan sufrido un primer episodio, se les somete a un tratamiento indefinido con anticoagulantes orales.

Los anticoagulantes orales pueden ser divididos en 2 grandes grupos: derivados cumaníricos y derivados de la indamediona. Los más utilizados son: bismacetato, acenocumarol, femprocumon, warfarina y fluindiona.

Objetivo:

Evaluar si los pacientes anticoagulados siguen las recomendaciones de toma de acenocumarol separado de las comidas para evitar interacciones alimenticias. Evaluar si el control de INR en los pacientes anticoagulados es adecuado.

Material y métodos:

Estudio observacional y descriptivo realizado en un centro de salud urbano con una población de referencia de 24.500 habitantes durante los meses de mayo a septiembre de 2015.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) que acudieron durante el momento de estudio a control de INR a las consultas de enfermería. Se incluyeron todos los enfermos mayores de 18 años que tras consentimiento informado, aceptaron participar en el estudio. Como instrumento para la recogida de los datos se empleó un cuestionario de elaboración propia, que recogía variables sociodemográficas (edad, sexo, tiempo de tratamiento) y clínicas (patología que indicaba el TAO, cumplimiento o no de la toma del medicamento fuera de las comidas y valor de INR).

Las variables en estudio se analizaron mediante análisis descriptivo, calculando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Se utilizó análisis inferencial con el test de Chi-Cuadrado y Test no paramétricos U de

Mann-Whitney. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p > 0,05$). Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio y consentimiento informado a los participantes.

Resultados:

Se obtuvo una muestra total de 64 pacientes en TAO. Las patologías que indicaban tratamiento con anticoagulante fueron: trombosis venosa profunda, fibrilación auricular, prótesis valvular, tromboembolismo pulmonar y cardiopatía isquémica, siendo la fibrilación auricular la patología más frecuente.

Del total de la muestra un 53,1%(34) fueron mujeres frente a un 46,9% (30) que fueron hombres. La edad media de las mujeres fue de $72,2 \pm 15,7$ IC 95% (66,94-78,72) y la de los hombres $72,5 \pm 11$ IC 95% (68,1-76,8) $p=0,3$.

No hubo diferencias entre hombres y mujeres respecto al tiempo en TAO, $p=0,1$. Un 60,9% (39) de los pacientes estudiados no seguía la recomendación de distanciar la toma de anticoagulante fuera de las comidas.

No se observaron diferencias entre el cumplimiento de la toma fuera de las comidas y el sexo de los participantes, $p=0,7$, ni tampoco hubo diferencias entre el control adecuado y el seguimiento o no de la recomendación de la toma de la medicación fuera de las comidas. $P=0,5$.

Conclusiones:

El 60,9% de los pacientes no sigue las recomendaciones de distanciar la toma de anticoagulante de las comidas. Se objetiva un porcentaje elevado de pacientes fuera de rango en tratamiento con Sintron®.

Bibliografía:

1. Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, Barragán Martín AB, Cardila Fernández F, Martos Martínez A. Acenocumarol: El gran desconcierto de los pacientes anticoagulados. Una intervención educativa desde atención primaria. Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento. En: Martínez García C, Pichardo Bullón I, Piulestán Nieto RM, López Luis MA. Asunivep; 2008. P. 35 -41
2. Bénédict J, Egozcue DJ, Aguas A, Arriaza E, Salvador C. Evaluación del seguimiento de los pacientes con anticoagulación oral desde Atención Primaria. Pulso; 2011. p. 38-42
3. Teixeira Rocha H, Rejane Rabelo E, Aliti G, Nogueira de Souza E. Conocimiento de los pacientes portadores de prótesis valvular mecánica sobre la terapia de anticoagulación oral crónica. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010;18(4)

Capítulo XXXVII

Coriamnionitis

Autores:

Isabel María Belchín Pérez

Cristina Calcerrada Izquierdo

María Del Carmen Carneros Beamud

María Librado Fernández

Lucía López Pintor Muñoz

Beatriz Plaza Arias

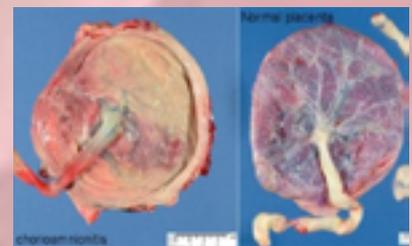
CORIAMNIONITIS

INTRODUCCIÓN.

La corioamnionitis es la inflamación e infección de las membranas fetales, placenta, feto y líquido amniótico; lo que conlleva una serie de riesgos maternos (sepsis y aumento de cesáreas) y fetales (deformidades por compresión de miembros, hipoplasia pulmonar, distres respiratorio y prolapso de cordón). La infección se produce generalmente por vía ascendente. La mayoría de los gérmenes causantes forman parte de la flora normal en un 80% de las mujeres sanas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA.

Gestante primípara de 40+4 semanas, con cribado Estreptococo B positivo, dos días antes se le realiza maniobra Hamilton. Ingresa con fiebre 38C, FC materna 120 lpm, FC fetal 186 lpm, bolsa rota hace dos días con líquido amniótico teñido. Se inicia antibioterapia Gentamicina y Ampicilina cada 4 horas. Tras 8 horas de trabajo parto, parto natural y nacimiento de un varón vivo sano al cual se le ingresa en UCI Pediátrica para seguimiento.



PLAN DE CUIDADO ENFERMERO.

NANDA	NIC	NOC
00094. RIESGO DE INFECCIÓN r/c R.P.M. Pretérmino.	6080. Cuidados embarazo de alto riesgo.	0800. Termorregulación. 1807. Conocimiento gestión de la infección.
00148. TEMOR r/c situación potencialmente estresante.	5380. Potenciación de la seguridad. 5270. Apoyo emocional.	1404. Gestión del miedo. 1704. Creencia sobre la salud: Percepción de amenaza.
00126. CONOCIMIENTO DEFICIENTE r/c proceso de su enfermedad.	5618. Enseñanza de procedimientos y tratamiento.	1400. Manejo del dolor. 1302. Afrontamiento del problema.

DISCUSIÓN.

Es una patología que aparece en 1% de todas las gestaciones, con alta morbilidad y mortalidad neonatal, que cursa de forma anómala y hace que su diagnóstico sea difícil.

Los gérmenes más frecuentes aislados en el líquido amniótico son micoplasmas y ureaplasmas, Escherichia coli, Listeria monocytogenes y estreptococo B hemolítico.

Es muy controvertido definir cuánto tiempo puede estar el feto dentro del útero con una infección intraamniótica, se sabe que el tratamiento antibiótico produce concentraciones bactericidas en el feto por lo que no es necesario la realización de una cesárea urgente siempre que el parto esté progresando.

CONCLUSIÓN.

Se ha demostrado que la excesiva respuesta inmune del feto hacia esta infección se asocia a un daño importante del tejido neuronal y a parálisis cerebral.

Las exploraciones vaginales y maniobras de desprendimiento de membranas (M. Hamilton) durante el embarazo tienen un evidente riesgo de infección, mayor aún en pacientes con cribado Estreptococo B positivo. Por lo que es importante informar con detalle de los riesgos e indicaciones de dichas técnicas.

Resumen: La corioamnionitis es la inflamación e infección de las membranas fetales, placenta, feto y líquido amniótico; lo que conlleva una serie de riesgos maternos (sepsis y aumento de cesareas) y fetales (deformidades por compresión de miembros, hipoplasia pulmonar, distres respiratorio y prolapso de cordón). La infección se produce generalmente por vía ascendente. La mayoría de los gérmenes causantes forman parte de la flora normal en un 80% de las mujeres sanas.

Palabras Clave: Corioamnionitis; Embarazo; Parto prematuro.

Introducción:

Corioamnionitis se define como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, feto, cordón y líquido amniótico. Es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la sepsis neonatal. Su diagnóstico se basa en la clínica materna manifestando:

- Fiebre materna > 37.8 °C.
- Dos o más de los siguientes criterios clínicos menores:
 - Taquicardia materna (>100 latidos/minuto).
 - Taquicardia fetal (>160 latidos/minuto).
 - Leucocitosis materna (>15000 leucocitos/mm).
 - Irritabilidad uterina (definida como dolor a la palpación abdominal y/o dinámica uterina).
 - Leucorrea vaginal maloliente.

Presentación del caso. Observación clínica:

Mujer de 29 años primigesta de 40+4 semanas de gestación. Acude al servicio de urgencias por fiebre y se traslada a paritorio. A su llegada la paciente presenta las siguientes signos y síntomas: Temperatura 38 °C, frecuencia materna 120 latidos/minutos, frecuencia fetal 186 latidos/minuto. Comenta que lleva dos días con sensación de pérdidas por vía vaginal y ligeras molestias abdominales. Revisamos historia clínica presenta un cribado Estreptococo B positivo; dos días antes de su ingreso se le realiza maniobra Hamilton por ginecólogo durante su consulta de monitorización fetal programada. No presenta antecedente personales de interés. Se realiza exploración vaginal y en ella se manifiesta la no integridad de la bolsa con salida de líquido amniótico teñido.

Se inicia antibioterapia con Gentamicina y Ampicilina cada cuatro horas. Tras ocho horas de trabajo de parto, con varios picos febriles de 39 °C que mejoran con paracetamol vía intravenosa. Se produce el nacimiento de un varón vivo sano por parto vaginal, al cual se le ingresa en UCI Pediátrica para seguimiento.

Plan de cuidados:

Para la elaboración del plan de cuidados de enfermería nos basamos en la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

- Diagnósticos de enfermería (NANDA):
 - 00094. Riesgo de infección relacionada con Rotura Prematura Membranas Pretérmino.
 - 00148. Temor relacionado con situación potencialmente estresante.
 - 00126. Conocimiento deficiente relacionado con proceso de su enfermedad.
- Intervenciones de enfermería (NIC):
 - 6080. Cuidados embarazo de alto riesgo.
 - 5380. Potenciación de la seguridad.
 - 5270. Apoyo emocional.
 - 5618. Enseñanza de procedimientos y tratamiento.
- Criterios de resultado (NOC):
 - 0800. Termorregulación.
 - 1807. Conocimiento gestión de la infección.
 - 1404. Gestión del miedo.
 - 1704. Creencia sobre la salud: Percepción de amenaza.
 - 1400. Manejo del dolor.
 - 1302. Afrontamiento del problema.

Discusión:

Es una patología que aparece en el 1% de todas las gestaciones, con alta morbilidad y mortalidad neonatal, que cursa de forma anómala y hace que su diagnóstico sea difícil.

Los gérmenes más frecuentes aislados en el líquido amniótico son micoplasmas y ureaplasmas, *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes* y *estreptococo B hemolítico*.

Es muy controvertido definir cuánto tiempo puede estar el feto dentro del útero con una infección intraamniótica, se sabe que el tratamiento antibiótico produce concentraciones bactericidas en el feto por lo que no es necesario la realización de una cesárea urgente siempre que el parto esté progresando.

Conclusión:

Se ha demostrado que la excesiva respuesta inmune del feto hacia esta infección se asocia a un daño importante del tejido neuronal y a parálisis cerebral.

Las exploraciones vaginales y maniobras desprendimiento de membranas (Maniobra de Hamilton) durante el embarazo tienen un evidente riesgo de infección, mayor aún en pacientes con cribado *Estreptococo B* positivo. Por lo que es importante informar con detalle de los riesgos e indicaciones de dichas técnicas.

Bibliografía:

1. Franklin J. Espitia-De La Hoz, M.D. Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008 jul./sep.; v.59 (3).
2. M. Palacio, T.Cobo, A. Plaza. SOSPITA DE CORIOAMNIONITIS I CORIOAMNIONITIS CLÍNICA. Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona; 24 Ene 2007. Disponible en: https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/corioamnionitis.pdf.
3. Diagnóstico de la corioamnionitis. Protocolo de la SEGO. En: www.sego.es.

Capítulo XXXVIII

Coronariografía y cateterismo cardiaco - Cuidados de enfermería en el traslado

Autores:

María Teresa Grueso Navarro

Vicente Jiménez Álvarez

Ana Belén Márquez Lara

Víctor Muñoz Ramón

Noelia Palomares Torres

Raquel Serrano Mora

CORONARIOGRAFIA Y CATETERISMO CARDIACO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

•**Cateterismo cardíaco**, procedimiento complejo e invasivo que consiste en la introducción de catéteres hasta el corazón para valorar la anatomía del mismo y de las arterias coronarias, la función del corazón, medir presiones de las cavidades cardíacas, posibles alteraciones valvulares. Además, permite ver defectos congénitos, como comunicaciones en el tabique auricular o ventricular, medir concentraciones de oxígeno en diferentes partes del corazón y obtener muestras de tejido cardíaco para el diagnóstico de ciertas patologías.

•**Coronariografía**, técnica que completa al cateterismo cardíaco y se realiza en el mismo procedimiento que éste. Tras la inyección del contraste en el sistema circulatorio se consiguen ver, mediante rayos X, las arterias coronarias, obstrucciones o estrecheces en las mismas, su localización exacta y el número de arterias afectadas o la severidad de las lesiones

METODOLOGIA

- Ambulancia medicalizada.
- Maletín de traslados.
 - Material fungible (para actuación en una emergencia).
 - Fármacos (específicos para HTA, dolor precordial, ansiedad,...).
 - Tensiómetro, pulsioxímetro, glucómetro.
 - Ambú
- Teléfono móvil.
- Enfermera.
- Técnico de ambulancia.
- Historia clínica del paciente donde consten también los consentimientos informados firmados.



**O
B
J
E
T
I
V
O
S**

➤ GENERALES

- ❖ Realizar el traslado de forma segura del paciente ingresado con sospecha de enfermedad coronaria a la unidad de hemodinámica de referencia para el estudio cardíaco
- ❖ Evitar las complicaciones que pueden surgir durante los traslados

➤ ESPECIFICOS

- ❖ Minimizar los miedos, incertidumbres y ansiedad del paciente antes y durante el traslado
- ❖ Asegurar el bienestar del paciente en todo momento hasta el regreso a su unidad de procedencia.



INTERVENCIONES

CUIDADOS PRE-CATETERISMO

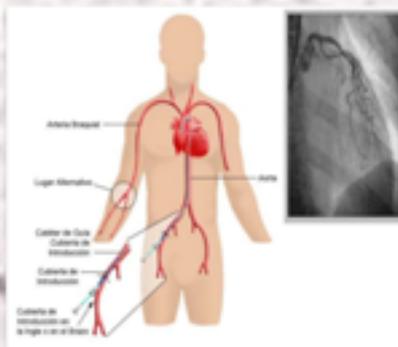
- Leer las últimas incidencias registradas del paciente
- Recoger el maletín de traslados (previamente revisado y repuesto)
- Recoger historia clínica del paciente que contenga mínimo:
 - Informe médico del paciente
 - Tratamiento actual
 - Consentimientos informados firmados
 - Analítica reciente
 - EKG reciente
 - Peso y talla actual
 - Registro de constantes
- Verificar permeabilidad de vía periférica
- Toma de constantes
- Asegurar bienestar del paciente durante el trayecto

COMPLICACIONES

- Crisis HTA
- Dolor torácico
- Hemorragia

CUIDADOS POST-CATETERISMO

- Control de constantes (TA, pulso pedio o radial, saturación Oxígeno)
- Vigilar sangrado en el punto de punción
- Vigilar posibles complicaciones



CONCLUSIONES

El cateterismo cardíaco programado constituye un método eficaz seguro y de bajo riesgo para los pacientes que lo requieren
Un control periódico de constantes, signos y síntomas es necesario para evitar la aparición de las complicaciones ya descritas
La presencia del Enfermero durante el traslado transmite al paciente seguridad y tranquilidad.

Resumen: El cateterismo cardíaco es un estudio invasivo. Valora la anatomía y fisiología cardíacas, es decir, las arterias coronarias y el funcionamiento del músculo cardíaco. Es el sistema que habitualmente se utiliza para realizar una coronariografía que consiste en una prueba de imagen tras la administración de un contraste para estudiar los vasos coronarios del miocardio. Para el traslado interhospitalario programado de los pacientes se establecerá una serie de cuidados e intervenciones de enfermería para vigilar complicaciones, intervenir en caso de urgencia, asegurar la correcta recepción en la unidad de hemodinámica y el regreso del paciente a su hospital de referencia.

Palabras Clave: Cateterismo Cardíaco; Transporte de Pacientes; Angioplastia.

Introducción:

El transporte interhospitalario para la realización de coronariografía y/o cateterismo cardíaco, tiene como objetivo el trasladar a un paciente desde un hospital hasta otro centro sanitario donde pueda realizarse esta técnica diagnóstica o terapéutica, no disponible en el hospital remitente. Cuando se organiza un sistema o un equipo de transporte secundario es necesario conocer y planificar detalladamente los elementos que van a intervenir en el mismo.

Cateterismo cardíaco: es un procedimiento complejo e invasivo que consiste en la introducción de un catéter hasta el corazón para valorar la anatomía del mismo y las arterias coronarias, la función del corazón, para medir la presión de las cavidades cardíacas y ver las posibles alteraciones valvulares. Permite ver defectos congénitos, medir concentraciones de oxígeno en diferentes partes del corazón y obtener muestras de tejido cardíaco para el diagnóstico de diversas patologías.

Coronariografía: completa al cateterismo cardíaco y se realiza en el mismo procedimiento que éste. Tras la inyección del contraste en el sistema circulatorio se consiguen ver, mediante rayos X, las arterias coronarias, obstrucciones o estrecheces en las mismas, su localización exacta y el número de arterias afectadas o la severidad de las lesiones.

Objetivos:

- Generales:
 - Realizar el traslado de forma segura del paciente ingresado con sospecha de enfermedad coronaria a la unidad hemodinámica de referencia para el estudio cardíaco.
 - Evitar las complicaciones que pueden surgir durante los traslados.
- Específicos:
 - Minimizar los miedos, incertidumbres y ansiedad del paciente antes y durante el traslado.
 - Asegurar el bienestar del paciente en todo momento hasta el regreso a su unidad de procedencia.

Material y método:

Revisar la bibliografía relacionada existente en las bases de datos y protocolos de Enfermería más importantes, analizar la dinámica actual de traslados de pacientes para realización de cateterismo y/o angioplastia. Para cumplir el objetivo marcado, establecemos una secuencia de actuaciones: preparación previa al traslado, traslado y regreso a nuestra unidad.

Componentes principales:

- Ambulancia medicalizada
- Maletín de traslado:
 - Material fungible: Guantes, gasas, esparadrapo, sistemas de suero, agujas, jeringas, equipo de canalización de vías periféricas, tiras para glucemia digital.
 - Medicación: Suero fisiológico y glucosado 5% y 10 %, expansores del plasma, manitol 20%, adrenalina 1mg/ml, atropina 1mg/ml, solinitrina 50 mg/10 ml, Trinispray 0,4 mg / 0,05 ml solución para pulverización sublingual de Nitroglicerina).
 - Tensiómetro, pulsioxímetro, glucómetro.
 - Ambú.
- Teléfono móvil
- Historia clínica del paciente que debe contener los siguiente documentos:
 - Informe médico.
 - Electrocardiograma (ECG): es válido ECG del día anterior; si el paciente ha tenido dolor precordial, adjuntaremos el ECG del dolor precordial y otro actual.
 - Estudio de coagulación del día anterior (y de función renal en el caso de alteración previa); cerciorarnos de la suspensión de HBPM 24 horas antes, del sintrom 48 horas antes si el paciente los estuviera recibiendo.
 - Consentimientos informados firmados favorablemente .
 - Orden de asistencia, Documento Nacional de Identidad y tarjeta de la Seguridad Social para el Servicio de Admisión del Hospital encargado de realizar esta técnica.
 - Documento/ petición de ambulancia que refleje las características del traslado (necesidad de enfermero de traslado, acompañante del familiar, hora de la cita de la prueba, necesidad de oxigenoterapia, y otras circunstancias específicas de cada paciente que se hayan de reflejar) firmado por el médico que solicitó el cateterismo cardiaco o coronariografía.
- Actuación de enfermería antes del traslado, es necesario que el profesional sanitario que acompaña al paciente (DUE) compruebe lo siguiente:
 - Leer las últimas incidencias registradas del paciente.

- Correcta higiene del paciente.
 - Rasurado:
 - Zona radial derecha, ambas zonas inguinales para la punción.
 - Zona lumbar y, parte anterior y posterior de ambas piernas hasta la altura de las rodillas, pensando en el posterior vendaje compresivo que se le realizará al paciente.
 - Desayuno ligero, incluido diabéticos insulino dependientes a los que se les administrará la insulina pautaada.
 - Administración de medicación pautaada, excepto anticoagulantes.
 - Verificar permeabilidad de vía venosa.
 - Revisar maletín de traslados.
 - Recoger historia clínica: informe médico del paciente, tratamiento, consentimientos firmados, analítica y electrocardiograma reciente, constante, peso y talla.
 - La revisión de la cabina asistencial es responsabilidad del profesional de enfermería encargado del traslado interhospitalario. Una buena revisión previa de la ambulancia garantiza unos márgenes de seguridad adecuados durante la realización del traslado.
- Actuación de Enfermería durante el traslado:
- Asegurar el bienestar del paciente durante el traslado tanto antes de la prueba como tras ella:
 - Precateterismo: Como norma general, durante el tiempo de traslado el paciente debe recibir los mismos cuidados y monitorización de constantes que estaba recibiendo en el servicio del hospital emisor.
 - Postcateterismo: Hay que vigilar punto de punción, pulso pedio (si es femoral) y vigilar signos de hipoperfusión (sobre todo en punción radial), y toma de TA cada 15 minutos durante la primera hora y, después de la primera hora, cada media hora. También es importante vigilar posibles complicaciones, que pueden ser, crisis hipertensiva, dolor torácico y/o hemorragia.

Conclusión:

El cateterismo cardiaco programado constituye un método eficaz, seguro y de bajo riesgo para los pacientes. Un protocolo adecuado de las actuaciones de Enfermería que se realizarán antes, durante y después del traslado interhospitalario es indispensable para prevenir y valorar las complicaciones que pudieran suceder; además la presencia del profesional de enfermería durante el traslado, transmite al paciente seguridad y tranquilidad, debemos ser capaces de mostrar al paciente el valor que supone esta técnica para su salud y para un tratamiento rápido y eficaz que resuelva o mejore su patología. La información y educación sanitaria son imprescindibles para asegurar unos cuidados integrales y proceso asistencial de calidad.

Bibliografía:

1. Kern Morton J. THE INTERVENTIONAL CARDIAC CATHETERIZATION HANDBOOK, Philadelphia, PA: Elsevier-Saunders, 2013.
2. Mohmarn, David E. CARDIOVASCULAR PHYSIOLOGY, New York, MCGRAW-HILL, EDUCATION-MEDICAL 2014.
3. Martínez Ríos, Marco Antonio CATETERISMO CARDIACO. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CARDIOPATÍAS. México. Editorial Trillas, 1990.
4. Álvarez Moya JM. PROTOCOLO DE TRASLADO EN CATETERISMO CARDÍACO. Enferm Cardiol 1999; 6(18):30-31.

Capítulo XXXIX

Correcta elección y utilización del catéter venoso periférico

Autores:

Gabriela Almarcha Martín-Albo

Rosa María Benito Brunete

Inmaculada Concepción Cortés Hernández

Yolanda González Fernández

Patricia Ortiz Patricio

Juliana Rodríguez Rodríguez

Correcta elección y utilización del catéter venoso periférico

Objetivos:

La elevada utilización de personal de enfermería de este tipo de catéteres, nos obliga a tener un conocimiento exhaustivo, tanto del mantenimiento como de la correcta elección y utilización en la administración endovenosa de fluidos.

La terapia intravenosa va dirigida a:

- Administración de hemoderivados.
- Administración de medicamentos que no pueden ser administrados por otras vías.
- Administración de STP.
- Paciente que no puede alimentarse por otra vía.

Otros factores que influyen en la elección entre catéter periférico o central.

Osmolaridad	PH
<500 vía periférica	<5 vía central
>500 vía central	5-9 vía periférica
	>9 vía central

Intervenciones

Tipo de catéteres venosos periféricos

Han de tener un calibre y una longitud adecuada para el fluido a administrar, la duración del tratamiento y el capital venoso del paciente.

Varios estudios han demostrado que **no es tan importante el gran calibre** para un mejor rendimiento, debido a que un menor grosor ofrece menos resistencia y daña menos la íntima, por lo tanto reduce la aparición de flebitis mecánica. **Por lo que el calibre será el menor necesario.**



Zonas de inserción del catéter

- Las venas de la mano presentan menor riesgo de flebitis que los de los brazos.
- Evitar flexura
- No canalizar en miembros superiores afectadas por cirugía, déficit sensitivo, edemas, fistulas arterio-venosas
- En adultos las extremidades inferiores tienen más riesgo de infección que en las superiores.

Infusión de fármacos indicados por vía periférica

Droga	pH	osmolaridad
Aceticistelna	7	nd
Adenosina	6,3-7,3	nd
Aminofilina	8,6-8,8	nd
Amoxicilina clavulánico	8,6-8,8	nd
Amfotericina b	5,3-6,5	nd
Atenolol	5,5-6,5	290
bencilpenicilina	5,0-7,5	227-245
Bumetadina	6,8-7,8	453
Carboplatino	5,7-7,0	94
Cefotaxima	5,0-7,5	319
Ceftazidima	5,0 8,0	isotónico
Ceftriaxona	6,6-6,7	nd
Cefuroxima	6,0-8,5	300
Ciclosporina	6,0-7,0	nd
Cidofovir	7,2	241-392
Clindamicina	5,5-7,0	268-305
Dexametasona	7,0-8,5	238-268
Digoxina	6,8-7,2	nd
Eritromicina	6,5-7,5	nd
Flucloxacilina	5,0-7,0	nd
Flucitosina	7,0-7,8	309
Acido folínico	6,5-8,5	nd
Furosemida	8,0-9,3	287-291
Granisetron	5,0-7,0	nd
Sodio heparina	5,0-8,0	270-392
Herceptin	5,4-6,6	nd
Hidrocorbisona	7,5-8,5	533
Ifosfamida	4,5-6,5	nd
Imipenem	6,6-7,5	nd
Insulina	7,7-8,0	isotónica
Lorazepam	no iones de hidrogeno	nd
Meropenem	7,3-8,3	nd
Metrotexato	8,5	isotónico
Metilprednisolona	7,1-8,0	nd
Metronidazole	6,0-7,0	310
Pamidronate disodium	6,3-6,5	nd
Piperacilina	5,5-7,5	nd
Tomudex	6,9-7,9	nd
Ranitidina	6,7-7,3	294
Rifampicina	7,8-8,8	nd
Rituximab	6,5-6,8	nd
Estreptocinasas	6,8-7,5	nd
Trimetoprima	5	244
Vitamina k	5,5-6,3	nd

Infusión de fármacos indicados por vía central

Droga	pH	osmolaridad
Aciclovir	10,5-11,6	319
Adrenalina	2,5-5,0	273
Ampicilina	8,0-10,0	620
Acido ascórbico	5,9-5,7	>2000
Atropina	3,0-6,5	nd
Claritromicina	5,0-5,5	nd
Diazepam	6,2-6,9	7775
Dopamina hcl	2,5-5,0	275
Flumazenil	4	nd
Acido fólico	8,0-11,0	186
Ganciclovir	11	320
Gentamicina	2,7-3,3	nd
Gentamicina	3,0-5,0	280-290
Glucagón	2,5-3,0	nd
Glucosa 10%	3,5-6,6	535
Glucosa 20%	3,5-6,5	1.110
Glucosa 50%	3,5-6,5	2.775
Gtn en 5% de glucosa	3,6-5,0	304
Gtn en 0,9%	3,6-5,0	612
Hydralazina	3,5-4,2	nd
Hierro-sucrosa	10,5-11,1	1.270
Isoprenalina	2,5-3,5	277-293
Kabiven 5/7/9 ntp	5,6	830
Kabiven 5/8/11/14	5,6	1.230
Labetalol	3,0-4,0	287
Liotironina	8,5-11,5	nd
Sulfato demagnesio	3,5-6,5	4.060
Manitol 10%	4,5	272
Metoclopramida	4,5-6,4	285
Midazolam	3	355
Sulfato de morfina	2,5-2,0	295
Naloxona hcl	3,0-4,0	301
Noradrenalina	3,0-4,0	nd
Ofloxacin	4,0-5,0	280-304
Omeprazol en 5% de glucosa	8,9-9,5	nd
Omeprazol en 0,9%	3,4-3,8	270
Oxaliplatino	4,8-5,7	nd
Oxitocina	3,0-4,0	24
Fenitoína	12	312-336
Cloruro potásico	4,0-8,9	4.000
Propofol	4,5-6,5	isotónico
Prostacilina	10,5	nd
Vancomicina	2,5-4,5	291
Vinblastina	3,0-5,0	278
Vincristina	3,5-5,5	610

Metodología:

R revisión bibliográfica. Bases de datos: PUBMED, CUIDEN, Scielo, Dialnet, Google Académico.

Conclusiones:

La correcta utilización ayuda a preservar el **capital venoso, que es limitado**, su correcto estado y mantenimiento influye en la calidad de vida del paciente

Resumen: Para la administración de fluidos vía endovenosa necesitamos como dispositivo de elección los catéteres venosos periféricos. Por ello, es muy importante que el personal de enfermería adquiera una excelente formación para la correcta elección de estos dispositivos.

A la hora de la correcta elección del catéter debemos tener en cuenta: el grosor de la vena, el fluido a infundir, la velocidad de perfusión, el calibre del catéter y la duración del tratamiento. Las complicaciones más comunes que encontramos frente a la mala elección del catéter son: la flebitis, la obstrucción y la extravasación del fármaco a infundir.

Palabras Clave: Catéter; Fluidoterapia; Flebitis.

Introducción:

Se conoce como terapia intravenosa a la administración de diversas sustancias al torrente sanguíneo con un catéter insertado en la luz del vaso.

Esta técnica va dirigida a la introducción de hemoderivados, medicamentos, STP y a alimentación mediante vía parenteral en pacientes que por diferentes circunstancias no pueden alimentarse por vía enteral.

Esta práctica es utilizada diariamente por la enfermería, por lo que es de gran importancia la formación de los profesionales sanitarios en su correcto uso.

Es muy importante a la hora de elegir un catéter tener en cuenta que el capital venoso, ya que no es ilimitado, no admite punciones repetidas, no es reemplazable.

Factores para una correcta elección:

- Vía periférica en caso de sustancias con una osmolaridad inferior a 500 y un pH de entre 5 y 9.
- Vía central en los casos cuya osmolaridad sea superior a 500 y el pH sea inferior a 5 o superior a 9.
- Las venas de la mano tienen un riesgo elevado de flebitis, al igual que la flexura.
- No se deben canalizar en miembros superiores afectados por una cirugía, o que presenten déficit sensitivo, edemas o fístulas arterio-venosas.
- En los adultos evitar los miembros inferiores ya que aumenta el riesgo de aparición de infecciones.
- Con un menor tamaño del catéter la técnica será menos agresiva y la calidad no se verá disminuida siempre y cuando la vena canalizada tenga un buen calibre.
- Con un grosor menor disminuiríamos las lesiones y la aparición de flebitis.
- Debemos tener en cuenta el tipo de fluido para elegir el calibre y la longitud.

- Un catéter corto se ve indicado en tratamientos de corta duración, poco agresivos y con el menor calibre posible.
- Si el tratamiento es superior a seis días valorar el uso de PICC.

Catéter venoso periférico corto:

- Presentan menos de 7cm, son insertados por venopunción en una vena principalmente de la mano o del brazo.
- Las preferentes para la implantación de un catéter, son: la basílica, es la mas gruesa, la cefálica, cubital y la braquial.
- Pueden permanecer de 72-96 horas siempre y cuando no haya signos de infección o de flebitis.
- Estos catéteres están indicación en tratamientos de corta duración (aproximadamente una semana) y con fármacos no irritantes.

Catéter venoso periférico de línea media:

- Presentan de 7 a 20 cm de longitud.
- Suelen insertarse en la fosa antecubital.
- Pueden permanecer de dos a cuatro semanas sin complicaciones.
- Indicados en tratamientos poco irritantes.

Técnica:

- Requiere una correcta higiene de manos y el uso de guantes.
- Utilizar un antiséptico cutáneo en la zona de punción. Preferentemente clorhexidina acuosa al 2%.
- Colocar el compresor de 10-20 cm encima de la zona de punción.
- Con la vena distendida introducir la aguja con el bisel hacía arriba, sujetando la piel. Tras canalizar la vena retrocedemos el fiador y progresaremos el catéter.
- Se retira el compresor y el fiador, siempre presionando por encima del punto de inserción.
- Conectamos la llave de tres vías.
- Fijamos el catéter.
- Heparinizamos la vía.

Cuidados enfermeros:

- Es muy importante que el personal sanitario evalué diariamente la zona de inserción, ya que si el paciente presentará algún signo de complicación habría que retirar el catéter.
- Dependiendo del catéter se debe cambiar el apósito al menos una vez a la semana.

- Se debe cambiar la llave de tres pasos cuando presente productos hemáticos.
- Limpiar los puertos de inyección con alcohol antes de conectar cualquier sistema.
- Cambiar el apósito en caso de mala sujeción o cuya higiene se vea comprometida.
- Retirar el catéter ante la presencia de irritación, flebitis, extravasación o infección.
- Retirar cualquier catéter que no sea necesario.

Complicaciones:

- La obstrucción se ocasiona por el taponamiento del catéter con un coagulo o por la precipitación de algunos fármacos. Es muy importante no forzar la entrada de ninguna sustancia en estos casos ya que lo que conseguiríamos sería la introducción del producto en el torrente sanguíneo. Lo más indicado en estos casos es la retirada del catéter, aunque en el caso de que se crea que está es debida a un coagulo podremos intentar extraerlo aspirando suavemente con una jeringa, las más indicadas son las de 2cc ya que no ejercen excesiva presión, o usando heparina.
- La extravasación conlleva la rotura de la vena por lo que el líquido a infundir se instala en los tejidos perivasculares produciendo irritación, quemazón y dolor. Esto suele deberse a la colocación del catéter en una región articulada o en pacientes con fragilidad vascular. Para minimizar los daños debemos intentar extraer mediante una jeringa el líquido extravasado, elevar el miembro y evitar los vendajes en esa zona.
- La flebitis es la inflamación de la vena canalizada, puede deberse a infecciones, una fijación inadecuada del catéter, calibre del catéter superior a al permitido por la vena elegida y la administración de soluciones alcalinas o ácidas. En caso de aparición deberemos aplicar frío en la zona, administrar analgésicos si precisa y elevar el miembro.

Conclusión:

El personal enfermero debe actuar de forma correcta tanto en la canalización como en el cuidado y la administración de fármacos en los catéteres venosos periféricos.

El capital venoso del paciente es limitado por lo que de nosotros depende la calidad de vida del paciente.

Bibliografía:

1. Noci Belda J, Barber Castaño L, Lucendo Villarím AJ, García Bachiller P. Vía venosa periférica. Uso adecuado. En: Carrero Caballero MV, coordinadora. Tratado de administración parenteral. 2º ed. Madrid: ROVI; 2013. p. 84-107.
2. Lebeaux D, Pilmis B. Monitoring and complications of venous Access. [monografía en Internet]. Francia: PubMed; 2015 [acceso 12 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26298918?report=docsum&format=text>.

3. Fernández García C, Mata Peón E. Incidencia y características de extravasaciones de vías venosas periféricas. *Metas Enfermería* [revista en Internet] 2015. [acceso 12 de Diciembre de 2015]; 18(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/new/cuiden/pdfgen.php>.
4. Gómez Neva E, Bayona JG, Roselli D. Flebitis asociada con accesos venosos periféricos en niños: revisión sistemática de la literatura. *Infectio Rvista de la asociación colombiana de infectología* [revista en Internet] Junio 2015 [acceso 15 de Diciembre de 2015]; 19(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922015000200008&lang=pt.
5. Carballo Álvarez M. Elección de un catéter de acceso periférico. *Rol de enfermería* [revista en Internet] 2004 [acceso 15 de Diciembre de 2015]; 27(6). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=917055>.

Capítulo XL

Cuidador informal: Tratamiento del enfermo con demencia

Autores:

Estela De Haro Moya

Sergio López Rivas

Helena Martínez Rodríguez

Eva María Molina Alañon

CUIDADOR INFORMAL: TRATAMIENTO DEL ENFERMO CON DEMENCIA



Aproximadamente el 80% de las personas con demencia vive con su familia, sin embargo, el cuidado del enfermo no suele ser compartido por todos los miembros de la familia.

El **cuidador principal** normalmente es una **mujer**, siendo fundamentalmente la esposa (77,6%) si el enfermo es un hombre, y si el enfermo es una mujer, su principal cuidador es, por regla general, su hija (65,9%). Además el cuidador suele convivir con el enfermo en el mismo espacio.

La tarea de cuidar a un enfermo de demencia supone un desgaste importante, produciéndose una serie de alteraciones, estas se pueden valorar con el **test de Zarit**.



OBJETIVOS:

Debemos evitar la aparición de los problemas anteriormente citados en el cuidador:

- Tomar conciencia de que tiene que cuidarse, buscar ayuda y dejarse ayudar.
- Involucrar a cuantos más miembros de la familia se puedan en el cuidado del enfermo.
- Adaptarse a los constantes cambios que conlleva esta enfermedad
- Informarse y formarse en técnicas para que el cuidado de su enfermo sea satisfactorio y evitar lesiones.

METODOLOGÍA:

En este trabajo revisamos la bibliografía disponible para mostrar a través de una valoración juiciosa y exhaustiva los problemas reales y potenciales en el cuidado del paciente con demencia a lo largo de su enfermedad, así como unos objetivos terapéuticos para finalmente realizar una intervención correcta

INTERVENCIONES:

1. INFORMACIÓN:

Desde el comienzo de la enfermedad, debe ser **clara y precisa** sobre las diferentes fases de la enfermedad, la evolución, los síntomas y las necesidades del enfermo. La familia será informada por el médico que diagnostica la enfermedad. Posteriormente las asociaciones de Alzheimer y los centros especializados.

→ **Inicio de la enfermedad:** mayor desgaste físico y emocional. Es importante que ya en la primera fase reciba información sobre los diferentes recursos existentes, como por ejemplo los centros de día, y sobre las dificultades que se puede encontrar.

→ **A medida que avanza la enfermedad** y se vaya produciendo un mayor deterioro cognitivo y físico será necesario recibir información y formación sobre las alteraciones de conducta y sobre higiene postural para evitar posibles lesiones al movilizar al enfermo en fase avanzada.

2. FORMACIÓN:

2.1. ACTUACIÓN FRENTE ALTERACIONES CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICAS DEL ENFERMO:

Útil para ayudar a los cuidadores a reducir los problemas asociados a la conducta del paciente es enseñarles "las cuatro Rs" del cuidado de la demencia:

- La **reafirmación**: útil en la eliminación de la confrontación, también ayudar al paciente a darse cuenta de que le rodea un entorno de apoyo y afecto.
- La **reorientación** permite al paciente saber dónde se encuentra y qué está haciendo.
- La **repetición** recuerda al paciente lo que sucederá en un futuro inmediato y lo que deberá hacer en cada circunstancia.
- La **redirección** disminuye los comportamientos problemáticos distrayendo la atención del paciente de una circunstancia enfurecedora y frustrante a otra de contenido emocional más benigno.

2.2. REHABILITACIÓN COGNITIVA DOMICILIARIA:

Los ejercicios de estimulación cognitiva se hacen generalmente en Centros de Día o residencias de ancianos, pero hay muchas técnicas que pueden hacerse en el domicilio. Deben adaptarse a los hábitos y costumbres del paciente, pero estas costumbres son también un recurso para organizar actividades.

También es importante fomentar hábitos intelectuales sanos ya adquiridos previamente. Todos los estudios demuestran que los hábitos intelectuales sanos enlentecen la progresión de la demencia (la lectura, los crucigramas, los juegos de mesa o tocar instrumentos musicales)

2.3. REHABILITACIÓN FUNCIONAL DOMICILIARIA:

A medida que avanza la enfermedad el cuidador necesitará formarse en determinadas técnicas para que el cuidado de su enfermo sea satisfactorio y evitar lesiones, tanto del enfermo como de sí mismo.

Durante los estadios leve y moderado, lo más importante es mantener la movilidad, es decir, mantener al familiar activo durante el mayor tiempo posible (bicicleta estática, dar paseos, colaborar en las actividades del hogar y autocuidado) para retrasar todo lo que se pueda la inmovilización y el encamamiento que aparece en un estadio más avanzado.

Cuando la enfermedad esté muy avanzada el cuidador se tendrá que formar en transferencias, cambios posturales y la movilización del anciano encamado

CONCLUSION:

El cuidador de un paciente con demencia sufre un desgaste importante durante el cuidado del enfermo pudiéndole ocasionar la aparición de alteraciones físicas, sociales, psicológicas o económicas. Para evitarlo el cuidador necesitará informarse y formarse para poder afrontar satisfactoriamente los problemas que surgirán a lo largo de la enfermedad.

VIII CONGRESO SATSE CIUDAD REAL, 19-20 DE NOVIEMBRE

Resumen: Aproximadamente el 80% de las personas con demencia vive con su familia, sin embargo, el cuidado del enfermo suele recaer en una única persona. El cuidador principal normalmente es una mujer, la esposa (77,6%) si el enfermo es un hombre, y si el enfermo es una mujer, generalmente es su hija (65,9%). La tarea de cuidar a un enfermo de demencia supone una sobrecarga importante, produciendo una serie de alteraciones físicas, sociales, psicológicas y económicas en el cuidador. Para evitarlo el cuidador necesitará informarse y formarse para afrontar satisfactoriamente los problemas que surgirán a lo largo de la enfermedad.

Palabras Clave: Cuidador informal; Demencia; Sobrecarga.

Sin duda alguna la familia es la principal fuente de cuidados de la persona que sufre algún tipo de dependencia. Si nos centramos en las personas con demencia se estima que aproximadamente el 80% vive con su familia, sin embargo, en la mayoría de casos, el cuidado del enfermo no es compartido por todos los miembros de la familia y suele ser uno sólo el que lo asume y el que va a sufrir las consecuencias negativas.

El cuidador principal normalmente es una mujer que, por lo general mantiene una relación de parentesco con el enfermo, siendo fundamentalmente la esposa (77,6%) en el caso de los hombres, y si el enfermo es una mujer, su principal cuidador es, por regla general, su hija (65,9%). Además el cuidador suele convivir con el enfermo en el mismo espacio.

La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar, ya que implica la realización de múltiples actividades que hacen que la vida del cuidador principal se vea determinada por esas tareas.

Alteraciones del cuidador:

Cuidar a un enfermo de Alzheimer supone un trabajo tanto físico como emocional que en la mayoría de las ocasiones va a suponer una sobrecarga importante, la cual produce una serie de alteraciones, estas alteraciones se pueden valorar con el test de Zarit y son las siguientes:

- Físicas: alteraciones del sueño, cefaleas, trastornos osteomusculares, úlcera gastroduodenal, etc.
- Psicológicas: Tristeza, depresión, ansiedad, irritabilidad.
- Sociales: A medida que avanza la enfermedad el cuidador tiene que dedicar cada vez más tiempo a su enfermo, esto provoca que aparezcan problemas de organización y de falta de tiempo para hacer el resto de tareas, ni siquiera para dedicarse tiempo a sí mismo. Conlleva a un aislamiento social y abandono de aficiones.
- Económicas: afecta al ámbito laboral del cuidador al no poder compatibilizar las tareas del cuidado con las obligaciones laborales, además hay que sumar a esto los materiales y los medicamentos que va a necesitar el enfermo a medida que avanza la enfermedad.

Objetivos:

Para evitar la aparición de los problemas anteriormente citados en el cuidador, debemos tener en cuenta los siguientes objetivos:

- Tomar conciencia de que tiene que cuidarse, buscar ayuda y dejarse ayudar.
- Involucrar a cuantos más miembros de la familia se puedan en el cuidado del enfermo.
- Adaptarse a los constantes cambios que conlleva esta enfermedad.
- Informarse y formarse en técnicas para que el cuidado de su enfermo sea satisfactorio y evitar lesiones.

Metodología:

En este trabajo revisamos la bibliografía disponible para mostrar a través de una valoración juiciosa y exhaustiva los problemas reales y potenciales en el cuidado del paciente con demencia a lo largo de su enfermedad, así como unos objetivos terapéuticos para finalmente realizar una intervención correcta

Intervenciones:

1. Información:

Es muy importante que los familiares de los enfermos de Alzheimer estén bien informados desde el comienzo de la enfermedad. La información debe ser clara y precisa sobre las diferentes fases de la enfermedad, la evolución, los síntomas y las necesidades del enfermo.

El primero que informa a la familia es el médico que diagnostica la enfermedad (habitualmente el neurólogo o el psiquiatra).

Posteriormente las asociaciones de Alzheimer y los centros especializados pueden ser de gran ayuda para informar y formar a los cuidadores.

Al comienzo de la enfermedad la falta de información provoca en el familiar un mayor desgaste físico y emocional. Es importante que ya en la primera fase reciba información sobre los diferentes recursos existentes, como por ejemplo los centros de día, y sobre las dificultades que se puede encontrar.

2. Formación:

A medida que avance la enfermedad y se vaya produciendo un mayor deterioro cognitivo y físico será necesario recibir información y formación sobre las alteraciones de conducta y sobre higiene postural para evitar posibles lesiones al movilizar al enfermo en fase avanzada.

2.1. Actuación frente alteraciones conductuales y psicológicas:

Un acercamiento útil para ayudar a los cuidadores a reducir los problemas asociados a la conducta del paciente es enseñarles “las cuatro Rs” del cuidado de la demencia: Reafirmación, Reo-

orientación, Repetición y Redirección.

- La reafirmación es útil en la eliminación de la confrontación, así como a la hora de ayudar al paciente a darse cuenta de que le rodea un entorno de apoyo y afecto.
- La reorientación permite al paciente saber dónde se encuentra y qué está haciendo.
- La repetición recuerda al paciente lo que sucederá en un futuro inmediato y lo que deberá hacer en cada circunstancia.
- La redirección disminuye los comportamientos problemáticos distrayendo la atención del paciente de una circunstancia enfurecedora y frustrante a otra de contenido emocional más benigno.

2.2. Rehabilitación cognitiva domiciliaria:

Los ejercicios de estimulación cognitiva se hacen generalmente en Centros de Día o residencias de ancianos, pero hay muchas técnicas que pueden hacerse en el domicilio.

Nos debemos adaptar a los hábitos y costumbres del paciente para organizar actividades. Además es importante fomentar hábitos intelectuales sanos ya adquiridos previamente ya que los estudios demuestran que los hábitos intelectuales sanos enlentecen la progresión de la demencia. La lectura, los crucigramas, los juegos de mesa o tocar instrumentos musicales son hábitos intelectuales protectores.

2.3. Rehabilitación funcional domiciliaria:

A medida que avanza la enfermedad el cuidador va a tener que ir adaptándose a los constantes cambios que conlleva esta enfermedad, e incluso será necesario que aprenda determinadas técnicas para que el cuidado de su enfermo sea satisfactorio y evitar lesiones, tanto del enfermo como de sí mismo.

Durante los estadios leve y moderado, lo más importante es mantener la movilidad, es decir, mantener al familiar activo durante el mayor tiempo posible.

El enfermo realizará actividades físicas como montar en bicicleta estática, dar paseos (utilizando las ayudas técnicas necesarias en cada momento), colaborar en las actividades del hogar y autocuidado... para retrasar todo lo que se pueda la inmovilización y el encamamiento que aparece en un estadio más avanzado.

Cuando la enfermedad esté muy avanzada nos tendremos que centrar en formar al cuidador acerca de transferencias, cambios posturales y la movilización del anciano encamado.

Conclusión:

El cuidador de un paciente con demencia sufre un desgaste importante durante el cuidado del enfermo pudiéndole ocasionar la aparición de alteraciones físicas, sociales, psicológicas o económicas. Para evitarlo el cuidador necesitará informarse y formarse para poder afrontar satisfactoriamente los problemas que surgirán a lo largo de la enfermedad.

Bibliografía:

1. Salvà A. El ejercicio mejora la movilidad en enfermedad de Alzheimer. Diario medico; Madrid. 30 de Septiembre de 2011: pag 13.
2. Martínez-Lage P, Cousido S, Moya MA, Alzheimer 2012: estimular el ingenio, reserva cognitiva y Alzheimer. Fundacion: Madrid; 2012.
3. Arrieta E, Fernández L, González V, Goñi M, Guerrero MT, López P, et al. Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria. Junta de Castilla y León: 2004. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/castillayleon-guiademencia-01.pdf>.
4. Sociedad española de Geriatria y Gerontología. Demencias en Geriatria. Novartis; 2009. Disponible en: <http://www.segg.es/sites/default/files/noticia/Libro%20Demencias%202009%203.pdf>.
5. Carretero V, Pérez C, Sánchez V, Balbás A, Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. Fundación PricewaterhouseCoopers: España; 2011. Disponible en: [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/1ED9C9C5E41D7BDBC1257919003FA90F/\\$FILE/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/1ED9C9C5E41D7BDBC1257919003FA90F/$FILE/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf).

Capítulo XLI

Cuidados de enfermería en la biopsia renal percutánea

Autores:

María Del Carmen García Schiaffino

María Elvira Migallón Buitrago

Juana María Mora Gil

Francisco Antonio Torres Martín.

CUIDADOS de ENFERMERIA en la BIOPSIA RENAL PERCUTANEA

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

- ✓ Colaborar en la realización de la biopsia renal percutánea, intentando conseguir el mejor resultado el menor tiempo, con el mínimo riesgo y el máximo confort posible para el paciente, los ejecutantes y colaboradores
- ✓ Prevenir posibles complicaciones durante y post-biopsia con una planificación adecuada de los cuidados de enfermería

METODOLOGIA

- Revisión bibliográfica sobre cuidados de enfermería en protocolos y planes de cuidados de enfermería en la biopsia renal percutánea.
- Búsqueda nomenclatura NANDA NOC NIC

DIAGNOSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
00146 ANSIEDAD r/c Amenaza de cambio en el rol, estado de salud, los patrones de interacción, funciones de rol, el entorno y situación económica	1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD	7310 CUIDADOS ENFERMERIA AL INGRESO 5820 DISMINUIR LA ANSIEDAD 1850 FAVORECER EL SUEÑO	Presentarse a sí mismo Abrir historia comprobando datos del paciente Realizar valoración inicial por necesidades Comprobar consentimiento informado Facilitar información pertinente por escrito Escuchar con atención Ajustar ambiente (luz, ruido, T°) para favorecer el sueño
00148 TEMOR r/c Déficit de conocimientos	1404 CONTROL DEL MIEDO	5580 INFORMACION SENSORIAL PREPARATORIA 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	Informar al paciente/familia acerca de cuando, donde tendrá lugar el procedimiento Explicar procedimiento Describir rutinas preoperatorias. (Ayunas de 9h, aseó del paciente) Dar la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA r/c Prescripción restricción de movimientos	1811 ACTIVIDAD PRESCRITA	1804 AYUDA CON AUTOCUIDADOS (ASEO) 1804 AYUDA CON AUTOCUIDADOS BAÑO/HIGIENE	Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO r/c falta movilidad	0501 ELIMINACION INTESTINAL	0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO	Vigilar aparición signos y síntomas de estreñimiento
00047 RIESGO DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTANEA r/c inmovilización	1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3590 VIGILANCIA DE LA PIEL	Observar si hay enrojecimiento o pérdida integridad de la piel Observar si hay fuentes de presión y fricción
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	1102 CURACION DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCION	3440 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION	Aplicar antiséptico, según prescripción Observar si hay signos de infección en la zona de incisión Enseñar al paciente y familia los cuidados de sitio de incisión.
00004 RIESGO DE INFECCION	0702 ESTADO INMUNE	6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES 6650 VIGILANCIA	Proporcionar una habitación privada Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada
00132 DOLOR AGUDO	1605 CONTROL DEL DOLOR 2102 NIVEL DEL DOLOR	1400 MANEJO DEL DOLOR 2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS	Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición, duración, severidad.
000206 RIESGO DE SANGRADO	0413 SEVERIDAD PERDIDA DE SANGRE	4010 PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS 6680 MONITORIZACION DE SIGNOS VITALES	Control periódico de presión sanguínea, pulso temperatura y estado (cada 30 min la primera hora y cada hora las 4h siguientes)

MATERIAL NECESARIO



MOMENTO PUNCIÓN CON TROCAR



AVISAR A NEFROLOGO SI:
 HEMATURIA
 SIGNOS DE SHOCK
 DOLOR LUMBAR Y MAREO



COLOCACION DEL PACIENTE

REQUERIMIENTOS TERAPEUTICOS

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
4190 PUNCIÓN IV (se realiza el día previo)	Realizar técnica séptica estricta Seleccionar vena apropiada Elegir calibre adecuado (18G), si es posible
4200 TERAPIA IV	Observar permeabilidad de vía antes de administrar medicación I.V. Administrar medicamentos según prescripción. (Durante la biopsia se administra suero fisiológico a 100 ml/h)
7680 AYUDA A LA EXPLORACION	Crear un ambiente de intimidad Reunir el equipo correspondiente Colocar al paciente en la posición adecuada Asegurar disponibilidad de equipos y medicamentos de urgencia antes del procedimiento Preparar sitio de punción (con povidona yodada de dentro hacia fuera en círculos) Recoger, etiquetar, disponer muestras. (la muestra hay que limpiarla en papel secante con suero fisiológico, introducirla en bote de cultivo, rellenar hasta la mitad y taponar.) Proporcionar cuidados y vendajes en el sitio de punción. (realizar hemostasia mediante presión 10 min. Colocar gasas abundantes y con esparadrapo compresivo realizar vendaje que abarque la circunferencia abdominal) Instruir al paciente sobre cuidados posteriores. (debe estar 24h en decúbito supino)

CONCLUSIONES

Los cuidados de enfermería en la biopsia renal son continuos y muy importantes sobre todo en la detección de posibles complicaciones que pueden ser muy graves si no se realiza una detección precoz. Por ello es importante saber como actuar en cada momento del procedimiento para que todo salga de forma satisfactoria para todos

Resumen: *Introducción y objetivos. La biopsia renal es un procedimiento que consiste en la extracción de una muestra de tejido renal bajo control ecográfico para su estudio anatomopatológico. Enfermería antes, durante y después del procedimiento es fundamental para evitar posibles complicaciones ya que seremos los primeros en detectar alteraciones y cambios en la monitorización del paciente.*

Metodología y resultado. Mediante revisión bibliográfica y nuestra experiencia profesional diseñamos un plan de cuidados estandarizado para proporcionar a enfermería unos criterios para detectar posibles problemas reales y potenciales en el paciente sometido a biopsia renal y ofrecer así una mejor calidad de los cuidados.

Palabras Clave: *Biopsia; Enfermería; Riñón.*

Introducción:

La biopsia renal percutánea consiste en la extracción de una muestra de tejido renal, mediante punción con trocar y bajo control ecográfico, para su posterior estudio anatomopatológico.

Como en cualquier procedimiento invasivo la biopsia renal percutánea tiene unos riesgos y se pueden producir complicaciones que pueden llegar a ser muy graves. Las complicaciones de la biopsia renal son:

- Dolor en zona de punción.
- Mareo e hipotensión durante la biopsia.
- Hematuria macroscópica.
- Presencia de hematoma perirrenal .
- Hemorragia que si no se controla puede llegar a nefrectomía.
- Formación de fistula arteriovenosa; : la mayoría son transitorias y asintomáticas, pero si llegan a ser persistentes pueden llevar a nefrectomía parcial o total.
- Infección, absceso renal y septicemia.
- Complicaciones mas raras son ruptura renal, laceración aórtica o de la arteria renal.

Objetivos:

- Colaborar en la realización de la biopsia renal percutánea, intentando conseguir el mejor resultado en el menor tiempo, con el mínimo riesgo y el máximo confort posible para el paciente, los ejecutantes y colaboradores.
- Prevenir posibles complicaciones durante y post-biopsia con una planificación adecuada de los cuidados de enfermería.

Metodología:

Hemos elaborado un plan de cuidados estandarizado teniendo en cuentas las características del paciente tipo que suele realizarse este procedimiento basandonos en una revisión bibliográfica de otros planes de cuidados y nuestra propia experiencia.

Así tras realizar una valoración de enfermería se detectaron los siguientes Diagnósticos de Enfermería, planificamos los objetivos a conseguir realizando las oportunas intervenciones de enfermería y actividades:

- Diagnóstico: 00146 ANSIEDAD.
- Criterio de resultado NOC: 1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD.
- Intervención a realizar NIC: 7310 CUIDADOS ENFERMERIA AL INGRESO; 5820 DISMINUIR LA ANSIEDAD; 1850 FAVORECER EL SUEÑO.
- Actividades:
 - Presentarse a si mismo.
 - Abrir historia comprobando datos del paciente.
 - Realizar valoración inicial por necesidades.
 - Comprobar consentimiento informado.
 - Facilitar información pertinente por escrito.
 - Escuchar con atención.
 - Ajustar ambiente.
- Diagnóstico: 00148 TEMOR.
- Criterio de resultado NOC: 1404 CONTROL DEL MIEDO.
- Intervención a realizar NIC: 5580 INFORMACION SENSORIAL PREPARATORIA; 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO; 5618 ENSEÑANZA:PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO.
- Actividades:
 - Informar al paciente/familia acerca de cuando,donde tendrá lugar el procedimiento.
 - Explicar procedimiento.
 - Describir rutinas preoperatorias. (Ayunas de 9h, aseo del paciente).
 - Dar la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos.
- Diagnóstico: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA.
- Criterio de resultado NOC: 1811 ACTIVIDAD PRESCRITA.
- Intervención a realizar NIC: 1804 AYUDA CON AUTOCUIDADOS(ASEO); 1801 AYUDA CON AUTOCUIDADOS BAÑO/HIGIENE.
- Actividades: Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Diagnóstico: 00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO.
- Criterio de resultado NOC: 0501 ELIMINACION INTESTINAL.
- Intervención a realizar NIC: 0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO.
- Actividades: Vigilar aparición signos y síntomas estreñimiento.
- Diagnóstico: 00047 RIESGO DETERIORO DEINTEGRIDAD CUTANEA.

- Criterio de resultado NOC: 1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIELY MEMBRANAS MUCOSAS.
- Intervención a realizar NIC: 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL.
- Actividades:
 - Observar si hay enrojecimiento o pérdida de la integridad de la piel.
 - Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Diagnóstico: 00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.
- Criterio de resultado NOC: 1102 CURACION DE LA HERIDA:POR PRIMERA INTENCION.
- Intervención a realizar NIC: 3440 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION.
- Actividades:
 - Aplicar antiséptico, según prescripción.
 - Observar si hay signos de infección en la zona de incisión.
 - Enseñar al paciente y familia los cuidados de sitio de incision.
- Diagnóstico: 00004 RIESGO DE INFECCIÓN.
- Criterio de resultado NOC: 0702 ESTADO INMUNE.
- Intervención a realizar NIC:6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES; 6650 VIGILANCIA.
- Actividades:
 - Proporcionar una habitación privada.
 - Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada.
- Diagnóstico:00132 DOLOR AGUDO.
- Criterio de resultado NOC: 1605 CONTROL DEL DOLOR; 2102 NIVEL DEL DOLOR.
- Intervención a realizar NIC: 1400 MANEJO DEL DOLOR; 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGESICOS.
- Actividades: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición, duración y severidad.
- Diagnóstico: 000206 RIESGO DE SANGRADO.
- Criterio de resultado NOC: 0413 SEVERIDAD PERDIDA DESANGRE.
- Intervención a realizar NIC: 4010 PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS; 6680 MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.
- Actividades:
 - Control periódico de presión sanguínea, pulso,temperatura y estado(cada 30 min la primera hora y cada hora las 4h siguientes).

Se incluyen tambien los siguientes requerimientos terapeuticos:

- Intervención a realizar NIC: 4190 PUNCIÓN IV(se realiza el dia previo).

- Actividades :
 - Realizar técnica séptica estricta.
 - Seleccionar vena apropiada.
 - Elegir calibre adecuado (18G),si es posible.
- Intervención a realizar NIC: 4200 TERAPIA IV.
- Actividades:
 - Observar permeabilidad de vía antes de administrar medicación i.v.
 - Administrar medicamentos según prescripción. (Durante la biopsia se administra suero fisiológico a 100 ml/h).
- Intervención a realizar NIC: 7680 AYUDA A LA EXPLORACIÓN.
- Actividades:
 - Crear un ambiente de intimidad.
 - Reunir el equipo correspondiente.
 - Colocar al paciente en la posición adecuada.
 - Asegurar disponibilidad de equipos y medicamentos de urgencia antes del procedimiento.
 - Preparar sitio de punción(con povidona yodada de dentro hacia fuera en círculos).
 - Recoger,etiquetar,disponer muestras. (la muestra hay que limpiarla en papel secante con suero fisiológico,introducirla en bote de cultivo,rellenar hasta la mitad y tapar).
 - Proporcionar cuidados y vendajes en el sitio de punción.(realizar hemostasia mediante presión 10 min. Colocar gasas abundantes y con esparadrapo compresivo realizar vendaje que abarque la circunferencia abdominal.
 - Instruir al paciente sobre cuidados posteriores.(debe estar 24h en decúbito supino).

Conclusiones:

Los cuidados de enfermería en la biopsia renal son continuos y muy importantes sobre todo en la detección de posibles complicaciones que pueden ser muy graves si no se realiza una detección precoz. Por ello es importante saber como actuar en cada momento del procedimiento para que todo salga de forma satisfactoria para todos.

Bibliografía:

1. Rafael Fernández Castillo, Ruth Fernández Gallegos. Protocolo de actuación de enfermería en la biopsia renal. Nure investigación, N°32, Enero-Febrero 2008. nº 32. Disponible en: http://www.fuden.es/fivheros_administrador/protocolo/protocolo_3229112007131128.pdf.
2. 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.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Madrid Elsevier, 2009.

Capítulo XLII

Cuidados de enfermería en pacientes geriátricos con nutrición enteral

Autores:

Francisco Almodóvar Mozos

Laura Chaves Ramos

Angel José Hernández Arenas

Encarnación Romero Bolaños

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con nutrición enteral (NE) requieren de unas habilidades y conocimientos específicos por parte de los profesionales de enfermería para realizar un manejo correcto y evitar posibles complicaciones. Los protocolos o guías de actuación son instrumentos que ayudan a homogeneizar los cuidados y potenciar la seguridad de los pacientes. Dentro de este marco es importante unificar y consensuar los criterios en base a la evidencia científica disponible, que sirvan de guía en el quehacer diario de los profesionales.

OBJETIVOS:

- Desarrollar conocimientos específicos sobre NE en pacientes geridtricos.
- Unificar los cuidados, el manejo y las complicaciones más frecuentes derivadas del uso de NE.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. El estudio está clasificado en varios aspectos:

- 1- Cuidados generales de los diferentes dispositivos.
- 2- Medición del residuo gástrico.
- 3- Posición del paciente durante la administración.
- 4- Administración y conservación del preparado.
- 5- Resolución de complicaciones.

RESULTADOS:

• *Cuidados generales y específicos de SNG (sonda nasogástrica) y PEG (gastrostomía percutánea):*



Generales:

Cepillarlos dientes y enjuagar la boca mínimo dos veces al día, higiene de manos, administrar la medicación líquida /triturada con aporte de agua antes y después, limpiar a diario el terminal de la sonda (no utilizar alcohol, ni acetona).

Específicos SNG: comprobar colocación a diario, movilizar cambiando puntos de apoyo y fijándola nuevamente a nariz o mejilla.

Específicos del PEG: verificar a diario la colocación de la sonda (la marca en cm.) y comprobar que gira hacia dentro y fuera de la piel con facilidad. Revisar la estanqueidad del globo de la sonda cada 15-20 días.

Cuidados del estoma: los primeros 15 días lavar con suero, posteriormente limpiar con agua y jabón y mantener siempre seco.

No poner apósito sobre la sonda ni debajo del soporte externo salvo que supure.

• Medición del residuo gástrico:

C/6 horas en nutrición continua.

Antes de cada toma en nutrición intermitente durante las primeras 48 horas y posteriormente una vez al día.

Siempre que refiera sensación de plenitud o náuseas.

El procedimiento a seguir consiste en parar la NE 15 minutos, lavar con 20cm de agua y aspirar. Si el contenido es <50cm (buena tolerancia) y si es >200cm (intolerancia) en este último caso retrasar la administración 1 hora y volver a comprobar.

• Posición adecuada del paciente.

Antes y durante su administración el paciente debe estar semisentado a 30-45° de inclinación o sentado y mantener así hasta una hora después. El envase debe estar 50cm por encima de la cabeza del paciente.



• Tiempo, modo de administración y conservación de la NE:

En NE continua según pauta médica y en NE intermitente nunca <15 minutos.

Tiempo recomendado de 30 minutos a 2 horas, dependiendo de la cantidad.

Administrar a temperatura ambiente y mantener el preparado en lugar fresco, seco y protegido de la luz. La NE en bolos se conserva en nevera.



• Aporte de agua: según prescripción médica y siempre que el paciente refiera sed.

• *Complicaciones que pudieran surgir y resolución de las mismas:*

Obstrucción de la sonda: Administrar agua tibia o solución carbonatada.

Náuseas, vómitos, diarrea: disminuir flujo y si no cede suspender 2-3 horas. Avisar.

Broncoaspiración: parar NE y avisar a médico responsable.

Inflamación, enrojecimiento o dolor en zona del estoma: avisar.



CONCLUSIONES:

Los cuidados de enfermería en los pacientes geriátricos con NE, son el pilar fundamental para establecer y mantener una nutrición adecuada y de calidad. El uso colectivo de unos protocolos consensuados y unificados es la herramienta más eficaz en seguridad de pacientes.

Resumen: Los pacientes con nutrición enteral requieren de unas habilidades y conocimientos específicos por parte de los profesionales de enfermería para realizar un manejo correcto a la hora de la administración de la nutrición y así evitar posibles complicaciones.

Los protocolos o guías de actuación son instrumentos que ayudan a homogeneizar los cuidados y potenciar la seguridad de los pacientes.

Dentro de este marco es importante unificar y consensuar los criterios, en base a la evidencia científica disponible, que sirvan de guía en el quehacer diario de los profesionales.

Palabras Clave: Nutrición enteral; Sonda nasogástrica; Gastrostomía percutánea (PEG).

Los objetivos de este trabajo consistirían en desarrollar conocimientos específicos sobre nutrición enteral en pacientes geriátricos y unificar los cuidados, el manejo y las complicaciones más frecuentes derivadas del uso de la nutrición enteral.

Nos encontraríamos por tanto, ante un estudio observacional, descriptivo y transversal, clasificado en varios aspectos:

- Cuidados generales de los diferentes dispositivos.
- Medición del residuo gástrico.
- Posición del paciente durante la administración.
- Administración y conservación del preparado.
- Resolución de complicaciones.

En cuanto a los resultados obtenidos, los clasificaríamos en los siguientes apartados:

- Cuidados generales y específicos de la sonda nasogástrica y la PEG: cepillar dientes y enjuagarlos 2 veces al día, higiene de manos, administrar la medicación líquida o triturada, comprobar la colocación de la SNG a diario, movilizarla cambiando puntos de apoyo, verificar la colocación de la PEG, revisar la estanquidad del globo cada 15-20 días...
- Cuidados del estoma: los primeros 15 días lavar con suero, luego con agua y jabón manteniendo siempre la zona seca.
- Medición del residuo gástrico: cada 6 horas en nutrición continua en nutrición intermitente, durante las primeras 48 horas y luego diariamente.
- Posición adecuada del paciente: antes y después de la administración, el paciente debe estar semisentado a 30-45º de inclinación o sentado y mantenerse así hasta una hora después. El envase debe estar 50 cm por encima de la cabeza del paciente.
- Tiempo, modo de administración y conservación de la nutrición enteral: en nutrición enteral continua según pauta médica y en intermitente nunca menos de 15 minutos. El tiempo recomendado es de 30 minutos a 2 horas dependiendo de la cantidad a administrar. Administrar

el preparado a temperatura ambiente y mantenerlo en lugar seco, fresco y protegido de la luz. La nutrición enteral en bolo se conserva en nevera.

- Aporte de agua: según prescripción médica y siempre que el paciente refiera sed.
- Complicaciones que pudieran surgir y resolución de los problemas: en caso de obstrucción de la sonda administrar agua tibia o solución carbonatada. Si el paciente refiere náuseas o vómitos o diarrea, disminuir flujo y si persisten suspender 2-3 horas. En caso de broncoaspiración, parar la nutrición y avisar al médico, así como en el caso de inflamación, enrojecimiento o dolor en la zona del estoma.

Como conclusiones, habría que indicar que los cuidados de enfermería en pacientes geriátricos con nutrición enteral, son el pilar fundamental para establecer y mantener una nutrición adecuada y de calidad.

El uso colectivo de unos protocolos consensuados y unificados es la herramienta más eficaz en la seguridad de los pacientes.

Bibliografía:

1. Celaya Pérez, S.: Nutrición enteral en geriatría. *Geriatrka* 1999; 15(4): 17-23.
2. Serra Rexach, J.A.: Factores de riesgo de malnutrición en el anciano. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2000; 35 (S4): 9-14.
3. Capo, M.: Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada. Barcelona: Ed. Novartis Consumer Health 2002.
4. Montoro, J.B.; Suñer, M.; Salgado,A.: Interacciones medicamentos en nutrición enteral. Barcelona: Ed. Novartis Consumer Health 2003.

Capítulo XLIII

Cuidados del paciente ambulatorio pre y post cateterismo diagnóstico vía radial llevados a cabo en el laboratorio de hemodinámica

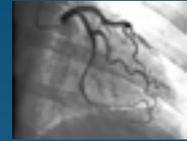
Autores:

María Gonzalo López

Cristina Sánchez Escribano

CUIDADOS DEL PACIENTE AMBULATORIO PRE Y POST CATETERISMO DIAGNOSTICO VÍA RADIAL LLEVADOS ACABO EN EL LABORATORIO DE HEMODINAMICA

OBJETIVO: El objetivo de este artículo es dar a conocer los cuidados enfermería presta a los pacientes que van a ser sometidos a un cateterismo cardíaco diagnóstico; desde su recepción , cuando vienen de su domicilio, hasta que se va de alta del servicio de hemodinámica, así como la detección y tratamiento de las posibles complicaciones.



METODOLOGÍA: Cateterismo es una prueba que permite diagnosticar la enfermedad de las arterias del corazón y, en su caso, proceder a su tratamiento. También permite estudiar y tratar las válvulas del corazón y determinar la extensión y la severidad de la enfermedad. Consiste en la introducción de unos catéteres hasta el corazón, mediante control radioscópico, por los que se inyecta contraste para la visualización de las arterias coronarias y estructuras vecinas. Existen dos tipos de indicaciones: cateterismo cardíaco diagnóstico y el terapéutico.



INTERVENCIONES:

CUIDADOS PRE CATETERISMO:

- Recepción del paciente y su familia en el servicio, presentándonos con nombre apellidos y categoría.
- Conocer el nivel de conocimientos previo que tiene el paciente relacionado con el cateterismo y poder evaluar tanto su ansiedad como la de su familia.
- Explicarle tanto al paciente como a su familia el procedimiento y los pasos a seguir hasta que se realice la intervención , en términos simples , procurando dar respuesta a las preguntas del mismo y a sus inquietudes.
- Facilitar al paciente un camión hospitalario y utensilios para que el paciente deposite sus ropas y pertenencias.
- Verificar la documentación y datos necesarios para la prueba:
- Confirmar que se firmado el consentimiento informado.
- Comprobar que se han llevado a cabo todas las pruebas complementarias prescritas por el médico.
- Revisar datos analíticos haciendo especial hincapié en la coagulación , y en el perfil renal (urea y creatinina).
- Comprobar si se han modificado las pautas de anticoagulación/antiagregación prescritas. En caso de que tome Sintrom debe retirarlo 48 horas antes.
- En caso de pacientes diabéticos tratados con Dianbem, suspender este 48h antes.
- Comprobar peso y talla..
- Retirarle todas las joyas y entregárselas a la familia. Retirar también las prótesis dentales . Conservar las gafas y audífonos para evitar desorientar y aislar al paciente y por tanto a aumentar su ansiedad.
- Revisar la presencia de esmalte de uñas de manos y pies y maquillaje, en caso afirmativo retirarlo.
- Preguntar y revisar si se ha rasurado de forma adecuada las zona de punción, en caso de paciente ambulatorio, zona de muñeca y antebrazo derecho (radial derecha) y ambas ingles.
- Higiene corporal completa.
- Canalizar vía venosa periférica .
- Corroborar que el paciente está en ayunas de alimentos sólidos al menos de 6 horas.

CUIDADOS POST CATETERISMO:

- Evaluar vendaje compresivo o dispositivo mecánico (TR-band) para hemostasia y zona perilesional en busca de signos y síntomas de sangrado e isquemia (palidez, frialdad, hormigueos , pérdida de sensibilidad y /o dolor). En caso de portar TR-band retirar antes de irse y poner un vendaje compresivo.



- Colocar al paciente en un lugar cómodo ya que permanecerá en el laboratorio hasta pasadas dos horas desde la administración de la heparina (administrada en el coctel espasmolítico que se utiliza en vía radial).
- Mantener el brazo elevado mediante un cabestrillo.
- Facilitar la administración de líquidos para la pronta eliminación del contraste.
- Dar recomendaciones:
 - Mantener el brazo donde se ha pinchado inmovilizado durante al menos 2 horas después de terminar el cateterismo.
 - No levantar peso ni hacer esfuerzos con el brazo afectado hasta aproximadamente 48 horas después del cateterismo.
 - Tomar abundante líquido para facilitar la eliminación del contraste ya que lo hace por la orina.
 - Retirar el vendaje compresivo al día siguiente tras mojarlo con abundante agua templada.
- Registro de actividades de enfermería.
- Al alta dar el informe de alta de enfermería.

CONCLUSIONES:

- El cateterismo por vía radial es una técnica menos traumática para el paciente y permite una mas rápida recuperación. Esta intervención posee menos secuelas y complicaciones lo que la convierte en una técnica segura, cómoda y eficaz.
- Gracias a los cuidados integrales, la enfermería desempeña un papel esencial en el bienestar del paciente antes , durante y después del procedimiento.

<http://www.diarioenfermero.es>
<http://http://www.enfermeriacardiollogia.com/publicaciones/2014/04/22/3030/>
www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f529d555a2540c7c48c6f7823693b272.pdf

Resumen: En este artículo se muestran los cuidados de enfermería que se prestan a los pacientes que van a ser sometidos a un cateterismo cardíaco, así como las intervenciones que se llevan a cabo durante todo el proceso de modo que el paciente se sienta atendido en todo momento, cubriendo sus necesidades tanto físicas como psicológicas. Para ello, desarrollaremos todos los cuidados necesarios en todas las fases del cateterismo así como las recomendaciones médicas indicadas para que el procedimiento se lleve a cabo con éxito.

Palabras Clave: Cateterismo cardíaco; Arteria radial; Hemodinámica.

Objetivo:

El objetivo de este artículo es dar a conocer los cuidados que enfermería presta a los pacientes que van a ser sometidos a un cateterismo cardíaco diagnóstico; desde su recepción, cuando vienen de su domicilio, hasta que se van de alta del servicio de Hemodinámica, así como la detección y tratamiento de las posibles complicaciones.

Metodología:

El cateterismo cardíaco es una prueba que permite diagnosticar la enfermedad de las arterias del corazón y, en su caso, proceder a su tratamiento. También permite estudiar y tratar las válvulas del corazón y determinar la extensión y severidad de la enfermedad. Consiste en la introducción de unos cateteres hasta el corazón mediante control radioscópico, por los que se inyecta contraste para la visualización de las arterias coronarias y estructuras vecinas. Existen dos tipos de indicaciones: cateterismo cardíaco diagnóstico y terapéutico.

Intervenciones:

- Cuidados precateterismo:
 - Recepción del paciente y su familia en el servicio, presentándonos con nombre, apellidos y categoría.
 - Conocer el nivel de conocimientos previo que tiene el paciente relacionado con el cateterismo y poder evaluar tanto su ansiedad como la de su familia.
 - Explicarle tanto al paciente como a su familia el procedimiento y los pasos a seguir hasta que se realice la intervención en términos simples, procurando dar respuesta a sus preguntas e inquietudes.
 - Facilitar al paciente un camisón hospitalario y utensilios para que deposite su ropa y pertenencias.
 - Verificar la documentación y datos necesarios para la prueba.
 - Confirmar que se ha firmado el consentimiento informado.
 - Comprobar que se han llevado a cabo todas las pruebas complementarias prescritas por el médico.

- Revisar datos analíticos haciendo especial hincapié en la coagulación y en el perfil renal (urea y creatinina).
 - Comprobar si se han modificado las pautas de anticoagulación/antiagregación prescritas. En caso de que tome Sintrom debe retirarlo 48 horas antes.
 - En caso de pacientes diabéticos tratados con metformina debe suspenderlo 48 horas antes y después de la intervención.
 - Comproba peso y talla.
 - Retirarle todas las joyas y entregárselas a la familia. Retirar también las prótesis dentales. Conservar las gafas y audífonos para evitar desorientar y aislar al paciente y aumentar así su ansiedad.
 - Revisar la presencia de esmalte de uñas de manos y pies y maquillaje y en caso afirmativo retirarlo.
 - Preguntar y revisar si se ha rasurado de forma adecuada las zonas de punción (zona de muñeca y antebrazo derecho y ambas ingles).
 - Higiene corporal completa.
 - Canalizar vía venosa periférica.
 - Corroborar que el paciente está en ayunas de alimentos sólidos al menos 6 horas.
- Cuidados postcateterismo:
- Evaluar vendaje compresivo o dispositivo mecánico (TR-band) para hemostasia y zona perilesional en busca de signos y síntomas de sangrado e isquemia (palidez, frialdad, hormigueos, pérdida de sensibilidad y/o dolor). En caso de portar TR-band retirar antes de irse y poner un vendaje compresivo.
 - Colocar al paciente en un lugar cómodo ya que permanecerá en el laboratorio hasta pasadas dos horas desde la administración de la heparina (administrada en el coctel espasmolítico que se utiliza en vía radial).
 - Mantener el brazo elevado mediante un cabestrillo.
 - Facilitar la administración de líquidos para la pronta eliminación del contraste.
 - Dar recomendaciones:
 - Mantener el brazo donde se ha pinchado inmovilizado durante al menos 2 horas después de terminar el cateterismo.
 - No levantar pesos ni hacer esfuerzos con el brazo afectado hasta aproximadamente 48 horas después del cateterismo.
 - Tomar abundante líquido para facilitar la eliminación del contraste ya que se hace por la orina.
 - Retirar el vendaje compresivo al día siguiente tras mojarlo con abundante agua templada.

- Realizar registros de actividades de enfermería.
- Al alta dar el informe de alta de enfermería.

Conclusiones:

El caterismo por vía radial es una técnica menos traumática para el paciente y permite una más rápida recuperación. Esta intervención posee menos secuelas y complicaciones, lo que la convierte en una técnica segura, cómoda y eficaz.

Gracias a los cuidados integrales, la enfermería desempeña un papel esencial para el bienestar del paciente antes, durante y después del procedimiento.

Bibliografía:

1. Muñoz A. Informar y vigilar, claves enfermeras ante el cateterismo cardíaco y la angioplastia coronaria. Diario Enfermero. (revista en Internet) 12 agosto 2015 (consultado noviembre 2015). Disponible en www.diarioenfermero.es/informar-y-vigilar-claves-enfermeras-ante-el-cateterismo-cardiaco-y-la-angioplastia-coronaria.
2. Argibay Pytlik V, Gómez Fernández M, Jiménez Pérez R, Santos Vélez S, Serrano Poyato C (eds.). Manual de Enfermería en Cardiología Intervencionista y Hemodinámica (monografía en Internet). Protocolos unificados, s.l. [Vigo], Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2007, 416 pp., 24 x 17 cm.— D.L. VG-0000-2007. Actualización jueves, 17 julio 2014 (consultado noviembre 2015). Disponible en www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/hemo.
3. García García J, Ruiz García MJ, Zúñiga Naranjo E. Protocolo de cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo diagnóstico y terapéutico (monografía en Internet). Protocolos de Enfermería de la Unidad de Hemodinámica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Revisado en 2011 (consultado noviembre 2015). Disponible en www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos.
4. Sánchez E. Protocolo de cuidados en enfermería postcateterismo (monografía en Internet). Unidad de Hemodinámica Hospital Meixoeiro de Vigo; 2011 (consultada noviembre 2015). Disponible en www.cuidandote.net/2011/08/protocolo-de-cuidados-en-enfermeria-postcateterismo.

Capítulo XLIV

Cuidados en el trasplante de médula ósea mediante C.G.S.P.

Autores:

María Dolores Baos Aranda

Lucía Díaz López

Sheila Díaz Molina

María Del Rosario Gormaz Sevilla

Luisa López De La Reina Mateos De La Higuera

Rocío Sánchez Gómez

CUIDADOS EN EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA MEDIANTE C.G.S.P.

El proceso de trasplante de Células Germinales de Sangre Periférica comprende varias fases.

FASE DE MOVILIZACIÓN

Se estimula la producción de CGSP mediante dos técnicas: empleo de factores de crecimiento hematopoyéticos solos o en combinación con quimioterapia.

FASE DE AFÉRESIS

Recogida de las CGSP mediante separadores celulares comerciales programados para recolectar linfocitos o leucocitos de baja densidad que se guardan en una bolsa para sangre y se conservan en frío a -196°C con dimetilsulfato como crioprotector. El resto de los componentes sanguíneos se devuelven al paciente.

FASE DE ACONDICIONAMIENTO

Preparación del paciente para la recepción. Administración de quimioterapia a altas dosis en distintos regímenes y duración con el fin de:

- Acabar con la enfermedad maligna.
- Destruir el estado inmunológico preexistente del paciente.
- Crear espacio en la cavidad medular para la proliferación de las células germinales.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Control de síntomas, prevención de complicaciones mayores y comodidad del paciente.

- Correcta administración de citostáticos (dosis/cantidad/tiempo).
- Vigilancia del balance hídrico, a fin de identificar síntomas de deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico.
- Observancia de características macroscópicas y microscópicas en orina y heces.
- Vigilancia de signos vitales y estado hemodinámico.
- Atender las necesidades emocionales y afectivas del paciente y su familia.

**Tras el acondicionamiento, se establece un periodo de reposo, de entre 24 y 72 horas, antes del trasplante, debido a la vida media de las drogas administradas.

FASE DE INFUSIÓN

En esta fase se lleva a cabo la infusión de la médula sana. La médula ósea congelada se lleva a la habitación del paciente y se descongela en un baño de solución salina normal. Se infunde a través del catéter durante el proceso de 20-30 minutos por bolsa de células. Durante toda la fase de infusión debe haber un médico en la habitación así como poner el procedimiento en conocimiento de un intensivista.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- La noche anterior y mañana previa a la infusión: comprobación de las luces del catéter, medición del PH en orina y toma de constantes.
- A las 8:30 del día de la infusión: paciente aseado, monitorizado y preparado para comenzar la infusión.
- Administración de la medicación prescrita por el médico a su orden.
- Preparación del equipo de urgencia (desfibrilador) y medicación (manitol, seguril, atropina, adrenalina, ventolin, polaramine, solinitrina, primperan, bicarbonato, zofran) en la habitación donde se realice la infusión.
- Monitorización de constantes (PVC, PH, diuresis, coloración de la orina, TA, pulso) antes y después de cada bolsa infundida.
- Monitorización de constantes después de la infusión cada 15 minutos y hasta una hora después de terminado el procedimiento.
- Se aconseja que el paciente tenga a mano caramelos para aliviar el mal sabor de boca provocado por la excreción del dimetilsulfosido a través del sistema respiratorio.
- Al término se procura la comodidad del paciente y se lleva a cabo la documentación del procedimiento en los registros específicos

FASE POSTINFUSIONAL

Cuenta positiva de los días posteriores a la infusión. Es esencial la detección y atención de las complicaciones consecuentes de la aplasia total y administración de los citostáticos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Aislamiento estricto del paciente, con uso de material estéril por parte de todo el personal, a partir de la infusión de médula ósea.
- Medición y registro de signos vitales c/hora para detección de alteración y/o complicación.
- Pesaje diario del paciente en ayunas para vigilar la variación no justificada de peso.
- Valoración y medición por turno del perímetro abdominal para identificar posible hepatomegalia, distensión abdominal o ascitis.
- Cuidados diarios de la piel y observación en busca de pettequias, equimosis y exantemas.
- Aseo bucal con colutorios de agua bicarbonatada frotando suavemente con hisopos y gasas húmedas las piezas dentales dos veces por turno.
- Lavado de manos cuantas veces sea necesario.
- Aseo perianal posterior a cada evacuación.
- Cambio diario de ropa de cama y sillón de descanso.
- Curación del catéter cada 72 horas con la observación del punto de inserción.

FASE DE EGRESO

Comprende desde la preparación del paciente y la familia en el autocuidado fuera del hospital hasta el día del alta.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Informar sobre la adecuación de habitación y baño del paciente (no plantas ni mascotas dentro de la vivienda).
- Importancia de la higiene diaria del paciente y su espacio.
- Informar acerca del uso, preparación, dosis, vía, horarios y efectos secundarios de medicamentos.
- Importancia de no suspender el tratamiento.
- Capacitar al paciente y cuidador principal acerca del cuidado, heparinización, curación y fijación del catéter, así como del seguimiento de una dieta adecuada.
- Informar sobre signos y síntomas de alarma como datos de infección, sangrado a cualquier nivel, lesiones o exantemas.

CONCLUSIÓN: En todo el proceso la intervención de enfermería es fundamental, siendo necesario un personal con perfil de calidad humana, académica y profesional que responda a las necesidades de este grupo de pacientes.

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Resumen: En el trasplante de células óseas mediante C.G.S.P la intervención de la enfermera es el pilar para el logro de los objetivos.

Para tal fin en cada una de las fases, el cuidado de enfermería responde al estado de salud y a las necesidades físicas, emocionales y espirituales en el paciente. El conocimiento de todas y cada una de las partes del proceso y los efectos del tratamiento, permite al personal de enfermería implementar una serie de medidas y cuidados preventivos, para detectar oportunamente la presencia de complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente.

Palabras Clave: Trasplante; Médula ósea; Cuidados de enfermería.

El trasplante de médula ósea mediante células germinales de sangre periférica (C.G.S.P) es el proceso mediante el cual se reemplaza la médula ósea enferma o lesionada por médula normal. Estos trasplantes se utilizan en el tratamiento de una serie de enfermedades y ofrecen una supervivencia a largo plazo.

Este proceso comprende varias fases: movilización, aféresis, acondicionamiento, infusión, postinfusional y egreso.

- FASE DE MOVILIZACIÓN: La sangre periférica en su estado normal no contiene el número adecuado de células germinales como para permitir una recogida eficiente. Para poder recoger el número suficiente de células germinales es necesario estimular la producción de éstas. Se logra mediante dos técnicas: empleo de factores de crecimiento hematopoyéticos solos o en combinación con quimioterapia.
- FASE DE AFÉRESIS: Las CGSP se recogen mediante este proceso. Se utilizan separadores celulares comerciales que se programan para recolectar linfocitos o leucocitos de baja densidad. El resto de los componentes sanguíneos se devuelven al paciente. Después de cada recogida, las células se guardan en una bolsa para sangre y se conservan en frío con dimetilsulfato como crioprotector. Las células se mantienen congeladas a -196°C .
- FASE DE ACONDICIONAMIENTO: Es el proceso mediante el cual se prepara al paciente para recibir la médula ósea. Tiene tres funciones esenciales:
 - Acabar con la enfermedad maligna
 - Destruir el estado inmunológico preexistente del paciente
 - Crear espacio en la cavidad medular para la proliferación de las células germinales trasplantadas.

Este proceso consiste en administrar altas dosis de quimioterapia. Su cuidado se centra en el control de los síntomas, la prevención de mayores complicaciones y el mantenimiento de la comodidad del paciente.

Principales actividades de enfermería:

- Correcta administración de citostáticos.
- Infusión de soluciones por vía parenteral en dosis, cantidad y tiempos planeados.
- Vigilancia del balance hídrico y observancia de características macroscópicas y microscópicas en orina y heces.
- Vigilancia estrecha de signos vitales, estado hemodinámico e hidratación a fin de identificar síntomas de deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico.

Tras el acondicionamiento, se establece un periodo de reposo, de entre 24 y 72 horas, antes del trasplante, debido a la vida media de las drogas administradas para combatir los efectos secundarios a la quimioterapia tales como náuseas, vómitos, diarreas, mucositis...

- FASE DE INFUSIÓN: Fase en la que se lleva a cabo la infusión de la médula sana. La médula ósea congelada se lleva a la habitación del paciente y se descongela en un baño de solución salina normal. Se infunde a través del catéter durando el proceso de 20-30 minutos por bolsa de células.

Los cuidados del paciente son:

- Comprobación de las luces del catéter, medición del PH en orina y toma de constantes (PVC, TA y pulso), la noche anterior y la mañana previa a la infusión.
- A primera hora de la mañana el paciente debe estar aseado, monitorizado y preparado para empezar la infusión.
- Administración de la medicación prescrita por el médico a su orden.
- Equipo de urgencia (desfibrilador) y medicación (manitol, seguril, atropina, adrenalina, ventolin, polaramine, solinitrina, primperan, bicarbonato, zofran) en la habitación donde se realice la infusión.
- Monitorización de constantes (PVC, PH, diuresis, coloración de la orina, TA, pulso) antes y después de cada bolsa infundida y después de la infusión cada 15 minutos y hasta una hora después de terminado el procedimiento.
- Se aconseja que el paciente tenga a mano caramelos para aliviar el mal sabor de boca provocado por la excreción del dimetilsulfosido a través del sistema respiratorio.
- Al término se procura la comodidad del paciente y se lleva a cabo la documentación del procedimiento en los registros específicos.

Como efectos secundarios puede presentar: náuseas, vómitos, broncoespasmo, diarrea, alteración del ritmo cardiaco, orina colúrica o hemoglobinuria y un fuerte olor a marisco. Durante toda la fase de infusión debe haber un médico en la habitación así como poner el procedimiento en conocimiento de un intensivista.

- FASE POSTINFUSIONAL: Comprende la cuenta positiva de los días posteriores a la infusión de la médula ósea. Es esencial la detección y atención de las complicaciones consecuentes de la

aplasia total y administración de los citostáticos. A partir de la infusión de médula ósea, se mantiene al paciente en aislamiento estricto, con uso de material estéril por parte de todo el personal.

Cuidados del paciente:

- Con el fin de detectar alguna alteración o complicación se continúa la medición y registro de los signos vitales cada hora.
 - El paciente se pesa diariamente en ayunas para vigilar la variación no justificada de peso.
 - Se hace valoración y medición por turno del perímetro abdominal para identificar posible hepatomegalia, distensión abdominal o ascitis.
 - Cuidados diarios de la piel.
 - Observación detallada de la piel en busca de petequias, equimosis y exantemas.
 - Aseo bucal con colutorios de agua bicarbonatada frotando suavemente con hisopos y gasas húmedas las piezas dentales dos veces por turno.
 - Lavado de manos cuantas veces sea necesario.
 - Aseo perianal posterior a cada evacuación.
 - Cambio diario de ropa de cama y sillón de descanso.
 - Curación del catéter cada 72 horas con la observación del punto de inserción.
 - Dieta baja en bacterias.
- FASE DE EGRESO: Comprende desde la preparación del paciente y la familia en el autocuidado fuera del hospital hasta el día del alta. Se da información sobre la adecuación de la habitación y el baño donde va a estar el paciente (no se permiten plantas o mascotas dentro de la vivienda) y sobre la importancia de la higiene tanto personal como del espacio donde va a estar. Se informa acerca del uso, preparación, dosis, vía, horarios y efectos secundarios de los medicamentos y la importancia de no suspender el tratamiento. Se capacita al paciente y persona responsable de su cuidado acerca del cuidado, heparinización, curación y fijación del catéter, así como del seguimiento de una dieta adecuada. Se da información respectiva a los signos y síntomas de alarma como datos de infección, sangrado a cualquier nivel, lesiones o exantemas

Conclusión:

En todo este proceso la colaboración e intervención de la enfermera es fundamental, por lo que se requiere de un personal con un perfil determinado desde el punto de vista de calidad humana, académica y profesional que responda a las necesidades e implicaciones de este grupo de pacientes. Dicha colaboración implica la participación activa y continúa de proporcionar el cuidado de enfermería sobre la base de conocimientos experiencias vertidas en un campo fértil para la innovación e investigación y por tanto para la búsqueda de mejores alternativas de cuidado y tratamiento para estos pacientes.

Bibliografía:

1. Protocolo sobre infusión de progenitores hematopoyéticos del servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Año 1999.
2. Castro MA. Introducción al Trasplante de Médula Ósea. Protocolos de Enfermería. C. S. Virgen de las Nieves. Granada España 1997.
3. Fundación Glaxo. Manual de Actualización para Enfermería Onco-Hematológica.
4. ALFARO-LEFEVRE, R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ªed. Barcelona. Masson.
5. ALMANSA, P (2002). Metodología de los cuidados enfermeros. Murcia. Diego Marín.

Capítulo XLV

Cumplimiento de la lectura PT (Mantoux)

Autores:

Francisca De La Morena Aguirre

M^a Jesús Duque Fernández

M^a Del Prado Martínez García

Silvia Muñoz Romera

Elisabet Navarro Aranda

CUMPLIMIENTO DE LA LECTURA PT (MANTOUX)



INTRODUCCIÓN

- La tuberculosis (TB) sigue siendo un grave problema de salud pública, una «emergencia mundial» como ha declarado la OMS, ya que un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo causante de la enfermedad y sigue habiendo 8,7 millones de nuevos casos cada año (con un 13% coinfectados por el VIH), lo que supone una prevalencia de 14 millones de enfermos y una todavía alta mortalidad: casi del 18% (1,4 millones de muertes al año por tuberculosis). España presenta una tasa de incidencia de las mayores de Europa occidental, con unos 15,5 casos de TB por 100.000 habitantes, concentrándose la mayoría de los casos en sujetos de entre 25 y 34 años de edad.
- La prueba de la tuberculina (PT) o Mantoux es el inicial y principal método diagnóstico de la infección y de la enfermedad tuberculosa. En esta última década se han desarrollado otras técnicas para el diagnóstico de la infección tuberculosa, llamadas IGRA (Interferon Gamma Release Assay), que se basan en la detección del interferón-gamma en sangre. Existen diversas guías de práctica clínica que intentan protocolizar el uso de Mantoux e IGRAS, para ayudar en el diagnóstico de certeza.
- La respuesta de hipersensibilidad retardada frente a proteínas del bacilo tuberculoso es el principio en el que se basa la PT. La prueba consiste en la inyección intradérmica de un extracto esterilizado de bacilos tuberculosos llamado PPD («derivado proteico purificado»).
- La solución de tuberculina se inyecta lentamente por vía intradérmica 0,1 ml. Tras la inoculación completa aparecerá una pápula que desaparecerá aproximadamente en 10 minutos.
- La PT no sensibiliza, por lo que puede administrarse en más de una ocasión, se puede realizar a cualquier edad y en cualquier momento. Sin embargo, puede actuar como estímulo inductor de la respuesta inmune en personas que se infectaron hace años y presentan «pereza inmunológica». En estos sujetos, el resultado de la PT es negativo, pero al repetirla a los 7-10 días más tarde (en el otro antebrazo o a 5 cm de la anterior inoculación), se encuentra un resultado positivo. Este fenómeno se conoce como efecto «booster».
- El viraje o positividad de la PT tras la exposición a M. tuberculosis se produce en un periodo entre 2 y 12 semanas.
- Se considera segura la realización de la prueba de Mantoux con tuberculina PPD-RT 23 durante el embarazo y el periodo de lactancia.
- La PT precisa dos visitas por parte del paciente, una para la intrademo inoculación y otra a las 72 h para la lectura.

OBJETIVOS :

- Identificar quien de ambos sexos se preocupa más por su salud y se presenta a la cita programada de la lectura de la PT.
- Conocer que porcentaje de personas a las que se le han aplicado la PT, llevan a cabo el correcto cumplimiento de la lectura.

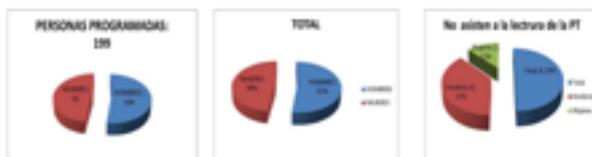


METODOLOGIA

- Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal, entre el veinticinco de Mayo y veinticinco de Septiembre del 2015, en el punto de extracción del HGCR.
- La muestra quedó constituida por un total de 199 pacientes de ambos sexos. Se aplicó la PT con lectura a las 72 horas.
- Se llevó a cabo un registro de los pacientes programados a la lectura de la PT, recogiendo los datos de asistencia de los mismos.
- Esta lectura siempre se debe realizar con buena luz, por palpación de la induración y midiendo, con regla milimetrada y transparente, su diámetro transversal al eje longitudinal del antebrazo, desechándose el eritema y expresando siempre su lectura en mm



RESULTADOS: Chi - cuadrado de Pearson : 1,727; p = 0,189.
 No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la asistencia a la lectura del Mantoux teniendo en cuenta el sexo.



CONCLUSIONES:

- El estudio demuestra que las diferencias observadas entre ambos sexos, no son estadísticamente significativas.
- La prueba de la PT, actualmente sigue centrando el diagnóstico y su actuación posterior en la lucha contra la tuberculosis, siendo fundamental asegurar un adecuado cumplimiento para poder recibir tratamiento y así evitar la progresión hacia la enfermedad activa. Por lo tanto, aconsejamos considerar la relevancia de la misma, para aumentar la seguridad del paciente limitando los riesgos y aumentando los beneficios al poder aplicar la profilaxis de la TB.

Resumen: La prueba de la tuberculina (PT) o Mantoux es el inicial y principal método diagnóstico de la infección y de la enfermedad tuberculosa. La solución de tuberculina se inyecta lentamente por vía intradérmica 0,1 ml. Tras la inoculación completa aparecerá una pápula que desaparecerá aproximadamente en 10 minutos. La PT precisa dos visitas por parte del paciente, una para la intradermo-inoculación y otra a las 72h para la lectura.

Debemos considerar la relevancia de la misma, para aumentar la seguridad del paciente limitando los riesgos y aumentando los beneficios al poder aplicar la profilaxis de la TB.

Palabras Clave: TBC. Mantoux. PPD; Seguridad; Prevalencia.

Introducción:

La tuberculosis (TB) sigue siendo un grave problema de salud pública, una «emergencia mundial» como ha declarado la OMS, ya que un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo causante de la enfermedad y sigue habiendo 8,7 millones de nuevos casos cada año (con un 13% coinfectados por el VIH), lo que supone una prevalencia de 14 millones de enfermos y una todavía alta mortalidad casi del 18% (1,4 millones de muertes al año por tuberculosis). España presenta una tasa de incidencia de las mayores de Europa occidental, con unos 15,5 casos de TB por 100.000 habitantes, concentrándose la mayoría de los casos en sujetos de entre 25 y 34 años de edad.

La prueba de la tuberculina (PT) o Mantoux es el inicial y principal método diagnóstico de la infección y de la enfermedad tuberculosa. En esta última década se han desarrollado otras técnicas para el diagnóstico de la infección tuberculosa, llamadas IGRA (Interferon Gamma Release Assay), que se basan en la detección del interferón-gamma en sangre. Existen diversas guías de práctica clínica que intentan protocolizar el uso de Mantoux e IGRAS, para ayudar en el diagnóstico de certeza.

La respuesta de hipersensibilidad retardada frente a proteínas del bacilo tuberculoso es el principio en el que se basa la PT. La prueba consiste en la inyección intradérmica de un extracto esterilizado de bacilos tuberculosos llamado PPD («derivado proteico purificado»).

La solución de tuberculina se inyecta lentamente por vía intradérmica 0,1 ml. Tras la inoculación completa aparecerá una pápula que desaparecerá aproximadamente en 10 minutos

La PT (prueba de la tuberculina) no sensibiliza, por lo que puede administrarse en más de una ocasión, se puede realizar a cualquier edad y en cualquier momento. Sin embargo, puede actuar como estímulo inductor de la respuesta inmune en personas que se infectaron hace años y presentan «pereza inmunológica». En estos sujetos, el resultado de la PT es negativo, pero al repetirla a los 7-10 días más tarde (en el otro antebrazo o a 5 cm de la anterior inoculación), se encuentra un resultado positivo. Este fenómeno se conoce como efecto «booster».

El viraje o positivación de la PT tras la exposición a M.tuberculosis se produce en un periodo entre 2 y 12 semanas.

Se considera segura la realización de la prueba de Mantoux con tuberculina PPD-RT 23 durante el embarazo y el periodo de lactancia.

La prueba de la tuberculina (PT) precisa dos visitas por parte del paciente, una para la intradermo-inoculación y otra a las 72h para la lectura.

Objetivos:

- Identificar quien de ambos sexos se preocupa más por su salud y se presenta a la cita programada de la lectura de la PT.
- Conocer qué porcentaje de personas a las que se le han aplicado la PT, llevan a cabo el correcto cumplimiento de la lectura.

Metodología:

- Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal, entre el veinticinco de Mayo y veinticinco de Septiembre del 2015, en el HGCR. La muestra quedó constituida por un total de 199 pacientes de ambos sexos. Se aplicó la PT (prueba de la tuberculina) con lectura a las 72 horas.
- Se llevó a cabo un registro de los pacientes programados a la lectura de la PT, recogiendo los datos de asistencia de los mismos. Esta lectura siempre se debe realizar con buena luz, por palpación de la induración y midiendo, con regla milimetrada y transparente, su diámetro transversal al eje longitudinal del antebrazo, desechándose el eritema y expresando siempre su lectura en mm.

Resultados:

Chi-Cuadrado de Pearson: 1,727; $p = 0,189$. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la asistencia a la lectura del Mantoux teniendo en cuenta el sexo.

Conclusiones:

El estudio demuestra que las diferencias observadas entre ambos sexos, no son estadísticamente significativas.

La prueba de la tuberculina (PT), actualmente sigue centrando el diagnóstico y su actuación posterior en la lucha contra la tuberculosis, siendo fundamental asegurar un adecuado cumplimiento para poder recibir tratamiento y así evitar la progresión hacia la enfermedad activa. Por lo tanto, aconsejamos considerar la relevancia de la misma, para aumentar la seguridad del paciente limitando los riesgos y aumentando los beneficios al poder aplicar la profilaxis de la TB.

Bibliografía:

1. C Varela-Martínez. Strategic plan for the control of tuberculosis PENTB 2009-2015. Summary Cecilia Varela-Martínez Postgrado de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH / Instituto Nacional Cardiopulmonar. Rev. Med Hondur, 2010 cidbimena.desastres.hn. Volumen 78. pág 41. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/salud/plan.estrategico.nacional.para.el.control.pdf>.
2. Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones separ. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Archivos de Bronconeumología, 2002 – Elsevier. Volumen 38, Issue 9, páginas 441-451. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289602752599>.
3. GP MJ, C Vales, CS JC, V Otero. Prueba de la tuberculina -Técnica del Mantoux. 2006 fisterra.com. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/mantoux/mantoux.pdf>.
4. JP Bosch - TUBERCULOSIS, 2002 - aepap.org. Tuberculosis infantil. Cribaje tuberculínico. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_tbc.pdf.
5. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2014. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary.es.pdf.

Capítulo XLVI

Diabetes y escolarización

Autores:

María Dolores López Ramírez

DIABETES Y ESCOLARIZACIÓN

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes Mellitus tipo 1 es la enfermedad crónica endocrina más prevalente en la edad pediátrica. La plena integración del niño con diabetes en la escuela, presenta dificultades debido a la naturaleza de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento.

CASO CLÍNICO:

Niña de 3 años que debutó como diabética a los 2 años y 8 meses. Desde su debut diabético hasta su incorporación al colegio, ha presentado algunas hiperglucemias e hipoglucemias puntuales sin patrón fijo, y se le ha ido ajustando, según perfil glucémico, la pauta de insulina y las raciones de hidratos de carbono. Llegado el momento de escolarizarla, el colegio se negaba a aceptarla (el profesorado no quería asumir la responsabilidad de su cuidado si esta sufría alguna descompensación de su enfermedad). Finalmente se la escolarizó, una profesora de apoyo se encarga de vigilarla y la madre realiza los controles glucémicos, los de la dieta y la administración de insulina (se le permite la entrada libre al colegio las veces que considere oportunas para ella).



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS:

- Su objetivo es, mantener la glucemia dentro de la normalidad y garantizar el adecuado cumplimiento del tratamiento, minimizando el riesgo de complicaciones agudas y en caso de que aparezcan, tratarlas lo más rápidamente posible. Para ello se necesita la colaboración de educadores, padres y personal sanitario, para una respuesta educativa y asistencial de calidad.
- Elaborar un plan de atención individualizado (junto con el pediatra) que proporcione al equipo educativo la información suficiente sobre las necesidades y pautas de Tto de la niña.
- Asegurar que el centro dispone de productos ricos en H de C (azúcar, zumos de frutas, etc.) para hacer frente a las posibles bajadas de azúcar de la alumna.
- Disponer de un kit de glucagón y el impreso de solicitud/autorización firmado para su administración en caso de hipoglucemia con pérdida de conciencia.
- Renovar el material relacionado con el Tto cuando sea necesario y, mínimo, una vez al año.
- Realizar los controles de glucemia y administrar la insulina cuando sea preciso y supervisar que la ingesta de H de C se realiza correctamente.
- Colaborar con el centro educativo en la adaptación de los ritmos de la alumna al horario escolar.
- Educar a profesorado y alumnos sobre las características generales de la enfermedad, su detección y resolución de problemas urgentes.



DISCUSIÓN:

Aunque los profesores no tienen como tarea la asistencia sanitaria de los alumnos, la imposibilidad de tener una representación sanitaria pública en cada centro escolar obliga a proponer protocolos que permitan una rutina educativo-sanitaria en situaciones urgentes mediante la colaboración voluntaria del profesorado o, cuando ello no sea posible, a través de la asignación del niño al centro de salud más próximo al centro escolar para su atención durante el horario lectivo.

- En algunas comunidades autónomas, las menos, se dispone de una enfermera escolar en cada centro educativo que se ocupa de realizar actividad docente y asistencial.
- Aproximadamente en el 50% de los casos, en estudios realizados, la madre tuvo que modificar o dejar su trabajo para poder atender las necesidades de su hijo diabético en la escuela.
- Solo el 21% de casos disponían de personal de enfermería en el centro, el 44% disponían de glucagón, 1/3 de los niños habían sufrido comentarios despectivos de sus compañeros por su diabetes y solo el 15% de profesores ayudaban a los niños < 10 años a hacerse el control de glucemia.
- Dada la edad de la paciente, es fundamental el apoyo terapéutico por parte de sus familiares. Se recomienda que la madre permanezca con la niña el mayor tiempo posible para su adecuado control y para acudir a las revisiones.

CONCLUSIÓN:

La escolarización es un factor importante en el desarrollo integral de la persona. Permitir al niño con diabetes participar de la experiencia educativa de forma plena y segura y en las condiciones de mayor normalidad posible es un derecho del niño y un deber de las administraciones competentes. Se hace necesaria una reflexión sobre el importantísimo papel que podría ejercer enfermería a nivel docente y asistencial en los centros educativos: ampliando su ámbito de actuación, prestando unos cuidados de calidad y con la prontitud requerida, creando un clima de seguridad entre el personal docente (que se veía liberado de la responsabilidad de asumir una tarea que no le corresponde y para la que no está preparado) y contribuyendo a conciliar la vida familiar y laboral de los padres (la madre tuvo que abandonar su trabajo para asumir el cuidado de su hija ante la falta de respuesta de la administración).



Resumen: En este trabajo se presenta el caso clínico de una niña diabética y la problemática de asumir sus cuidados durante el horario lectivo llegado el momento de su escolarización. Se plantea el importante papel que podría ejercer la enfermera escolar a nivel docente y asistencial, liberando al profesorado de esta responsabilidad para la que no está preparado y permitiendo a sus padres conciliar su vida familiar y laboral.

Palabras Clave: Diabetes-Hiperglucemia; Hipoglucemia-Colegio; Educación.

Introducción:

La Diabetes Mellitus tipo 1 es la enfermedad crónica endocrina más prevalente en la edad pediátrica. La plena integración del niño con diabetes en la escuela, presenta dificultades debido a la naturaleza de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento.

Caso clínico:

Niña de 3 años que debutó como diabética a los 2 años y 8 meses. Desde su debut diabético hasta su incorporación al colegio, ha presentado algunas hiperglucemias e hipoglucemias puntuales sin patrón fijo, y se le ha ido ajustando, según perfil glucémico, la pauta de insulina y las raciones de hidratos de carbono.

Llegado el momento de escolarizarla, el colegio se negaba a aceptarla (el profesorado no quería asumir la responsabilidad de su cuidado si esta sufría alguna descompensación de su enfermedad). Finalmente se la escolarizó, una profesora de apoyo se encarga de vigilarla y la madre realiza los controles glucémicos, los de la dieta y la administración de insulina (se le permite la entrada libre al colegio las veces que considere oportunas para ello).

Plan de Cuidados Enfermeros:

- Su objetivo es, mantener la glucemia dentro de la normalidad y garantizar el adecuado cumplimiento del tratamiento, minimizando el riesgo de complicaciones agudas y en caso de que aparezcan, tratarlas lo más rápidamente posible. Para ello se necesita la colaboración de educadores, padres y personal sanitario, para una respuesta educativa y asistencial de calidad.
- Elaborar un plan de atención individualizado (junto con el pediatra) que proporcione al equipo educativo la información suficiente sobre las necesidades y pautas de tratamiento de la niña.
- Asegurar que el centro dispone de productos ricos en Hidratos de Carbono (azúcar, zumos de frutas, etc.) para hacer frente a las posibles bajadas de azúcar de la alumna.
- Disponer de un kit de glucagón y el impreso de solicitud/autorización firmado para su administración en caso de hipoglucemia con pérdida de conciencia.
- Renovar el material relacionado con el tratamiento cuando sea necesario y, mínimo, una vez al año.
- Realizar los controles de glucemia y administrar la insulina cuando sea preciso y supervisar que la ingesta de Hidratos de Carbono se realiza correctamente.
- Colaborar con el centro educativo en la adaptación de los ritmos de la alumna al horario escolar.
- Educar a profesorado y alumnos sobre las características generales de la enfermedad, su detección y resolución de problemas urgentes.

Discusión:

- Aunque los profesores no tienen como tarea la asistencia sanitaria de los alumnos, la imposibilidad de tener una representación sanitaria pública en cada centro escolar obliga a proponer protocolos que permitan una rutina educativo-sanitaria en situaciones urgentes mediante la colaboración voluntaria del profesorado o, cuando ello no sea posible, a través de la asignación del niño al centro de salud más próximo al centro escolar para su atención durante el horario lectivo.
- En algunas comunidades autónomas, las menos, se dispone de una enfermera escolar en cada centro educativo que se ocupa de realizar actividad docente y asistencial.
- Aproximadamente en el 50% de los casos, en estudios realizados, la madre tuvo que modificar o dejar su trabajo para poder atender las necesidades de su hijo diabético en la escuela.
- Solo el 21 % de casos disponían de personal de enfermería en el centro, el 44% disponían de glucagón, 1/3 de los niños habían sufrido comentarios despectivos de sus compañeros por su diabetes y solo el 15% de profesores ayudaban a los niños < 10 años a hacerse el control de glucemia.
- Dada la edad de la paciente, es fundamental el apoyo terapéutico por parte de sus familiares. Se recomienda que la madre permanezca con la niña el mayor tiempo posible para su adecuado control y para acudir a las revisiones.

Conclusión:

La escolarización es un factor importante en el desarrollo integral de la persona. Permitir al niño con diabetes participar de la experiencia educativa de forma plena y segura y en las condiciones de mayor normalidad posible es un derecho del niño y un deber de las administraciones competentes. Se hace necesaria una reflexión sobre el importantísimo papel que podría ejercer enfermería a nivel docente y asistencial en los centros educativos: ampliando su ámbito de actuación, prestando unos cuidados de calidad y con la prontitud requerida, creando un clima de seguridad entre el personal docente (que se vería liberado de la responsabilidad de asumir una tarea que no le corresponde y para la que no está preparado) y contribuyendo a conciliar la vida familiar y laboral de los padres (la madre tuvo que abandonar su trabajo para asumir el cuidado de su hija ante la falta de respuesta de la administración).

Bibliografía:

1. Barrio R, Méndez P, Rodergas J. ABC de la diabetes. El niño con diabetes: la familia y la escuela. Fundación para la diabetes (sede web). Madrid; 2004.
2. Barrio R, García B, Gómez AL, González I, Hermoso F, López MJ, (et. al.). Lo que debes saber sobre la diabetes en la edad pediátrica (3ª edición). Sociedad de endocrinología pediátrica de la asociación española de pediatría: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
3. Peinado A, Portero P. La relación entre padres y educadores al respecto del cuidado escolar del niño diabético. Servicio de Promoción de la Salud del instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2007.
4. Ruiz Muñoz E, Arroyo Díez FJ, Bartivas Cerezo S, Cortés Mancha M, etc. Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la escuela. Consejería de Sanidad y Dependencia – Consejería de Educación. Junta de Extremadura: Mérida; 2010.

Capítulo XLVII

Discapacidad intelectual y estreñimiento, una realidad por descubrir

Autores:

Ana Arroyo Albacete

Rubén J. Bernal Celestino

M^a Carmen Heredia Villarreal

M^a Carmen Moreno García

Silvia Muñoz Romera

DISCAPACIDAD INTELLECTUAL Y ESTREÑIMIENTO UNA REALIDAD POR DESCUBRIR

1. INTRODUCCIÓN

Se define DISCAPACIDAD INTELLECTUAL (DI), como un metatraso caracterizado por limitaciones significativas en el aprendizaje y en el funcionamiento intelectual, manifestado por una disfunción en habilidades sociales, conceptuales y prácticas, que comienza antes de los 18 años. La DI afecta de un 0,7% al 1,6% de la población en países desarrollados, la tasa de prevalencia de DI se estima en 5,03-1.000 habitantes, lo que sitúa el número de Personas con DI en España en 227.360.

El ESTREÑIMIENTO se define como la emisión infrecuente de heces, normalmente menos de tres veces por semana, anormalmente duras, secas y que el individuo tiene dificultad para expulsar.

El estreñimiento parece ser un problema muy frecuente en personas con DI pero los estudios sobre estreñimiento en esta población son muy escasos. También es un problema relativamente común en la población general occidental que afecta del 14,6% al 20 %. Algunos trabajos indican que en la población con DI la prevalencia se elevaría hasta el 57 %-70 %.

4. RESULTADOS

AUTORA	AÑO	ESTUDIO
Van Waelckel M et al.	1999	Estudio descriptivo transversal
Bilbao C J et al.	2000	Estudio caso control
Marsil L.	2004	Estudio descriptivo casuístico
Vogelstein R et al.	2004	Observación transversal
Blanco M A.	2005	Encuesta epidemiológica
Schwarzman P.	2008	Descriptivo y transversal
Martinez Lud R et al.	2010	COMPARACIÓN de indicadores de salud en DI y población general
Jancar J et al.	1994	Estudio retrospectivo
Watanabe S.	2000	Estudio caso
Marsil M et al.	2007	Estudio descriptivo a través de entrevistas
Moss J et al.	2008	Estudio de caso único
Goody-Vander Lubbe	2008	Prospectivo de caso y control

PREVALENCIA ESTREÑIMIENTO

Estudio	Año	%
Blanco M A	2005	57%
Goody-V	2008	57%
Bilbao C J	2000	50%
Schwarzman P	2008	50%
Martinez Lud R	2010	50%
Moss J	2008	49%
Watanabe S	2000	38%

Blanco M A y Vogelstein R coinciden con la evidencia de prevalencia de estreñimiento con la edad



FACTORES DE RIESGO

RIESGO	PREVALENCIA	PREVALENCIA	OTROS
Edad	X	X	X
Blanco M A	X	X	X
Vogelstein R	X	X	X
Moss J	X	X	X

COMPLICACIONES

Según Jancar J, Schroeder P, Bohmer C J

- La incidencia de muertes por obstrucción intestinal en DI es 6 veces + que en la población general, aumentando en el 80% de los casos una historia de estreñimiento crónico.
- Los ingresos hospitalarios de personas con DI al 87% son diagnosticados de estreñimiento a DI y al 42% de otros diagnósticos precisan tratamiento para estreñimiento crónico.
- Aumento del 50% de problemas de comportamiento se producen al comparar la población DI con la no afectada.

EVALUACIÓN SINTOMATOLOGÍA

DI	SI	SI	SI	SI
Presencia de heces duras y secas	X	X	X	X
Presencia de heces infrecuentes	X	X	X	X
Presencia de incontinencia	X	X	X	X
Presencia de dolor abdominal	X	X	X	X

EVALUACIÓN SINTOMATOLOGÍA

DI	SI	SI	SI	SI
Presencia de heces duras y secas	X	X	X	X
Presencia de heces infrecuentes	X	X	X	X
Presencia de incontinencia	X	X	X	X
Presencia de dolor abdominal	X	X	X	X

TRATAMIENTO

MASAJE ABDOMINAL	APORTE DE FIBRA
1 estudio: Marsil L	3 estudios: Vogstein R, Schwarzman P, Jancar J

UTILIZACIÓN DE LAXANTES

Van Waelckel M, Bilbao C J, Vogelstein R, Moss J, Marsil L.

TIPO	%
Presencia con DI	40%
Presencia con DI y Población general	40%
Presencia con DI y Población control estreñimiento	40%
Presencia	40%
Presencia de incontinencia	40%
Presencia de dolor abdominal	40%
Presencia de heces duras y secas	40%
Presencia de heces infrecuentes	40%
Presencia de otros síntomas	40%
Presencia de otros síntomas	40%

2. OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de estreñimiento en Personas con DI
- Identificar los principales factores de riesgo, criterios de evaluación, síntomas y complicaciones relacionados con el Estreñimiento en Personas con DI
- Describir las diferentes alternativas terapéuticas para paliar el Estreñimiento en DI

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión Bibliográfica realizada en febrero de 2014 en las principales bases de datos biomédicas nacionales e internacionales

Revisión bibliográfica

BASES CONSULTADAS:
Pubmed, Biblioteca virtual de la salud, Índice médico español, Cochrane (base), Guías Web of Science y Scisearch

Criterios de inclusión:
-Población de estudio personas con DI
-Tratamientos que intentan prevenir, valorar, rehabilitar, farmacología, factores de riesgo, tratamiento y complicaciones del estreñimiento
-Publicaciones en inglés o español
-Tratamiento de menos de 18 años

Criterios de exclusión:
-Estudios de caso
-Estudios de grado III

Referencias:

BASES DE DATOS	PUBLICACIONES IDENTIFICADAS	REFERENCIAS EXCLUYDAS	REFERENCIAS REVISADAS
PUBMED	10	10	0
WEB OF SCIENCE	10	10	0
SCISearch	10	10	0

FLUJOGRAMA

La práctica clínica diaria del enfermero/a, así como estudios de seguimiento y opiniones de expertos que según Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) clasifica con IV la evidencia disponible, con un grado de recomendación C. Revisiones bibliográficas que según Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) clasifica con Ia, Ib, II la evidencia disponible, con un grado de recomendación B.

5. DISCUSIÓN

- Existen grandes diferencias en la prevalencia de estreñimiento en personas con DI del 8% al 74% que pueden ser debidas a que la población con DI es muy heterogénea:
 - 38% para CI = 50
 - 37% para CI < 50
 - 37% discapacidad motora grave y DI moderada y profunda.
- Se deberían realizar estudios o programas por falta de existencia de los mismos de:
 - Aumento de la actividad física en DI y sus efectos sobre el estreñimiento
 - Toma de fármacos y control del estreñimiento en población con DI
 - Consenso de criterios de evaluación de estreñimiento
 - Gestión de coste efectividad de toma de laxantes
 - Estreñimiento y conductas problemáticas
 - Programas de formación, para las enfermeras, profesionales de salud y cuidadores

6. CONCLUSIONES

- El estreñimiento es uno de los principales problemas de salud en DI
- La prevalencia de estreñimiento supera hasta un 50% a la población general.
- A mayor nivel de CI menor prevalencia de estreñimiento
- El estreñimiento en DI provoca importantes complicaciones como:
 - Obstrucción intestinal
 - Problemas de comportamiento
- Las características más importantes a la hora de evaluar el estreñimiento son:
 - consistencia y forma de las heces
 - presencia de dolor dificultad y temor a angustia al evacuar
- Los principales factores de riesgo de estreñimiento en DI son:
 - Inmovilidad
 - medicación
- No hay evidencia de que exista un tratamiento suficientemente efectivo por sí solo

BIBLIOGRAFÍA

Marsil L, Vogelstein R. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2004;15(1):1-6. Bilbao CJ, Schwarzman P, Jancar J, et al. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2000;11(1):1-6. Vogelstein R, Schwarzman P, Jancar J, et al. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2004;15(1):1-6. Goody-Vander Lubbe J, Jancar J, Schroeder P, Bohmer C. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2008;19(1):1-6. Blanco MA, Vogstein R, Schwarzman P, Jancar J. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2005;16(1):1-6. Moss J, Jancar J, Schroeder P, Bohmer C. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2008;19(1):1-6. Watanabe S, Jancar J, Schroeder P, Bohmer C. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2000;11(1):1-6. Marsil M, Jancar J, Schroeder P, Bohmer C. Prevalencia de estreñimiento en personas con discapacidad intelectual. J Clin Geriatr Psychiatry. 2007;18(1):1-6.

Resumen: El estreñimiento (E) es uno de los principales problemas de salud en la población con Discapacidad Intelectual (DI), que provoca problemas físicos, incluido la obstrucción intestinal con resultados fatales, y podría estar asociado a problemas del comportamiento. La prevalencia supera hasta un 53% a la población general.

Podríamos concluir mediante la revisión que el E en DI se evalúa mediante : consistencia y forma de las heces, presencia de dolor dificultad y temor o angustia al evacuar. Los principales factores de riesgo serian inmovilidad y medicación que toman.

No hay evidencia de que exista un tratamiento suficientemente efectivo por sí solo.

Palabras Clave: Intellectual Disability; Constipation; Discapacidad intelectual.

Introducción:

Se define discapacidad intelectual (DI), como un metasíndrome caracterizado por limitaciones significativas en el aprendizaje y en el funcionamiento intelectual, manifestado por una disfunción en habilidades sociales, conceptuales y prácticas, que comienza antes de los 18 años. La DI afecta de un 0,7% al 1,5% de la población en países desarrollados, la tasa de prevalencia de DI se estima en 5,03/1.000 habitantes, lo que sitúa el número de Personas con DI en España en 227.360.

El estreñimiento se define como la emisión infrecuente de heces, normalmente menos de tres veces por semana, anormalmente duras, secas y que el individuo tiene dificultad para expulsar.

El estreñimiento parece ser un problema muy frecuente en personas con DI También es un problema relativamente común en la población general occidental que afecta del 14,8% al 20 % de (10-14),. Algunos trabajos indican que en la población con DI la prevalencia se elevaría hasta el 57 %-70 %.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de estreñimiento en Personas con DI.
- Identificar los principales factores de riesgo, criterios de evaluación, síntomas y complicaciones relacionados con el Estreñimiento en Personas con DI.
- Describir las diferentes alternativas terapéuticas para paliar el Estreñimiento en DI.

Materiales y métodos:

Para la consecución de los objetivos se diseñó una Revisión Bibliográfica Sistemática. Se buscaron trabajos publicados en inglés o español en el periodo comprendido entre 2000-2014 en las principales bases de datos biomédicas nacionales e internacionales: Medline (Pubmed), Biblioteca Virtual de la Salud, Lillacs, Índice Médico Español (IME), Cochrane Plus, Cuiden, Enfispod, Web of Science y NICE. También se buscó información en la página Web de la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS).

La búsqueda se realizó en febrero de 2014. Como estrategia de búsqueda se utilizó terminología controlada. Para ello se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs), Encabezados de

temas médicos (Mesh) e Indices en (Enfispo).

En la búsqueda avanzada en la base de datos PubMed se utilizaron las siguientes palabras claves en inglés: "Intellectual Disability" AND "Constipation".

Se obtuvieron 10 referencias y se seleccionaron aquellas que cumplían criterios de inclusión. Finalmente, se incluyeron 4 referencias de esta base.

Se realizó en esta misma base de datos otra búsqueda pero con las siguientes palabras claves en español: Discapacidad intelectual. Se obtuvieron 4 artículos de los que se seleccionó e incluyó en la revisión 1.

En la base de datos WEB OF KNOWLEDGE se utilizaron topics equivalentes. Se obtuvieron 75 artículos, de los que se seleccionaron e incluyeron 6.

Para la búsqueda en la base de datos NICE se utilizó la terminología: constipation AND learning. Se utiliza el filtro Primary Research y se identifican un total de 22 artículos de los cuales sólo se incluyó 1.

De todos los artículos seleccionados para ser revisados, tres estaban duplicados. Finalmente, tres referencias se obtuvieron tras revisar la bibliografía de los artículos previamente seleccionados.

Resultados:

Los estudios que hablan de prevalencia son 7, de evaluación sintomatología 4, de factores de riesgo 5, de complicaciones 3, de tratamiento 7 (masaje abdominal 1, laxantes 5, fibra 1).

Prevalencia de estreñimiento en Personas con DI: de los trabajos seleccionados, 7 ofrecen datos de prevalencia de estreñimiento en personas con DI que varían enormemente entre estos estudios: 70%, 57%, 26%, 74%, 25%, 8% y 36% respectivamente.

Evaluación/Sintomatología: los criterios que se han utilizado para evaluar el estreñimiento son: consistencia y forma de las heces, presencia de dolor, dificultad, temor o angustia al evacuar, frecuencia de evacuación y tratamiento para el estreñimiento, distensión abdominal, suciedad secundaria y retraso en el paso del meconio, recto ampliado y desimpactación fecal.

Factores de Riesgo

- INMOVILIDAD 4 estudios.
- MEDICACIÓN 4 estudios.
- Otros factores:
 - neuromusculares, nutricionales.

Complicaciones: las complicaciones del estreñimiento son la obstrucción Intestinal y problemas de comportamiento.

La incidencia de muertes provocadas por obstrucción intestinal es seis veces mayor que en la población general.

Los ingresos hospitalarios de personas con DI, el 57% fue diagnosticado de estreñimiento u OI y el 42% de otros diagnósticos precisaron tratamiento para estreñimiento grave.

Aumentos del 18% de problemas de comportamiento se producen al comparar la población DI con la no estreñida.

Tratamiento

Laxantes:

Los diferentes tipos de laxantes más utilizados en la población con DI son: 57% óxido bisacodilo/magnesio, el 38,6% lactulosa, 13,4% lauril sulfo acetato de sodio/ citrato de sodio / sorbitol, 9,7% enemas de fosfato de sodio y 2,0% la semilla de Psyllium. (17).

Fibra:

Mejora de manera significativa de la consistencia de las heces y la disminución de los episodios de defecación dolorosa, pero no a la reducción del estreñimiento.

Masaje abdominal:

El movimiento peristáltico necesario para evacuar puede facilitarse con masajes. Los únicos resultados que hemos encontrado en los estudios con DI son: la aceptación por parte del entorno familiar de dicho tratamiento como positivo, impresiones subjetivas de mejora del estreñimiento, mejora en la consistencia de las heces y una reducción en la utilización de laxantes.

Discusión:

- Existen grandes diferencias en la prevalencia de estreñimiento en personas con DI del del 8% al 74% que pueden ser debidas a que la población con DI es muy heterogénea:
 - 8% para CI > 50.
 - 70% para CI < 50.
 - 57% discapacidad motora grave y DI moderada y profunda.
- Se deberían realizar estudios o programas por falta de existencia de los mismos de:
 - Aumento de la actividad física en DI y sus efectos sobre el estreñimiento.
 - Toma de fármacos y control del estreñimiento en población con DI.
 - Consenso de criterios de evaluación de estreñimiento.
 - Gestión de coste efectividad de toma de laxantes.
 - Estreñimiento y conductas problemáticas.
 - Programas de formación, para las enfermeras, profesionales de salud y cuidadores.

Conclusiones:

- El estreñimiento es uno de los principales problemas de salud en DI.
- La prevalencia de estreñimiento supera hasta un 53% a la población general.
- A mayor nivel de CI menor prevalencia de estreñimiento.

- El estreñimiento en DI provoca importantes complicaciones como la obstrucción intestinal.
- Problemas de comportamiento.

Las características más importantes a la hora de evaluar el estreñimiento son:

- Consistencia y forma de las heces.
- Presencia de dolor dificultad y temor o angustia al evacuar

Los principales factores de riesgo de estreñimiento en DI son:

- Inmovilidad.
 - Medicación.
- No hay evidencia de que exista un tratamiento suficientemente efectivo por sí solo.
 - El estreñimiento en Personas con Discapacidad Intelectual es una realidad que hay que descubrirla para darla a conocer al resto de la población.

Bibliografía:

1. Böhmer CJ, Taminau JA, Klinkenberg-Knol EC, Meuwissen SG. The prevalence of constipation in institutionalized people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2001;45(Pt 3):212-8.
2. Veugelers R, Benninga MA, Calis EA, Willemsen SP, Evenhuis H, Tibboel D, Penning C. Prevalence and clinical presentation of constipation in children with severe generalized cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2010 Sep;52(9):e216-21. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03701.x. Epub 2010 May 24.
3. Van Winckel M, Vander Stichele R, De Bacquer D, Bogaert M. Use of laxatives in institutions for the mentally retarded. *Eur J Clin Pharmacol.* 1999;54(12):965-9.

Capítulo XLVIII

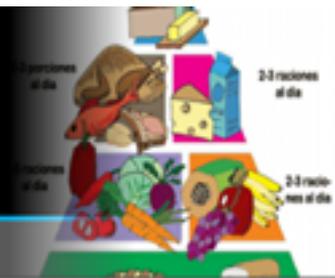
Diversificación alimentaria / Baby-Led Weaning

Autores:

Carolina Martínez Gómez

Nuria M^a Terriza Cabrera

DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA / BABY LED WEANING



OBJETIVOS

Realizar un estudio comparativo de las recomendaciones actuales en las pautas de introducción de la alimentación complementaria, entendiendo ésta como la introducción en la dieta del lactante de cualquier alimento sólido, líquido o semisólido distinto a la leche materna (LM) o de fórmula adaptada (FA)

MATERIAL Y MÉTODOS

- Búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales.
- Comparativa de artículos, recomendaciones tradicionales y recomendaciones método baby-led weaning. Resultados de dicho método alternativo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- La introducción de alimentos complementarios a la LM o FA está basada en las recomendaciones establecidas por los organismos más relevantes en pediatría de nuestro medio. No existiendo evidencia científica de que el retraso en la introducción de alimentos potencialmente alérgenos (Huevos, pescado, etc.) conlleve la prevención de dicha alergia, aunque es recomendable la introducción más tardía.
- El baby-led weaning (BLW) es un método alternativo y válido para introducir la AC dejando que el niño adopte un papel activo en su alimentación, siguiendo una alimentación a demanda pero controlada que irá cubriendo gradualmente sus necesidades nutricionales.

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- OMS. 2001, Lactancia materna (LM) exclusiva hasta los 6 meses.
- AAP. 2006, Iniciar la alimentación complementaria (AC) a partir de los 4-6 meses en países industrializados y a partir de los 6 meses en poblaciones con riesgo elevado de atopia.
- AEP. 2006, Iniciar la AC a los 4-6 meses en el caso de lactancia mixta o FA y a partir de los 6 meses con LM.
- ESPGHAN. 2009 recomienda no iniciar la AC antes de las 17 semanas ni después de las 26, tanto en alimentación con FA como LM.
- BLW. (baby-led weaning) 6 meses, coincidiendo con que el niño mantenga la sedestación y la coordinación para llevarse objetos a la boca y el desarrollo de la función motora de la boca

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003)
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002).
- Riesgo de crecimiento desproporcionado (00113).

NOC:

- Conocimiento de la dieta (1802)
- Estado nutricional: ingestión de nutrientes. (1009). In idoneidad de los nutrientes ingeridos.

NIC:

- Manejo de la nutrición (1100)
- Asesoramiento nutricional. (5246).

HIDRATOS DE CARBONO

Cereales sin gluten: grupo de alimentos con el que generalmente se inicia la AC, mayoritariamente se emplean preparados hidrolizados que se disuelven sin necesidad de cocción, aportan principalmente almidón y polisacáridos además de vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales y están suplementados con hierro.

Cereales con gluten: hechos con trigo, avena, cebada o centeno y sometidos a un proceso de hidrólisis y enriquecidos con hierro.

Recientes estudios ponen de manifiesto que la alimentación con LM en el momento y después de iniciar aportes progresivos de gluten se relaciona con un menor riesgo de enfermedad celíaca en niños con predisposición genética (1).

Se considera el intervalo de los 4-6 meses de vida como "período ventana" en el que el desarrollo del sistema inmunitario podría favorecer la tolerancia alimentaria en niños con LM. (2).

En niños con lactancia artificial se recomienda introducir el gluten entre el 6-7 meses.

- Se recomienda dar un número de cacitos al día similar a la edad en meses para prevenir la obesidad infantil, en las tomas que corresponden a desayuno y cena en el biberón, aumentando el número de cacitos hasta consistencia de papilla.
- El BLW: cereales y féculas son bien tolerados por los lactantes, pueden darse a partir de los 6 meses en la misma forma que los tome el resto de la familia, tratando que su elaboración sea lo más natural posible, no lleve sal ni azúcar añadido y que el bebé pueda cogerlo y llevarlo de forma autónoma a la boca. Se comienza con pequeñas cantidades que irán aumentando.

FRUTAS Y VERDURAS.

FRUTAS. Aportan agua, sacarosa, vitaminas y minerales.

- Se recomienda introducirlas a partir de los 4-6 meses de vida, preferentemente maduras (más digestivas) y peladas (limitar el aporte de celulosa).
- Ofrecer trituradas en papilla que se dará con cuchara habitualmente en la merienda o en forma de zumos naturales recién elaborados, gosponiendo las potencialmente alérgicas (melocotón, fresas, kiwi...) hasta el año.

VERDURAS. Aportan agua, proteínas vegetales, celulosa, vitaminas y minerales.

- Se recomienda ofrecerlas en forma de puré de textura gradualmente menos fina para estimular la masticación, todos los días en la comida y más adelante substituyendo los cereales de la cena 1-2 días en semana.
- Evitar al principio verduras fufulentas y sulfuradas y las de hoja verde.
- BLW. Se pueden ofrecer frutas y verduras de todos los colores, se recomienda retrasar la hoja verde hasta el año.

PROTEÍNAS

Carne: importante fuente de hierro y proteínas de alto valor biológico.

- Se recomienda introducir en cantidades pequeñas y progresivas, es preferible retrasar las vísceras hasta los 12-15 meses.

Pescado y huevo: aportan proteínas, vitaminas y minerales y ácidos grasos esenciales. No hay evidencia convincente de que retrasar su ingesta tenga un efecto protector.

- Se recomienda introducir el pescado blanco y la yema del huevo a partir de los 9-10 meses, la clara del huevo no antes de los 11-12 meses y el pescado azul a partir de los 15-18 meses.

Legumbres: aportan fibra, hidratos, proteínas y vitaminas, y también un elevado contenido de nitratos.

- Se recomienda su introducción al final del primer año, en pequeñas cantidades y preferiblemente sin piel.

Leche de vaca: Puede introducirse en pequeñas cantidades entre los 9-12 meses aunque se recomienda no hacerlo hasta los 12 meses, (pudiendo posponerse hasta los 15-18 meses). En menores de 2 años siempre se dará LV entera dada la necesidad del aporte energético de las grasas para el crecimiento.

- La corriente BLW coincide con las pautas de introducción, manteniendo que se ofrecerá la comida de forma que sea segura para el bebé, siendo este quien se lo lleve a la boca.

BABY LED WEANING.

Pautas:

- Niño erguido que mantiene la sedestación y coordinación óculo manual para llevar alimentos a la boca.
- Continuar con LM a demanda.
- Trozos de alimentos fáciles de agarrar, sanos, naturales y seguros (evitar alimentos pequeños y duros y no permitir que nadie meta nada en la boca del bebé).
- El bebé explora y come a su ritmo, decidiendo cuando empieza y termina.

Beneficios:

- Método natural y respetuoso que permite que el bebé desarrolle una actitud positiva hacia la comida.
- Los bebés alimentados a demanda desarrollan gustos por alimentos más sanos demostrando mayor preferencia por todas las categorías excepto los dulces y presentan menor prevalencia de obesidad. Presentando un IMC menos no atribuible a diferencias en el peso al nacer, IMC paterno o clase social (3).

BIBLIOGRAFIA.

- Alimentación complementaria en el lactante. M. Perdomo Girado, F. De Miguel Durán. Pediatría Integral 2011, XXIV: 344-350.
- Alimentación complementaria guarda por el bebé, respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. M. V. Velasco Marique. Universidad de Zaragoza. Medicina Natural 2014, Vol. 9-AP2: 64-72. I.S.B.N 978-3085.
- (1) Aabbing AK, Ramanan AR, Buchan L, et al. Effect of breast feeding on risk of celiac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Arch Dis Child 2006; 91: 39-43.
- (2) Prescott SL, Smith P, Tang M, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: Concerns and controversies. Pediatr Allergy Immunol 2008; 19: 375-380.
- (3) Townsend E, Pichler NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. BMJ open 2012; 2:e002096.
- <http://www.babyledweaning.com>

Resumen: Realizar un estudio comparativo de las recomendaciones actuales en las pautas de introducción de la alimentación complementaria, entendiendo ésta como la introducción en la dieta del lactante de cualquier alimento sólido, líquido o semisólido distinto a la leche materna (LM) o de fórmula adaptada (FA).

Palabras Clave: Alimentación del lactante/baby feeding; Alimentación complementaria a demanda/breastfeeding; Alimentación complementaria autorregulada por el bebé/baby led weaning.

¿Qué nos dice la bibliografía respecto a la edad de inicio de la alimentación complementaria?

¿Cuáles son las principales recomendaciones respecto a la introducción de nuevos alimentos?

¿Es válido el método Baby-led weaning como modelo de diversificación alimentaria?

Material y métodos:

- Búsqueda bibliográfica de las recomendaciones actuales.
- Comparativa de artículos, recomendaciones tradicionales y recomendaciones método baby-led weaning. Resultados de dicho método alternativo.

Resultados y conclusiones:

La introducción de alimentos complementarios a la LM o FA está basada en las recomendaciones establecidas por los organismos más relevantes en pediatría de nuestro medio. No existiendo evidencia científica de que el retraso en la introducción de alimentos potencialmente alérgenos (Huevos, pescado, etc.) conlleve la prevención de dicha alergia, aunque es recomendable la introducción más tardía .

El baby-led weaning (BLW) es un método alternativo y válido para introducir la AC dejando que el niño adopte un papel activo en su alimentación, siguiendo una alimentación a demanda pero controlada que irá cubriendo gradualmente sus necesidades nutricionales.

Alimentación complementaria:

- OMS. 2001, Lactancia materna (LM) exclusiva hasta los 6 meses.
- AAP. 2005, Iniciar la alimentación complementaria (AC) a partir de los 4- 6 meses en países industrializados y a partir de los 6 meses en poblaciones con riesgo elevado de atopia.
- AEP. 2006, Iniciar la AC a los 4-6 meses en el caso de lactancia mixta o FA y a partir de los 6 meses con LM.
- ESPGHAN. 2009 recomienda no iniciar la AC antes de las 17 semanas ni después de las 26, tanto en alimentación con FA como LM.
- BLW. (baby-led weaning) 6 meses, coincidiendo con que el niño mantenga la sedestación y la coordinación para llevarse objetos la boca y el desarrollo de la función motora de la boca.

Hidratos de Carbono:

Cereales sin gluten: grupo de alimentos con el que generalmente se inicia la AC, mayoritariamente se emplean preparados hidrolizados que se disuelven sin necesidad de cocción, aportan principalmente almidón y polisacáridos además de vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales y están suplementados con hierro.

Cereales con gluten: hechos con trigo, avena, cebada o centeno y sometidos a un proceso de hidrólisis y enriquecidos con hierro.

Recientes estudios ponen de manifiesto que la alimentación con LM en el momento y después de iniciar aportes progresivos de gluten se relaciona con un menor riesgo de enfermedad celíaca en niños con predisposición genética.⁽¹⁾

Se considera el intervalo de los 4-6 meses de vida como “periodo ventana” en el que el desarrollo del sistema inmunitario podría favorecer la tolerancia alimentaria en niños con LM.⁽²⁾

En niños con lactancia artificial se recomienda introducir el gluten entre el 6-7 meses.

- Se recomienda dar un número de cacitos al día similar a la edad en meses para prevenir la obesidad infantil, en las tomas que corresponden a desayuno y cena en el biberón, aumentando el número de cacitos hasta consistencia de papilla.
- El BLW: cereales y féculas son bien tolerados por los lactantes, pueden darse a partir de los 6 meses en la misma forma que los tome el resto de la familia, tratando que su elaboración sea lo mas natural posible, no lleve sal ni azúcar añadido y que el bebe pueda cogerlo y llevarlo de forma autónoma a la boca. Se comienza con pequeñas cantidades que irán aumentando.

Frutas y verduras:

Las frutas aportan agua, sacarosa, vitaminas y minerales.

- Se recomienda introducirlas a partir de los 4-6 meses de vida, preferentemente maduras (más digestivas) y peladas (limitar el aporte de celulosa).
- Ofrecer trituradas en papilla que se dará con cuchara habitualmente en la merienda o en forma de zumos naturales recién elaborados, posponiendo las potencialmente alergénicas (melocotón, fresas, kiwi...) hasta el año.

Las verduras aportan agua, proteínas vegetales, celulosa, vitaminas y minerales.

- Se recomienda ofrecerlas en forma de puré de textura gradualmente menos fina para estimular la masticación, todos los días en la comida y mas adelante sustituyendo los cereales de la cena 1-2 días en semana.
- Evitar al principio verduras flatulentas y sulfuradas y las de hoja verde.
- BLW. Se pueden ofrecer frutas y verduras de todos los colores, se recomienda retrasar la hoja verde hasta el año.

Proteínas:

La carne es una importante fuente de hierro y proteínas de alto valor biológico.

- Se recomienda introducir en cantidades pequeñas y progresivas, es preferible retrasar las vísceras hasta los 12-15 meses.

El pescado y huevo aportan proteínas, vitaminas y minerales y ácidos grasos esenciales. No hay evidencia convincente de que retrasar su ingesta tenga un efecto protector.

- Se recomienda introducir el pescado blanco y la yema del huevo a partir de los 9-10 meses, la clara del huevo no antes de los 11-12 meses y el pescado azul a partir de los 15-18 meses.

Las legumbres aportan fibra, hidratos, proteínas y vitaminas, y también un elevado contenido de nitratos.

- Se recomienda su introducción al final del primer año, en pequeñas cantidades y preferiblemente sin piel.

La leche de vaca puede introducirse en pequeñas cantidades entre los 9-12 meses aunque se recomienda no hacerlo hasta los 12 meses, (pudiendo posponerse hasta los 15-18 meses). En menores de 2 años siempre se dará LV entera dada la necesidad del aporte energético de las grasas para el crecimiento.

La corriente BLW coincide con las pautas de introducción, manteniendo que se ofrecerá la comida de forma que sea segura para el bebé, siendo éste quien se lo lleve a la boca.

BABY LED WEANING.

Pautas:

- Niño erguido que mantiene la sedestación y coordinación óculo manual para llevar alimentos a la boca.
- Continuar con LM a demanda.
- Trozos de alimentos fáciles de agarrar, sanos, naturales y seguros (evitar alimentos pequeños y duros y no permitir que nadie meta nada en la boca del bebé).
- El bebé explora y come a su ritmo, decidiendo cuando empieza y termina.
- Beneficios:
- Método natural y respetuoso que permite que el bebé desarrolle una actitud positiva hacia la comida.
- Los bebés alimentados a demanda desarrollan gustos por alimentos mas sanos demostrando mayor preferencia por todas las categorías excepto los dulces y presentan menor prevalencia de obesidad. Presentando un IMC menos no atribuible a diferencias en el peso al nacer, IMC paterno o clase social.⁽³⁾

Bibliografía:

1. Alimentación complementaria en el lactante. M. Perdomo Giraldi, F. De Miguel Durán. *Pediatría Integral* 2011; XV(4): 344-350.
2. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. M.V. Velasco Manrique. Universidad de Zaragoza. *Medicina Naturista* 2014; Vol. 8-Nº2: 64-72 I.S.S.N 1576-3080.
3. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, et al. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta analysis of observational studies. *Arch Dis Child*. 2006; 91: 39-43.
4. Prescott SL, Smith P, Tang M, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: Concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008; 19: 375-380.
5. Townsend E, Pitchfor NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ open*. 2012; 2:e000298.

Capítulo XLIX

Dolor abdominal en las urgencias de un punto de atención continuada

Autor:

Jesús Manuel Gómez Caraballo Jiménez Galanes

DOLOR ABDOMINAL EN LAS URGENCIAS DE UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA.



INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una de las urgencias más frecuentes que se manejan en los Puntos de Atención Continuada. Encuadra los síntomas que se producen en el área abdominal, tanto a nivel alto (estómago), o más bajo (a nivel intestinal). El dolor abdominal es muy inespecífico en sí mismo y puede deberse a muchos procesos del aparato digestivo, pero en ocasiones es un síntoma referido de problemas que se producen en otros lugares del cuerpo humano.

Puede ser causado por toxinas, infecciones, problemas de la vesícula o vías biliares, del hígado, menstruación, ovulación, enfermedades renales, enfermedades de los órganos reproductivos del hombre y de la mujer, problemas vasculares, tumores, úlcera gastroduodenal, perforación intestinal, enfermedades del páncreas, hernias traumatisms abdominales, y otras enfermedades diversas. Para poder hacer un buen diagnóstico del dolor es necesario describirlo con más precisión y asociarlo a otros síntomas.

OBJETIVOS

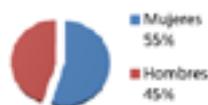
- Extrapolar las características de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por dolor abdominal, según edad, sexo y nivel de dolor.
- Conocer la clínica predominante en el paciente con dolor abdominal
- Saber que pruebas complementarias son realizadas en el paciente que ingresa por dolor abdominal en dicho servicio de urgencias.
- Distinguir el manejo terapéutico del dolor abdominal.

METODOLOGÍA

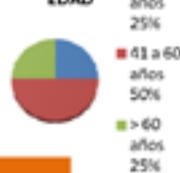
El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en un Punto de Atención Continuada, seleccionando 150 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que acudieron a dicho servicio de urgencias por dolor abdominal. El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Enero a Abril de 2015. Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, clínica, pruebas complementarias y tratamiento farmacológico.

RESULTADOS

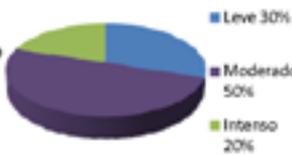
SEXO



EDAD



INTENSIDAD DEL DOLOR



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
METOCLOPRAMIDA	100 (66,6%)
PARACETAMOL	105 (66,6%)
AINES Metamizol Diclofenaco	130 (86,6%) 100 (66,6%) 30 (20%)
TRAMADOL	14 (9,33%)
BROMURO DE HIOSCINA	130 (86,6%)
ANTAGONISTA H2	80 (53,3%)

CLÍNICA	VARONES	MUJERES	TOTAL
Hematuria	20 (66,6%)	10 (33,4%)	30 (20%)
Náuseas	70 (58,3%)	50 (41,7%)	120 (80%)
Vómitos	50 (62,5%)	30 (37,5%)	80 (53,3%)
Fiebre	8 (44,4%)	10 (55,6%)	18 (12%)
Cefalea	5 (55,5%)	4 (44,5%)	9 (6%)



RESULTADOS

Un 45% de los que acudieron a urgencias por dolor abdominal eran varones, siendo pacientes de mediana edad. En la mayoría de los casos la intensidad del dolor era moderado (50%). La principal clínica asociada son las náuseas (80%) y los vómitos (53,3%). Las constantes vitales y la muestra de orina, ayudan en el diagnóstico correcto con el 70% y el 60% de los casos respectivamente. En cuanto al Tto instaurado, el uso de los AINES está muy generalizado, ya que son utilizados en el 86,6% de los individuos, siendo el metamizol el más extendido con un 66,6%. En igual proporción junto con los AINES, se utiliza el bromuro de hioscina, siguiendo de cerca el uso de la metoclopramida en el 66,6 % de los casos

CONCLUSIONES

No se observa evidencia significativa del dolor abdominal entre hombres y mujeres. El dolor abdominal se acompaña de náuseas y vómitos de forma predominante. Junto con la exploración física, las constantes vitales y la muestra de orina es fundamental para un buen diagnóstico diferencial. El uso de AINES y del bromuro de hioscina se hace extensible en la analgesia del paciente con dolor abdominal.

Bibliografía:

- 1.-Rozach, L. Verdejo, C. Abdomen agudo. 1992.
- 2.-De Dornbal. Dolor abdominal en fase aguda. J-Clin-Gastroenterología. 1994.
- 3.-Dr Leopoldo Peña Cabrera. Dolor abdominal. 2005

Resumen: El dolor abdominal es una de las urgencias más frecuentes que se manejan en los Puntos de Atención Continuada. Encuadra los síntomas que se producen en el área abdominal, tanto a nivel alto (estómago), o más bajo (a nivel intestinal). El dolor abdominal es muy inespecífico en sí mismo y puede deberse a muchos procesos del aparato digestivo.

Puede ser causado por toxinas, infecciones, problemas de la vesícula, del hígado, menstruación, enfermedades renales, tumores, perforación intestinal, enfermedades del páncreas, hernias, traumatismos abdominales... Para poder hacer un buen diagnóstico del dolor es necesario describirlo con más precisión asociándolo a otros síntomas.

Palabras Clave: Dolor abdominal; Urgencia; Clínica predominante.

Objetivos:

- Extrapolar las características de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por dolor abdominal, según edad, sexo y nivel de dolor.
- Conocer la clínica predominante en el paciente con dolor abdominal.
- Saber que pruebas complementarias son realizadas en el paciente que ingresa por dolor abdominal en dicho servicio de urgencias.
- Distinguir el manejo terapéutico del dolor abdominal.

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en un Punto de Atención Continuada, seleccionando 150 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que acudieron a dicho servicio de urgencias por dolor abdominal.

El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Enero a Abril de 2015.

Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, clínica, pruebas complementarias y tratamiento farmacológico.

Un 45% de los que acudieron a urgencias por dolor abdominal eran varones, siendo pacientes de mediana edad. En la mayoría de los casos la intensidad del dolor era moderado (50%). La principal clínica asociada son las náuseas (80%) y los vómitos (53,3%). Las constantes vitales y la muestra de orina, ayudan en el diagnóstico correcto con el 70% y el 60% de los casos respectivamente.

En cuanto al Tratamiento instaurado, el uso de los AINES está muy generalizado, ya que son utilizados en el 86,6% de los individuos, siendo el metamizol el más extendido con un 66,6%. En igual proporción junto con los AINES, se utiliza el bromuro de hioscina, seguido de cerca por el uso de la metoclopramida en el 66,6 % de los casos.

No se observa evidencia significativa del dolor abdominal entre hombres y mujeres. El dolor abdominal se acompaña de náuseas y vómitos de forma predominante. Junto con la exploración física, las constantes vitales y la muestra de orina es fundamental para un buen diagnóstico diferencial.

El uso de AINES y del bromuro de hioscina se hace extensible en la analgesia del paciente con dolor abdominal.

Bibliografía:

1. Rexach, L. Verdejo, C. Abdomen agudo. 1992.
2. De Dombal. Dolor abdominal en fase aguda. J-Clin-Gastroenterología. 1994.
3. Dr Leopoldo Pena Cabrera. Dolor abdominal. 2005.

Capítulo L

Drenaje torácico en el paciente pediátrico

Autores:

Jacinta Naranjo Fernández

María José Sánchez Fernández

EL DRENAJE TORÁCICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

El 40% de las neumonías pediátricas que requieren hospitalización desencadenan un derrame pleural. El procedimiento que se lleva a cabo es el drenaje torácico, con el que se consigue el equilibrio entre la producción y reabsorción del líquido pleural. A pesar de que este procedimiento corresponde al personal médico, enfermería debe estar capacitada para colaborar y proporcionar los cuidados específicos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO

- ❖ Facilitar la salida de líquido, sangre y/o aire del espacio pleural o del mediastino.
- ❖ Evitar la entrada de aire atmosférico en el espacio pleural mediante el uso de una cámara con sello de agua.
- ❖ Restaurar la presión negativa del espacio pleural.
- ❖ Promover la reexpansión del pulmón colapsado mejorando su ventilación y perfusión, aliviando así la dificultad respiratoria.



MATERIAL

- > Indumentaria quirúrgica (bata, gorro, mascarilla y guantes estériles).
- > Instrumental estéril (gasas, bisturí, pinzas hemostáticas curvadas, solución antiséptica, agua bidestilada, jeringa de irrigación, porta-agujas, hilo de seda para sutura y cinta adhesiva para protección de apósito y su fijación).
- > Técnica aséptica (lavado quirúrgico de manos).
- > Tubos o catéteres de drenaje torácico en función de la edad y del objetivo terapéutico.

CONCLUSIONES...

La protocolización del procedimiento del drenaje torácico mejora la calidad de los cuidados, disminuyendo las complicaciones, lo que facilita la seguridad durante todo el procedimiento.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1) Preparación previa:

- a) Informar correctamente a la familia y al niño, si su edad lo permite.
- b) Obtener el consentimiento informado.
- c) Preparar el material para la colocación del tubo torácico, la cámara de sello de agua rellena hasta el nivel de 2cm y la cámara de aspiración, según prescripción médica.
- d) Toma de constantes y evaluación del estado del niño.

2) Realización de la técnica:

- a) Preparar la mesa quirúrgica.
- b) Ayudar a colocar al niño en la posición adecuada.
- c) Administrar la medicación prescrita, previa monitorización (FC, FR, TA y SATO2).
- d) Colaborar con el médico en lo que precise.
- e) Proporcionar al médico el tubo de látex de la cámara de recolección para su conexión al tubo torácico.
- f) Hacer una primera valoración del aire y el líquido drenado.
- g) Conectar el sistema de aspiración si así está prescrito.
- h) Cubrir la zona con apósito estéril después de haberla desinfectado con antiséptico.
- i) Colocar la fijación de seguridad del tubo a la pared torácica del niño.
- j) Facilitar la realización de una radiografía de tórax.

OBSERVACIONES

- ✓ Mantener el sistema de drenaje siempre en posición vertical y por debajo del tórax.
- ✓ Movilizaciones cuidadosas para evitar la oclusión y/o tracción del tubo.
- ✓ Valorar posibles signos de infección (curas con povidona yodada y apósito estéril c/ 24h o según estado del mismo y valorar el aspecto, color, cantidad y velocidad del material drenado).
- ✓ Control de constantes vitales (SATO2, FC, FR y patrón respiratorio).
- ✓ Realizar cambios posturales.

Tamaño del tubo de drenaje (en French)			
Peso (Kg)	Neumo-Tórax	Trasudado	Esudado
Menos de 3	8-10	8-10	10-12
3-8	10-12	10-12	12-16
8-15	12-16	12-16	16-20
16-40	16-20	16-20	20-28
Más de 40	20-24	24-28	28-36

Resumen: El 40% de las neumonías pediátricas que requieren hospitalización desencadenan un derrame pleural. A pesar de que este procedimiento corresponde al personal médico, enfermería debe estar capacitada para colaborar y proporcionar los cuidados específicos.

El objetivo principal del drenaje torácico es facilitar la salida de líquido y/o aire del espacio pleural evitando la entrada de aire atmosférico al mismo. Una adecuada preparación previa así como de la realización de la técnica y cuidados posteriores disminuirán las complicaciones, lo que aumentará del paciente la seguridad durante todo el procedimiento.

Palabras Clave: Intensive care units, pediatric; Pediatric patient; Thoracic drainage.

El 40% de las neumonías pediátricas que requieren hospitalización desencadenan un derrame pleural. El procedimiento que se lleva a cabo es el drenaje torácico, con el que se consigue el equilibrio entre la producción y reabsorción del líquido pleural. A pesar de que este procedimiento corresponde al personal médico, enfermería debe estar capacitada para colaborar y proporcionar los cuidados específicos.

Objetivos del procedimiento:

- Facilitar la salida de líquido, sangre y/o aire del espacio pleural o del mediastino.
- Evitar la entrada de aire atmosférico en el espacio pleural mediante el uso de una cámara con sello de agua.
- Restaurar la presión negativa del espacio pleural.
- Promover la reexpansión del pulmón colapsado mejorando su ventilación y perfusión, aliviando así la dificultad respiratoria.

Material:

- Indumentaria quirúrgica (bata, gorro, mascarilla y guantes estériles).
- Instrumental estéril (gasas, bisturí, pinzas hemostáticas curvadas, solución antiséptica, agua bidestilada, jeringa de irrigación, porta-agujas, hilo de seda para sutura y cinta adhesiva para protección de apósito y su fijación).
- Técnica aséptica (lavado quirúrgico de manos).
- Tubos o catéteres de drenaje torácico en función de la edad y del objetivo terapéutico.

Descripción de la técnica:

- Preparación previa:
 - Informar correctamente a la familia y al niño, si su edad lo permite.
 - Obtener el consentimiento informado.

- Preparar el material para la colocación del tubo torácico, la cámara de sello de agua rellena hasta el nivel de 2cm y la cámara de aspiración, según prescripción médica.
- Toma de constantes y evaluación del estado del niño.
- Realización de la técnica:
 - Preparar la mesa quirúrgica.
 - Ayudar a colocar al niño en la posición adecuada.
 - Administrar la medicación prescrita, previa monitorización (FC, FR, TA y SATO2).
 - Colaborar con el médico en lo que precise.
 - Proporcionar al médico el tubo de látex de la cámara de recolección para su conexión al tubo torácico.
 - Hacer una primera valoración del aire y el líquido drenado.
 - Conectar el sistema de aspiración si así está prescrito.
 - Cubrir la zona con apósito estéril después de haberla desinfectado con antiséptico.
 - Colocar la fijación de seguridad del tubo a la pared torácica del niño.
 - Facilitar la realización de una radiografía de tórax.
- Observaciones:
 - Mantener el sistema de drenaje siempre en posición vertical y por debajo del tórax.
 - Movilizaciones cuidadosas para evitar la oclusión y/o tracción del tubo.
 - Valorar posibles signos de infección (curas con povidona yodada y apósito estéril c/ 24h o según estado del mismo y valorar el aspecto, color, cantidad y velocidad del material drenado).
 - Control de constantes vitales (SATO2, FC, FR y patrón respiratorio).
 - Realizar cambios posturales.

Conclusiones:

La protocolización del procedimiento del drenaje torácico mejora la calidad de los cuidados, disminuyendo las complicaciones, lo que facilita la seguridad durante todo el procedimiento.

Bibliografía:

1. Morales Gil IM, G^a Piñero JM. Cuidados intensivos pediátricos. Serie cuidados avanzados. 1^a ed. 2010. Difusión avances de Enfermería (DAE SL). Cap. 28, pág. 367-376.
2. Aibarra; Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Febrero 2014.
3. Osakidetza (Servicio de Salud del País Vasco); Protocolo de Drenaje Torácico. Noviembre 2011.

Capítulo LI

Educación sanitaria en estreñimiento crónico

Autora:

María Dolores López Ramírez

Educación Sanitaria en Estreñimiento Crónico

INTRODUCCIÓN:

El estreñimiento crónico es un trastorno multisintomático que abarca deposiciones poco frecuentes (menos de 3 por semana), duras y fragmentadas, esfuerzo durante la defecación, meteorismo, sensación de evacuación incompleta tras la deposición y molestias abdominales; durante un periodo mínimo de 3 meses en ausencia de toma de laxantes.



CASO CLÍNICO:

Mujer de 52 años con historia de EC desde la adolescencia que condiciona mucho su vida. Su día a día es un continuo ir al W.C. donde pasa gran parte de su tiempo intentando evacuar, necesitando para ello realizar grandes esfuerzos y ponerse enemas frecuentemente, con sensación de vaciamiento incompleto, molestias y distensión abdominal. Sus deposiciones son pequeñas y duras, en forma de bolitas compactas. Presenta hemorroides.
Rx de abdomen y ecografía abdominal: abundantes heces y gases ocupando intestino.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS:

Se realiza ES sobre EC a la paciente por parte del personal de enfermería.

- 1º) **Abordaje nutricional:** a) Aumentar el volumen y el peso de las heces: tomando 30g. de fibra/día (verdura, frutas mejor secas y con piel, legumbres, cereales integrales, ...) y 1'5 a 2 litros de líquido/día. Si se aumenta la fibra, aumentar también los líquidos para prevenir la impactación fecal. b) Lubricar el intestino para favorecer el tránsito: una cucharada sopera de aceite de oliva virgen, en ayunas, puede ayudar. c) Aumentar el peristaltismo: tomando bebida caliente en ayunas, haciendo masajes abdominales en el sentido de las agujas del reloj (2 veces/día). d) Potenciar la secreción de bilis (tomando grasas, alcachofas, escarola, endivia, bererjona, naranja...) ya que tiene efecto laxante. e) Favorecer una flora intestinal sana y fuerte, tomando pro-bióticos (yogur con lactobacilos y bifidobacterias, algunos quesos frescos, leche fermentada), para una correcta absorción de los nutrientes y favorecer el tránsito. f) Evitar alimentos irritantes para el intestino (café, tabaco) y astringentes (arroz blanco, té). g) Reducir la ingestión de alimentos refinados (pan de harina blanca, pasteles, ...) y la comida basura. h) Masticar bien los alimentos.
- 2º) **Ejercicio físico:** realizado con regularidad dentro de las posibilidades de cada persona (caminar, correr, bailar, nadar, ...) estimula la motilidad intestinal. Evitar sedentarismo.
- 3º) **Entrenamiento intestinal** para adquirir un hábito deposicional correcto. Aprovechar el reflejo gastrocólico, después de las comidas, para ir al baño. Adoptar posición que facilite la defecación (sentado inclinado el cuerpo hacia delante o apoyando los pies en un taburete, de manera que las rodillas estén más altas que la pelvis), así se minimiza la necesidad de ejercer presión. Atender las sensaciones intestinales: no posponer la evacuación, ya que provoca insensibilidad del intestino al estímulo de distensión de las heces. Disponer de tiempo para la evacuación, sin prisas y sin interrupciones. Comer a la misma hora para regular nuestro reloj intestinal. Planificar la defecación con horario regular (mejor por la mañana).
- 4º) **Factores ambientales:** Disponer de intimidad al ir al baño, confort, accesibilidad, inodoro de altura adecuada...
- 5º) **Factores psicológicos:** Reducir el estrés ya que puede afectar al funcionamiento del colon (intentar dormir al menos 7 horas/día y descansar; practicar yoga y ejercicios de respiración profunda).
- 6º) **Tratamiento farmacológico:** Laxantes de volumen o incrementadores del bolo intestinal (salvado de trigo, plantago ovata), laxantes osmóticos (lactulosa, lactitol), estimulantes catárticos (senósidos A y B), laxantes lubricantes (aceite de parafina, parafina líquida), laxantes vía rectal (enemas y supositorios de glicirina).
- 7º) **Otros tratamientos:** Terapias alternativas (acupuntura), cirugía.



Tipos de Fibra

Soluble	Insoluble
<p>Saciante</p> <p>Beneficiosa para diabetes</p> <p>Reduce el colesterol total y el LDL</p> <p>Saludable para los intestinos</p> <p>Prevención de enfermedades cardiovasculares</p>	<p>Saciante</p> <p>Desintoxicante</p> <p>Evita el estreñimiento</p> <p>Evitan la obesidad</p> <p>Ayuda a prevenir el cáncer de colon</p>

DISCUSIÓN:

- Se necesitan 150-200g de heces para que la distensión del recto provoque deseo de defecar. Al ser la media 80-120g, el tiempo de tránsito intestinal y la reabsorción de agua aumentan, las heces se hacen duras y escasas, el reflejo defecatorio se inhibe, la defecación es infrecuente y dificultosa y ocasiona EC. Por eso es importante tomar fibra y líquidos que aumentan el volumen y peso de las heces.
- Es importante evitar el EC, tanto por las molestias que ocasiona como por sus consecuencias (varices en extremidades inferiores, baja autoestima, hernia de hiato, inguinal y/o umbilical, hemorroides, mayor riesgo de cáncer de colon, enfermedad diverticular, fisura anal, megacolon...).
- La mayor parte de las personas con EC pertenecen al tipo idiopático (sin causa orgánica conocida).
- Se recomienda 1º la ES y las medidas generales higiénico-dietéticas. Como 2º opción laxantes (en el orden indicado) en los casos realmente necesarios y con las precauciones debidas. Suele abusarse de ellos y agravan el E si el intestino se acostumbra a tomarlos.
- La ES pretende que el paciente conozca las causas del EC, sus consecuencias y qué puede hacer para evitarlo.
- Es más frecuente en mujeres (3/1) y aumenta con la edad (10-30% en personas mayores de 70 años)

CONCLUSIÓN:

La ES que ha recibido la paciente, le ha permitido tener un mejor conocimiento de su dolencia y las formas de combatirla. Tras unos meses en los que ha llevado a la práctica las medidas higiénico-dietéticas aprendidas, ha conseguido una evacuación regular diaria no dolorosa prescindiendo de enemas. Su calidad de vida ha mejorado significativamente.

Resumen: En este trabajo se presenta el caso clínico de una mujer con estreñimiento crónico que limita mucho su vida. Se le realiza educación sanitaria. Tras unos meses practicando las medidas higiénico-dietéticas aprendidas, ha adquirido una regularidad intestinal y ha mejorado significativamente su calidad de vida.

Palabras Clave: Estreñimiento-deposición; Laxante-intestino; Tránsito.

Introducción:

El estreñimiento crónico (EC) es un trastorno multisintomático que abarca deposiciones poco frecuentes (menos de 3 por semana), duras y fragmentadas, esfuerzo durante la defecación, meteorismo, sensación de evacuación incompleta tras la deposición y molestias abdominales; durante un periodo mínimo de 3 meses en ausencia de toma de laxantes.

Caso clínico:

Mujer de 52 años con historia de EC desde la adolescencia que condiciona mucho su vida. Su día a día es un continuo ir al W.C. donde pasa gran parte de su tiempo intentando evacuar, necesitando para ello realizar grandes esfuerzos y ponerse enemas frecuentemente, con sensación de vaciamiento incompleto, molestias y distensión abdominal. Sus deposiciones son pequeñas y duras, en forma de bolitas compactas. Presenta hemorroides.

Radiografía de abdomen y ecografía abdominal: abundantes heces y gases ocupando intestino.

Plan de Cuidados Enfermeros:

Se realiza educación sanitaria (ES) sobre EC a la paciente por parte del personal de enfermería.

- Abordaje nutricional:
 - Aumentar el volumen y el peso de las heces: tomando 30g. de fibra/día (verdura, frutas mejor secas y con piel, legumbres, cereales integrales...) y 1'5 a 2 litros de líquido/día. Si se aumenta la fibra, aumentar también los líquidos para prevenir la impactación fecal.
 - Lubricar el intestino para favorecer el tránsito: una cucharada sopera de aceite de oliva virgen, en ayunas, puede ayudar.
 - Aumentar el peristaltismo: tomando bebida caliente en ayunas, haciendo masajes abdominales en el sentido de las agujas del reloj (2 veces/día).
 - Potenciar la secreción de bilis (tomando grasas, alcachofas, escarola, endivia, berenjena, naranja...) ya que tiene efecto laxante.
 - Favorecer una flora intestinal sana y fuerte, tomando pro-bióticos (yogur con lactobacilos y bifidobacterias, algunos quesos frescos, leche fermentada), para una correcta absorción de los nutrientes y favorecer el tránsito.
 - Evitar alimentos irritantes para el intestino (café, tabaco) y astringentes (arroz blanco, té).

- Reducir la ingestión de alimentos refinados (pan de harina blanca, pasteles...) y la comida basura.
- Masticar bien los alimentos.
- Ejercicio físico: realizado con regularidad dentro de las posibilidades de cada persona (caminar, correr, bailar, nadar....) estimula la motilidad intestinal. Evitar sedentarismo.
- Entrenamiento intestinal para adquirir un hábito deposicional correcto: Aprovechar el reflejo gastrocólico, después de las comidas, para ir al baño. Adoptar posición que facilite la defecación (sentado inclinado el cuerpo hacia delante o apoyando los pies en un taburete, de manera que las rodillas estén más altas que la pelvis), así se minimiza la necesidad de ejercer presión. Atender las sensaciones intestinales: no posponer la evacuación, ya que provoca insensibilidad del intestino al estímulo de distensión de las heces. Disponer de tiempo para la evacuación, sin prisas y sin interrupciones. Comer a la misma hora para regular nuestro reloj intestinal. Planificar la defecación con horario regular (mejor por la mañana).
- Factores ambientales: Disponer de intimidad al ir al baño, confort, accesibilidad, inodoro de altura adecuada...
- Factores psicológicos: Reducir el estrés ya que puede afectar al funcionamiento del colon (intentar dormir al menos 7 horas/día y descansar; practicar yoga y ejercicios de respiración profunda).
- Tratamiento farmacológico:
 - Laxantes de volumen o incrementadores del bolo intestinal (salvado de trigo, planta-go ovata).
 - Laxantes osmóticos (lactulosa, lactitol).
 - Estimulantes catárticos (senósidos A y B).
 - Laxantes lubricantes (aceite de parafina, parafina líquida).
 - Laxantes vía rectal (enemas y supositorios de glicerina).
- Otros tratamientos: Terapias alternativas (acupuntura), cirugía.

Discusión:

Se necesitan 150-200g de heces para que la distensión del recto provoque deseo de defecar. Al ser la media 80-120g, el tiempo de tránsito intestinal y la reabsorción de agua aumentan, las heces se hacen duras y escasas, el reflejo defecatorio se inhibe, la defecación es infrecuente y dificultosa y ocasiona EC. Por eso es importante tomar fibra y líquidos que aumentan el volumen y peso de las heces.

Es importante evitar el EC, tanto por las molestias que ocasiona como por sus consecuencias (varices en extremidades inferiores, baja autoestima, hernia de hiato, inguinal y/o umbilical, hemorroides, mayor riesgo de cáncer de colon, enfermedad diverticular, fisura anal, megacolon..).

La mayor parte de las personas con EC pertenecen al tipo idiopático (sin causa orgánica conocida).

Se recomienda 1º la ES y las medidas generales higiénico-dietéticas. Como 2ª opción laxantes (en el orden indicado) en los casos realmente necesarios y con las precauciones debidas. Suele abusarse de ellos y agravan el estreñimiento si el intestino se acostumbra a tomarlos.

La ES pretende que el paciente conozca las causas del EC, sus consecuencias y qué puede hacer para evitarlo.

Es más frecuente en mujeres (3/1) y aumenta con la edad (10-30% en personas mayores de 70 años).

Conclusión:

La ES que ha recibido la paciente, le ha permitido tener un mejor conocimiento de su dolencia y las formas de combatirla. Tras unos meses en los que ha llevado a la práctica las medidas higiénico-dietéticas aprendidas, ha conseguido una evacuación regular diaria no dolorosa prescindiendo de enemas. Su calidad de vida ha mejorado significativamente.

Bibliografía:

1. Mínguez Pérez M, Garrigues Gil V, Mas Mercader P, Mora Miguel F. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Fundación española del aparato digestivo (FEAD). 2013.
2. Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética. <http://www.sancyd.es/comedores/discapacitados/menu.dieta.estreñimiento.php>.
3. Argüelles Arias F, Herrerías Gutiérrez JM. Estreñimiento crónico. Med Clin [internet]. 2004 [Citado Octubre 2015]; 123(10). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estreñimiento-cronico-13066373>.
4. <http://www.botanical-online.com/medicinalsdietaestreñimiento.htm>.

Capítulo LII

Efecto de la musicoterapia en pacientes con problemas psicogeríátricos

Autores:

María Dolores Blanco Casero

María Dolores Martínez Aroca

Vera Muñoz Fernández

Almudena Muñoz Sepúlveda

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS PSICOGERIATRICOS.

INTRODUCCION:

La Musicoterapia es el empleo de la música y de los elementos musicales, tales como el ritmo, el sonido, la melodía y la armonía, que realiza una enfermera definida en la clasificación de intervenciones de enfermería como la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico en el ámbito fisiológico, emocional y conductual, englobando así un gran número de actividades de enfermería, con el objetivo de facilitar, promover y desarrollar la comunicación, el aprendizaje, la expresión, el movimiento y crecer en bienestar.

La música conmueve y permite conectar con el cuerpo y las emociones.

Con la musicoterapia proporcionamos al paciente una herramienta nueva y dinámica para mejorar su problema de salud.

La música se ha utilizado desde la antigüedad de forma curativa. Florence Nightingale, reconoció el efecto beneficioso de la música, la cual consideraba como parte del entorno que la enfermera debe controlar para promover la salud y la curación del paciente. Ella describe como en la guerra de Crimea, las enfermeras usaban la melodía de las flautas y su voz para calmar a los soldados con dolor.

OBJETIVOS:

- Reducir la ansiedad y trabajar la memoria.
- Mejorar la salud psicosocial y el bienestar del paciente.
- Estimulación psicomotriz y coordinación de movimiento del paciente.
- Fomentar la comunicación y la creatividad, mejorando la autoestima.
- Enseñar pautas de afrontamiento y evitar aislamiento.
- Favorecer relaciones sociales y las distracciones.
- Promover conductas aceptables.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se utilizan instrumentos musicales de percusión, un reproductor CD's y CD. Se realiza una sesión semanal de aproximadamente unos 45 minutos, el número de pacientes es variable ya que los pacientes tienen asistencia voluntaria.

El método utilizado es observacional directo, las varias variables directas: edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico y capacidad motora y variables de estudio: fluidez verbal, estado de ánimo y expresividad corporal.

Las actividades

que se han llevado a cabo son de escucha activa, interpretación musical con instrumentos, psicomotricidad en el marco musical, registro de conductas tras la terapia, valoración de sentimientos sobre la música.

RESULTADOS:

Estado de ánimo: 65% mejora alta,
25% mejora media,
10% igual que anterior a la terapia.

Expresividad corporal: 70% mejora,
30% igual que anterior a la terapia.

La muestra a estudio ha sido de 12 pacientes (9 varones y 3 mujeres) todos mayores de 65 años.

EXPRESIVIDAD CORPORAL



MUESTRA

12 pacientes $\left\{ \begin{array}{l} 9 \\ 3 \end{array} \right\} > 65 \text{ años}$

ESTADO DE ÁNIMO



CONCLUSIONES:

Se observa que tras el estudio realizado, el estado de ánimo se produce una gran mejora notable de la ansiedad y es estrés de todos los pacientes de dicha muestra.

Tras la utilización de un método observacional directo, podríamos decir que se pretende profundizar en variables utilizando escalas de valoración reconocidas.

De la muestra de pacientes el 30% consigue una fluidez verbal alta, 50% media y el 20% baja fluidez.

Durante la técnica se trabaja la creación y la escucha musical. A través del juego, con los instrumentos y con otros materiales, se estimulan otras posibilidades de ser y mirar lo que a la persona le falta, le frena, le bloquea. Se potencia aquello que la persona puede llegar a ser, hacer o expresar, transformándose.

La musicoterapia se trabaja con la experiencia musical y esto no requiere conocimientos musicales previos, los elementos musicales utilizados son los ritmos, dinámicas, frecuencias, melodías y armonías.

BIBLIOGRAFIA:

- Moreno, Joseph J.: Posh Blasco, Serafina. -Madrid: Herder, 2004. Edith Lecourt; traducción Carmela Freire Magarinos. -Vitoria, Guipúzcoa, España: Producciones Agruparte, 2005 Anthony Wigram; [traducción, Gemma Bellido]. -Vitoria-Gasteiz: Producciones Agruparte, 2005 Petty, Nicola J.; Moore, Ann P. -Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2009 Rodríguez, Mª Soledad. -Madrid: Musicalis, 2000

Resumen: La Musicoterapia es el empleo de la música y de los elementos musicales, tales como el ritmo, el sonido, la melodía y la armonía, que realiza una enfermera definida en la clasificación de intervenciones de enfermería como la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico en el ámbito fisiológico, emocional y conductual, englobando así un gran número de actividades de enfermería, con el objetivo de facilitar, promover y desarrollar la comunicación, el aprendizaje, la expresión, el movimiento y crecer en bienestar.

La música conmueve y permite conectar con el cuerpo y las emociones.

Palabras Clave: Música; Instrumentos; Beneficios.

La música tiene un lenguaje universal, sin fronteras al que todos pueden acceder, por lo que es muy difícil darle una sola utilidad, ya que abarca multitud de artes que en el ser humano provoca sensaciones de placer o tristeza, expresa y comunica sentimientos

Utilizada en los diferentes contextos sociales en los que nos podemos encontrar.

La música se considera un elemento esencial para el desarrollo y evolución de las personas para poder ejercitar sus capacidades intelectuales y emocionales.

La musicoterapia es la fusión de música y terapia y la combinación de disciplinas, es decir, un arte, una ciencia, un proceso interpersonal con carácter subjetivo y objetivo, creativo, individual y colectivo, etc. Tiene mucho que ver con la empatía, la intimidad, la comunicación, la influencia recíproca y las relaciones de roles entre paciente-terapeuta.

La música es considerada uno de los medios de comunicación más utilizados y en ello reside su gran valor terapéutico, su gran poder de evocación, asociación e integración y es un recurso de autoexpresión y de liberación para la mayoría de personas en un contexto determinado.

La música podemos encontrarla en cualquier manifestación de la naturaleza, no tan solo a nivel instrumental, sino que también los ruidos propios que oímos en el hábitat natural de todo ser humano que emite una gran influencia sobre ellos sin tener en cuenta las creencias culturales.

La música conmueve y permite conectar con el cuerpo y las emociones.

Con la musicoterapia proporcionamos al paciente una herramienta nueva y dinámica para mejorar su problema de salud.

La música se ha utilizado desde la antigüedad de forma curativa. Florence Nightingale reconoció el efecto beneficioso de la música, la cual consideraba como parte del entorno que la enfermera debe controlar para promover la salud y la curación del paciente. Ella describe como en la guerra de Crimea, las enfermeras usaban la melodía de las flautas y su voz para calmar a los soldados con dolor.

En la técnica llevada a cabo se utilizan instrumentos musicales de percusión, un reproductor CD y CD. Se realiza una sesión semanal de aproximadamente unos 45 minutos, el número de pacientes es variable ya que los pacientes tienen asistencia voluntaria.

El método utilizado es observacional directo, las varias variables directas: edad, sexo, diag-

nostico psiquiátrico y capacidad motora y variables de estudio: fluidez verbal, estado de ánimo y expresividad corporal. Las actividades que se han llevado a cabo son de escucha activa, interpretación musical con instrumentos, psicomotricidad en el marco musical, registro de conductas tras la terapia, valoración de sentimientos sobre la música.

Los objetivos que queremos conseguir son Reducir la ansiedad y trabajar la memoria. Mejorar la salud psicosocial y el bienestar del paciente. Estimulación psicomotriz y coordinación de movimiento del paciente. Fomentar la comunicación y la creatividad, mejorando la autoestima. Enseñar pautas de afrontamiento y evitar aislamiento. Favorecer relaciones sociales y las distracciones y promover conductas aceptables.

Las conclusiones obtenidas tras el estudio realizado es el estado de ánimo se produce una gran mejoría notable de la ansiedad y es estrés de todos los pacientes de dicha muestra.

Tras la utilización de un método observacional directo, podríamos decir que se pretende profundizar en variables utilizando escalas de valoración reconocidas.

De la muestra de pacientes el 50% consigue una fluidez verbal alta, 30% media y el 20% baja fluidez.

Durante la técnica se trabaja la creación y la escucha musical. A través del juego, con los instrumentos y con otros materiales, se estimulan otras posibilidades de ser y mirar lo que a la persona le falta, le frena, le bloquea. Se potencia aquello que la persona puede llegar a ser, hacer o expresar, transformándose.

En musicoterapia se trabaja con la experiencia musical y esto no requiere conocimientos musicales previos, los elementos musicales utilizados son los ritmos, dinámicas, frecuencias, melodías y armonías.

Bibliografía:

1. Moreno, Joseph J.: Poch Blasco, Serafina .Madrid :Herder2004.
2. ÉdithLecourt traducción Carmiña FreireMagariños.
3. Vitoria, Gasteiz, España: Producciones Agruparte , 2005.
4. AnthonyWigram; [traducción,GemmaBellido] .VitoriaGasteiz : Producciones Agruparte , 2005.
5. Petty NicolaJ.:Moore, Ann P.Madrid: McGrawHill/Interamericana, 2009Rodrigo, M^a Soledad. Madrid :Musicalis.2000.

Capítulo LIII

Efectos de la danza oriental sobre la salud. Revisión sistemática

Autores:

Alicia Muñoz-Torrero Peña

Celia Navarro Cuadra

Irene Rivero Merino

Marta Terán Boaben

Liliana Valiente Sobrino

Lorena Yepes Herencia

EFFECTOS DE LA DANZA ORIENTAL SOBRE LA SALUD

REVISIÓN SISTEMÁTICA

INTRODUCCIÓN

La que es probablemente la danza más antigua de la Tierra, es definida por las personas que la practican como terapéutica. Sus supuestos beneficios van desde el nivel físico al psicológico incluso al social.

Según la OMS "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1). Dado que hoy en día, esta disciplina puede ser practicada en casi todas las ciudades y que es una actividad que puede llevar a cabo cualquier persona, independientemente de su condición física o edad, esta revisión pretende divulgar los efectos sobre la salud de la danza oriental (DO) que se han comprobado hasta ahora científicamente.

OBJETIVO

Reunir todos los efectos de la DO sobre la salud de las personas que la practican, que han sido estudiados y comprobados a través del método científico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Palabras clave: "danza oriental" OR "danza del vientre" OR "belly dance" AND "salud" OR "health"

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos publicados hasta Octubre 2015.
- Artículos publicados en alfabeto latino.
- Sin restricción de sexo, origen étnico o duración del seguimiento.
- Que analicen efectos de la DO sobre la salud.

Identificados **325 artículos** de las bases de datos PubMed, Google académico, Scielo, Lilacs, Web of science, Cochrane y Science Direct

4 estudios excluidos por estar en otro alfabeto

304 estudios excluidos por título y resumen

8 estudios excluidos por estar duplicados

2 estudios excluidos por no usar método científico

2 estudios excluidos por no medir aspectos de salud

5 estudios seleccionados

2 ARTÍCULOS ECAs

3 ARTÍCULOS OBSERVACIONALES

TABLA 1: ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Estudio	Diseño	Sujetos/Edad	Duración/ Nivel experiencia	Análisis de las variables	Resultados
Abrão, ACP et al. (2) (2005) BRASIL	Cualitativo, descriptivo y humanista	12 mujeres /16-40 años	- / -	Cuestionario de preguntas abiertas.	Los ejercicios de ondulaciones y elongación aumentan la flexibilidad muscular en mujeres, contribuyendo al control de la ansiedad y otros trastornos psíquicos y la mejora del proceso digestivo. Los movimientos ondulatorios, contracción y relajación muscular, junto con la música de ritmo lento y suave, disminuye la TA y la FR, combatiendo la HTA y las migrañas.
Moreside, JM et al. (3) (2007) CANADA, ESPAÑA	Longitudinal	9 mujeres /25-9 años	-/5 avanzados, 4 intermedios	Análisis de ultrasonidos con SonoSite Titan. Electromiografía con AMT-8. Kinemática 3D con 3 Space ISOTRAK. Video análisis.	RECTO ABDOMINAL: el tiempo de retraso de AWS fue significativamente mayor que RAW, pero la diferencia entre AW y RAW fue menor. Cinco condiciones demostraron activación más alta de LRA comparado con URA, aunque a niveles más bajos de actividad. OBLICUO EXTERNO: no encontraron diferencias significativas entre los valores medios de MED y LEO en las 30 condiciones. OBLICUO INTERNO: una diferencia significativa en el tiempo de retraso entre RAW y AW y AWS cuando se correlacionan con URA. Cuando se correlacionan con LRA, el tiempo de retraso de AW es significativamente diferente que en RAW y AWS.
Cardoso, TSM et al. (4) (2005) BRASIL	Transversal	82 mujeres/ 13 a 38 años	- / entre 1 y 7 años	Cuestionario estándar auto aplicable y explicativo	Reducción del cólico menstrual desde inicio de DO: 78.43% casos. No percibieron alteraciones: 19.61% casos. Aumento de la intensidad del malestar: 1.96% casos.

TABLA 2: ECA

Estudio	Tiempo de seguimiento	Sujetos / Edad	Tipo de Intervención	Duración de la intervención	Análisis de variables	Resultados
Baptista, AS et al. (5) 2012 BRASIL	32 semanas	GI: 40 mujeres GC: 40 mujeres 18-65 años	GI: 16 semanas clases de 1h de DO, dos veces por semana. En la semana 4, reciben CD y libro con ejercicios para estudiar y practicar en casa. GC: No reciben intervención	16 semanas	3 mediciones: T0, T16 y T32. La evaluación del dolor con la VAS. La capacidad funcional con el test de 6 min. andando. Calidad de vida con el FIQ y el SF-36. Depresión con el BDI. Ansiedad con el STAI. Auto-imagen con el BBDE.	Se observó homogeneidad en la mayoría de las variables estudiadas en la T0, excepto en el test de 6 minutos andando y en subescalas del SF-36 (capacidad funcional, aspecto físico y vitalidad). Diferencias estadísticamente significativas en las variables VAS, 6 minutos andando y FIQ, el GI obtuvo mejores resultados, mientras que el GC permaneció estable. Diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones T0/T16 y T0/T32, en la evaluación intra-grupo en el GI. SF-36: diferencias estadísticamente significativas entre GI/GC en las siguientes sub-escalas: dolor, aspectos emocionales y salud mental, el GI obtuvo mejores resultados que el GC. GI obtuvo mejores resultados que el GC. BDI y STAI no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre GC/GI. BDDE muestra diferencias estadísticamente significativas entre GI/GC. Los valores del GI disminuyen a lo largo del estudio, los del GC permanecen estables. Intra-grupo existen diferencias estadísticamente significativas entre T0/T16 y T0/T32. ANOVA para mediciones repetidas: En la categoría sueño del BDI, muestra diferencias estadísticamente significativas en el GI en la T16 y se mantuvo hasta la T32. Diferencias estadísticamente significativas entre GI/GC en la calidad del sueño del FIQ. Existen diferencias estadísticamente significativas intra-grupo (GI) entre el T0/T16 y T0/T32. Correlación negativa entre la VAS y la asistencia a clase (T16 GI) y VAS y edad (T16 para GI y GC y T32 en GI) No existe correlación entre el IMC y el dolor.
Szalai, M et al. (6) 2009 HUNGRIA	1 año	GI: 55 mujeres GC: 59 mujeres Mayores de 18 años y diagnosticadas de cáncer	GI: Grupo de apoyo de compañeros, terapia de movimiento y artístico + Clases de 90 minutos de DO + 90 minutos de reuniones libres. GC: No reciben intervención	1 año	HRQL: Evaluada con el EORTC QLQ-C30. PSS: Evaluado con el F-SozU-K14. OLS: Evaluado con la subescala D1 de Campbell's.	Análisis socio-demográfico: en la T0 del GI: mayor nivel cultural, más activas en el mercado laboral, más propensas a vivir solas frente al GC. En la T32: incremento del número de pacientes que viven en pareja en el GI y un descenso en el GC. En el GI aumentó el número de sujetos que pasan a jornada laboral completa y a la inversa en el GC. Cambios poco significativos, pero habría que tenerlos en cuenta en futuros análisis. EORTC QLQ-C30: En T0 puntuación significativamente más baja en el GI frente al GC. Durante el estudio las puntuaciones descendieron en ambos grupos, siendo las diferencias entre ambos aún significativas. Reseñable el descenso de las puntuaciones en EORTC QLQ-C30 durante el estudio. Puntuaciones del EORTC QLQ-C30 pronunciadas pero insuficientes entre GI/GC, demostrando el efecto positivo de la intervención. F-SozU-K14: Al inicio del estudio los resultados son más elevados en el GI que en el GC, las diferencias aumentaron a lo largo del estudio entre el GI, que percibió mayor apoyo social y se redujo en el GC. CAMPBELL SCORE: Valores más elevados en el GI en ambas medidas que en GC, durante el estudio en GI aumentaron, mientras que en GC disminuyeron.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En los resultados de esta revisión se evidencian distintos beneficios de la DO sobre la salud, tales como:

- Mejora significativa del dolor y la calidad de vida en la fibromialgia (5).
- Mejora de la percepción calidad de vida en relación a la salud y la satisfacción durante el tratamiento de cáncer (6).
- Contribuye al control de la ansiedad y trastornos psíquicos (2).
- Mejora el proceso digestivo (2).
- Combate la HTA y las migrañas (2).
- Reducción del dolor menstrual (4).

A pesar de esto, no se puede afirmar que exista una relación contundente entre DO y la salud, debido a la poca cantidad de estudios de calidad realizados hasta la fecha.

Resumen: Esta revisión reúne los efectos de la danza oriental sobre la salud de las bailarinas que se han comprobado mediante el método científico. Se revisaron artículos publicados en distintas bases de datos hasta octubre de 2015. Cinco estudios cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: disminución del dolor y aumento de la calidad de vida en la fibromialgia, mejora la percepción de la calidad de vida en relación a la salud durante el cáncer, contribuye al control de la ansiedad y trastornos psíquicos, mejora el proceso digestivo, combate la hipertensión y migrañas y disminuye la dismenorrea primaria.

Palabras Clave: Salud; Danza; Revisión sistemática.

Introducción:

La Danza Oriental (DO) es probablemente la danza más antigua de la Tierra y las personas que la practican la definen como terapéutica. Sus supuestos beneficios van desde el nivel físico al psicológico incluso al social. Si recordamos la definición de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La DO, danza del vientre, danzas árabes o bellydance, se cree que tiene su origen en danzas rituales que se practicaban en los templos del antiguo Egipto. Estas danzas se fueron difundiendo por el mundo árabe y sufriendo transformaciones, prosperando principalmente en Egipto, Líbano y Turquía. A principios del siglo XX, es popularizada en occidente a través del cine. Actualmente, esta disciplina puede ser practicada en las principales ciudades del mundo y la puede llevar a cabo cualquier persona, independientemente de su condición física o edad.

Objetivo:

Reunir todos los efectos de la DO sobre la salud de las personas que la practican, que han sido estudiados y comprobados a través del método científico.

Material y métodos:

Se revisaron artículos originales publicados en las bases de datos: PubMed, Google académico, Scielo, Lilacs, Web of science, Cochrane y Science Direct hasta Octubre de 2015.

Las palabras clave utilizadas fueron: “danza oriental” OR “danza del vientre” OR “belly dance” AND “salud” OR “health”.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados hasta octubre 2015.
- Artículos publicados en alfabeto latino.

- Sin restricción de sexo, origen étnico o duración del seguimiento.
- Que analicen efectos de la DO sobre la salud.

Resultados:

Se identificaron 325 artículos potencialmente pertinentes de las distintas bases de datos, de los cuales 304 estudios fueron excluidos por título y resumen. 4 estudios se excluyeron por estar en otro alfabeto, 2 estudios no usaban método científico y 2 estudios no median aspectos de salud. Por último se seleccionaron 5 estudios que cumplían todos los criterios de inclusión, 3 estudios observacionales y 2 ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

En global han participado un total de 297 mujeres en 4 países diferentes.

Estudios observacionales:

Abrão. ACP et al. realizaron un estudio cualitativo, descriptivo y humanista en el que participaron 12 mujeres de 16-40 años que asistían a clases de DO. Los datos se obtuvieron mediante cuestionarios de preguntas abiertas, concluyendo que los ejercicios de ondulaciones y elongación aumentan la flexibilidad muscular, contribuyendo al control de la ansiedad y otros trastornos psíquicos y la mejora del proceso digestivo. Además, los movimientos ondulatorios, contracción y relajación muscular, junto con la música de ritmo lento y suave, disminuye la tensión arterial (TA) y la frecuencia respiratoria (FR), combatiendo la hipertensión arterial (HTA) y las migrañas.

Moreside, J.M. et al. realizaron un estudio longitudinal, en el que participaron 9 mujeres de 25.9 años de media, divididas en diferentes niveles de experiencia. Midieron los niveles de activación y fuerza muscular de los diferentes paquetes musculares del abdomen a través de análisis de ultrasonidos, electromiografía, cinemática 3D y vídeo análisis. Los resultados evidenciaban independencia neuromuscular del recto abdominal superior (URA) y recto abdominal inferior (LRA), la independencia neuromuscular de los segmentos del recto abdominal (RA) y el oblicuo externo (EO). Concluyeron que se trataba de un entrenamiento amplio para dominar la capacidad de aislar los movimientos de los distintos segmentos del cuerpo y todas las participantes negaron dolor de espalda a pesar de las grandes cantidades de rotación, traslación y co-contracción que son parte de sus rutinas de danza.

Cardoso, T.S.M. et al. realizaron un estudio transversal, en el que participaron 82 mujeres de 13-38 años seleccionadas de 6 academias de danza. Se les realizaron cuestionarios estándar auto aplicables y explicativos, donde evidenciaron que un 78'43% de los casos tuvieron una reducción del cólico menstrual desde inicio de DO; 19'61% no percibieron alteraciones; 1'96% un aumento de la intensidad del malestar.

ECA:

Baptista. A.S et al. realizaron un estudio durante 32 semanas en 80 mujeres de 18-86 años con fibromialgia. 40 mujeres en el grupo control (GC) y 40 en el grupo intervención (GI). La intervención duró 16 semanas, con clases de 1 hora de DO, dos veces por semana. Se reali-

zaron 3 mediciones: al inicio, semana 16 y semana 32. Analizando variables como el dolor, capacidad funcional, calidad de vida, depresión, ansiedad y autoimagen a través de cuestionarios estandarizados.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre GI/GC en las variables: escala visual análoga para el dolor (VAS), capacidad funcional y los cuestionarios de calidad de vida en relación a la salud. Además, dentro del análisis intragrupo del GI, se demostró el efecto positivo de la intervención para las variables: VAS; las subescalas de aspectos emocionales del BDDE; categoría del sueño del BDI; calidad de sueño del FIQ.

Szalai et al. realizaron un estudio con 59 mujeres mayores de 18 años, el GI lo formaban 55 mujeres diagnosticadas de cáncer con un seguimiento de un año. La intervención consistió en clases de 90 minutos de DO seguidos de 90 minutos de reuniones libres. Se evaluó la eficacia del estudio mediante cuestionarios validados:

EORTC QLQ-30: Durante el estudio las puntuaciones descendieron en ambos grupos, siendo las diferencias entre ambos aún significativas.

Reseñable el descenso de las puntuaciones en EORTC durante el estudio. QLQ-30 pronunciadas pero irrelevantes en GI frente a GC, demostrando el efecto positivo de la intervención.

F-SozU-K14 (cuestionario para medir apoyo social percibido): al inicio del estudio los resultados son más elevados en el GI que en el GC, las diferencias aumentaron a lo largo del estudio entre el GI, que percibió mayor apoyo social, y se redujo en el GC.

CAMPBELL SCORE: valores más elevados en el GI en ambas medidas. Diferencias entre grupos similares se observaron al final del estudio.

Conclusiones y discusión:

Se evidencian distintos beneficios de la DO sobre la salud:

- Disminución significativa del dolor y aumento de la calidad de vida en la fibromialgia.
- Mejora la percepción de la calidad de vida en relación a la salud y la satisfacción durante el cáncer.
- Contribuye al control de la ansiedad y trastornos psíquicos.
- Mejora el proceso digestivo.
- Combate la HTA y las migrañas.
- Disminución de la dismenorrea primaria.

Entre las limitaciones de este estudio cabe señalar que sólo se identificaron 2 ECA, por lo que no se ha podido llevar a cabo un meta-análisis. También cabe destacar la poca consistencia en los resultados encontrados y los pocos estudios realizados en esta disciplina.

Bibliografía:

1. Abrão ACP, Pedrão LJ. A contribuição da dança do ventre para a educação corporal, saúde física e mental de mulheres que freqüentam uma academia de ginástica e dança. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 março-abril; 13(2):243-8.
2. Moreside JM, Vera-Garcia FJ, McGill SM. Neuromuscular independence of abdominal wall muscles as demonstrated by middle-eastern style dancers. *Journal of electromyography and kinesiology*; 18 (2008) 527-537.
3. Munguba Cardoso TS, Cardoso Batista AP, Bedoya Campo JM. La equivalencia de la danza del vientre a la kinesioterapia en la terapia de la dismenorrea primaria; La kinesioterapia en la dismenorrea primaria. (efisioterapia.net) EFISIOTERAPIA, 22 JUN 2005.
4. Baptista AS, Villela AL, Jones A, Natour J. Effectiveness of dance in patients with fibromyalgia: A randomised, single-blind, controlled study. Received on August 4, 2011; accepted in revised form on February 13, 2012. *Clin Exp Rheumatol* 2012; 30 (Suppl. 74):S18-S23. CLINICAL AND EXPERIMENTAL RHEUMATOLOGY 2012.
5. Szalai M, Levay B, Szirmai A, Papp I, Premusz V, Bodis J. A clinical study to assess the efficacy of belly dancing as a tool for rehabilitation in female patients with malignancies. *European Journal of Oncology Nursing* 19 (2015) 60e65. Contents lists available at ScienceDirect *European Journal of Oncology Nursing* journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejon.

Capítulo LIV

Eficacia de las flores de Bach en el déficit de atención e hiperactividad desde el punto de vista de la enfermería. Revisión bibliográfica

Autores:

Alba Gómez Castro

María De La Cruz Medina Romero

Beatriz Ortega Moreno

Lucia Ramírez Baena



EFICACIA DE LAS FLORES DE BACH EN EL DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERIA . REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.



INTRODUCCIÓN:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), constituye probablemente el problema neuroconductual más común en niños (5-10%), con consecuencias para la salud mental de estos, pues interfiere en muchas áreas del desarrollo y funcionamiento de los menores, afecta la dinámica familiar y repercute en su vida escolar y social, de modo que los expone a riesgos de sufrir fracasos escolares y desarrollar problemas psiquiátricos diversos, tales como: conducta antisocial, alcoholismo, consumo de drogas y trastornos depresivos y ansiosos, etc. Este trastorno se caracteriza por un comienzo precoz y por la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con una marcada falta de atención y continuidad en las tareas. Así mismo, la Asociación Psiquiátrica Americana, lo define como un patrón persistente de atención pobre y/o hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos con un nivel de desarrollo similar. Investigaciones científicas han probado que el estado mental y emocional de una persona influyen de forma positiva o negativa sobre la aparición de diferentes enfermedades, para cuyo tratamiento no solo se emplean psicoestimulantes y antidepressivos tricíclicos; también se han usado y se siguen empleando diversas alternativas terapéuticas, entre las cuales ha cobrado gran fuerza la medicina natural y bioenergética como es el caso de la terapia floral de Bach, usada no solo en los trastornos de la salud mental del individuo, sino en muchos otros padecimientos agudos o crónicos frecuentes en la práctica clínica, en los diferentes grupos de edades del ser humano. Se plantea que esta alternativa de tratamiento constituye un sistema médico terapéutico que implica aspectos tales como: psicoterapéuticos, causales, medicamentoso no farmacológico, holístico, racional y clínico.

Las esencias florales intervienen sobre los estados emocionales de los hombres. El agente curativo de las flores deberá actuar sobre la causa y no sobre los efectos (síntomas) para corregir el desequilibrio emocional en el campo energético, se trata de agentes bioenergéticos. Se plantea que estas 38 esencias investigadas por el Dr. Edward Bach (médico bacteriólogo galés) entre 1928 y 1936, actúan sobre el cuerpo psicoemocional del hombre y son indicadas especialmente cuando hay problemas en las diferentes áreas: afectiva (depresión, angustia, miedo, agresión, timidez, duelo, pérdida de seres queridos, impaciencia, desesperanza, culpa, vergüenza, resentimiento, vulnerabilidad); física (contractura, estrés, agotamiento, nerviosismo, cefalea, insomnio, rigidez); creativa (problemas de aprendizaje, dispersión, concentración) y espiritual (baja autoestima, insatisfacción, desorientación, abandono). Teniendo en cuenta que muchos de los síntomas mencionados están presentes en los pacientes con TDAH, con este trabajo se pretende evaluar la eficacia de las Flores de Bach como terapia alternativa a la medicalización alopatía y como tratamiento coadyuvante en dicho trastorno.

Esta terapia reconocida y recomendada por la Organización Mundial en el año 1977 puede ser aplicada por un terapeuta que no necesariamente tiene que ser un médico, pudiendo así llevarse a cabo desde la labor independiente de la enfermería en sus diferentes campos: salud mental, pediátrica, asistencial en colegios o en atención primaria para así poder mejorar la calidad asistencial en nuestros cuidados y la calidad de vida en estos niños.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica (tabla 1) en septiembre de 2015 con el objetivo de conocer la eficacia de las flores de Bach en niños con TDAH. Las bases biomédicas consultadas fueron PUBMED, MEDLINE, La Biblioteca Cochrane Plus y Scielo utilizando como descriptores flores de Bach, terapias alternativas, niños, déficit de atención e hiperactividad con el término booleano AND.

- Las esencias florales fueron prescritas según diagnóstico y patrón caracterológico de cada niño, teniendo en cuenta el estado emocional en el que se encontraba y la referencia del familiar a partir de la situación comportamental más reciente en el hogar y en la escuela, así como las observaciones realizadas en consulta.
- Se emplearon los siguientes remedios florales: Chestnut bud, Impatiens, Olive, Rock Water, Verbain, White Chesnut, Clematis, Horbean, Sclerantus y Star of Bethelthen.
- Las edades seleccionadas en los estudios estaban comprendidas entre los 5-19 años, siendo el periodo de edad entre 7-9 años la que más se incluyó.
- Como criterio de inclusión en los estudios los participantes tenían problemas en el aprendizaje y estaban diagnosticados de TDAH, junto los síntomas que este lleva asociado.
- Los grupos tanto control como experimental estaba compuesto por un mínimo de 15 participantes llegando a un máximo de 40.
- En los estudios seleccionados, los representantes legales de los menores se mostraron conformes y firmaron el consentimiento informado ad-hoc y al ser experimentales se contempló lo establecido en la Declaración de Helsinki sobre las investigaciones en seres humanos con fines terapéuticos.

RESULTADOS:

De la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 6 artículos relacionados con el tema de los que destacamos los siguientes resultados:

- El tratamiento se evaluó mediante seguimiento en consulta o en el colegio clasificando los resultados en 3 categorías: mejorado, levemente mejorado y no mejorado.
- Se valoró a los pacientes en periodos de 30, 60, 90 y 120 días de ser tratados, observándose efectividad al mes de tratamiento (28,5% experimentaron mejoría), aunque se apreciaron mayores resultados favorables a mayor tiempo de exposición a la terapia.
- A los 60 días, el 50 % del grupo experimental mejoró los síntomas de hiperactividad y distrabilidad y 35% mejoró la impulsividad.
- A los 90 días, disminuyeron los síntomas cardinales y acompañantes, visto en el comportamiento de estos niños (se mostraban más tranquilos, organizados, disciplinados y con mejor relación comunicativa.)
- A los 120 días (gráfico 1), en el 85 % de los ubicados en el grupo de estudio fue más evidente el cambio comportamental y el reajuste del equilibrio emocional.
- Con la terapia floral se logró una mayor disminución de las alteraciones conductuales y emocionales de los síntomas asociados al TDAH: ansiedad (94,1 %); tristeza y miedo (100 %) y baja tolerancia a las frustraciones (84,7 %) (Gráfico 2)
- La terapia floral resultó un método eficaz e inocuo en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños con dificultades para aprender, con edades comprendidas entre 7 y 9 años de edad mejorando a su vez la actividad docente.
- De forma general, las flores de Bach, asociadas al uso de psicofármacos fue más eficaz (90,0 %), aunque también presentó eficacia de forma individual, siendo necesario más tiempo de exposición a la terapia.

Gráfico 1. A los 120 días de tratamiento con Flores de Bach, cambio comportamental y reajuste emocional.

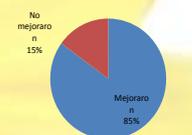
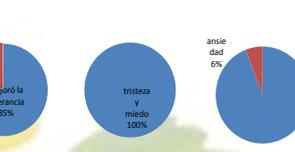


Gráfico 2. Disminución de las alteraciones conductuales y emocionales de los síntomas asociados al TDAH (se muestra a la izquierda: ansiedad, tristeza y miedo, ansiedad).



ESTUDIO	DISEÑO	OBJETIVO PRINCIPAL
Terapia floral como modalidad terapéutica en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Estudio experimental ensayo controlado no enmascarado y no aleatorizado	Evaluar la eficacia de la terapia floral en niños y adolescentes de 5-19 años.
Administración de terapia floral en niños con problemas de aprendizaje	Estudio longitudinal, prospectivo y de intervención.	Evaluar la eficiencia de los remedios florales indicados en los trastornos del aprendizaje
Aplicación de la terapia floral en niños con ansiedad y dificultad para aprender	Estudio preexperimental	Evaluar la eficacia de la terapia floral aplicada en el tratamiento de la ansiedad en niños con dificultad para aprender
Aplicación de la terapia floral de Bach en niños con retardo del desarrollo psíquico	Estudio experimental	Evaluar los resultados de la aplicación de la terapia floral de Bach en el aprendizaje de niños con retraso en el aprendizaje
Flower therapy and psychopedagogical treatment in schoolchildren with disorders due to care deficit with hyperactivity	Estudio experimental con intervención terapéutica.	Evaluar la eficacia de la terapia floral en el tratamiento de niños hiperactivos
Terapia floral de Bach en niños con manifestaciones de hiperactividad	Estudio experimental con intervención terapéutica	Evaluar la eficacia de la terapia floral en el tratamiento de niños con hiperactividad

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados.

CONCLUSIONES:

Para poder formular su teoría, Bach se nutrió de diversas fuentes. Estudió las medicinas orientales y a los grandes médicos holistas de Occidente, tales como Hipócrates, Paracelso y Samuel Hahnemann, con quien compartió la creencia que la enfermedad no se origina en el plano físico y que, por tanto, un tratamiento que no considera el plano psíquico de la persona no logra una curación definitiva. Su teoría abordaba a la persona como un todo integral, teniendo muy en cuenta el plano mental.

Podemos concluir que las Flores del Dr. Bach son un tipo de terapia bioenergética que puede ser aplicada desde el papel independiente de la enfermera formada en Flores de Bach pues no necesita una prescripción médica como otro tipo de fármacos. Es inocua, no invasiva, puede complementar al tratamiento farmacológico, pudiendo ser usada en niños (aprobada y recomendada por la OMS) a fin de mejorar la calidad asistencial ya que ayuda en el equilibrio, regulación de la atención, memoria y favorece el comportamiento del niño con TDAH. A su vez ayuda con la ansiedad, disminuye el miedo, tristeza, la baja tolerancia a las frustraciones y mejora el rendimiento escolar.

En la revisión, no se encontró ningún artículo relacionado directamente con enfermería, siendo estos relacionados con la psicología y psicopedagogía, por lo que sería interesante investigar sobre este campo desde el punto de vista de la enfermería.

Resumen: En esta revisión bibliográfica exponemos como las terapias alternativas naturales bioenergéticas como son las Flores de Bach aprobadas por la OMS, pueden usarse como tratamiento conjunto con fármacos o individualmente en trastornos por déficit de atención e hiperactividad en niños. Los resultados obtenidos en esta revisión tras consultar distintas bases de datos científicas como PUBMED, MEDLINE, La Biblioteca Cochrane Plus y Scielo mostraron resultados favorables. Si bien, cabe destacar que del ámbito de la enfermería no se encontró ningún estudio, por lo que sería interesante investigar acerca de estas terapias desde nuestra labor independiente.

Palabras Clave: Terapias complementarias; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Esencias florales.

Introducción:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, constituye el problema neuroconductual más común en niños (5-10%), con consecuencias para la salud mental, pues interfiere en muchas áreas del desarrollo y funcionamiento de estos, afecta la dinámica familiar y repercute en su vida escolar y social (fracaso escolar, problemas psiquiátricos: conducta antisocial, alcoholismo, drogas y trastornos depresivos) se caracteriza por un comienzo precoz y por la combinación de comportamiento hiperactivo pobremente modulado, con marcada falta de atención y continuidad en tareas. Así mismo, la Asociación Psiquiátrica Americana, lo define como un patrón persistente de atención pobre y/o hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos de desarrollo similar.

Investigaciones científicas han probado que la mente y la emoción de una persona influyen de forma positiva o negativa en la aparición de diferentes enfermedades, para cuyo tratamiento no solo se emplean fármacos. También se han usado y se siguen usando alternativas terapéuticas, entre las cuales ha cobrado gran fuerza la medicina natural y bioenergética como la terapia floral de Bach, usada no solo en los trastornos de la salud mental del individuo, sino en otros problemas físicos en diferentes edades del ser humano. Esta alternativa de tratamiento constituye un sistema terapéutico que implica aspectos tales como: psicoterapéuticos, causales, medicamentoso no farmacológico, holístico, racional y clínico.

Las esencias florales intervienen sobre los estados emocionales de los hombres. El agente curativo de las flores deberá actuar sobre la causa y no sobre los efectos (síntomas) para corregir el desequilibrio emocional en el campo energético, se trata de agentes bioenergéticos. Estas 38 esencias investigadas por el Dr. Edward Bach (médico bacteriólogo Galés) entre 1928 y 1936, actúan sobre el cuerpo psicoemocional del hombre y son indicadas especialmente cuando hay problemas en las diferentes áreas: afectiva (depresión, angustia, miedo, agresión, timidez, duelo, pérdida de seres queridos, impaciencia, desesperanza, culpa, vergüenza, resentimiento, vulnerabilidad); física (contractura, estrés, agotamiento, nerviosismo, cefalea, insomnio, rigidez); creativa (problemas de aprendizaje, dispersión, concentración) y espiritual (baja autoestima, insatisfacción, desorientación, abandono). Teniendo en cuenta que muchos de los síntomas mencionados están presentes en los pacientes con TDAH, con este trabajo se pretende evaluar la eficacia de las Flores de Bach como terapia alternativa a la medicalización alopática y como tratamiento coadyuvante en dicho trastorno. Esta terapia reconocida y recomendada por la Organización Mundial en el año 1977 puede ser

aplicada por un terapeuta que no necesariamente tiene que ser un médico, pudiendo realizarse desde la labor independiente de la enfermería en sus diferentes campos: salud mental, pediátrica, asistencial en colegios o atención primaria para así poder mejorar la calidad asistencial en nuestros cuidados y la calidad de vida en estos niños.

Material y método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en septiembre de 2015 con el objetivo de conocer la eficacia de las flores de Bach en niños con TDAH. Las bases biomédicas consultadas fueron PUBMED, MEDLINE, La Biblioteca Cochrane Plus y Scielo utilizando como descriptores flores de Bach, terapias alternativas, niños, déficit de atención e hiperactividad con el término booleano AND.

- Las esencias florales fueron prescritas según diagnóstico y patrón caracterológico individualmente, teniendo en cuenta el estado emocional en el que se encontraba y la referencia del familiar a partir de la situación comporta mental más reciente en el hogar y en la escuela y observaciones realizadas en consulta.
- Se emplearon los siguientes remedios florales: Chestnut bud, Impatiens, Olive, Rock Water, Verbain, White Chesnut, Clematis, Horbean, Sclerantus y Star of Bethelthen.
- Las edades seleccionadas en los estudios estaban comprendidas entre los 5-19 años, siendo el periodo de edad entre 7-9 años la más incluida.
- Como criterio de inclusión en los estudios los participantes tenían problemas en aprendizaje y estaban diagnosticados de TDAH.
- Los grupos tanto control como experimental estaba compuesto por un mínimo de 15 participantes llegando a un máximo de 40.
- En los estudios seleccionados, los representantes legales de los menores se mostraron conformes y firmaron el consentimiento informado ad-hoc y se contempló lo establecido en la Declaración de Helsinki sobre las investigaciones en seres humanos con fines terapéuticos.

Resultados:

De la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 6 artículos relacionados con el tema de los que destacamos los siguientes resultados:

- El tratamiento se evaluó mediante seguimiento en consulta o en el colegio clasificando los resultados en 3 categorías: mejorado, levemente mejorado y no mejorado.
- Se valoró a los pacientes en periodos de 30, 60, 90 y 120 días de tratamiento, observándose efectividad al mes de tratamiento (28,5% mejoraron), aunque se apreciaron más resultados favorables a mayor tiempo de exposición a terapia.
- A los 60 días, el 50% del grupo experimental mejoró los síntomas de hiperactividad y distraibilidad y 35% mejoró la impulsividad.
- A los 90 días, los pacientes del grupo estudio disminuyeron los síntomas cardinales y acompañantes (se mostraban más tranquilos, organizados, disciplinados y con mejor relación comunicativa).

- A los 120 días, se logró una mayor disminución de alteraciones conductuales y emocionales de los síntomas asociados al TDAH: ansiedad (94,1%); tristeza y miedo (100%) y baja tolerancia a las frustraciones (84,7%)
- La terapia floral resultó un método eficaz e inocuo en el tratamiento de la ansiedad en niños con dificultades para aprender, en edades comprendidas entre 7 y 9 años, disminuyendo esta considerablemente después del tratamiento y mejorando la actividad docente.
- De forma general, las flores de Bach, asociadas al uso de psicofármacos fue más eficaz (90,0%). También presentó eficacia de forma individual, necesitando más tiempo de exposición a terapia.

Conclusiones:

Para formular su teoría, Bach se nutrió de diversas fuentes. Estudió las medicinas orientales y grandes médicos holistas de Occidente (Hipócrates, Paracelso y Samuel Hahnemann) concluyendo que la enfermedad no se origina en el plano físico y que un tratamiento que no considera el plano psíquico de la persona no logra una curación definitiva. Su teoría abordaba a la persona como un todo integral, teniendo muy en cuenta el plano mental.

- Podemos concluir que las Flores de Bach son un tipo de terapia bioenergética que puede ser aplicada desde el papel independiente de la enfermera formada en Flores de Bach pues no necesita una prescripción médica como otro tipo de fármacos. Es inocua, no invasiva, puede complementar al tratamiento farmacológico, puede ser usada en niños a fin de mejorar la calidad asistencial ya que ayuda al equilibrio, regula la atención así como la memoria y favorece el comportamiento del niño con TDAH. Ayuda con la ansiedad, disminuye el miedo, tristeza, la baja tolerancia a las frustraciones y mejora el rendimiento escolar.
- En la revisión, no se encontró ningún artículo relacionado directamente con enfermería, estando relacionados con psicología y psicopedagogía, por eso, sería interesante investigar sobre este campo desde el punto de vista de nuestra disciplina.

Bibliografía:

1. Rueda Macías NurisM, PollPineda Jorge Armando, Ramos Hernández Leonardo, PollRueda Armando. Terapia floral como modalidad terapéutica en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2015 Nov09] ; 16(10): 1533-1539. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000008&lng=es.
2. Duany Veranes Daury Elena, Álvarez Cuñat Vilma, Pérez Reyna Edirio. Terapia floral y tratamientos psicopedagógicos en escolares con trastornos por déficit de atención con hiperactividad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2015 Nov09] ; 14(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300002&lng=es.
3. Callís Fernández Sureima. Terapia floral de Bach en niños con manifestaciones de hiperactividad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Nov09] ; 15(12): 1729-1735. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200007&lng=es.

Capítulo LV

Eficacia de las medidas de resucitación fetal intraútero

Autores:

María Concepción González De La Rosa

Marian López Valero

Alfonso Mateos Fernández

Francisca Ortiz Fernández

Virginia Soto Barrera

María Teresa Ureña Barraión

Eficacia de las medidas de resucitación fetal intraútero

Autores

Introducción

Durante el trabajo de parto existe riesgo de hipoxia aguda y acidosis fetal. La resucitación fetal intraútero son un conjunto de técnicas no operatorias que se realizan a la madre ante un RCTG de la FCF no tranquilizador o patológico, con el objetivo de restaurar el bienestar fetal intraútero y permitir que el parto continúe o mejorar la situación previa a un procedimiento operatorio urgente.

Métodos para evaluar bienestar y oxigenación fetal intraparto

✓ RCTG de la FCF (más utilizado):

Criterios de RCTG tranquilizador:

- FCBasal de 110-160 lpm
- Variabilidad \geq 5 lpm
- Ausencia de deceleraciones
- Presencia de aceleraciones



- ✓ pH intraparto
- ✓ Pulsioximetría fetal etc

Factores que influyen en un RCTG no tranquilizador o patológico

✓ Factores transitorios o reversibles:

- Aumento de la actividad uterina
- Mala posición materna
- Hipotensión materna
- Compresión del cordón umbilical durante las contracciones uterinas

✓ Factores permanentes o irreversibles:

- Desprendimiento de placenta
- Hemorragia materna o fetal
- Rotura uterina
- Prolapso de cordón umbilical

Objetivo

Clarificar el estado actual de la evidencia sobre las técnicas habituales en el manejo de la reanimación fetal intraútero.

Método

Revisión bibliográfica en las bases de datos UpToDate, Cochrane Library, PubMed con la finalidad de conocer la evidencia científica existente sobre el tema.

Resultados

1. Cese infusión de oxitocina

✓ Revisión UpToDate, sobre todo si el RCTG se clasifica como patológico

• Macones G et al. (2015) Management of intrapartum category I, II and III fetal heart rate tracing

Nivel de Evidencia A

2. Lateralización materna (sobre todo DLI)

- ✓ ↑ Gasto cardíaco (GC) materno
- ✓ ↑ Oxigenación fetal
- ✓ Mejora alteraciones de la FCF

• RS Kathleen et al. (2007) Intrauterine Resuscitation during labor: Review of current Methods and supportive Evidence. J Midwifery Womens

Nivel de Evidencia B

3. Administración de líquidos IV (Coloides 500ml/Cristaloides 1000 ml)

- ✓ ↑ Volumen intravascular materno
- ✓ Mejora O2 fetal e hTA-hipovol. materna
- ✓ Rec: Con/sin hTA materna y analgesia epidural altas dosis
- ✓ Evidencia no confirma si útil en bajas dosis o intra-epidural combinada
- ✓ Precaución: Preeclampsia, HTAC etc

• Hofmeyr et al.(2010) Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour. Rev Cochrane

Nivel de Evidencia A

4. Fármacos para corregir la hTA materna

- ✓ **Efedrina:** Bolos IV 5-10 mg
- ✓ **Fenilefrina:** Bolos IV 50-100 mcg
- ✓ Ambos mismo efecto terapéutico
- ✓ Fenilefrina produce menos taquicardia materna y acidosis fetal

• Gilbert J Grant et al. (2015) Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics. UpToDate

Nivel de Evidencia A

5. Oxigenoterapia materna

- ✓ Muy utilizado
- ✓ Controversia: Indicación, administración efectos 2^os, concentración etc
- ✓ No ECA efectividad O2 materna RPB
- ✓ Precaución como 1^a línea
- ✓ Bibliografía concluye: Margen de seguridad 10' (reservorio) para ↑ O2 fetal

• Garite TJ et al.(2015) Should we really avoid giving oxygen to mothers with concerning fetal heart rate patterns?. Am J Obstet Gynecol

Nivel de Evidencia C

6. Tocolisis intraparto

- ✓ Mejora flujo placentario y O2 fetal
- ✓ **Ritodrina (βmiméticos más utilizados):** Bolos IV 1 mg o perfusión 0.15-0.35 mg/min
- ✓ **Atosiban (antg.Oxit.):** Bolos IV 6.75 mg
- ✓ Ambos efecto similar
- ✓ Atosiban menos efectos 2^os maternos (cardiovasculares y metabólicos)

• G Justus Hofmeyr et al.(2011) Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour. Revisión Cochrane

Nivel de Evidencia A

Conclusiones

- ✓ Técnicas recomendadas: Fáciles de realizar, requerir pocos recursos y a menudo efectivas sobre la recuperación de la FCF.
- ✓ Aplicación de forma escalonada de las menos a las más invasivas.
- ✓ Una sola técnica puede ser menos eficaz que la combinación de ellas.

Resumen: *Introducción: La resucitación fetal intraútero son un conjunto de medidas no operatorias realizadas a la madre ante un registro cardiotocográfico no tranquilizador o patológico, con la finalidad de mejorar el bienestar fetal intraútero.*

Objetivo: Se revisó la evidencia sobre las técnicas habituales en el manejo de la reanimación fetal intraútero.

Material y Método: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos.

Resultados: Se constató que las medidas habituales de reanimación fetal intraútero son muy utilizadas, y a menudo efectivas sobre la recuperación fetal.

Conclusiones: Medidas muy recomendadas, aunque sería conveniente investigación adicional que avale su efectividad.

Palabras Clave: *Revisión bibliográfica; Resucitación; Bienestar fetal.*

Introducción:

Durante el trabajo de parto existe riesgo de hipoxia aguda y acidosis fetal.

Se han desarrollado diversos métodos de evaluación del bienestar fetal intraparto; la monitorización cardiotocográfica (RCTG) de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es el más utilizado.

La resucitación fetal intraútero son un conjunto de medidas no operatorias realizadas a la madre ante un RCTG no tranquilizador o patológico, con la finalidad de restaurar el bienestar fetal, para permitir que el parto continúe o mejorar la situación previa a un procedimiento operatorio urgente.

Actualmente estas medidas se utilizan frecuentemente ante RCTG no tranquilizadores.

La evidencia científica reconoce que pueden mejorar la oxigenación fetal.

Objetivo:

Se ha revisado el estado actual de la evidencia científica sobre las técnicas habituales en el manejo de la reanimación fetal intraútero.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos UpToDate, Cochrane Library, PubMed, centrándonos sobre todo en guías de práctica clínica (GPC), y en revisiones sistemáticas (RS).

Resultados:

- Cese infusión de oxitocina: Según una revisión publicada en UpToDate tiene un nivel de evidencia A, sobre todo si el RCTG es clasificado como patológico.
- Lateralización materna: El útero grávido a término puede comprimir la vena cava inferior, y

la arteria aorta descendente abdominal, produciendo una disminución de la tensión arterial materna, del flujo sanguíneo útero-placentario, de la FCF y de su saturación de oxígeno. Este efecto es máximo en decúbito supino (DS) de hasta un 30 % de la fracción de eyección materna.

Existe evidencia que avala que el decúbito lateral (DL) es mejor que el DS, en lo que respecta a aumentar el gasto cardíaco (GC) en la madre y la oxigenación fetal, mejorando las alteraciones de la FCF, incluso sin hipotensión materna.

El decúbito lateral izquierdo (DLI) es la que ha demostrado una mejor evidencia (B), aunque si no hay respuesta o se sospecha una compresión del cordón umbilical, se puede intentar el decúbito lateral derecho (DLD), o el decúbito prono (DP) apoyando el cuerpo de la madre sobre sus codos y rodillas.

- Administración de líquidos IV: Ante alteraciones de la FCF, la administración de hasta 1000 ml de líquidos IV (cristaloides), aumenta el volumen intravascular y corrige la hipotensión-hipovolemia en la madre, mejorando la oxigenación fetal. Es una medida recomendada con o sin hipotensión materna. Se debe tener precaución en situaciones como la preeclampsia, cardiopatías, etc.

También se recomienda la administración de 1000 ml de solución cristalinoide o 500 ml coloides en la analgesia epidural en altas dosis, aunque la evidencia no confirma si es útil en bajas dosis o intra-epidural combinada.

- Corrección farmacológica de la hipotensión materna: En alteraciones de la FCF por hipotensión materna, si el cuadro no cede a la lateralización y la administración de líquidos IV se consideran los fármacos.

El fármaco más utilizado es la efedrina (nivel de evidencia A), administrando bolos IV de 5- 10 mg, presenta como ventajas que reduce muy poco el flujo útero-placentario, aumentando la FCF y su variabilidad, y como inconvenientes que atraviesa la placenta, y disminuye el pH de la arteria umbilical, aunque este último efecto es dosis dependiente y con las dosis habituales no se produce.

También se utiliza la fenilefrina, administrando bolos IV de 50-100 mcg con ventajas similares a la efedrina, pero con menor taquicardia materna y acidosis fetal.

- Administración de oxígeno materna: Durante situaciones de riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), la administración de oxígeno a la madre con la finalidad de revertir la situación, existe controversia en su indicación, duración, modo de administración, concentración y efectos secundarios.

No existen ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la efectividad de la administración del oxígeno materno ante el RPBF, por lo tanto, se debe tener precaución como primera línea de tratamiento, reservándose para después de otras medidas.

La administración de oxígeno a la madre en situación de RPBF tiene un nivel de evidencia C.

La bibliografía existente concluye tener un margen de seguridad un tiempo de administración no superior a 10 minutos, con una mascarilla reservorio para aumentar el oxígeno fetal.

- Tocólisis intraparto: Las contracciones uterinas disminuyen el flujo sanguíneo materno al espacio intervilloso placentario y pueden producir alteraciones de la FCF, sobre todo en situación de hiperdinamia uterina.

La tocólisis intraparto mejora el flujo sanguíneo placentario y la oxigenación fetal.

Los fármacos más utilizados son los β miméticos, sobre todo la ritodrina con bolos IV de 1 mg o perfusión continua 0.15-0.35 mg/minuto.

Una revisión reciente concluye que la administración de β miméticos reduce el número de anomalías de la FCF (nivel de evidencia A), pero no demuestra una reducción en la tasa de cesáreas o partos instrumentales.

También se ha evaluado la administración del atosiban ante el RPBF con bolos IV de 6.75 mg, concluyendo que su efectividad es similar a los β miméticos con menos efectos secundarios maternos y una recuperación más rápida de la dinámica uterina.

Conclusiones:

Las medidas de resucitación fetal intraútero son recomendadas por ser fáciles de realizar, requerir pocos recursos, y a menudo efectivas sobre la recuperación de la FCF.

No existen algoritmos concretos sobre su uso, siendo aplicadas habitualmente de forma escalonada.

Una sola maniobra suele ser menos eficaz que la combinación de ellas.

Sería recomendable la realización de más estudios aleatorizados que evalúen su efectividad.

Bibliografía:

1. Alfirevic Z, Devane D, et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May; 31;5: CD006066. Doi: 10.1002/14651858. CD006066.pub2.
2. Simpson KR. Intrauterine resuscitation during labor: review of current methods and supportive evidence. Journal of Midwifery & women's health. 2007 May-Jun ; 52(3) : 229-37.
3. Simpson KR, James DC. Efficacy of intrauterine resuscitation techniques in improving fetal oxygen status during labor. Obstet Gynecol. 2005 Jun ; 105(6) : 1362-8.
4. Fawole B, Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for fetal distress. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec ; 12 ;12: CD000136. Doi: 10.1002/14651858. CD000136.pub2.
5. De Heus R, Mulder EJ, et al. A prospective randomized trial of acute tocolysis in term labour with atosiban or ritodrine. EuJ Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 Aug ; 139(2) : 139-45.

Capítulo LVI

El aumento exponencial del número de agresiones hacia los profesionales de enfermería

Autores:

Noelia Bolaños Martín

José Carlos Cantero Rivero

Virginia Cantero Rivero

Cristina González Arévalo

Saúl Nieto Aparicio

María José Sánchez-Camacho González-Carrato

EL AUMENTO EXPONENCIAL DEL NÚMERO DE AGRESIONES HACIA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años las agresiones a profesionales sanitarios han pasado de ser algo anecdótico a ser un problema de extrema gravedad. Esta circunstancia es una de las consecuencias de los recortes presupuestarios en materia sanitaria generando un vacío asistencial irreparable, lo que provoca un mayor número de conductas agresivas hacia el personal sanitario, especialmente hacia los profesionales de enfermería.

Debido al aumento de frecuencia y gravedad de las agresiones, los profesionales y comunidades autónomas se han visto obligados a reaccionar rápidamente creando nuevos protocolos y planes de actuación ante este tipo de situaciones. A pesar de ello, todavía existe un importante desconocimiento de esta problemática que se ve reflejada en la infradeclaración de agresiones que existe.

OBJETIVOS

- Identificar las causas que promueven la agresión
- Contabilizar el porcentaje de enfermeros afectados.
- Conocer la proporción de denuncias ante una agresión.
- Concienciar al colectivo enfermero del aumento del número de agresiones y resaltar la importancia de la difusión de pautas de actuación ante este problema

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión bibliográfica de diferentes estudios realizados hasta la fecha.
- Bases de datos: Cochrane, PubMed, Scielo, cuiden.
- Palabras clave: agresión, violencia laboral, enfermero, paciente difícil, enfermería.

RESULTADOS

En este punto están incluidos los datos referentes al estudio de agresiones a profesionales de enfermería realizado en el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2012. los resultados del mismo se detallan a continuación

PORCENTAJE DE ENFERMEROS AGREDIDOS

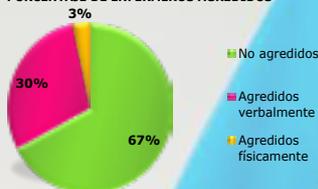


Gráfico n° 1

CAUSA DE LA AGRESIÓN



Gráfico n° 2

PRESENTACIÓN DE DENUNCIAS

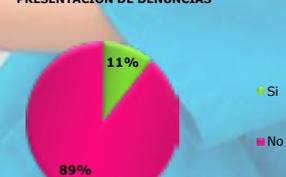


Gráfico n° 3

● Haciendo un análisis del primer gráfico, podemos afirmar que aproximadamente uno de cada tres enfermeros sufrieron algún tipo de agresión ya sea verbal o física, resultado que marca la extensión e importancia de esta compleja situación. Además, podemos afirmar que entre los diferentes tipos de agresiones, es mucho más frecuente la agresión verbal, ya que los agresores entienden que esta conducta no será denunciada.

● En referencia al segundo gráfico, se observa claramente que la principal causa de agresión es la frustración, con un porcentaje del 41%, seguida con un 27% por el desacuerdo en lo que a las valoraciones se refiere lo cual está promovido, en muchas ocasiones, por la disconformidad existente en cuando al diagnóstico o el tratamiento. Únicamente el 12% se debe a la falta de entendimiento en la relación enfermera-paciente o enfermera-familiar, en la mayoría de los casos provocada por la no aceptación por parte del personal sanitario de demandas específicas de los pacientes. El 20% restante incluye una amplia variedad de causas que pueden desencadenar una conducta violenta.

● En cuanto al tercer y último gráfico, existe una clara evidencia de que muestra que muy pocas de las agresiones son denunciadas, en concreto tan solo el 11%, lo que supone un total de 9.296 denuncias, por lo que la cifra total de profesionales que fueron agredidos durante ese intervalo de tiempo sería cercana a los 82.000.

CONCLUSIONES

La violencia contra los enfermeros se ha incrementado notablemente en los últimos años, convirtiéndose en un grave problema que afecta tanto al profesional como a la calidad asistencial y por consiguiente, a los usuarios del sistema sanitario.

A pesar de la creación de nuevos protocolos de actuación frente a este tipo de agresiones, este problema continúa creciendo debido al desconocimiento del mismo. Por ello, se hace necesaria la implementación de nuevas estrategias para la adecuada difusión de pautas de afrontamiento eficaces ante este tipo de situaciones violentas, pautas para la identificación precoz de conductas agresivas y recursos a disposición del profesional ante este tipo de casos.

Resumen: *La violencia contra profesionales sanitarios ha adquirido una enorme relevancia en los últimos años, se ha visto especialmente aumentado el número de agresiones hacia el personal de enfermería debido a su rol en el proceso asistencial. A pesar de la creación de nuevos protocolos de actuación frente a este tipo de agresiones, este problema continúa creciendo debido al desconocimiento del mismo. Es imprescindible la implementación de nuevas estrategias para la adecuada difusión de pautas de prevención y afrontamiento eficaces ante este tipo de situaciones violentas sin obviar los recursos a disposición del profesional agredido.*

Palabras Clave: *Agresión; Violencia; Enfermería.*

Introducción:

Durante los últimos años las agresiones a profesionales sanitarios han pasado de ser algo anecdótico a ser un problema de extrema gravedad. Esta circunstancia es una de las consecuencias de los recortes presupuestarios en materia sanitaria generando un vacío asistencial irreparable, lo que provoca un mayor número de conductas agresivas hacia el personal sanitario, especialmente hacia los profesionales de enfermería.

Debido al aumento de frecuencia y gravedad de las agresiones, los profesionales y comunidades autónomas se han visto obligados a reaccionar rápidamente creando nuevos protocolos y planes de actuación ante este tipo de situaciones. A pesar de ello, todavía existe un importante desconocimiento de esta problemática que se ve reflejada en la infradeclaración de agresiones que existe.

Objetivos:

- Identificar las causas que promueven la agresión.
- Contabilizar el porcentaje de enfermeros afectados.
- Conocer la proporción de denuncias ante una agresión.
- Concienciar al colectivo enfermero del aumento del número de agresiones y resaltar la importancia de la difusión de pautas de actuación ante este problema.

Material y método:

- Revisión bibliográfica de diferentes estudios realizados hasta la fecha.
- Bases de datos: Cochrane, PubMed, Scielo, cuideN.
- Palabras clave: agresión, violencia laboral, enfermero, paciente difícil, enfermería.

Resultados:

En este punto están incluso los datos referentes al estudio de agresiones a profesionales de enfermería realizado en el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2012. los resultados del mismo se detallan a continuación:

El 33% de los enfermeros/as sufrieron algún tipo de agresión ya sea verbal o física, resultado que marca la extensión e importancia de esta compleja situación. Además, podemos afirmar que entre los diferentes tipos de agresiones, es mucho más frecuente la agresión verbal (30%) que la agresión física (3%), ya que los agresores entienden que esta conducta no será denunciada.

En referencia a la causa que motivó la agresión, se observa claramente que la principal causa de agresión es la frustración, con un porcentaje del 41%, seguida con un 27% por el desacuerdo en lo que a las valoraciones se refiere lo cual está promovido, en muchas ocasiones, por la disconformidad existente en cuando al diagnóstico o el tratamiento. Únicamente el 12% se debe a la falta de entendimiento en la relación enfermera-paciente o enfermera-familiar, en la mayoría de los casos provocada por la no aceptación por parte del personal sanitario de demandas específicas de los pacientes. El 20% restante incluye una amplia variedad de causas que pueden desencadenar una conducta violenta.

En relación al número de agresiones que son denunciadas, existe una clara evidencia, muy pocas de las agresiones son denunciadas, en concreto tan solo el 11%, lo que supone un total de 9.296 denuncias, por lo que la cifra total de profesionales que fueron agredidos durante ese intervalo de tiempo sería cercana a los 82.000.

Conclusiones:

La violencia contra los enfermeros se ha incrementado notablemente en los últimos años, convirtiéndose en un grave problema que afecta tanto al profesional como a la calidad asistencial y por consiguiente, a los usuarios del sistema sanitario.

A pesar de la creación de nuevos protocolos de actuación frente a este tipo de agresiones, este problema continúa creciendo debido al desconocimiento del mismo. Por ello, se hace necesaria la implementación de nuevas estrategias para la adecuada difusión de pautas de afrontamiento eficaces ante este tipo de situaciones violentas, pautas para la identificación precoz de conductas agresivas y recursos a disposición del profesional ante este tipo de casos.

Bibliografía:

1. Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. [monografía en Internet]. Organización Internacional del Trabajo OIT, Consejo internacional de enfermeras CIE, Organización Mundial de la Salud OMS, Internacional de Servicios Públicos ISP. Ginebra. 2002. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf.
2. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. An. Sist. Sanit. Navar [revista en Internet] 2001 [acceso el 30 de enero del 2014]; 24 (2). Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899/4754>
3. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermería. [monografía en Internet] 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>.
4. Gómez Durán E, Gómez Alarcón M y Arimany Manso, J. Las agresiones a profesionales sanitarios. Revista Española de Medicina Legal [revista en Internet]; 2012 enero.; 31(8) Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-medicina-legal-285/las-agresiones-profesionales-sanitarios-90117187-editorial-2012?bd=1>
5. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M y Morató Lorente Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. Enferm glob. [revista en Internet] 2013 abril. 12(30). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es.

Capítulo II

El autismo ¿cómo detectarlo?

Autora:

Rosa Belén González García Minguillan

EL AUTISMO

¿Cómo detectarlo?

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) son un grupo de alteraciones de origen neurobiológico que afectan al desarrollo de la persona, produciendo unos cambios cualitativos y cuantitativos en su proceso cognitivo, modificando su manera de estar y de relacionarse con su entorno. Hablamos de espectro porque comprende a un grupo de manifestaciones clínicas que, aunque comparten un núcleo común: alteración en la comunicación, alteración en la interacción social y conductas rígidas, muestran una gran variabilidad, estas alteraciones no tienen cura, pero sí son susceptibles de mejora con los apoyos, recursos y tratamientos adecuados.

El grado de incidencia de los TEA ha aumentado a lo largo de los últimos años. De un caso cada 10.000 nacimientos, en los años 70 a un caso entre 150 nacimientos de hoy en día. Lo que unido a su carácter crónico y la gravedad de los trastornos, hace que precisen de un plan de cuidados personalizado y en constante revisión, que favorezca el pleno desarrollo y la integración social de las personas con TEA

OBJETIVOS

- Facilitar para que el personal de enfermería sea capaz de reconocer precozmente los signos de alerta propios de una alteración del desarrollo y adiestrarlo en la utilización de las herramientas de cribado (M-CHAT Y ESCALA AUTONOMA)
- Derivar a un alto riesgo de padecer un TEA a un diagnóstico en profundidad y a la intervención más adecuada.
- Proporcionar la información adecuada a suministrar a la familia ante un caso de TEA
- Ayudar a desmitificar muchos aspectos relacionados con los TEA para evitar el aislamiento social.

METODOLOGIA

- Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato Paciente/Intervención/ Comparación/ Resultado (PICO)
- Búsqueda bibliográfica en: Medline, Embase, Pascal Biomed, Cochrane Plus, DARE, HTA, Clinical Evidence, INAHTA.

INTERVENCIONES

SINTOMAS



MANEJO SOSPECHA



CONCLUSION

- Cuanto antes se tenga un diagnóstico definido antes se podrá comenzar a intervenir de manera específica y especializada. Una intervención temprana es la clave para que una persona con TEA alcance su máximo potencial.
- Un diagnóstico temprano también favorece la situación emocional de las familias, lo cual también repercute de manera positiva en las personas con TEA.

Resumen: Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) son un grupo de alteraciones que afectan al desarrollo de la persona con alteración en la comunicación, alteración en la interacción social y conductas rígidas.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos. Se desarrolla un esquema con los principales signos de alarma y un algoritmo de actuación ante la presencia de un alto riesgo de padecer TEA.

Cuanto antes se tenga un diagnóstico antes se podrá comenzar a intervenir. Una intervención temprana es la clave para que una persona con TEA alcance su máximo potencial.

Palabras Clave: Trastorno Espectro Autista; Detección Precoz; Signo de alarma.

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) son un grupo de alteraciones de origen neurológico que afectan al desarrollo de la persona, produciendo unos cambios cualitativos y cuantitativos en su proceso cognitivo, modificando su manera de estar y de relacionarse con su entorno. Hablamos de espectro porque comprende a un grupo de manifestaciones clínicas que, aunque comparten un núcleo común: alteración en la comunicación, alteración en la interacción social y conductas rígidas, muestran una gran variabilidad.

Estas alteraciones no tienen cura, pero sí son susceptibles de mejora con los apoyos, recursos y tratamientos adecuados. Una intervención temprana es la clave para que la persona con TEA alcance su máximo potencial. Además, un diagnóstico temprano también favorece la situación emocional de las familias.

El grado de incidencia de los TEA ha aumentado a lo largo de los últimos años. De un caso cada 10.000 nacimientos, en los años 70 a un caso entre 150 nacimientos de hoy en día. Lo que unido a su carácter crónico y la gravedad de los trastornos, hace que se precise dotar al personal sanitario de los conocimientos necesarios para detectar y saber actuar adecuadamente ante la sospecha de un alto riesgo de padecer TEA.

Metodología:

Para documentar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en las siguientes bases de datos: Pubmed (Medline), Bireme, Lilacs, CUIDEN, Enfispo, CINAHL y Biblioteca Cochrane. Estableciendo como criterios de selección cualquier publicación, independientemente de si era un estudio de investigación o no y que englobara los siguientes descriptores: Autismo, detección precoz y signos de alarma.

Objetivos:

El objetivo principal es sensibilizar sobre el peso que los TEA tienen en nuestra actividad diaria. En base a los datos de prevalencia referidos en el resumen previo, es estadísticamente imposible no contar con menores diagnosticados de TEA entre los niños de un cupo medio pediátrico por lo que se deben plantear estrategias en la detección precoz.

Intervenciones:

Hasta este momento, la detección de este trastorno se hacía en torno a los 36 meses pero en la última década de investigación dentro del ámbito de los TEA se ha hecho un esfuerzo importante para determinar cuáles serían las señales de alarma de la existencia de un alto riesgo de padecer TEA. Por ello es importante formar a los profesionales para reconocer dichas señales. Con esta detección temprana se posibilitará derivar lo antes posible al niño con un alto riesgo a un diagnóstico en profundidad y a la intervención más adecuada, y así, optimizar los aprendizajes en la etapa tan fructífera para el desarrollo como es la que precede a la edad de escolarización.

Existen determinadas señales de alerta inmediata para cualquier niño que indican necesidad de una evaluación específica más amplia:

- No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o a nivel social a cualquier edad

Las señales de alerta relacionadas con TEA a detectar en las diferentes edades serán:

Signos de alerta antes de los 12 meses

- Poca frecuencia de la mirada dirigida a personas.
- No muestra anticipación cuando va a ser cogido.
- Falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucu-tras”.
- Falta de sonrisa social.
- Falta de ansiedad ante los extraños.

Signos de alerta después de los 12 meses:

- No responde a su nombre.
- No señala para “pedir algo”.
- No muestra objetos.
- Respuesta inusual ante estímulos auditivos.
- No mira hacia donde otros señalan.
- Ausencia de imitación espontánea.
- Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto.

Signos de alerta entre los 18-24 meses:

- No señala con el dedo para “compartir un interés”.
- Presencia de formas repetitivas de juego con objetos (ej. alinear, abrir y cerrar, encender y apagar).

- Ausencia de juego simbólico.
- Falta de interés en otros niños.
- No responde cuando se le llama.
- No imita ni repite gestos. (ej. muecas, aplaudir).
- Regresión en el lenguaje.

A partir de los 36 meses:

Comunicación

- Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación.
- Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje como ecolalia o referirse a sí mismo en 2ª o 3ª persona.
- Entonación anormal.
- Pobre respuesta a su nombre.
- Déficit en la comunicación no verbal.
- Fracaso en la sonrisa social.
- Consigue cosas por sí mismo, sin pedir las.
- Ausencia de juegos de representación o imitación social variados.

Alteraciones sociales

- Escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas.
- No se une a otros en juegos de imaginación compartidos.
- Fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos.
- Preferencia por actividades solitarias.

Alteraciones de los intereses, actividades y conductas

- Insistencia en rutinas y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructurada.
- Juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc).
- Apego inusual a algún juguete u objeto que siempre lleva consigo.
- Hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y ciertas texturas.
- Respuesta inusual al dolor.
- Estereotipias.

Aparte de valorar los signos de alarma también se formara al personal en la aplicación de la escala de detección más consensuada internacionalmente para posibles casos de TEA, el CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) El CHAT está diseñado para ser aplicado a niños entre 18 y 24 meses.

Se aplicará a todos los niños al cumplir los 15 meses, en el caso de que el Cuestionario CHAT resulte negativo a los 15 meses, se volverá a ser aplicado a los 24 meses, si CHAT es positivo, se ha de repetir su aplicación cuando el niño cumpla 18 meses. Si en este nuevo control resulta de nuevo positivo, se derivará al niño al nivel especializado.

El CHAT se aplicará también a todos los niños al cumplir los 24 meses. En aquellos casos en los que el Cuestionario CHAT resulte positivo se derivará al niño al nivel especializado.

Conclusión:

Cuanto antes se tenga un diagnóstico definido antes se podrá comenzar a intervenir de manera específica y especializada. Una intervención temprana es la clave para que una persona con TEA alcance su máximo potencial.

Un diagnóstico temprano también favorece la situación emocional de las familias, lo cual también repercute de manera positiva en las personas con TEA.

Bibliografía:

1. Repeto Gutiérrez S. y Zamora Herranz M. Trastornos del espectro autista. Guía para su detección precoz. 2009.
2. Guía de 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; 2011.
3. Riviére A. y J. Martos. El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas. 1997.
4. Asociación Internacional Autismo-Europa. Descripción del Autismo. 2013.
5. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro blanco de la Atención Temprana. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2013. http://www.cedd.net/docs/ficheros/200510100001_24_0.pdf.

Capítulo LVIII

El Bullying, una problemática causal

Autores:

Laura Zafra Chamorro

Mercedes Zafra Chamorro

EL BULLYING UNA PROBLEMÁTICA MULTICAUSAL

Tanto la OMS, como la ONU, y la ‘beat bullying’ ofrecen cifras muy preocupantes de este método de acoso, que va desde el acoso escolar, el acoso digital y el sexting (envío mediante teléfono móvil de contenido sexual). La OMS junto a la ONU reflejaron en un informe que cada año se suicidan en el mundo alrededor de 600 mil adolescentes entre los 14 y 28 años, de los cuales la mitad, tiene alguna relación con bullying; siendo los países europeos los más golpeados por este fenómeno, al contabilizar alrededor de 200 mil suicidios por año.

OBJETIVOS

Detección precoz de situación de riesgo.
Asistencia eficaz al niño con bullying y familia.
Capacitar a las DUES para abordar de manera oportuna y eficaz la problemática del bullying
Proporcionar al niño estrategias y técnicas eficaces de intervención y prevención

METODOLOGÍA

El plan va dirigido a todos aquellos niños víctimas de bullying o en riesgo evidente para apoyarlos y ayudarlos a afrontar la situación de forma eficaz. Los medios utilizados para ello son los medios asistenciales sanitarios de atención primaria y especializada y un equipo multidisciplinar sanitario capacitado para ello.

INTERVENCIONES

NANDA	NOC	NIC
RIESGO DE SUICIDIO	Control de la ansiedad, bienestar, control del consumo de sustancias.	Apoyo emocional, derivación, contacto telefónico tanto con paciente, familia y escuela.
TEMOR	Control de la ansiedad y el miedo.	Aumentar el afrontamiento eficaz, potenciar la seguridad y la autoestima, apoyo emocional y en la toma de decisiones, contacto telefónico.
AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	Control de la agresión, autoestima, control de la ansiedad, toma de decisiones, auto – contención del suicidio, soporte social	Apoyo emocional y de la toma de decisiones, apoyo en la protección contra abusos, aumentar el afrontamiento eficaz y los sistemas de apoyo.
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	Adaptación psicosocial, toma de decisiones, recuperación del abuso, autoestima, superación de problemas.	Potenciación de la autoestima, asesoramiento, potenciación de la imagen corporal y la socialización, facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
AISLAMIENTO SOCIAL	Equilibrio emocional, implicación social, habilidades de interacción social, participación en actividades de ocio, soporte social	Apoyo emocional, aumentar los sistemas de apoyo, dar esperanza, potenciación de la autoestima y socialización.
ANSIEDAD	Control de la ansiedad, control de la agresión, resolución de la aflicción, adaptación psicosocial.	Aumentar el afrontamiento, grupos de apoyo, facilitar las visitas, asesoramiento, potenciación de la seguridad.
NEGACIÓN INEFICAZ	Equilibrio emocional, control del miedo y de la ansiedad, superación de problemas.	Asesoramiento, afrontamiento eficaz, disminución de la ansiedad, orientación a la realidad, apoyo en toma de decisiones.
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	Curación de la herida.	Cuidado de las heridas, vigilancia de las mismas.
DOLOR CRÓNICO	Control del dolor, control del sueño, control de la depresión.	Administración de analgésicos, escucha activa, disminución de la ansiedad.
BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	Equilibrio emocional, esperanza, control de la depresión, habilidades de interacción social	Apoyo emocional, asesoramiento, escucha activa, prevención de suicidio, prevención del consumo de sustancias nocivas.
INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	Adaptación psicosocial, funcionamiento y normalización de la familia, superación de los problemas de la familia, soporte social.	Asesoramiento, apoyo emocional, aumentar el afrontamiento, facilitar comunicación del niño con familiares y educadores.

CONCLUSIONES

El abordaje del niño afectado por bullying debe realizarse desde todas las esferas con un equipo multidisciplinar donde se incluya a la familia y a los educadores en la recuperación y afrontamiento del problema. La vergüenza, el miedo y la indefensión que sufren estos niños hacen que sea primordial la prevención y la educación en muy temprana edad junto con detección precoz de los casos de bullying para iniciar las medidas lo antes posible.

Resumen: Tanto la OMS como la ONU estiman que cada año se suicidan en el mundo alrededor de 600000 adolescentes entre los 14 y 28 años, cifra en la que, por lo menos la mitad, tiene alguna relación con bullying; siendo los países europeos, los más golpeados por este fenómeno, al contabilizar alrededor de 200000 suicidios por año. Dados estos datos, no debemos mirar hacia un lado y se deben tomar medidas tanto preventivas, como educativas y asistenciales tanto a los niños víctimas de bullying como a sus familias.

Palabras Clave: Bullying; Niño; Enfermera.

El bullying o acoso es la agresión para ejercer poder sobre otra persona. Concretamente, los investigadores lo han definido como una serie de amenazas hostiles, físicas o verbales que se repiten, angustiando a la víctima y estableciendo un desequilibrio de poder entre ella y su acosador. A medida que las dinámicas sociales han ido cambiando a lo largo del tiempo y debido al auge y uso de las tecnologías de la información y de la comunicación como Internet o los teléfonos móviles, los niños están cada vez más expuestos a nuevas formas de bullying.

En nuestros días tenemos varios tipos de acoso escolar:

- Acoso y abusos en el colegio: Es el más habitual y tradicional.
- Bullying electrónico, ciberacoso o ciberbullying: Acoso, burlas o chantajes a través de internet y las redes sociales.
- Sexting. Consiste en difundir imágenes o vídeos de alto contenido sexual o erótico para provocar la humillación del afectado.

La OMS junto a la ONU estiman que cada año se suicidan en el mundo alrededor de 600000 adolescentes entre los 14 y 28 años, cifra en la que, por lo menos la mitad, tiene alguna relación con bullying; siendo los países europeos, los más golpeados por este fenómeno, al contabilizar alrededor de 200000 suicidios por año.

Metodología:

Ante este aumento debemos crear un plan dirigido a todos aquellos niños y sus familias víctimas de bullying o en riesgo evidente para apoyarlos y ayudarlos a afrontar la situación de forma eficaz. Para ello utilizaremos los medios asistenciales disponibles tanto en atención primaria como especializada y un equipo multidisciplinar capacitado para ello.

Objetivos:

Nuestros objetivos principales serán la detección precoz de situaciones de riesgo junto con la asistencia al niño con bullying y a su familia, así como capacitarles para que dispongan de estrategias y técnicas eficaces de intervención y prevención.

Intervenciones:

Será la asistencia al niño víctima de bullying. Estos pacientes pueden pasar por varias etapas y situaciones que a la larga pueden influir en su desarrollo y debemos intentar solventarlas de una manera eficaz para que el niño consiga capacidades para que disponga de herramientas para afrontar de una manera eficaz el problema, además de conseguir la prevención. Dentro de nuestras intervenciones y resultado esperados será trabajar ante los posibles diagnósticos enfermeros que puede presentar estos pacientes tales como:

- (00146) Ansiedad: Deberemos controlar la ansiedad tanto controlar la agresión y resolver la aflicción y adaptación psicosocial. Para ello aumentaremos el afrontamiento gracias a los grupos de apoyo, facilitaremos las visitas, asesoramiento y potenciaremos la seguridad.
- (00148) Temor: Controlando la ansiedad y el miedo. Para ello aumentaremos el afrontamiento eficaz, potenciando la seguridad y la autoestima con apoyo emocional y en la toma de decisiones junto con contacto telefónico.
- (00053) Aislamiento social: Debemos hacer que el niño consiga un equilibrio emocional, con implicación social y obtenga habilidades de interacción social con participación en actividades de ocio y soporte social. Le daremos apoyo emocional, aumentando los sistemas de apoyo, daremos esperanza y potenciaremos su autoestima y socialización.
- (00069) Afrontamiento ineficaz: Como objetivos tendremos el control de la agresión, de la autoestima, control de la ansiedad, la toma de decisiones, auto – contención del suicidio y soporte social. Para ello daremos apoyo emocional y en la toma de decisiones, apoyo en la protección contra abusos y aumentaremos el afrontamiento eficaz y los sistemas de apoyo.
- (00120) Baja autoestima situacional: Debemos conseguir la adaptación psicosocial, la toma de decisiones, recuperación del abuso, de la autoestima, superación de problemas. Por eso potenciaremos la autoestima, daremos asesoramiento, potenciaremos la imagen corporal y la socialización, facilitaremos la expresión del sentimiento de culpa.
- (00119) Baja autoestima crónica: Buscaremos el equilibrio emocional, la esperanza, controlaremos la depresión y conseguiremos habilidades de interacción social. Dentro de nuestras intervenciones estará dar apoyo emocional, asesoramiento, escucha activa, prevención de suicidio y prevención del consumo de sustancias nocivas.
- (00072) Negación ineficaz: Nuestro objetivo es que se consiga un equilibrio emocional, con control del miedo y de la ansiedad y superación de problemas. Para ello daremos asesoramiento con un afrontamiento eficaz, disminuyendo la ansiedad, orientando hacia la realidad con apoyo en la toma de decisiones.
- (00150) Riesgo de suicidio: Deberemos controlar la ansiedad, el bienestar y el control del consumo de sustancias. Para ello daremos apoyo emocional con derivación y contacto telefónico tanto con el paciente, familia y escuela.
- (00046) Deterioro de la integración cutánea: Con objetivo de la curación de las heridas. Las cuidaremos y tendremos vigilancia de las mismas.
- (000133) Dolor crónico: Controlaremos el dolor, el sueño y la depresión. Para ello será necesario la administración de analgésicos, la escucha activa y la disminución de la ansiedad.

- (00060) Interrupción de los procesos familiares: Intentaremos conseguir la adaptación psicossocial, junto con el funcionamiento y normalización de la familia con superación de los problemas de la familia y soporte social. Como enfermeros daremos asesoramiento junto con apoyo emocional, aumentando el afrontamiento, facilitando la comunicación del niño con familiares y educadores.

Conclusiones:

En definitiva, el abordaje del niño afectado por bullying debe realizarse desde todas las esferas con un equipo multidisciplinar donde se incluya a la familia y a los educadores en la recuperación y afrontamiento del problema. La vergüenza, el miedo y la indefensión que sufren estos niños hacen que sea primordial la prevención y la educación en muy temprana edad junto con la detección precoz de los casos de bullying para iniciar las medidas lo antes posible.

Bibliografía:

1. NNN consult. Madrid: Elsevier; (actualizado 24 de agosto del 2015, citado el 11 de enero del 2016). Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>.
2. AEP (Asociación Española de Pediatría). Madrid: HONcode; 2014. Disponible en: <http://www.aeped.es>.
3. Mario D. Camarillo Cortés. Suicidio por bullying en el mundo podría alcanzar niveles epidémicos en el 2025. Crónica.com.mx (internet). 2013. Disponible en: <http://www.cronica.com.mx>.

Capítulo LIX

El colecho, investigación sobre una nueva línea de cuidado para los gemelos prematuros estables ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Autores:

Cristina Aparisi Cantero

Laia Nicolás Garet

EL COLECHO, INVESTIGACIÓN SOBRE UNA NUEVA LÍNEA DE CUIDADO PARA LOS GEMELOS PREMATUROS ESTABLES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

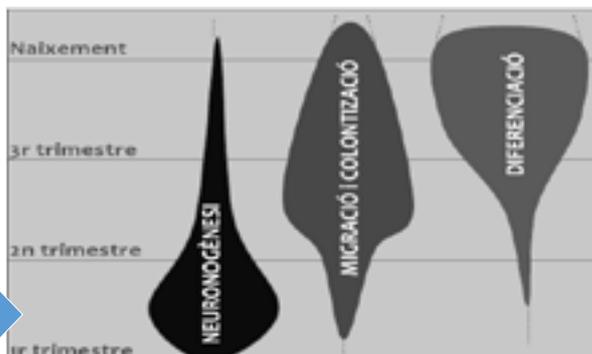
1_INTRODUCCIÓN
2_OBJETIVO
3_MÉTODO
4_RESULTADOS
5_CONCLUSIÓN
6_BIBLIOGRAFÍA

En las UCIN, a los gemelos prematuros se les priva del contacto mutuo experimentado en el útero materno

40%
prematuros

No reciben ninguna intervención contra el dolor

La exposición prematura extrauterina durante el crecimiento afecta a su neurodesarrollo de esta manera^{1,2}

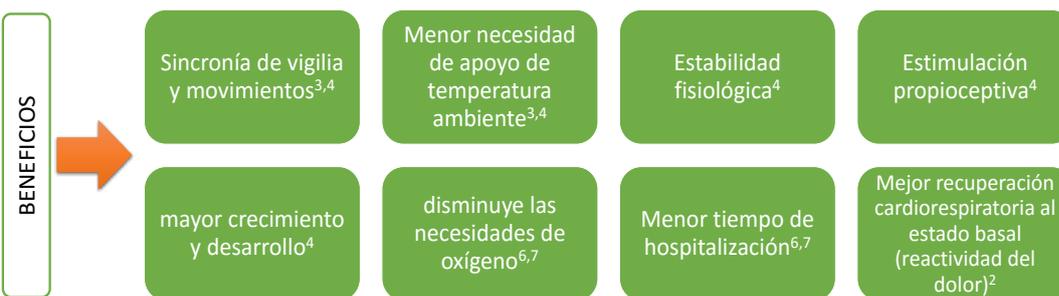


PARA CONTRARRESTAR TODO ESTO SURGE LA PRÁCTICA DEL COLECHO

Una estrategia de cuidado en la que se crea la oportunidad del contacto piel con piel^{2,5}, que proporciona estimulación táctil, olfativa y auditiva para disminuir la respuesta al dolor en gemelos prematuros⁸.

Identificar los beneficios del efecto de llevar a cabo el colecho versus el cuidado tradicional en gemelos prematuros estables ingresados en la UCIN del Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Cinhal y Scielo a través del catálogo de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona. Se ha incluido bibliografía reciente, de los últimos 5 años, y otro grupo de artículos encontrados hasta de los últimos 7. La mayoría de ellos elaborados fuera de nuestro país. **Palabras clave:** colecho, cuidados intensivos neonatales, dolor, gemelos prematuros



En los últimos años ha habido una mejoría en cuanto a la supervivencia de los neonatos prematuros fruto de los novedosos avances médicos. Ahora la investigación enfermera se tiene que centrar en disminuir las posibles secuelas que pudieran padecer estos niños. El colecho es una técnica no farmacológica, no invasiva y de bajo coste que podría resultar efectiva para controlar el dolor en estos frágiles niños.

1. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de cuidados neonatales. 4ª Edición. Barcelona; Ed. Masson. 2005 | 2. Cambell-Yeo ML, Jonhson CC, Joseph KS, Feeley N, Chambers CT, Barrington KJ. Cobbeding and Recovery time after heel lance in Preterm twins: results of a randomized trial. Pediatrics. 2012; 130(3): 500-50 | 3. Ball HL. Together or apart? A behavioural and physiological investigation of sleeping arrangements for twin babies. Midwifery. 2007; 23: 404-412 | 4. Lutes ML, Ed M, Altier L. Co-Bedding multiples. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2001; 1(4): 242-246 | 5. Cambell-Yeo ML, Jonhson CC, Joseph KS, Feeley N, Chambers CT, Barrington KJ. Co-Bedding as a confort measure for twins undergoing painful procedures. BMC Pediatrics. 2009; 9(76): 1-13 | 6. Byers JF, Vovaish W, Lowman LB, Francis JD. Co-Bedding versus single-bedding, Premature multiple-gestation, Infants in incubators. JOGNN Clinical Research. 2002; 32(3): 340-347 | 7. Lain NM, Foong SC, Foong WC, Tan K. Co-bedding in neonatal nursery for promoting growth and neurodevelopment in stable preterm twins (Review). The Cochrane collaboration. 2012; 12: 1-49 | 8. Badiee Z, Nassiri Z, Armanian A. Cobedding of twin premature infants: calming effects on pain responses. Pediatrics and Neonatology. 2014; 55: 262-268



Resumen: A los gemelos nacidos prematuramente se les priva del contacto físico mutuo que experimentan en el útero. Surge la práctica del colecho, una estrategia de atención orientada al desarrollo en la que se crea la oportunidad del contacto piel con piel entre los hermanos.

Objetivo: Identificar los beneficios del efecto de llevar a cabo el colecho.

Material/Métodos: revisión bibliográfica.

Resultados: Los beneficios están basados en que los gemelos tienen capacidad para apoyarse el uno al otro mediante la co-regulación.

Conclusiones: El colecho es una técnica no farmacológica, no invasiva y de bajo coste que resulta efectiva para controlar el dolor.

Palabras Clave: Co-bedding; Neonatal intensive care unit; Premature twins.

Introducción:

En el entorno de una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) , a los gemelos nacidos prematuramente se les priva del contacto mutuo que experimentan en el útero materno. El objetivo del cuidado centrado en el desarrollo es asemejar lo máximo posible las condiciones en las que estaba el neonato en el útero materno, creando un entorno extrauterino de soporte al desarrollo neurológico y sensorial que fomente su crecimiento y desarrollo familiar positivo y asemejarlo a un entorno como es la UCIN.

Para contrarrestar esto, surge la práctica del colecho, una estrategia de atención orientada al desarrollo en la que se crea la oportunidad del contacto piel con piel entre hermanos que permite que permanezcan en estrecha proximidad favoreciendo el reconocimiento familiar de estímulos auditivos y olfativos y continuar la relación que comenzó en el útero.

Estos prematuros están expuestos a una gran variedad de procedimientos dolorosos durante su cuidado. La exposición prematura a un entorno extrauterino durante un momento de crecimiento rápido del cerebro puede afectar negativamente a los resultados del neurodesarrollo de los neonatos prematuros.

El presente estudio persigue investigar sobre una medida más no farmacológica, el colecho, como un método barato y no invasivo para mantener la estabilidad fisiológica y disminuir el impacto psicológico a largo plazo de los procedimientos dolorosos puesto que no hay bibliografía concluyente que muestren datos significativos que demuestren que el colecho es efectivo como técnica no farmacológica.

Objetivo:

Comparar los beneficios del efecto de llevar a cabo el colecho como técnica no farmacológica para el control del dolor versus el cuidado tradicional en gemelos prematuros estables ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Material y métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Cinhal y Scielo a través del catálogo de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona. Se ha incluido bibliografía reciente, de los últimos 5 años, y otro grupo de artículos encontrados hasta de los últimos 7. La mayoría de ellos elaborados fuera de nuestro país.

Resultados:

Los beneficios relacionados con el colecho están basados en el argumento de que los gemelos tienen la capacidad para apoyarse el uno al otro mediante la co-regulación por sus experiencias uterinas comunes. Se mueven juntos, se tocan, se agarran, se abrazan, tienen sincronía en los períodos de vigilia y tienen menor necesidad de apoyo de temperatura ambiente. Más estabilidad fisiológica, calma, organización motora, estimulación propioceptiva, mayor crecimiento y desarrollo, disminuye las necesidades de oxígeno, disminuye la duración de la hospitalización y el número de reingresos, y menor tiempo de recuperación cardiorespiratoria al estado basal en la reactividad del dolor.

Conclusiones:

En los últimos años ha habido una mejoría en cuanto a la supervivencia de los neonatos prematuros fruto de los novedosos avances médicos. Ahora la investigación enfermera se tiene que centrar en disminuir las posibles secuelas que pudieran padecer estos niños. Ya que esto está solventado, el foco de atención ahora en la investigación es disminuir la morbilidad y evitar los efectos perjudiciales en el neurodesarrollo de estos RN de riesgo. Hay un cambio adicional en la población que sobrevive dentro de las UCIN y es que el número de gemelos admitidos se ha intensificado, igual que el número de partos múltiples sigue aumentando.

El colecho es una técnica no farmacológica, no invasiva y de bajo coste que podría resultar efectiva para controlar el dolor en estos frágiles pacientes.

Bibliografía:

1. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de cuidados neonatales. 4ª Edición. Barcelona; Ed. Masson. 2005.
2. Cambell-Yeo ML, Jonhson CC, Joseph KS, Feeley N, Chambers CT, Barrington KJ. Cobbeding and Recovery time after heel lance in Preterm twins: results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2012; 130(3): 500-50.
3. Ball HL. Together or apart? A behavioural and physiological investigation of sleeping arrangements for twin babies. *Midwifery*. 2007; 23: 404-412.
4. Lutes ML, Ed M, Altimier L. Co-Bedding multiples. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2001; 1(4): 242-246.
5. Cambell-Yeo ML, Jonhson CC, Joseph KS, Feeley N, Chambers CT, Barrington KJ. Co-Bedding as a confort measure for twins undergoing painful procedures. *BMC Pediatrics*. 2009; 9(76): 1-13.

Capítulo LX

El papel de la enfermera en el duelo

Autores:

Rosa María Rodríguez López

Sonia Sánchez Colmenar

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL DUELO

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería permanecen en contacto continuo con el paciente y familia desde el inicio hasta el final de la vida; estableciéndose relaciones entre el personal de la salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en este equipo de salud el apoyo y la comprensión para enfrentar angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

La labor del profesional de enfermería va más allá de los problemas de salud, debiendo integrar en su trabajo el acompañamiento psicológico tanto del enfermo terminal como de su familia. Pero no siempre es fácil o sabemos cómo hacerlo. Para ello, hemos creído conveniente crear este protocolo siguiendo las diferentes etapas que en un duelo no patológico irán sucediéndose.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha procedido a la elaboración de un protocolo de actuación que ahora procederemos a mostrar, teniendo como base el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que se emplea actualmente. Para la elaboración de dicho protocolo se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada, utilizando como referencia principal la NANDA.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

Establecer un protocolo asistencial a las personas que se enfrentan a una situación de duelo

SECUNDARIOS

- Minimizar el riesgo de sufrir duelo patológico
- Promover la visión íntegra del paciente y su entorno

INTERVENCIONES

LAS 5 FASES DEL DUELO

ETAPA 1: SHOCK

APARECE: Negación y sensación de "es un error".

NANDA: 00072 Negación ineficaz

Actividades: aumentar los intentos de comunicación, para que cuando esté preparado y tenga confianza hablar.

ETAPA 2: IRA

APARECE: enfado continuo, cólera. No acepta visita ni ayuda.

NANDA: 00148 Temor

Actividades: respetar el momento y ayudarlo a expresar sus sentimientos. NUNCA minimizar ni restar importancia a la situación

ETAPA 3: PACTO

APARECE: fase personal donde se busca pactar con un ser superior para ganar tiempo.

NANDA: 00069 Afrontamiento ineficaz

Actividades: Al ser una fase muy personal, es difícil actuar. Ante todo, escuchar y no banalizar las expresiones, en estos casos, enfocadas al ámbito religioso.

ETAPA 4: DEPRESIÓN

APARECE: sensación de pérdida, falta de autorreconocimiento, como mucho sólo piensan en los demás (hijos, etc).

NANDA: 00124 Desesperanza

Actividades: todas enfocadas a ayudar a expresar sentimientos y emociones para que asuman y pasen, poco a poco, a la siguiente etapa. Admitir el llanto.

ETAPA 5: ACEPTACIÓN

APARECE: agotamiento, resignación y aceptación de la situación .

NANDA: 00136 Duelo

Actividades: escuchar sus últimos deseos y prometerle que así se hará. No quitar la esperanza. No es cuestión de mentir, sino de no quitarle su última razón para seguir.

Y todo con la mayor de nuestras sonrisas, por el impacto que tiene en el estado emocional

CONCLUSIONES Y TRABAJO FUTURO

Las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan. Pero cubrir esta necesidad, aunque forma parte de la totalidad de los cuidados del paciente atendido, a día de hoy supone un reto ya que sigue siendo un cuidado poco protocolizado y que depende de la seguridad y de las habilidades innatas de cada enfermera.

Por ello, creemos que tras llevar este protocolo a la práctica se ayudará dar seguridad y herramientas a la enfermera en su apoyo a las situaciones de duelo, conllevando alcanzar una mejora en la calidad de sus cuidados.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid Elsevier, 2005.
- 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.
- Oviedo Soto, S.J.; Parra Falcon, F.M. y Marquina Volcanes, M. La muerte y el duelo. *Enferm. glob.* 2009, n.15, pp. 0-0.

Resumen: *Las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan. Pero cubrir esta necesidad, aunque forma parte de la totalidad de los cuidados del paciente atendido, a día de hoy supone un reto ya que sigue siendo un cuidado poco protocolizado y que depende de la seguridad y de las habilidades innatas de cada enfermera.*

Por ello, creemos que tras llevar un protocolo a la práctica se ayudará dar seguridad y herramientas a la enfermera en su apoyo a las situaciones de duelo, conllevando alcanzar una mejora en la calidad de sus cuidados.

Palabras Clave: *Duelo; Desesperanza; Temor.*

Los profesionales de enfermería permanecen en contacto continuo con el paciente y familia desde el inicio hasta el final de la vida; estableciéndose relaciones entre el personal de la salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en este equipo de salud el apoyo y la comprensión para enfrentar angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

La labor del profesional de enfermería va más allá de los problemas de salud, debiendo integrar en su trabajo el acompañamiento psicológico tanto del enfermo terminal como de su familia. Pero no siempre es fácil o sabemos cómo hacerlo. Para ello, hemos creído conveniente crear un protocolo de seguimiento de las diferentes etapas que en un duelo no patológico irán sucediéndose.

La elaboración de un protocolo de actuación que ahora procederemos a mostrar, teniendo como base el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que se emplea actualmente. Para la elaboración de dicho protocolo se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada, utilizando como referencia principal la NANDA. Para ello hablaremos de las cinco etapas del duelo, explicando que sucede en cada una de ellas, con que situación nos encontramos y que plan de actuación utilizaremos en cada caso.

- Fase de shock o negación:

La primera reacción de una persona que sufre una pérdida es levantar sus primeros mecanismos de defensa para postergar, aunque sea un poco, el impacto de la agresión que la noticia necesariamente implica. Esta primera barrera defensiva lo lleva a decir y sentir: no quiero, no puede ser, debe de ser un error. La persona se convence de que ha habido una equivocación.

La negación es un mecanismo de defensa que nos acompañaba a lo largo de toda nuestra vida y ante la noticia de una pérdida se hace presente para conceder una tregua entre la psiquis y la realidad.

En la negación existe una búsqueda desesperada del tiempo necesario para pensar en el futuro de manera más serena, tomando distancia temporal de lo que sucede, buscando una más saludable adaptación al evento que apareció demasiado abruptamente. La negación es un verdadero intento de amortiguar el efecto del primer impacto.

- Fase de ira:

Cuando la persona ve por fin la realidad, intenta todavía rebelarse contra ella, y entonces sus preguntas y sentimientos cambian. Nacen otras preguntas: porque yo, porque ahora, no es justo, y aparece el enojo con la vida, con Dios y con el mundo.

En ocasiones la persona expresa una ira que inunda todo a su alrededor; nada le parece bien, nada le conforma, y su corazón rezuma dolor, odio y rencor. Y aunque parezca mentira, su autoestima atropellada por la realidad se da cuenta de que lo que necesita, y es verdad, es expresar su rabia para poder liberarse de ella.

- Fase de pacto o negociación:

Esta Fase del Duelo refiere a la persona al pensamiento mágico más primitivo. Aparecen las ideas de negociar la realidad. Se piensa en hacer un trato con la vida, con Dios, con el diablo, con el médico, si la pérdida es de salud. La negociación es una nueva conducta defensiva que trata de evitar lo inaceptable; un canje que pretende restitución a cambio de buena conducta. La gran mayoría de estos pactos son secretos y sólo quienes los hacen tienen conciencia de ello.

- Fase de depresión:

Finalmente todos los pasos anteriores se agotan y fracasan en el intento de alejarnos de la realidad.

La depresión suele aparecer con sentimientos de angustia e ideas circulares y negativas. Lo particular en este caso es que estas ideas no son sólo la causa de la depresión sino también y sobre todo su consecuencia. La depresión es más bien el resultado de la conciencia de lo ya perdido. Por supuesto que, como es predecible, esta etapa se resuelve más rápidamente cuando la persona encuentra el coraje y el entorno donde poder expresar la profundidad de su angustia y recibir la contención que necesita frente sus temores y fantasías.

- Fase de aceptación:

Llegar aquí requiere que la persona haya tenido el acompañamiento y el tiempo necesarios para superar las fases anteriores. La aceptación solamente aparece cuando la persona ha podido elaborar su ansiedad y su cólera, ha resuelto sus asuntos incompletos y ha podido abandonar la postura auto discapacitada ante la depresión.

Sea como fuere y más allá de cuanto se tardó en llegar hasta aquí y cuanto esfuerzo haya demandado, a esta etapa se llega casi siempre muy débil y cansado. Esto se debe al esfuerzo de renunciar a una realidad que ya no es posible. Ahora, como regla general, uno prefiere estar solo, preparándose para su futuro, y hacer evaluación sobre el balance de su vida; una experiencia que siempre es personal y privada.

El objetivo principal será establecer un protocolo asistencial a las personas que se enfrentan a una situación de duelo con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un duelo patológico promoviendo la visión íntegra del paciente y su entorno.

Bibliografía:

1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid Elsevier, 2005.
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. Oviedo Soto, S.J.; Parra Falcon, F.M. y Marquina Volcanes, M. La muerte y el duelo. Enferm. glob. 2009, n.15, pp. 0-0.

Capítulo LXI

El uso del PECS BLOCK como medida de control del dolor en el postoperatorio

Autores:

Agustín García Valenciano

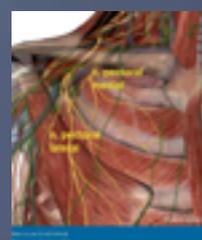
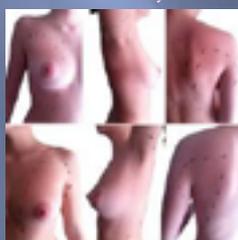
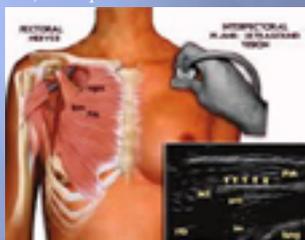
Juan Antonio González Serrano

EL USO DEL PECS BLOCK COMO MEDIDA DE CONTROL DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO

INTRODUCCIÓN: El control del dolor postoperatorio después de una intervención quirúrgica constituye uno de los puntos más importantes de la intervención anestésica. La cirugía de mama y en particular la extirpación quirúrgica guiada de lesiones de mama, es una intervención asociada al dolor postoperatorio significativo con gran variabilidad entre pacientes por lo que su manejo en el postoperatorio inmediato adquiere gran relevancia. Entre las intervenciones anestésicas realizadas destaca el bloqueo de los nervios pectorales (PECS BLOCK), y se procedió a realizar un estudio para determinar la eficacia de esta técnica de anestesia regional frente a la técnica más generalizada y menos compleja que es la inyección de anestésico local sobre la herida de la zona intervenida. El PECS BLOCK se realiza mediante ultrasonidos, ya que el anestésico local debe ser inyectado entre el músculo pectoral mayor y la hoja profunda de la fascia pectoral, ya que es en este plano donde se logra el bloqueo de los nervios pectorales (medial y lateral), ya que ambos atraviesan la hoja profunda de la fascia pectoral para inervar al músculo pectoral mayor. El anestésico local empleado en esta ocasión es el clorhidrato de bupivacaína 0,25% y se usan 40 ml

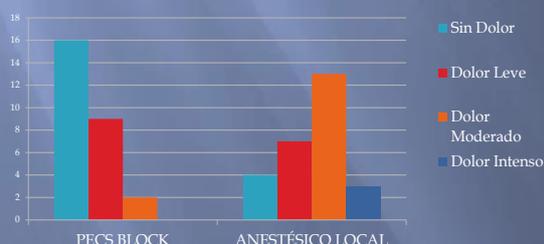
El **OBJETIVO** de este estudio es determinar la eficacia del PECS BLOCK como método de control del dolor en el postoperatorio frente a la infiltración de anestésico local en las intervenciones de extirpación quirúrgica guiada de lesiones de mama.

METODOLOGÍA: Para determinar la eficacia del PECS BLOCK frente a la infiltración de anestésico local se hizo un estudio comparativo, observacional y descriptivo en la URPA, en el que se estudiaron a 54 pacientes entre el 20 de Abril de 2015 y el 25 de Septiembre del 2015. Se estudiaron a 27 pacientes a los que se les realizó el PECS BLOCK y a 27 a los que se les realizó una infiltración de anestésico local sobre la zona intervenida al finalizar la intervención quirúrgica. Se anotó el dolor referido por el paciente y la cantidad y el tipo de analgésico que necesitaron para el control del dolor. El dolor se clasificó en una escala de 1 a 4, siendo 1: no dolor, 2: dolor leve, 3: dolor moderado y 4: dolor intenso. La edad de las mujeres que fueron sometidas a estudio se encontraba entre los 23 y los 91 años.



RESULTADO: De las 27 pacientes a las que se les realizó el PECS BLOCK, 16 de ellas no refirieron dolor, 9 de ellas padecían un dolor leve, de las cuales 7 necesitaron 1 gramo de paracetamol oral y 2 necesitaron 1 gramo de paracetamol y 20mg de Oramorph, 2 refirieron dolor moderado y necesitaron 100mcg de fentanilo IV y ninguna sufrió dolor intenso.

De las 27 pacientes a las que se les inyectó anestésico local, 4 se encontraban libre de dolor, 7 refirieron dolor leve, 3 de ellas necesitaron 1 gramo de paracetamol y 4 necesitaron 20mg de Oramorph, 13 refirieron dolor moderado y todas ellas necesitaron 100 mcg de fentanilo IV y 3 refirieron dolor intenso y necesitaron 100mcg de fentanilo IV, 1 gramo de Paracetamol y 30 mg de Oramorph



LA CONCLUSIÓN fue que los pacientes a los que se les realizó el PECS BLOCK refirieron menos dolor y necesitaron menos analgésicos para su control que a los que se les realizó una infiltración de anestésico local. De modo que el PECS BLOCK es una medida más efectiva para el control del dolor postoperatorio ante las intervenciones de extirpación quirúrgica guiada de lesiones de mama de lo que lo es la infiltración de anestésico local.

Bibliografía: Blanco R. The 'pecs block': a novel technique for providing analgesia after breast surgery. Anaesthesia.2011;66:847-848.

Resumen: Estudio para determinar la eficacia del bloqueo de los nervios pectorales (PECS Block) frente a la infiltración de anestésico local como método anestésico para controlar el dolor en el postoperatorio en las intervenciones en las que se realizó la extirpación quirúrgica guiada de lesiones de mama. El PECS Block es una técnica más difícil y requiere mayores conocimientos técnicos, pero demostró ser una técnica más eficaz como medida de control del dolor en el postoperatorio.

Palabras Clave: Pain; Nerve Block; Breast.

El control del dolor postoperatorio después de una intervención quirúrgica constituye uno de los puntos más importantes de la intervención anestésica. La cirugía de mama y en particular la extirpación quirúrgica guiada de lesiones de mama, es una intervención asociada al dolor postoperatorio significativo con gran variabilidad entre pacientes por lo que su manejo en el postoperatorio inmediato adquiere gran relevancia. Entre las intervenciones anestésicas realizadas destaca el bloqueo de los nervios pectorales (PECS BLOCK), y se procedió a realizar un estudio para determinar la eficacia de esta técnica de anestesia regional frente a la técnica más generalizada y menos compleja que es la inyección de anestésico local sobre la zona intervenida. El PECS BLOCK se realiza mediante ultrasonidos, ya que el anestésico local debe ser inyectado entre el músculo pectoral mayor y la hoja profunda de la fascia pectoral, ya que es en este plano donde se logra el bloqueo de los nervios pectorales (medial y lateral), ya que ambos atraviesan la hoja profunda de la fascia pectoral para inervar al músculo pectoral mayor. El anestésico local empleado en esta ocasión es el clorhidrato de bupivacaina 0,25% y se usan 40 ml.

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia del PECS Block como método de control del dolor en el postoperatorio frente a la infiltración de anestésico local en las intervenciones de extirpación quirúrgica guiada de lesiones de mama.

Para determinar la eficacia del PECS Block frente a la infiltración de anestésico local se hizo un estudio comparativo, observacional y descriptivo en la unidad de despertar, en el que se estudiaron 54 pacientes entre el 20 de Abril del 2015 y el 25 de Septiembre del 2015. Se estudiaron a 27 pacientes a los que se les realizó el PECS block y a 27 a los que se les realizó la infiltración de analgésico local sobre la zona intervenida al finalizar la intervención quirúrgica. Se anotó el dolor referido por el paciente y la cantidad y el tipo de analgésico que necesitaron para el control del dolor. El dolor se clasificó en una escala de 1 a 4, siendo 1 sin dolor, 2 dolor leve, 3 dolor moderado y 4 dolor intenso, la edad de las mujeres que fueron sometidas a estudio se encontraba entre los 23 y los 91 años.

Resultado:

De las 27 pacientes a las que se les realizó el PECS Block, 16 de ellas no refirieron dolor, 9 de ellas padecían un dolor leve, de las cuales 7 necesitaron 1 gramo de paracetamol oral y 2 necesitaron 1 gramo de paracetamol y 20mg de Oramorph, 2 refirieron dolor moderado y necesitaron 100mcg de fentanilo IV y ninguna sufrió dolor intenso.

De las 27 pacientes a las que se les inyectó anestésico local, 4 se encontraban libre de dolor, 7 refirieron dolor leve, 3 de ellas necesitaron 1 gramo de paracetamol y 4 20mg de Oramorph, 13 refirieron dolor moderado y todas ellas necesitaron 100 mcg de Fentanilo IV y 3 refirieron dolor intenso y necesitaron 100mcg de fentanilo IV, 1 gramo de Paracetamol y 30 mg de Oramorph.

La conclusión fue que los pacientes a los que se les realizó el PECS Block referían menos dolor y necesitaron menos analgésicos que a los que se les realizó una infiltración de anestésico local sobre la herida al terminar la intervención.

Bibliografía:

1. Blanco R. The 'Pecs Block': a novel technique for providing analgesia after breast surgery. *Anaesthesia*.2011;66:847–848.
2. Blanco R. Bloqueo pectoral (Pecs Block). *Manual de anestesia regional y econoanatomía avanzada*. Capítulo 4. Madrid: Editorial Ene; 2011. p. 92–5. ISBN 978-84-85395-88-0.
3. Blanco R, Garrido García M, Diéguez P, Acea Nebril B, López Álvarez S, Pensado Castineiras A. Eficacia analgésica del bloqueo de los nervios pectorales en cirugía de mama. *Cir Mayor Ambulat*. 2011;16:89-93.

Capítulo LXII

Entonox. Analgésico para el manejo del dolor de corta duración

Autores:

Pedro Arévalo Buitrago

Gemma Teresa Gómez-Pimpollo Torres

Estefanía Olivares Luque

ENTONOX®

Analgésico para el manejo del dolor de corta duración

INTRODUCCIÓN

En un servicio de urgencias, ya sea de atención primaria como hospitalaria, podemos recibir pacientes con una gran necesidad de analgesia para el control de un dolor de corta duración de intensidad suave a moderada. El uso de óxido nitroso/oxígeno (ENTONOX®) proporcionaría al paciente una rápida respuesta a esa necesidad que en ocasiones se ve demorada ya que enfermería estaría capacitada para el reconocimiento de los pacientes candidatos, manejo y educación para la administración de dicho analgésico.

OBJETIVOS

Identificar aquellos pacientes que reúnan los criterios de inclusión necesarios para el uso de este analgésico.

Proporcionar a enfermería del conocimiento y manejo del gas analgésico en la atención primaria y de urgencias en procedimientos menores para un mejor control del dolor de corta duración.

Desarrollar un protocolo de utilización.

METODOLOGÍA



Valoración
Reconocer la necesidad de uso.



Formación
Educación sanitaria por parte de enfermería en el uso de este analgésico.



Modo de administración
Inhalar el gas aproximadamente 2 minutos antes de empezar el procedimiento. Evaluar el nivel de conciencia del paciente a lo largo del proceso.



Documentación:
Aunque es administrado por el propio paciente, se debe dejar constancia de su administración y el tiempo de uso.

Criterios de Exclusión

- Neumotórax
- Embolismo pulmonar
- TCE/ Trauma Facial
- Disminución del nivel del conciencia
- Enfermedades cardíacas
- Intoxicaciones
- Uso de citotóxicos
- Primer trimestre del embarazo
- Ostrucción intestinal

CONCLUSIÓN

El Entonox es una forma de analgesia para el manejo del dolor de corta duración que reduce considerablemente la necesidad de otras formas de analgesia que pueden verse demoradas y resultan más costosas. No tiene contraindicaciones, y es la más accesible y rápida, además de controlable por el usuario.

El uso de Entonox como alternativa a la administración de analgesia por vía parenteral reduciría los costes de los servicios de urgencias y proporcionaría una temprana atención a la demanda de analgesia de los pacientes por parte de enfermería.

Ventajas

- Fácil administración
- No hay riesgo de sobredosis
- Se elimina rápidamente



Pieza Inhaladora



Tubuladura conectora

Pieza de plástico de un solo uso para la inhalación del gas.

Con un soporte para administración más cómoda.



Cilindro de ENTONOX

Válvula de presión e indicador de nivel incorporado.

Resumen: Entonox es una mezcla preparada de óxido nitroso (“gas hilarante” medicinal, N₂O) y oxígeno (oxígeno medicinal, O₂), 50% de cada uno, y debe usarse respirando la mezcla de gases.

El óxido nitroso tiene un efecto analgésico, reduce la sensación de dolor y aumenta el umbral del dolor. Cuenta también con un efecto relajante y ligeramente calmante.

Entonox debe usarse cuando se desea un efecto analgésico y un remedio rápido para dolencias de intensidad moderada y de duración limitada. Entonox produce efecto analgésico después de unas pocas aspiraciones y dicho efecto cesa en minutos al dejar de usarlo.

Palabras Clave: Entonox; Emergency department; Self Administration.

Introducción:

En un servicio de urgencias, ya sea de atención primaria como hospitalaria, podemos recibir pacientes con una gran necesidad de analgesia para el control de un dolor de corta duración de intensidad suave a moderada. El uso de óxido nitroso/oxígeno (ENTONOX®) proporcionaría al paciente una rápida respuesta a esa necesidad, que en ocasiones se ve demorada, ya que enfermería estaría capacitada para el reconocimiento de los pacientes candidatos, manejo y educación para la administración de dicho analgésico.

Objetivos:

- Que enfermería sea capaz de identificar aquellos pacientes que reúnan los criterios de inclusión necesarios para el uso de este analgésico
- Proporcionar a enfermería del conocimiento y manejo del gas analgésico en la atención primaria y de urgencias en procedimientos menores para un mejor control del dolor de corta duración.
- Desarrollar un protocolo de utilización

Metodología:

Para la realización del siguiente protocolo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PUBMED con las palabras clave: Entonox, Emergency department (A&E, Servicio de Urgencias) y self-administration. También hemos revisado protocolos de hospitales de Reino Unido y de la Sociedad de anestesiología de Reino Unido, con el fin de ganar un mayor entendimiento del uso, administración y efectos en el paciente.

Intervenciones:

Entonox puede ser usado en aquellas situaciones que requieran una rápida analgesia ya que, debido a la baja solubilidad del óxido nitroso, dota a éste de una rápida sensación de alivio. Su mezcla al 50% con oxígeno hace que se prevengan situaciones de hipoxia durante su administración.

Al ser un analgésico inhalado, el paciente no necesitará, en principio, acceso venoso por lo que enfermería estaría capacitada para su administración mediante:

- Valoración: Los profesionales de la enfermería deberán reconocer la necesidad de uso tras la recogida de datos en la entrevista con el paciente lo que nos facilitará la información necesaria para saber si son posibles candidatos al uso de este analgésico.
- Criterios de exclusión: Antes de su administración, enfermería deberá asegurarse de que el paciente no tiene uno de los siguientes síntomas:
 - Neumotórax; Embolismo pulmonar; TCE/ Trauma Facial; Disminución del nivel del conciencia; Enfermedades cardíacas; Intoxicaciones; Uso de citotóxicos; Primer trimestre del embarazo; Obstrucción intestinal.
- Formación: dotar al paciente de los conocimientos necesarios en la utilización de dicho analgésico para su correcta administración y su participación activa en el cumplimiento del régimen terapéutico.
- Modo de administración: Este analgésico se inhala a través de una mascarilla o pieza bucal conectada a una válvula especial que a su vez está conectada al cilindro de Entonox. Esta pieza bucal tiene un soporte que facilita su sujeción por el propio paciente con una sola mano teniendo pleno control del flujo de gas mediante su propia respiración. La válvula está abierta solamente durante la inspiración. El paciente deberá inhalar Entonox en cada inspiración realizada.
- Documentación: Entonox se debe administrar siempre en presencia de personal familiarizado con este tipo de medicamento. Es de gran importancia la reducción y/o eliminación del dolor y de la ansiedad en el paciente por lo que debemos asegurarnos que Entonox está siendo usado de forma correcta así como hacer una recopilación de datos acerca de su administración y monitorización del paciente.

Conclusión:

El Entonox es una forma de analgesia para el manejo del dolor de corta duración que reduce considerablemente la necesidad de otras formas de analgesia que pueden verse demoradas y resultan más costosas. No tiene contraindicaciones, y es la más accesible y rápida, además de controlable por el usuario.

El uso de Entonox como alternativa a la administración de analgesia por vía parenteral reduciría los costes de los servicios de urgencias y proporcionaría una temprana atención a la demanda de analgesia de los pacientes por parte de enfermería.

Bibliografía:

1. Baskett P.J.: Use of ENTONOX in the Ambulance Service. Br Med J 2: 41-3, 1970.
2. O'Sullivan I, Bengner J . Nitrous Oxide in emergency medicine. Emerg Med J 2003; 20: 214-217.
3. The Royal College of Anaesthetists and the College of Emergency Medicine. Working Party on Sedation, Anaesthesia and Airway Management in the Emergency Department. November 2012 (<http://www.rcoa.ac.uk/document-store/safe-sedation-of-adults-the-emergency-department>).

Capítulo LXIII

Epidermólisis bullosa

Autores:

Cristina Aparicio Hernández

Rosa María Calatrava Muñoz

María Reyes Mora Hidalgo

Epidermólisis Bullosa

INTRODUCCIÓN

La **Epidermólisis bullosa (EB)**, también conocida como piel de mariposa, forma parte de un grupo de enfermedades cutáneas hereditarias raras. Su principal característica es la susceptibilidad de piel y mucosas al separarse de los tejidos subyacentes ante mínimos traumatismos ocasionando continuas vesículas y ampollas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Acuden a consulta de pediatría unos padres con un recién nacido femenino a término, que desde el nacimiento presenta vesículas localizadas en zonas sometidas a estímulos mecánicos mínimos. Algunas de las ampollas presentaban contenido purulento al alta hospitalaria con sospecha de Epidermólisis Bullosa.

En la primera visita en atención primaria, el recién nacido de 15 días presenta lesiones ampollosas y descamativas en miembros superiores e inferiores, genitales y lengua. La madre contacta vía telefónica con la Asociación de Epidermólisis Bullosa de España (DEBRA); en la revisión de los 4 meses se observa el calendario vacunal incompleto tras sufrir dos episodios de bronquiolitis. Tras la revisión, la pediatra la deriva a dermatología para control más exhaustivo observando a los padres más motivados e implicados en los cuidados

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA,	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	1902 Control del riesgo	6540 Control de infecciones. 6550 Prevención de infecciones.
00035 Riesgo de lesión	1910 Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar	6486 Manejo ambiental: seguridad.
00044 Deterioro de la integridad tisular	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1710 Mantenimiento de la salud bucal
00045 Deterioro de la mucosa oral	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1100 Higiene bucal	1100 Manejo de la nutrición. 1400 Manejo del dolor.
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1103: Curación de la herida: por segunda intención	2316 Administración de medicación: tópica. 6540 Control de infecciones. 3590 Vigilancia de la piel.
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590 Vigilancia de la piel.
00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño	2211 Ejecución del rol de padres.	5370 Potenciación de roles. 7140. Apoyo a la familia.
00105 Interrupción de la lactancia materna	1003 Lactancia materna: Destete 1500 Lazos afectivos padres-hijo.	6870 Supresión de la lactancia. 1052 Alimentación por biberón. 5270 Apoyo emocional.

- Asesoramiento a los padres de utilización de ropa 100% algodón.
- Vigilar curvas de crecimiento.
- Acudir a consultas programadas c/24h hasta la mejoría en las curas.
- Lactancia artificial.
- Antimicótico oral si candidiasis bucal y paracetamol si dolor.
- Educar a los padres para realizar curas en casa y evitar dejar al niño desnudo para evitar fricciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La EB al ser degenerativa requiere una ayuda continua para toda la vida. La valoración, el tratamiento, los cuidados y el seguimiento, deben ser realizados por un equipo multidisciplinar (*Derivación a Trabajadora Social para solicitud de invalidez, Registro Nacional de Enfermedades Raras: consentimiento informado, etc.*)

La enfermera es clave en estos cuidados y debe promover la adecuada utilización de los recursos sanitarios, gestionar los cuidados y la calidad de vida de las personas con EB, de sus familiares y cuidadores, y prevenir complicaciones asociadas.



Resumen: La Epidermólisis bullosa (EB) ó piel de mariposa, forma parte de un grupo de enfermedades cutáneas hereditarias raras. La característica principal es susceptibilidad de piel y mucosas al separarse de los tejidos subyacentes ante mínimos traumatismos ocasionando continuas vesículas y ampollas.

La enfermería es clave en estos cuidados, debe promover la adecuada utilización de los recursos sanitarios mediante interrelaciones de etiquetas diagnosticas NANDA, Resultados NOC e Intervenciones NIC, gestionar cuidados y calidad de vida de las personas con EB, de sus familiares y cuidadores y prevenir complicaciones.

La valoración, tratamiento, cuidados y seguimiento, deben ser realizados por un equipo multidisciplinar.

Palabras Clave: Epidermólisis bullosa; Lesiones ampollosas; Cuidado de heridas.

Introducción:

La Epidermólisis bullosa (EB), también conocida como piel de mariposa, forma parte de un grupo de enfermedades cutáneas hereditarias raras. Su principal característica es la susceptibilidad de piel y mucosas al separarse de los tejidos subyacentes ante mínimos traumatismos ocasionando continuas vesículas y ampollas.

Observación clínica:

Acuden a consulta de pediatría unos padres con un recién nacido femenino a término, que desde el nacimiento presenta vesículas localizadas en zonas sometidas a estímulos mecánicos mínimos. Algunas de las ampollas presentaban contenido purulento al alta hospitalaria con sospecha de Epidermólisis Bullosa.

En la primera visita en atención primaria, el recién nacido de 15 días presenta lesiones ampollosas y descamativas en miembros superiores e inferiores, genitales y lengua. La madre contacta vía telefónica con la Asociación de Epidermólisis Bullosa de España (DEBRA); en la revisión de los 4 meses se observa el calendario vacunal incompleto tras sufrir dos episodios de bronquiolitis. Tras la revisión, la pediatra la deriva a dermatología para control más exhaustivo observando a los padres más motivados e implicados en los cuidados.

Plan de cuidados enfermeros:

Se realiza mediante interrelaciones de etiquetas diagnosticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC

- NANDA:
 - 00004 Riesgo de infección.
 - 00035 Riesgo de lesión.
 - 00044 Deterioro de la integridad tisular.

- 00045 Deterioro de la mucosa oral.
 - 00046 Deterioro de la integridad cutánea.
 - 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
 - 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres.
 - 00105 Interrupción de la lactancia materna.
- NOC:
- 1902 Control del riesgo.
 - 1910 Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar.
 - 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
 - 1100 Higiene bucal.
 - 1103 Curación de la herida: por segunda intención.
 - 2211 Ejecución del rol de padres.
 - 1003 Lactancia materna: Destete.
 - 1500 Lazos afectivos padres-hijo.
- NIC:
- 6540 Control de infecciones.
 - 6550 Prevención de infecciones.
 - 6486 Manejo ambiental: seguridad.
 - 1710 Mantenimiento de la salud bucal.
 - 1100 Manejo de la nutrición.
 - 1400 Manejo del dolor.
 - 2316 Administración de medicación: tópica.
 - 6540 Control de infecciones.
 - 3590 Vigilancia de la piel y el lactante/niño.
 - 5370 Potenciación de roles.
 - 7140 Apoyo a la familia.
 - 6870 Supresión de la lactancia.
 - 1052 Alimentación por biberón.
 - 5270 Apoyo emocional.

Este plan de cuidados se completará con un asesoramiento a los padres en base a la utilización de ropa 100% algodón, lactancia artificial, vigilar curvas de crecimiento, evitar dejar al niño desnudo para evitar fricciones, acudir a consultas programadas cada 24 horas hasta la mejoría de las heridas, enseñando a los padres para continuar las curas en casa, antimicóticos orales si apareciesen candidiasis bucales, completando con paracetamol si tuviese dolor.

Procedimiento:

- En primer lugar se procede a la limpieza con solución salina y desinfección con clorhexidina.
- Después, procedemos al desbridamiento enzimático con colagenasa combinada con hidrogel, punción y drenaje de flictenas.
- La cura se realiza en ambiente húmedo utilizando apósitos hidrocelulares, hidrocoloides con silicona y de plata si hay signos de infección.
- Inmovilizaremos la zona con gasas y vendas suaves y por último utilizaremos fotoprotección e hidratación tópica con glicerina o parafina.

Discusión y conclusiones:

La EB al ser degenerativa requiere una ayuda continua para toda la vida. La valoración, el tratamiento, los cuidados y el seguimiento, deben ser realizados por un equipo multidisciplinar (Derivación a Trabajadora Social para solicitud de invalidez, Registro Nacional de Enfermedades Raras: consentimiento informado, etc.)

La enfermera es clave en estos cuidados y debe promover la adecuada utilización de los recursos sanitarios, gestionar los cuidados y la calidad de vida de las personas con EB, de sus familiares y cuidadores, y prevenir complicaciones asociadas.

Bibliografía:

1. Fe JD. Epidermólisis ampollosa. En Bologna JL, Jorizzo, JI, Rapini RP. Dermatología (vol. 1). Madrid. Elsevier España, 2004:491-500.
2. Serrano Martínez MC, Silvestre Donat FJ, Bagán Sebastián JV, Peñarrocha Diago M, Alió Sánchez JJ. Epidermólisis ampollosa hereditaria: a propósito de tres casos clínicos. Medicina Oral 2001; 6:40-7.
3. Jonson, M.; Bulechek, G.; McCloskey, J.; Maas, M. y Morread, S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (interrelaciones NANDA, NOC y NIC). Madrid: Elsevier; 2002.

Capítulo LXIV

Epilepsia

Autores:

Cristina Vizcaíno Caravantes

José Luis Vizcaíno Navarro

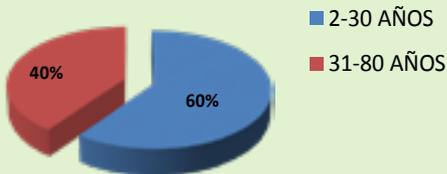
EPILEPSIA

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es un trastorno provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas en alguna zona del cerebro. La epilepsia tiene su origen en unos cambios breves y repentinos del funcionamiento del cerebro; por esta razón, se trata de una afección neurológica. Los casos de epilepsia en España alcanzan los 400.000 afectados, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Cada año, entre 12.400 y 22.000 personas presentan el trastorno por primera vez. Es la segunda causa de consulta ambulatoria neurológica después de las cefaleas. Es importante saber diferenciar entre crisis epiléptica parcial simple, parcial compleja, parcial con generalización secundaria y crisis generalizadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Este trabajo lo vamos a realizar con un estudio descriptivo transversal. Recogeremos información sobre los pacientes con epilepsia de la consulta de neurología de nuestro hospital comarcal durante los meses de Julio a Agosto de 2015. Nuestra población a estudio serán los pacientes con epilepsia (n=15). Como criterio de inclusión será todo paciente que haya venido a revisión a nuestra consulta y no tendremos ningún criterio de exclusión en este caso. Para obtener nuestros datos consultaremos diversos datos de las historias clínicas. Usaremos como herramienta ofimática el Microsoft Office.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS: Los resultados que obtendremos de nuestros pacientes los estructuraremos según la edad en la que empezó con la enfermedad, tipo de epilepsia que presenta y causas principales.

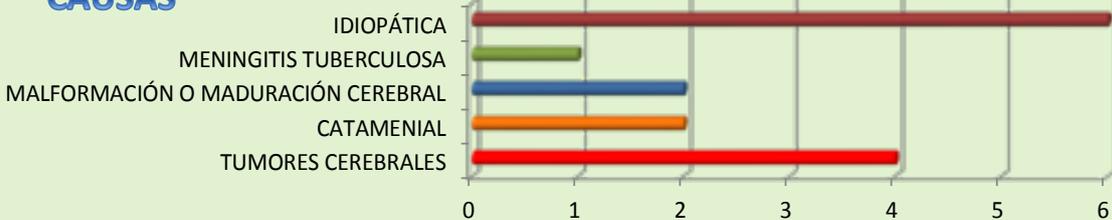
EDAD



TIPO DE EPILEPSIA



CAUSAS



SIGNOS Y SÍNTOMAS



CONCLUSIONES: La epilepsia es una enfermedad que aun mejorando con los tratamientos no es posible su curación. Podemos evidenciar ciertas recomendaciones que mejoran de manera notable la aparición de las crisis como son: higiene del sueño, disminuir la ansiedad y estrés, etc.

Resumen: Se elabora un estudio con los quince pacientes que visitaron nuestra consulta sobre la epilepsia durante el período de Julio a Agosto de 2015. Realizaremos varios tipos de clasificaciones dentro de nuestra muestra de pacientes. Según la edad los clasificaremos en dos grupos: entre los 2-30 años y entre los 31-80 años. Dentro del tipo de epilepsia, haremos una selección entre crisis parcial simple, crisis parcial con generalización secundaria y crisis generalizada de ausencia. También realizaremos una selección según las cinco principales causas de las crisis y los principales signos y síntomas que presentaron durante los episodios.

Palabras Clave: Epilepsia; Cerebro; Neurología.

La epilepsia es un trastorno provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas en alguna zona del cerebro. La epilepsia tiene su origen en unos cambios breves y repentinos del funcionamiento del cerebro; por esta razón, se trata de una afección neurológica. Los casos de epilepsia en España alcanzan los 400.000 afectados, según datos de la Sociedad Española de Neurología. Cada año, entre 12.400 y 22.000 personas presentan el trastorno por primera vez siendo la segunda causa de consulta ambulatoria neurológica después de las cefaleas.

El estudio de nuestro trabajo será descriptivo y transversal, recogeremos información de nuestros pacientes con epilepsia cuando vayan a consulta de neurología durante los meses de Julio a Agosto de 2015. Nuestra población a estudio serán quince pacientes con epilepsia. Como criterio de inclusión será todo paciente que haya venido a revisión a nuestra consulta y no tendremos ningún criterio de exclusión. Para obtener nuestros datos consultaremos diversos datos de las historias clínicas. Usaremos como herramienta ofimática el Microsoft Office.

Los resultados los obtendremos según la edad de aparición de la epilepsia, tipo de epilepsia que presenta, principales causas y los signos y síntomas más significativos.

Atendiendo a la edad, el 60% de nuestros pacientes comienzan con la epilepsia entre los 2 y 30 años y el 40% tienen como inicio de la enfermedad entre los 31 y 80 años.

Teniendo en cuenta el tipo de epilepsia, cuatro de nuestros pacientes presenta crisis parcial simple, nueve presentan crisis parcial simple con generalización secundaria y dos crisis generalizada de ausencia.

Las principales causas que justifican la epilepsia de nuestros pacientes son los tumores cerebrales (cuatro pacientes), causa catamenial (dos pacientes), malformación cerebral (dos pacientes), meningitis tuberculosa (un paciente) y causa idiopática (seis pacientes).

Los principales síntomas que podemos evidenciar serán, cuadro de desconexión e incontinencia que lo presentaron el 26,6 por ciento de nuestro pacientes y auras tipo chupeteo, escalofrío o alucinaciones que lo presentaron el 40 por ciento.

Como principales conclusiones de nuestro estudio, podemos comentar que la epilepsia es una enfermedad que aun mejorando con los tratamientos no es posible su curación. Podemos evidenciar ciertas recomendaciones que mejoran de manera notable la aparición de las crisis como son: higiene del sueño, disminuir la ansiedad y estrés, etc.

Bibliografía:

1. Werz MA. Epilepsy Syndromes. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2010.
2. Nlm.nih.gov [Internet]. España: ADAM; 2000 [actualizado 2 Marzo 2015; citado 5 Septiembre 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000694.htm>.
3. Todosobreepilepsia.com [Internet]. España: Framework; 2003 [actualizado Febrero 2013; citado 5 Septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.todosobreepilepsia.com/index.php?option=com_content&view=category&id=31&Itemid=78.

Capítulo LXV

Epilepsia en el embarazo

Autora:

Ana Mohíno León

EPILEPSIA EN EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

Se considera epilepsia a un grupo de patologías cerebrales, caracterizadas por la predisposición permanente a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales que conlleva.

Es la segunda enfermedad neurológica más frecuente a nivel mundial. Puede afectar a personas de todas las edades y razas, pero tiene una preocupación especial en las mujeres, principalmente a la hora de plantearse un embarazo.

El embarazo en mujeres que padecen epilepsia es considerado de alto riesgo, por su elevado porcentaje de complicaciones tanto obstétricas como neonatales.



OBJETIVOS

- Conocer el impacto del embarazo en la mujer con epilepsia.
- Evaluar como afecta el tratamiento a las mujeres con epilepsia.
- Identificar las complicaciones más frecuentes.



METODOLOGÍA

Se hizo una búsqueda en las siguientes bases de datos revisando 17 artículos publicados con fecha posterior a 2009.

Scielo

ScienceDirect

PubMed

RESULTADOS



La gran mayoría de las mujeres epilépticas intentó seguir un tratamiento con un solo fármaco antiepiléptico. De esta manera se vio demostrado que se pueden reducir los efectos teratogénicos de la medicación evitando el uso de politerapia y el uso de Ácido Valproico y usando fármacos de segunda generación, como la Lamotrigina.



Por otra parte también se vieron reducidos los niveles séricos de ácido fólico, esto se relaciono con el mayor riesgo de tener un bebé con malformaciones congénitas que aparece en las mujeres con epilepsia, como espina bífida, defectos del tubo neural, hipospadias. En un mayor porcentaje aparecieron en las mujeres que estaban en tratamiento para la epilepsia. Por esta razón se aconsejo que tomaran un suplemento de ácido fólico, para intentar reducir este riesgo. Se observó que era efectivo, sobretudo en los casos en que la mujer había tomado el suplemento desde antes de la concepción.



Se demuestra que aparecen más complicaciones neonatales en los bebés de estas mujeres, principalmente se observó bajo peso al nacer, microcefalia y una puntuación menor en los resultados del test de Apgar. Pero con el paso del tiempo se vieron estabilizados. Mientras que las complicaciones obstétricas que mas se observaron fueron tales como hipertensión gestacional, sangrado vaginal, ruptura de membranas y aborto espontáneo.



La frecuencia de las crisis epilépticas fue más alta durante el embarazo, sobre todo durante el primer trimestre. En la mayoría de los casos se mantuvo la frecuencia de crisis epilépticas y en mayor medida dependió de si la epilepsia era activa o no y de si el embarazo había sido planificado.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las mujeres con epilepsia necesita un tratamiento con fármacos antiepilépticos (FAE), que no puede abandonar durante el embarazo. Es importante intentar elegir un tratamiento en monoterapia, elegir fármacos de segunda generación y evitar siempre que sea posible el ácido valproico.
- Existe un mayor riesgo de tener complicaciones obstétricas y fetales. Además, también existe un riesgo mayor de tener un bebé con malformaciones congénitas. Este riesgo se puede reducir planificando el embarazo de las mujeres con epilepsia, de esta manera se puede reajustar el tratamiento si es necesario y aconsejar a la mujer tomar el suplemento de ácido fólico con una dosis entre 0,4-5mg/día, desde antes de la concepción.

Resumen: *La epilepsia es una enfermedad neurológica que puede afectar a personas de todas las edades y razas, pero presenta una preocupación especial en las mujeres, principalmente a la hora de plantearse un embarazo. Esto se debe a que el embarazo es considerado de alto riesgo, por su elevado porcentaje de complicaciones tanto obstétricas como neonatales.*

Los profesionales de la salud deben tener los conocimientos necesarios para saber actuar ante el embarazo en una mujer con epilepsia. Concretamente el papel enfermero es de vital importancia, para instaurar unos cuidados de calidad lo más pronto posible o proporcionar una educación sanitaria eficaz.

Palabras Clave: *Epilepsy; Pregnancy; Nurse Role.*

La epilepsia es una enfermedad que afecta al sistema nervioso central. Se caracteriza por la predisposición permanente a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales que conlleva. Actualmente afecta aproximadamente a unas 400.000 personas en nuestro país y su incidencia y prevalencia son cada día más elevadas.⁽¹⁾

Esta enfermedad cursa con un alto componente estigmatizante para quien la padece, además, en la mujer presenta unas consideraciones especiales.⁽²⁾ Por este motivo, es necesario que los profesionales de la salud estén familiarizados con la enfermedad y tengan los conocimientos necesarios para saber actuar en cada caso concreto.

En el caso de la mujer epiléptica se necesitan unas estrategias de tratamiento específicas, por ejemplo ante la epilepsia catamenial, en la cual se observa una relación entre el ciclo menstrual y la frecuencia de las crisis convulsivas. Otros aspectos a destacar en la mujer con epilepsia son la interacción entre su tratamiento y algunos métodos anticonceptivos, la menor tasa de fertilidad que existe en estas mujeres y sobretodo un mayor porcentaje de complicaciones durante el embarazo^(2,3)

La intervención enfermera a la hora de un embarazo en la mujer con epilepsia es de vital importancia para poder instaurar unos cuidados de calidad lo más pronto posible. También es imprescindible proporcionar educación sanitaria, ya que se ha demostrado que siguiendo unas recomendaciones y llevando a cabo un adecuado régimen terapéutico, la mujer podrá tener un buen control de su embarazo en la mayoría de los casos.

A continuación revisaremos las principales complicaciones y las recomendaciones a seguir para reducir los riesgos durante el embarazo, con los objetivos de conocer el impacto del embarazo en la mujer con epilepsia, evaluar cómo afecta el tratamiento a las mujeres con epilepsia y por último poder identificar las complicaciones más frecuentes.

Para la revisión bibliográfica se utilizaron distintas bases de datos, revisando artículos publicados con fecha posterior a 2009. Las bases de datos utilizadas fueron Scielo, ScienceDirect, PubMed. A través de estos artículos, se han obtenido los siguientes resultados:

- La gran mayoría de las mujeres epilépticas intentó seguir su tratamiento con un solo fármaco antiepiléptico. De esta manera se demostró que se pueden reducir los efectos teratogénicos de la medicación evitando el uso de politerapia y el uso de Ácido Valproico y usando fármacos de segunda generación, como la Lamotrigina.^(2,3,5)

- Por otra parte, se vieron reducidos los niveles séricos de Ácido Fólico durante el embarazo, esto se relacionó con el mayor riesgo de tener un bebé con malformaciones congénitas que aparece en las mujeres con epilepsia, como espina bífida, defectos del tubo neural o hipospadias.^(4, 5) Por esta razón, se aconsejó a las mujeres tomar un suplemento de Ácido Fólico, para intentar reducir este riesgo. Se observó que era efectivo, sobre todo en los casos en los que la mujer había tomado el suplemento desde antes de la concepción.^(1, 3)
- Se ha demostrado que aparecen más complicaciones neonatales en los bebés de las mujeres epilépticas, principalmente se observó bajo peso al nacer, microcefalia y una puntuación menor en los resultados del test de Apgar. Pero con el paso del tiempo estas anomalías se vieron estabilizadas. Mientras que las complicaciones obstétricas que más se observaron fueron tales como hipertensión gestacional, sangrado vaginal, ruptura de membranas y aborto espontáneo.^(2,3, 4, 5)
- Por último se demostró que la frecuencia de las crisis epilépticas fue más alta durante el embarazo, sobre todo durante el primer trimestre. En la mayoría de los casos se mantuvo la frecuencia de crisis epilépticas, dependiendo de si la epilepsia era activa o no y de si el embarazo había sido planificado.^(1, 2, 3)

Finalmente, estos resultados nos permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de las mujeres con epilepsia necesita un tratamiento con fármacos antiepilépticos, que no puede abandonar durante el embarazo. A pesar de los efectos nocivos de este para el feto, los efectos al abandonar el tratamiento son más perjudiciales tanto para el feto como para la madre.
- Es importante elegir un tratamiento con monoterapia en los casos en los que sea posible, ya que ha demostrado tener menos efectos negativos. Además, el Ácido Valproico debe evitarse siempre que sea posible, ya que es el más teratogénico.
- Los embarazos de mujeres con epilepsia deben ser planificados, ya que son considerados de alto riesgo. De esta manera se puede reajustar el tratamiento si es necesario y aconsejar a la mujer el suplemento de Ácido Fólico desde antes de la concepción.
- Existe un mayor riesgo de tener complicaciones obstétricas en mujeres con epilepsia, tales como hipertensión gestacional, sangrado vaginal, ruptura de membranas, aborto espontáneo, etc. Además de complicaciones fetales como bajo peso al nacer, microcefalia o puntuación menor del test de Apgar.
- Las mujeres epilépticas tienen un mayor riesgo de tener bebés con malformaciones congénitas mayores, como espina bífida, defectos del tubo neural, hipospadias, etc. Se pueden evitar o reducir tomando un suplemento de ácido fólico desde antes de la concepción y evitando fármacos antiepilépticos en politerapia o fármacos como el Ácido Valproico. En mujeres que toman fármacos antiepilépticos de segunda generación como Lamotrigina o no toman fármacos, se reduce este riesgo, siendo similar al riesgo de mujeres sin epilepsia.
- Es importante tener un buen control de las crisis epilépticas antes de la concepción, ya que, la frecuencia de convulsiones durante el embarazo, dependerá de si la mujer tiene una epilepsia activa o no. También hemos visto que se puede aumentar la frecuencia de las crisis, ya que la mujer experimenta muchos cambios y está sometida a más estrés.

Bibliografía:

- 1 Kochen, S., Salera, C. y Seni, J. Embarazo y epilepsia en Argentina. *Neurología Argentina*. 2011; 3 (3), 156-161.
- 2 Mawer, G., Briggs, M., Baker, G. A., Bromley, R., Coyle, H., Eatock, J. et al. Pregnancy with epilepsy: obstetric and neonatal outcome of a controlled study. *The journal of the British Epilepsy Association*. 2010; 19 (2), 112-119.
- 3 Borthen, I., Eide, M., Daltveit, A. y Gilhus, N. Obstetric outcome in women with epilepsy: A hospital-based, retrospective study. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011; 118(8), 956–965.
- 4 Arteaga-Vázquez, J., Luna-Muñoz, L., y Mutchinick, O. M. Congenital malformations in the offspring of epileptic mothers with and without anticonvulsant treatment. *Salud pública Mex*. 2012; 54(6), 579-586.
- 5 Veiby, G., Daltveit, A. K., Engelsen, B. A. y Gilhus, N. E. Fetal growth restriction and birth defects with newer and older antiepileptic drugs during pregnancy. *Journal of Neurology*. 2014; 261 (3). 579–88.

Capítulo LXVI

Errores de medicación y seguridad en enfermería pediátrica. Revisión bibliográfica

Autores:

Alba Gómez Castro

Patricia Molinero Diaz



ERRORES DE MEDICACIÓN Y SEGURIDAD EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.



INTRODUCCIÓN

El proceso de medicación es una de las actividades habituales de la enfermería en el tratamiento de pacientes hospitalizados en servicios pediátricos (desde la etapa neonatal hasta la adolescencia). Los errores de medicación son inherentes en nuestra práctica, siendo hasta tres veces superior en pediatría debido a que los niños están en continuo crecimiento y desarrollo, lo que conlleva a una variabilidad en la respuesta a los medicamentos. Además la evidencia científica en el ámbito pediátrico nacional e internacional es insuficiente lo que hace que el paciente pediátrico sea aún más vulnerable.

La farmacología clínica pediátrica no se puede considerar como la del adulto ya que existen grandes diferencias en la farmacocinética y sobre todo farmacodinámicas, considerando como factores de riesgo la escasez de formas farmacéuticas adaptadas para la edad pediátrica, material inadecuado para las dosificaciones pediátricas que conducen a errores de cálculo en las diluciones y en ocasiones la presencia de excipientes tóxicos, destacando además la falta de investigación y ensayos clínicos en niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica (tabla 1) en mayo de 2015. Las bases biomédicas consultadas fueron PUBMED, MEDLINE, La Biblioteca Cochrane Plus y Scielo utilizando como descriptores errores de medicación, seguridad, pediatría y enfermería con el término booleano AND.

El objetivo fue realizar una revisión bibliográfica para conocer la incidencia y causas de los errores de medicación en pediatría con el fin de mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente pediátrico

En cuanto a los errores de medicación, se tuvo en cuenta, la prescripción de medicamentos (legibilidad, vía, dosis y frecuencia de administración) y la transcripción (legibilidad, fidelidad y omisión de fármacos a administrar). Los criterios de inclusión fueron estudios que contuvieran datos específicos sobre los errores de medicación en la edad pediátrica y neonatal y seguridad y calidad de cuidados en enfermería.

Los criterios de exclusión fueron estudios anteriores al año 2005 o cuyo objetivo fueran diseños generales.

RESULTADOS

Se seleccionaron 9 artículos relacionados con el tema. Los datos resultantes fueron:

- Un 70% de las medicaciones del mercado no incluyen datos pediátricos suficientes, sobre todo en relación con la dosificación, el 50%-75% de los medicamentos usados no han sido probados adecuadamente en niños, siendo un 90% en neonatos.

- El origen de los errores de medicación se centra en el factor humano más que en la organización sanitaria siendo los factores de riesgo el trabajo en equipo, ambientes negativos, fatiga, ansiedad, etc pero también podemos encontrar variables físicas y ambientales.

- La incidencia de errores en la etapa de prescripción médica fue un 79%, debiéndose un 34% a dosificación incorrecta y un 54% a la vía intravenosa. Los fármacos que con mayor frecuencia se ven afectados son antibióticos, sedantes y fluidos/electrolitos.

- En cuanto a la etapa de transcripción, un 21,3% presentó al menos una acción incorrecta (siendo la más frecuente la vía de administración).

- Además el 19% se consideraron evitables y los de mayor gravedad se produjeron con mayor frecuencia en entornos de cuidados críticos.

- Las causas de errores más frecuente se encuentran señaladas en la fig.4, pero también encontramos transferencia de pacientes entre las diferentes áreas hospitalarias, cambios de turno, identificaciones incorrectas...

CONCLUSIÓN

El paciente pediátrico genera carga y complejidad asistencial por lo que los errores de medicación pueden suceder más frecuentemente. Existen numerosas iniciativas para cambiar la situación, la primera práctica médica se aprobó en 1997 en EEUU, "Best Pharmaceuticals for Children Act". En Europa desde el 2007 se obliga a la inclusión de estudios en niños desde las primeras fases del desarrollo del nuevo medicamento. Recientemente, en España se ha celebrado la primera reunión del Comité de medicamentos para niños de la Asociación Española de Pediatría así como el desarrollo del Pediamecum.

Los errores de medicación son indicadores de calidad en la asistencia sanitaria por eso se han diseñado estrategias para disminuir esta situación, entre ellas, las de mayor impacto son la incorporación de nuevas tecnologías (prescripción informatizada, códigos de barras, armarios robotizados...), la monitorización por parte de un farmacólogo clínico e impulsar la financiación de ensayos clínicos en pediatría, para así mejorar la calidad del proceso asistencial.

Los profesionales sanitarios deben promover la formación, el uso de protocolos, informes estadísticos, documentación asistencial y administrativas que guarden relación con los procesos clínicos de la medicación, así como medidas preventivas evaluadas por el comité de gestión de riesgos identificando previamente los errores.

Es importante hacer partícipes a las familias para que colaboren en la seguridad de su hijo durante la hospitalización.

Estudio	Diseño	Objetivo principal
Errors in preparation and administration of intravenous medications in the intensive care unit of a teaching hospital: An observational study (Faulkner, et al. 2006)	Estudio observacional	Conocer la frecuencia de errores de medicación durante la preparación y administración de drogas intravenosas en una unidad de cuidados intensivos.
Seguridad de la farmacología clínica en pediatría (R. A. Foye, 2008)	Estudio descriptivo	
Errores en prescripción y transcripción de medicamentos endovenosos en pediatría (Gómez-Rivas R, et al. 2010)	Estudio transversal	Establecer porcentajes de error en prescripción y transcripción de medicamentos endovenosos, relacionando ambos aspectos.
Identifying, understanding and preventing barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study (Hartnell N, et al. 2011)	Estudio cualitativo	Conocer las barreras de errores de medicación reportadas por las organizaciones de cuidados de la salud.
Errores medicamentos en pediatría (A. Velloso-Soler et al. 2011)	Estudio descriptivo	
Errores en la preparación de fármacos intravenosos en una unidad neonatal (Carpenter A, et al. 2012)	Estudio prospectivo observacional	Incidence real de errores de medicación en los procesos de prescripción y transcripción de nuestra unidad neonatal, para conocer la situación real de estos procesos.
Validación en pediatría de un método para notificación y seguimiento de errores de medicación (Guerra Amor R.B, et al. 2013)	Estudio transversal	Analizar el aspecto de errores de medicación de la puesta en marcha de un comité de seguridad multidisciplinar descentralizado en la unidad de gestión pediátrica e implementación conjunta de una aplicación informática.
Lista modelo de medicamentos de alto riesgo (Cabrera Lopez Z, et al. 2013)	Revisión bibliográfica	Elaborar una lista de medicamentos de alto riesgo adaptada a la población pediátrica y neonatal.
Seguridad hospitalaria en pediatría (2015)	Estudio descriptivo	

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados.

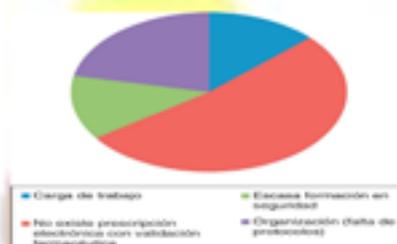


Figura 4. Principales causas de los errores de medicación.

Resumen: El proceso de medicación es una de las actividades habituales de la enfermería. Los errores de medicación son hasta tres veces superior en pediatría debido a que los niños están en continuo crecimiento y desarrollo, lo que conlleva a una variabilidad en la respuesta a los medicamentos.

La farmacología clínica pediátrica es distinta a la del adulto considerando grandes diferencias en la farmacocinética y farmacodinámicas, así como factores de riesgo la escasez de formas farmacéuticas adaptadas para la edad pediátrica, material inadecuado para las dosificaciones pediátricas y la presencia de excipientes tóxicos, destacando además la falta de investigación en niños.

Palabras Clave: Errores de medicación; Pediatría; Enfermería.

Material y métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en mayo de 2015. Las bases biomédicas consultadas fueron PUBMED, MEDLINE, La Biblioteca Cochrane Plus y Scielo utilizando como descriptores errores de medicación, seguridad, pediatría y enfermería con el término boleano AND.

El objetivo fue realizar una revisión bibliográfica para conocer la incidencia y causas de los errores de medicación en pediatría con el fin de mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente pediátrico

En cuanto a los errores de medicación, se tuvo en cuenta, la prescripción de medicamentos (legibilidad, vía, dosis y frecuencia de administración) y la transcripción (legibilidad, fidelidad y omisión de fármacos a administrar).

Los criterios de inclusión fueron estudios que contuvieran datos específicos sobre los errores de medicación en la edad pediátrica y neonatal y seguridad y calidad de cuidados en enfermería.

Los criterios de exclusión fueron estudios anteriores al año 2005 o cuyo objetivo fueran diseños generales.

Resultados:

Se seleccionaron 9 artículos relacionados con el tema. Los datos resultantes fueron:

Un 70% de las medicaciones del mercado no incluyen datos pediátricos suficientes, sobre todo en relación con la dosificación, el 50%-75% de los medicamentos usados no han sido probados adecuadamente en niños, siendo un 90% en neonatos.

El origen de los errores de medicación se centra en el factor humano más que en la organización sanitaria siendo los factores de riesgo el trabajo en equipo, ambientes negativos, fatiga, ansiedad, etc pero también podemos encontrar variables físicas y ambientales.

La incidencia de errores en la etapa de prescripción médica fue un 79%, debiéndose un 34% a dosificación incorrecta y un 54% a la vía intravenosa. Lo fármacos que con mayor frecuencia se ven afectados son antibióticos, sedantes y fluidos/electrolitos.

En cuanto a la etapa de transcripción, un 21,3% presento al menos una acción incorrecta (siendo la más frecuente la vía de administración).

Además el 19% se consideraron evitables y los de mayor gravedad se produjeron con mayor frecuencia en entornos de cuidados críticos.

Entre las causas de errores más frecuentes se encuentran la carga de trabajo, la escasa formación en seguridad, la falta de protocolos y la organización de las unidades y en mayor proporción a falta de prescripción electrónica con la validación farmacéutica. También encontramos trasferencia de pacientes entre las diferentes áreas hospitalarias, cambios de turno, identificaciones incorrectas...

Conclusión:

El paciente pediátrico genera carga y complejidad asistencial por lo que los errores de medicación pueden suceder más frecuentemente.

Existen numerosas iniciativas para cambiar la situación, la primera práctica médica se aprobó en 1997 en EEUU, "Best Pharmaceuticals for Children Act.". En Europa desde el 2007 se obliga a la inclusión de estudios en niños desde las primeras fases del desarrollo del nuevo medicamento. Recientemente, en España se ha celebrado la primera reunión del Comité de medicamentos para niños de la Asociación Española de Pediatría así como el desarrollo del Pediamecum.

Los errores de medicación son indicadores de calidad en la asistencia sanitaria por eso se han diseñado estrategias para disminuir esta situación, entre ellas, las de mayor impacto son la incorporación de nuevas tecnologías (prescripción informatizada, códigos de barras, armarios robotizados...), la monitorización por parte de un farmacólogo clínico e impulsar la financiación de ensayos clínicos en pediatría, para así mejorar la calidad del proceso asistencial.

Los profesionales sanitarios deben promover la formación, el uso de protocolos, informes estadísticos, documentación asistencial y administrativas que guarden relación con los procesos clínicos de la medicación, así como medidas preventivas evaluadas por el comité de gestión de riesgos identificando previamente los errores.

Es importante hacer partícipes a las familias para que colaboren en la seguridad de su hijo durante la hospitalización.

Bibliografía:

1. Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study (Hartnell N. et al. 2011).
2. Errores en prescripción y transcripción de medicamentos endovenosos en pediatría (Edith Rivas R. et al. 2010).
3. Errors in preparation and administration of intravenous medications in the intensive care unit of a teaching hospital: An observational study (Fanal F. et al. 2008).
4. Validación en pediatría de un método para notificación y seguimiento de errores de medicación (Guerrero Aznar M.D. et al. 2013).
5. Seguridad hospitalaria en pediatría (2015).

Capítulo LXVII

Estado actual del método canguro en las UCIN de los hospitales de Castilla La Mancha (CLM)

Autores:

Carmen Carrero Ruiz

Laura Chacón Chacón

Silvia Garrido Anguita

Bárbara Sales Carrión

Estado actual del método canguro en las UCIN de los hospitales de Castilla La Mancha (CLM)



Introducción

El aumento en las últimas décadas del número de nacimientos de niños con bajo peso al nacer (BPN), ya sea por prematuridad o bien debido a anomalías en el crecimiento prenatal, conlleva un aumento de la mortalidad y de la morbilidad neonatal muy importante. Se estima que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños prematuros al año y que en España, el número de prematuros se ha incrementado en un 36% desde 1996, oscilando el total de niños prematuros entre un 8- 10%.

El método de la Madre Canguro (MMC), que se define como el contacto piel con piel entre el recién nacido y la madre, en comparación con el método de atención convencional, se ha demostrado que permite reducir enfermedades severas, infecciones, problemas de lactancia y mejorar el vínculo entre la madre y el recién nacido, no habiéndose registrado diferencia en la mortalidad neonatal.

Existen dos formas de aplicar el MMC, **intermitente** donde el tiempo mínimo estimado, para que el método ofrezca ventajas, es de 90-120 minutos; ó **continua** en contacto piel con piel las 24h del día, preferiblemente con su madre, ya que lo alimenta, pero ayudada por el padre y por otros familiares.

Objetivos

- ✓ Identificar hospitales públicos de CLM que posean UCI neonatal en los que se lleve a cabo el MMC.
- ✓ Identificar si disponen de un protocolo para esta técnica.
- ✓ Comparar la duración del método actual en CLM con la duración del método canguro protocolizado.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal desarrollado en el mes de Septiembre de 2015. Los datos se obtuvieron mediante entrevista telefónica con un cuestionario de 2 preguntas en las que se recogía si en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital se llevaba a cabo el MMC y en el caso de ser afirmativo cuál era el protocolo a seguir.

Resultados

Toledo

- Hospital Virgen de la Salud
- MMC Intermitente: 18h-21h.

Ciudad Real

- HGUCR
- MMC Intermitente: 18h-21h.
- La Mancha Centro
- MMC Continuo

Albacete

- Complejo hospitalario Universitario de Albacete
- MMC Intermitente: 18h-21h.

- La entrevista se llevó a cabo en 4 hospitales del SESCAM.
- Todos los hospitales conocían el MMC y lo practicaban en sus UCIN.
- Sólo en uno de los cuatro hospitales se realiza el MMC continuo.
- En el resto se lleva a cabo de forma intermitente y siempre en horario de tarde.
- El horario elegido para el método intermitente es entre la toma de las 18h y la toma de las 21h.
- Siempre se respeta el estado general de los padres y del recién nacido.

Conclusiones

Existe un alto interés por parte del personal sanitario del servicio de UCIN de los hospitales por llevar a cabo el MMC en su unidad. Aunque la bibliografía recomienda realizar el MMC de manera continua para obtener mayores beneficios, la mayoría de los hospitales optan por el modo intermitente. La imposibilidad de llevarlo a cabo las 24 horas es debido a que durante la mañana se realizan más pruebas diagnósticas, técnicas de enfermería, etc. y eso produciría un mayor estrés al prematuro. En todos los casos se respeta el mínimo de 120 minutos en el MMC intermitente.

Resumen: El método de la Madre Canguro (MMC) ha demostrado reducir enfermedades severas, infecciones, problemas de lactancia, etc.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal desarrollado en el mes de septiembre de 2015 mediante entrevista telefónica con un cuestionario de 2 preguntas.

Resultados: todos los hospitales conocían el MMC y lo practicaban. Sólo en uno de los cuatro hospitales se realiza el MMC continuo, realizando en el resto el modo intermitente.

Conclusiones: existe un gran interés por los profesionales en realizar en MCC siendo difícil realizarlo de forma continua por la incompatibilidad con el funcionamiento diario del servicio.

Palabras Clave: Método madre-canguro; Recién nacido; Prematuro.

Introducción:

El aumento en los últimos años de nacimientos de niños con bajo peso al nacer conlleva un aumento de la mortalidad y de la morbilidad neonatal muy importante.⁽¹⁾ En el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños prematuros al año y sólo en España, el número de prematuros se ha incrementado en un 36% desde 1996, oscilando el total de niños prematuros entre un 8- 10%.

El método de la Madre Canguro (MMC), que se define como el contacto piel con piel entre el recién nacido y la madre, ha demostrado que permite reducir enfermedades severas, infecciones, problemas de lactancia y mejorar el vínculo entre la madre y el recién nacido, no habiéndose registrado diferencia en la mortalidad neonatal.⁽²⁾

El MMC siempre debe comenzar de manera gradual existiendo dos modos de aplicarlo, por un lado existe el modo intermitente donde el tiempo mínimo estimado para que este método ofrezca ventajas es de 90-120 minutos y que además nunca debe ser inferior a 60 minutos por el estrés que podemos producir al recién nacido; y por el otro el modo continuo en contacto piel con piel las 24h del día, preferiblemente con su madre, ya que lo alimenta, pero ayudada por el padre y por otros familiares.⁽³⁾

Los objetivos de este trabajo fueron identificar hospitales públicos de CLM que posean UCI neonatal en los que se lleve a cabo el MMC, identificar si disponen de un protocolo para esta técnica y comparar la duración del método actual en CLM con la duración del método canguro protocolizado.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo y transversal desarrollado en el mes de Septiembre de 2015. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista telefónica con un cuestionario de 2 preguntas. La entrevista se realizó a los hospitales públicos de Castilla La Mancha que contaban con el servicio de UCI neonatal. Dicho cuestionario preguntaba si en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital se llevaba a cabo el MMC y en el caso de ser una respuesta afirmativa, cuál era el protocolo a seguir.

Resultados:

Son cuatro los hospitales de CLM que cuentan con una UCIN, estos son el Hospital Virgen de la Salud de Toledo, el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), el Hospital Mancha Centro de Alcázar de San Juan y el Complejo Universitario de Albacete.

Al realizar el cuestionario se observó que todos los hospitales conocían el MMC y lo practicaban en sus UCIN diariamente. Sólo uno de los cuatro hospitales contestó que siempre y cuando fuese posible por el estado general del niño y la disponibilidad de los padres el método se llevaba a cabo de manera continua. En el resto se llevaba a cabo de forma intermitente y siempre en horario de tarde, siendo generalmente el horario elegido para este modo, las horas comprendidas entre la toma de las 18h y las 21h. En todos los casos se respetaba el estado general del niño, realizándose el MMC incluso con el niño intubado siempre y cuando permaneciese estable.

Estos fueron los resultados obtenidos:

Toledo:

- Hospital Virgen de la Salud: MMC Intermitente (18h-21h)

Ciudad Real:

- HGUCR: MMC Intermitente (18h-21h).
- La Mancha Centro: MMC Continuo.

Albacete:

- Complejo Universitario de Albacete: MMC Intermitente (18h-21h).

Conclusiones:

Existe un alto interés por parte del personal sanitario del servicio de UCIN de los hospitales por llevar a cabo el MMC en su unidad. Aunque la bibliografía recomienda realizar el MMC de manera continua para obtener mayores beneficios, la mayoría de los hospitales optan por el modo intermitente. La imposibilidad de llevarlo a cabo las 24 horas es debido a que durante la mañana se realizan más pruebas diagnósticas, técnicas de enfermería, etc. y eso produciría un mayor estrés al prematuro. En todos los casos se respeta el mínimo de 120 minutos en el MMC intermitente.

Bibliografía:

1. Fernández Medina IM. Infección nosocomial y el método madre canguro. Revisión de evidencias. ENE Rev de Enfer. Diciembre 2013; 7(3).
2. Conde-Agudelo A, Díaz Rosello JR, Belizan JM. Método Madre Canguro para reducir la morbi-mortalidad en neonatos con bajo peso al nacer. La biblioteca Cochrane plus, 2008; (2).
3. Método Madre Canguro. Guía práctica. Ginebra; 2004.
4. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm. oct.-dic. 2012; 21(4).

Capítulo LXVIII

Estrategias para prevenir errores de medicación en la analgesia controlada por el paciente

Autores:

Francisca Fernández Herreros

Cristina Gómez Moreno

Elisa Moreno Molero

Ángela Sánchez Rodríguez De La Paz

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE

INTRODUCCION

El dolor postoperatorio ligado a la analgesia multimodal es cada vez más frecuente en las Unidades de Recuperación Postanestésica (URPA), siendo la Analgesia Multimodal la combinación de dos o más fármacos opiáceos y/o anestésicos locales (intravenoso o epidural) cuyo fin es potenciar la analgesia y disminuir los efectos colaterales (a nivel respiratorio, cardiovascular y endocrino) en el paciente. Para su administración se utilizan bombas electrónicas que permiten la infusión continuada de la analgesia administrada por el paciente (PCA), requiriendo un manejo adecuado dependiendo de la vía de administración por la que se prescribe el fármaco a infundir, dando lugar a numerosos errores en su administración llegando a ocasionar daños vitales en la vida del paciente y repercusiones legales en la Enfermera.

El Estudio Eneas asocia que el 37,4% de efectos adversos de los fármacos se debe al 34,8% de errores de medicación evitables.

OBJETIVOS

- Crear una estrategia fácil, sencilla y representativa para prevenir errores en la vía de administración
- Establecer prácticas seguras en el manejo de medicación y bombas electrónicas de PCA
- Fomentar el registro de errores en la mayor brevedad posible

MATERIAL Y METODOS

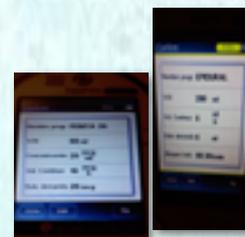
Se ha realizado un análisis de errores en la Unidad relacionados con el cumplimiento de protocolos, dispensación de medicación, comunicación de errores y conocimiento de manejo de bombas de PCA en base a la aplicación de las dos estrategias siguientes:

1º. SISTEMAS DE SEGURIDAD: DOBLE CHEQUEO

Verificar la pauta de la bomba de PCA por dos profesionales de Enfermería en la que uno de ellos revisa el trabajo del otro antes del inicio de la perfusión, firmando en la historia clínica del paciente con las iniciales en conformidad con la correcta prescripción.

2º. ESTRATEGIAS DE PREVENION: ASOCIACION DE UN COLOR SEGÚN LA VIA DE ADMINISTRACION Y ELECCION DE MEDICACION

- **Color azul:** vía intravenosa. Se seleccionará la bomba electrónica de color azul y el sistema transparente y azul así como la medicación que corresponda a este tipo de vía
- **Color amarillo:** vía epidural. Se seleccionara la bomba electrónica de color amarillo y el sistema transparente y amarillo así como la medicación correspondiente a este tipo de vía.



VIA INTRAVENOSA



Fentanilo 1500mcg en 60cc suero fisiológico
Cl. Mórfico 60mg en 60cc suero fisiológico



VIA EPIDURAL



Ropivacaína 200mg/ml



RESULTADOS

La aplicación de "*Estrategias de prevención: relación de color con vía de administración*" ha disminuido notablemente los errores tanto en las vías de administración de fármacos como en la asignación inequívoca de éstos a cada vía, favoreciendo el buen control de las condiciones de trabajo(estrés, carga excesiva, variabilidad de personal)y la repercusión mínima de consecuencias negativas en la salud del paciente.

- La "*Estrategia del Doble chequeo*" ha permitido que la verificación por dos profesionales disminuya precozmente los errores en las perfusiones de las Bombas de PCA antes de su inicio.

CONCLUSIONES

- Las *estrategias* previenen casi la totalidad de los errores de medicación en las URPA
- Las *prácticas seguras* disminuyen los costes, estancias hospitalarias y favorecen el buen recuerdo del paciente de cara a próximas intervenciones
- La *cultura de registro con el Doble Chequeo* llega a transformar aptitudes punitivas en actitudes de calidad de cuidado y mejora del nivel de salud.

Resumen: Los errores de medicación en las terapias de PCA (analgesia multimodal controlada por el paciente) son cada vez más frecuentes en las URPA (Unidades de Recuperación Postanestésica), constituyendo un importante problema de salud pública. Las Estrategias aplicadas de forma estandarizada por el personal de Enfermería y equipo multidisciplinar de las URPA y la comunicación temprana de errores de medicación mediante la verificación con la técnica del Doble Chequeo hace que disminuyan notablemente los errores de medicación asociados a fármaco y vía de administración, creando una cultura de registro y seguridad tanto para el Paciente como para el personal de Enfermería

Palabras Clave: Errores de medicación; Prácticas seguras; Cultura de registro.

Introducción:

La analgesia multimodal a través de bombas de PCA (analgesia controlada por el paciente) es cada vez más utilizada en las URPA (unidades de recuperación postanestésicas). Esta terapia aporta a su vez un buen control del dolor postoperatorio y confort para el paciente pero aumenta el número de errores de medicación tanto en su vía de administración (intravenosa y/o epidural) como en el fármaco empleado para cada vía, poniendo en peligro la vida del paciente y repercusiones legales en la Enfermera.

Objetivos:

- Crear una estrategia fácil y representativa que se lleve a cabo por todo el personal de Enfermería de la Unidad para prevenir errores en la vía de administración de medicación.
- Establecer prácticas seguras en el manejo de fármacos y bombas electrónicas de PCA mediante programas formativos.
- Fomentar el registro de errores en la mayor brevedad posible.

Material y métodos:

Se ha realizado un análisis de errores en la Unidad relacionados con el cumplimiento de protocolos, dispensación de medicación, comunicación de errores y conocimiento de manejo de bombas de PCA en base a la aplicación de las dos estrategias siguientes:

1. Sistemas de seguridad: doble chequeo.

Verificar la pauta de la bomba de PCA por dos profesionales de Enfermería en la que uno de ellos revisa el trabajo del otro antes del inicio de la perfusión, firmando en la historia clínica del paciente con las iniciales en conformidad con la correcta prescripción.

2. Estrategias de prevención: asociación de un color según la vía de administración y elección de medicación.

- Color azul: vía intravenosa. Se seleccionará la bomba electrónica de color azul y el sistema transparente y azul así como la medicación que corresponda a este tipo de vía.
- Color amarillo: vía epidural. Se seleccionara la bomba electrónica de color amarillo y el sistema transparente y amarillo así como la medicación correspondiente a este tipo de vía.

Resultados:

La aplicación de “Estrategias de prevención: relación de color con vía de administración” ha disminuido notablemente los errores tanto en las vías de administración de fármacos como en la asignación inequívoca de éstos a cada vía, favoreciendo el buen control de las condiciones de trabajo (estrés, carga excesiva, variabilidad de personal) y la repercusión mínima de consecuencias negativas en la salud del paciente.

La “Estrategia del doble chequeo” ha permitido que la verificación por dos profesionales disminuya precozmente los errores en las perfusiones de las Bombas de PCA antes de su inicio.

Conclusiones:

- Las estrategias previenen casi la totalidad de los errores de medicación en las URPA
- Las prácticas seguras disminuyen los costes, estancias hospitalarias y favorecen el buen recuerdo del paciente de cara a próximas intervenciones.
- La cultura de registro con el Doble Chequeo llega a transformar aptitudes punitivas en actitudes de calidad de cuidado y mejora del nivel de salud.

Bibliografía:

1. Vega MG. Seguridad Clínica: errores de medicación en los Servicios de Urgencias (Trabajo fin de grado). Universidad de Cantabria: Santander; 2012 (citado y Abril 2013). Disponible en <http://hdl.handle.net/10902/568>.
2. Ignacio E, Rodríguez J, Díaz C, Escobar G, García C, González J. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid . Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
3. Luengas S. Seguridad del paciente: concepto y análisis de efectos adversos. *Vía Salud* 2009; 48:6-21.
4. Hernández M, García C. Errores de medicación: experiencias en el ámbito hospitalario para prevenir errores relacionados con la medicación. *Complejo Hospitalario de Albacete*. 2006; 5:8.

Capítulo LXIX

Estreñimiento crónico

Autora:

María Dolores López Ramírez

Estreñimiento Crónico

INTRODUCCIÓN:

- Los ritmos intestinales de cada persona son distintos y pueden variar mucho. Se considera normal ir al baño desde 3 veces/día (persona con un tránsito rápido) hasta 3 veces/semana (tránsito lento).
- El estreñimiento es la expulsión infrecuente e incompleta de heces, con aumento de consistencia de las mismas, y con mayor esfuerzo de lo habitual. Se habla de estreñimiento si el intervalo entre las deposiciones es superior a 3 días o si el volumen medio de heces es inferior a 35 g/día.



OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Mujer de 43 años que refiere estreñimiento crónico con mucho esfuerzo al defecar, "rige bolitas" y sensación de vaciamiento incompleto. Comenta que pasa mucho tiempo en el W.C. tratando de evacuar sin éxito. Evacua 1 ó 2 veces/semana. Refiere distensión abdominal y dolor. Al evacuar le disminuye la inflamación. Siempre ha sido estreñida, necesitando utilizar laxantes y enemas frecuentemente.

Presenta: hemorroides, abdomen distendido y timpánico, dolor a la palpación en hipogastrio. No pérdida de peso, cierta inapetencia por las molestias abdominales, no sangre en heces.

Radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal: presencia de abundantes gases y heces en intestino.

Tránsito intestinal, analítica, colonoscopia y tono del esfínter anal: normales.

En los últimos años se ha agravado su estreñimiento. En su trabajo tiene turnos rotatorios.



DISCUSIÓN:

- El EC es un trastorno muy común que puede afectar notablemente a la calidad de vida física, psicológica y social de los pacientes.

- El estreñimiento puede ser ocasional, debido a situaciones de estrés, cambios de horarios y rutinas, ayunas, viajes, embarazo, etc., o convertirse en una enfermedad crónica que normalmente se inicia en la infancia y adolescencia.

- La mayoría de veces la principal causa de EC es una alimentación incorrecta (escasa ingesta de agua y fibra) y la falta de ejercicio físico regular.

- Se calcula que un 15% de la población sufre EC. Es más frecuente en mujeres (más durante el embarazo) y en personas mayores de 65 años (20- 30%).

- Con frecuencia se recurre al uso de laxantes para aliviarlo, pero estos actúan irritando la mucosa intestinal. Son perjudiciales a largo plazo porque el intestino se vuelve "vago" y es muy difícil evacuar sin tomarlos. Con una pauta de alimentación y nuevos hábitos se puede revertir esta situación.

- Es importante evitarlo por las molestias que ocasiona y por sus posibles complicaciones (fisuras anales, fistulas, hemorroides, hernia de hiato, cáncer de colon, obstrucción intestinal, etc.)



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS:

Se realiza por el personal de enfermería con el objetivo de conseguir una regularidad en la evacuación intestinal.

Abordaje nutricional:

- 1) Hay que aumentar el volumen y el peso de las heces:
 - Se recomienda tomar 30 g/día de fibra: 3 raciones de fruta y 2 de verdura (con piel aumenta su cantidad de fibra); cereales integrales (pan, pasta, arroz...)
 - Tomar de 1'5 a 2 litros/día de líquido (agua, infusiones, zumo de frutas, caldos...)
- 2) La ingesta de grasas debe ser adecuada. El aceite de oliva realiza una función de lubricante intestinal favoreciendo el tránsito. Tomar 1 cucharada sopera de aceite de oliva virgen en ayunas funciona muy bien.
- 3) Hay que conseguir aumentar el peristaltismo. Es de gran ayuda tomar un vaso de agua templada o bebida caliente en ayunas y hacerse masajes abdominales siguiendo la forma del intestino en el sentido de las agujas del reloj.
- 4) Ingerir alimentos que potencien la secreción de bilis (ya que esta tiene un gran efecto laxante): grasas, alcachofas, escarola, endivias, berenjenas, naranjas.
- 5) Se debe favorecer una flora intestinal sana y fuerte: Ésta facilita una correcta absorción de los nutrientes y normaliza el tránsito. Los alimentos que la fortalecen son los pro-bióticos como yogur y algunos quesos frescos.
- 6) Es importante evitar el consumo de alimentos con efecto irritativo del intestino que producen efecto laxante no deseado (café, tabaco) y alimentos astringentes (arroz, té).

Actividad física: Es fundamental, lo más efectivo es caminar varias veces al día.

Entrenamiento intestinal: Aprovechar el reflejo gastrocólico después de las comidas para ir al baño, disponer del tiempo necesario (sin prisas), adoptar posición que facilite la evacuación (sentados inclinando el cuerpo hacia delante), planificar una deposición con horario regular.

Condiciones ambientales: Preservar intimidad, confort, accesibilidad al aseo...



CONCLUSIÓN:

Después de unos meses en los que la paciente sigue las recomendaciones nutricionales realizadas (aumento de ingesta de fibra y aumento proporcional de ingesta de agua) y tras cambiar su estilo de vida (aumentar su actividad física, posibilidad de planificar sus deposiciones con horario regular por la mañana aprovechando el desayuno para realizar entrenamiento intestinal, al cambiar en su trabajo a turno fijo, y disponer del tiempo necesario, intimidad y accesibilidad al aseo), ésta recupera su regularidad intestinal con 1 deposición diaria de evacuación fácil y no dolorosa, mejorando su calidad de vida notablemente y su sensación de bienestar.



Resumen: En este trabajo se presenta un caso clínico de estreñimiento crónico en mujer joven, que se ha agravado con los turnos rotatorios en su trabajo. Tras seguir las recomendaciones nutricionales que se le proponen y realizar cambios en su estilo de vida, recupera su regularidad intestinal y su sensación de bienestar.

Se pone de manifiesto que el estreñimiento se debe muchas veces a la escasa ingesta de agua y fibra, falta de ejercicio y no disponer de tiempo necesario y horario regular para planificar sus deposiciones.

Palabras Clave: Estreñimiento; Intestino; Fecaloma; Laxantes; Enema.

Introducción:

Los ritmos intestinales de cada persona son distintos y pueden variar mucho. Se considera normal ir al baño desde 3 veces/día (persona con un tránsito rápido) hasta 3 veces/semana (tránsito lento).

El estreñimiento es la expulsión infrecuente e incompleta de heces, con aumento de consistencia de las mismas, y con mayor esfuerzo de lo habitual. Se habla de estreñimiento si el intervalo entre las deposiciones es superior a 3 días o si el volumen medio de heces es inferior a 35 g/día.

Observación clínica:

Mujer de 43 años que refiere estreñimiento crónico (EC) con mucho esfuerzo al defecar, “rige bolitas” y sensación de vaciamiento incompleto. Comenta que pasa mucho tiempo en el W.C. tratando de evacuar sin éxito. Evacua 1 ó 2 veces/semana. Refiere distensión abdominal y dolor. Al evacuar le disminuye la inflamación. Siempre ha sido estreñida, necesitando utilizar laxantes y enemas frecuentemente.

Presenta: hemorroides, abdomen distendido y timpánico, dolor a la palpación en hipogastrio. No pérdida de peso, cierta inapetencia por las molestias abdominales, no sangre en heces.

Radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal: presencia de abundantes gases y heces en intestino. Tránsito intestinal, analítica, colonoscopia y tono del esfínter anal: normales.

En los últimos años se ha agravado su estreñimiento. En su trabajo tiene turnos rotatorios.

Plan de cuidados enfermeros:

Se realiza por el personal de enfermería con el objetivo de conseguir una regularidad en la evacuación intestinal. Abordaje nutricional:

- Hay que aumentar el volumen y el peso de las heces:
 - Se recomienda tomar 30 g/día de fibra: 3 raciones de fruta y 2 de verdura (con piel aumenta su cantidad de fibra); cereales integrales (pan, pasta, arroz...)
 - Tomar de 1´5 a 2 litros/día de líquido (agua, infusiones, zumo de frutas, caldos...)
- La ingesta de grasas debe ser adecuada. El aceite de oliva realiza una función de lubricante intestinal favoreciendo el tránsito. Tomar 1 cucharada sopera de aceite de oliva virgen en ayunas funciona muy bien.
- Hay que conseguir aumentar el peristaltismo. Es de gran ayuda tomar un vaso de agua templada o bebida caliente en ayunas y hacerse masajes abdominales siguiendo la forma del intestino en el sentido de las agujas del reloj.

- Ingerir alimentos que potencien la secreción de bilis (ya que esta tiene un gran efecto laxante): grasas, alcachofas, escarola, endivias, berenjenas, naranjas.
- Se debe favorecer una flora intestinal sana y fuerte: Ésta facilita una correcta absorción de los nutrientes y normaliza el tránsito. Los alimentos que la fortalecen son los pro-bióticos como yogur y algunos quesos frescos.
- Es importante evitar el consumo de alimentos con efecto irritativo del intestino que producen efecto laxante no deseado (café, tabaco) y alimentos astringentes (arroz, té).
- Actividad física: Es fundamental, lo más efectivo es caminar varias veces al día.
- Entrenamiento intestinal: Aprovechar el reflejo gastrocólico después de las comidas para ir al baño, disponer del tiempo necesario (sin prisas), adoptar posición que facilite la evacuación (sentados inclinando el cuerpo hacia delante), planificar una deposición con horario regular.
- Condiciones ambientales: Preservar intimidad, confort, accesibilidad al aseo...

Discusión:

El EC es un trastorno muy común que puede afectar notablemente a la calidad de vida física, psicológica y social de los pacientes. El estreñimiento puede ser ocasional, debido a situaciones de estrés, cambios de horarios y rutinas, ayunas, viajes, embarazo, etc., o convertirse en una enfermedad crónica que normalmente se inicia en la infancia y adolescencia.

La mayoría de veces la principal causa de EC es una alimentación incorrecta (escasa ingesta de agua y fibra) y la falta de ejercicio físico regular. Se calcula que un 15% de la población sufre EC. Es más frecuente en mujeres (más durante el embarazo) y en personas mayores de 65 años (20- 30%).

Con frecuencia se recurre al uso de laxantes para aliviarlo, pero estos actúan irritando la mucosa intestinal. Son perjudiciales a largo plazo porque el intestino se vuelve “vago” y es muy difícil evacuar sin tomarlos. Con una pauta de alimentación y nuevos hábitos se puede revertir esta situación.

Es importante evitarlo por las molestias que ocasiona y por sus posibles complicaciones (fisuras anales, fístulas, hemorroides, hernia de hiato, cáncer de colon, obstrucción intestinal, etc.)

Conclusión:

Después de unos meses en los que la paciente sigue las recomendaciones nutricionales realizadas (aumento de ingesta de fibra y aumento proporcional de ingesta de agua) y tras cambiar su estilo de vida (aumentar su actividad física, posibilidad de planificar sus deposiciones con horario regular por la mañana aprovechando el desayuno para realizar entrenamiento intestinal, al cambiar en su trabajo a turno fijo, y disponer del tiempo necesario, intimidad y accesibilidad al aseo), ésta recupera su regularidad intestinal con 1 deposición diaria de evacuación fácil y no dolorosa, mejorando su calidad de vida notablemente y su sensación de bienestar.

Bibliografía:

1. Argüelles Arias F, Herrerías Gutiérrez JM. Estreñimiento crónico. Med Clin [internet]. 2004 [Citado Octubre 2015]; 123(10). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estreñimiento-cronico-13066373>
2. Mínguez Pérez M, Garrigues Gil V, Mas Mercader P, Mora Miguel F. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Fundación española del aparato digestivo (FEAD). 2013. <http://www.botanical-online.com/medicinalsdietaeestreñimiento.htm>
3. Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética. <http://www.sancyd.es/comedores/discapacitados/menu.dieta.estreñimiento.php>

Capítulo LXX

Estrés de enfermería en urgencias

Autores:

Cristina Vizcaíno Caravantes

José Luis Vizcaíno Navarro

ESTRÉS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

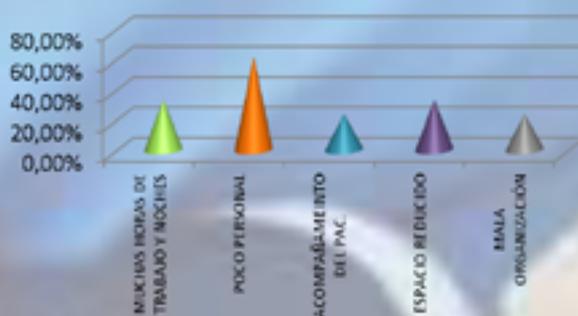
INTRODUCCIÓN: Dentro de las Ciencias de la Salud, enfermería se considera una profesión estresante, con una alta prevalencia de trastornos psicológicos que parecen estar relacionados con el estrés que a su vez se asocia con insatisfacción laboral, absentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o abandono de la profesión. Según un estudio observado en un hospital de Madrid en los servicios de Oncología, UCI, Urgencias y Medicina General realizado tanto a enfermeras como auxiliares de enfermería, se comprobó que los enfermeros sufren mayor despersonalización y cansancio emocional, también se evidenció que el agotamiento era mayor en los profesionales de urgencias y de oncología, y la despersonalización en el servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO: En este trabajo de investigación usaremos un estudio descriptivo y transversal. Para recoger la información usaremos una encuesta dirigida al personal de enfermería de urgencias de nuestro hospital comarcal durante el mes de Enero de 2015. Nuestra muestra será de un total de 37 enfermeros (n=37), como criterios de inclusión será todo personal de enfermería que esté trabajando en ese momento en urgencias y como criterios de exclusión será todo enfermero que no rellene la encuesta en el período establecido. Finalmente contaremos para nuestro estudio con un total de 21 enfermeros (n=21).

CONCLUSIÓN Y RESULTADOS: Obtendremos mediante nuestras encuestas una serie de conclusiones relacionadas con la edad, sexo, estrés y la razón de éste (en caso afirmativo).



PRINCIPALES RAZONES DE ESTRÉS



DATOS GENERALES	
Edad:	
Sexo:	o M o F
Tiempo en el servicio:	o Menos de un año o Entre 1 y 2 años o Más de 2 años
Es personal:	o Estándar/No o Especial o Over/No

ESTRÉS AL QUE SE ENCUENTRA SOMETIDO EL ENFERMERO DE URGENCIAS	
1. Número aproximado de pacientes al que atiende diariamente:	
2. ¿Se siente estresado en el trabajo? o SI o NO	
En caso afirmativo indique en una escala del 1-5, donde 1 es poco y 5 mucho el nivel de estrés en su trabajo: 1-2-3-4-5	
3. ¿En qué turno siente mayor estrés? o Mañana o Tarde o Noche	
4. ¿Siente que hay mayor presión: o En los días o Fines de semana o Ambos	
5. ¿En qué parte de urgencias siente mayor nivel de estrés? o Box o Cama o UCI o Vital	
6. A la hora de atender a los siguientes usuarios ¿Cuál le genera mayor nivel de estrés? o Niños o Adultos o Ancianos	
7. ¿Aumenta el grado de estrés ante un cambio de la relación que tiene con sus compañeros de trabajo (enfermeros)? o SI o NO	
En caso afirmativo indique en un escala del 1 al 5 como trabaja en su grado de estrés la relación con sus compañeros: 1-2-3-4-5	
8. ¿Aumenta su grado de estrés en función de la relación que tiene con el resto de colectivos que forman parte del servicio de urgencias? o SI o NO	
En caso afirmativo indique en un escala del 1 al 5 como trabaja en su grado de estrés la relación con el resto de colectivos: 1-2-3-4-5	
9. ¿Si estando protegido en determinadas situaciones frente a los usuarios? o SI o NO	
10. Dentro de su actividad laboral, ¿qué actividades le generan mayor nivel de estrés? las citadas le que le generará el estrés le generará:	
11. ¿Considera que recibe la suficiente formación para hacer frente a las demandas de su puesto de trabajo? o SI o NO	
12. ¿Aumenta su grado de estrés al tener que realizar sus actividades delante de los familiares de los pacientes? o SI o NO	
13. ¿Le genera estrés el hecho de tener que tratar con los familiares de los usuarios? o SI o NO	
14. ¿Aumenta su grado de estrés, determinadas situaciones externas a su actividad laboral? o SI o NO	
15. ¿Piensa que está sometido a mayor presión que en otros servicios? o SI o NO	
= ¿Qué le cambiaría del funcionamiento de su Servicio de Urgencias?	
= ¿Cómo se le podría reducir el nivel de estrés en su trabajo?	

CONCLUSIONES: La principal conclusión que podemos obtener de este estudio es concienciar de los graves problemas que sufre el colectivo enfermero y proponer soluciones que beneficien tanto al profesional como al paciente

Resumen: *El estrés psicológico que sufre enfermería en urgencias es una situación que cada vez es más común en nuestro país, para verificar esta situación, elaboramos un estudio basado en la realización de una encuesta. La distribución de dicha encuesta se realizará en el hospital comarcal de Puertollano. Para nuestro estudio vamos a contar finalmente con una muestra de veintiún profesionales y obtendremos conclusiones relacionadas con la edad, sexo y seis principales razones de su estrés.*

Palabras Clave: *Estrés psicológico; Absentismo; Estudio transversal.*

Dentro de las Ciencias de la Salud, enfermería se considera una profesión estresante, con una alta prevalencia de trastornos psicológicos que parecen estar relacionados con el estrés que a su vez se asocia con insatisfacción laboral, absentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o abandono de la profesión.

Según un estudio observado en un hospital de Madrid en los servicios de Oncología, UCI, Urgencias y Medicina General realizado tanto a enfermeras como auxiliares de enfermería, se comprobó que los enfermeros sufren mayor despersonalización y cansancio emocional, también se evidenció que el agotamiento era mayor en los profesionales de urgencias y de oncología, y la despersonalización en el servicio de urgencias.

En nuestro trabajo de investigación usaremos un estudio descriptivo y transversal. Para recoger la información usaremos una encuesta dirigida al personal de enfermería de urgencias de nuestro hospital comarcal durante el mes de Enero de 2015.

Nuestra muestra será de un total de 37 enfermeros (n=37), como criterios de inclusión será todo personal de enfermería que esté trabajando en ese momento en urgencias y como criterios de exclusión será todo enfermero que no rellene la encuesta en el período establecido. Finalmente contaremos para nuestro estudio con un total de 21 enfermeros (n=21).

Mediante las encuestas obtendremos tres tipos de resultados y conclusiones: según la cantidad de profesionales con estrés, sexo y principales razones de estrés. En nuestro servicio de urgencias contaremos con diecinueve profesionales que presentan estrés y dos profesionales que no lo presentan.

Según el sexo, contamos con once mujeres y diez hombres. Atendiendo a las principales razones de estrés podemos diferenciar cinco diferenciadas causas: el treinta y tres por ciento lo atribuye a muchas horas de trabajo y noches, el sesenta y uno por ciento siente que la razón de su estrés es por el escaso personal, el veintitrés por ciento lo relaciona con el acompañante del paciente, el treinta y tres por ciento se encuentra estresado por el espacio reducido que existe y el veintitrés por ciento lo atribuye a la mala organización.

Para finalizar, comentaremos que la principal conclusión que podemos obtener de este estudio, es concienciar de los graves problemas que sufre el colectivo enfermero y proponer soluciones que beneficien tanto al profesional como al paciente.

Bibliografía:

1. Leka S, Griffiths A, Cox T, La organización del trabajo y el estrés. Nottingham: Organización Mundial de la Salud; 2004 [actualizado Enero 2015; citado 5 Septiembre 2015] . Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1.
2. Escribà Agüir V, Más Pons R, Cárdenas Echegaray M, Burguete Ramos D, Fernández Sánchez R. Estresores laborales y bienestar psicológico: impacto en la enfermería hospitalaria. Rev ROL Enferm 2000 Jul; Vol 23. p.506-511.
3. C. Miret, A. Martínez L. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An Sist Sanit Navarra. 2010; Vol 33. p.193-201.

Capítulo LXXI

Estresores de los alumnos de enfermería de Ciudad Real

Autores:

Sara Fernández-Infantes Rodríguez

Dolores García García

Noelia Pozo Elvira

Esther Rodríguez Pérez

Sonia Sánchez-Izquierdo Castellanos

David Serrano Barona

ESTRESORES DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE CIUDAD REAL

Autores:

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de Enfermería suponen la primera toma de contacto de los estudiantes con el mundo laboral y sanitario. Dichas prácticas son cruciales en el posterior desarrollo profesional en la enfermera/o y pueden desencadenar momentos y situaciones de estrés y ansiedad.

OBJETIVOS

- Conocer las situaciones estresantes de los alumnos en sus prácticas, sus miedos e inquietudes.
- Comparar los resultados entre los tres cursos.
- Relacionar las variables sociodemográficas con los factores agrupados del cuestionario KEZKAK.

MATERIAL Y MÉTODOS

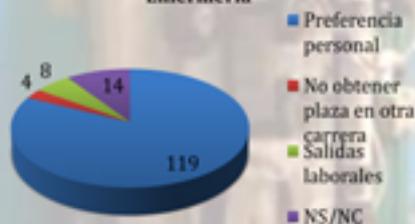
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y comparativo a 145 alumnos (114 mujeres y 31 hombres) de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real, durante los meses de Marzo y Abril de 2015. Se excluyeron los alumnos de primer curso al no realizar prácticas.

Para la recogida de información se utilizó el cuestionario KEZKAK, formado por 41 ítems, que mide los estresores en los estudiantes de Enfermería, y un formulario para recoger variables sociodemográficas.

Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS 18.0, valorando las asociaciones con un grado de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Razón por la que entraron a Enfermería



Técnicas más temidas



- ☐ 74 alumnos (51,03%) piden más horas de prácticas, incluyendo primer curso y verano.
- ☐ El 59,31% (86 estudiantes) consideran la empatía como la principal habilidad de cualquier profesional de Enfermería.
- ☐ 139 personas (95,86%) piensan que han elegido la carrera correcta. Sin embargo, solo el 46,21% (67 alumnos) se sienten preparados para trabajar.

Ítems KEZKAK más estresantes



Ítems KEZKAK menos estresantes



CONCLUSIONES

- ✓ Los estresores que más afectan a los alumnos son los relacionados con desconocimiento, impotencia e incompetencia ante una situación clínica. Las relaciones interpersonales son las fuentes que menos estrés ocasionan.
- ✓ Los alumnos de 3º curso presentan mayor número de ítems estresantes que el resto de cursos. Opinamos que tanto los de 2º y 4º curso no presentan tanto nivel de estrés por poca/mucha experiencia en prácticas respectivamente. Pensamos que las fuentes de estrés desaparecerán con la adquisición de experiencia profesional.
- ✓ Las mujeres presentan más estrés en situaciones emocionales mientras que los hombres en actividades relacionadas con la práctica clínica.
- ✓ Se propone realizar más estudios longitudinales, técnicas grupales de relajación y mayor supervisión por parte del personal docente para un mejor seguimiento de este tema.

Resumen: Las prácticas de Enfermería suponen la primera toma de contacto de los estudiantes con el mundo laboral. Dichas prácticas son cruciales en el posterior desarrollo profesional de la enfermera/o. Los objetivos fueron conocer las situaciones estresantes de los alumnos en sus prácticas, sus miedos e inquietudes. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y comparativo a 145 alumnos de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Los resultados mostraron que los estresores que más afectaron a los alumnos fueron los relacionados con desconocimiento, impotencia e incompetencia ante una situación clínica. Las relaciones interpersonales fueron las fuentes que menos estrés ocasionaron.

Palabras Clave: Agotamiento Profesional; Estudiantes de Enfermería; Docentes de Enfermería.

Introducción:

Las prácticas de Enfermería suponen la primera toma de contacto de los estudiantes con el mundo laboral y sanitario. Dichas prácticas son cruciales en el posterior desarrollo profesional en la enfermera/o y pueden desencadenar momentos y situaciones de estrés y ansiedad.

Objetivos:

1. Conocer las situaciones estresantes de los alumnos en sus prácticas, sus miedos e inquietudes.
2. Comparar los resultados entre los tres cursos.
3. Relacionar las variables sociodemográficas con los factores agrupados del cuestionario KEZKAK.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y comparativo a 145 alumnos (114 mujeres y 31 hombres) de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real, durante los meses de Marzo y Abril de 2015. Se excluyeron los alumnos de primer curso al no realizar prácticas.

Para la recogida de información se utilizó el cuestionario KEZKAK, formado por 41 ítems, y que mide los estresores en los estudiantes de Enfermería, y un formulario para recoger variables sociodemográficas.

Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS 18.0, valorando las asociaciones con un grado de significación de $p < 0,05$.

Resultados:

- 119 personas (82,06%) entraron en la carrera por preferencia personal.
- La técnica más temida es la RCP e IOT: 19 estudiantes (13,10%).

- Los estresores KEZKAK que más afectan son:
 - Nº 2 Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente: 128 alumnos (88,27%).
 - Nº 16 Confundirme de medicación: 75 alumnos (51,72%).
 - Nº 3 Sentir que no puedo ayudar al paciente: 49 alumnos (33,79%).
- Los estresores KEZKAK que menos afectan son:
 - Nº 37 Que un paciente se me insinue: 23 estudiantes (15,86%).
 - Nº 39 Tener que estar con un paciente terminal: 13 estudiantes (8,96%).
 - Nº 11 Que el paciente me trate mal: 11 estudiantes (7,59%).
 - Nº 24 Que el paciente no me respete: 11 estudiantes (7,59%).
- 74 alumnos (51,03%) piden más horas de prácticas, incluyendo primer curso y verano.
- El 59,31% (86 estudiantes) consideran la empatía como la principal habilidad de cualquier profesional de Enfermería.
- 139 personas (95,86%) piensan que han elegido la carrera correcta. Sin embargo, solo el 46,21% (67 alumnos) se sienten preparados para trabajar.

Conclusiones:

Los estresores que más afectan a los alumnos son los relacionados con desconocimiento, impotencia e incompetencia ante una situación clínica. Las relaciones interpersonales son las fuentes que menos estrés ocasionan.

Los alumnos de 3º curso presentan mayor número de ítems estresantes que el resto de cursos. Opinamos que tanto los de 2º y 4º curso no presentan tanto nivel de estrés por poca/mucha experiencia en prácticas respectivamente. Pensamos que las fuentes de estrés desaparecerán con la adquisición de experiencia profesional.

Las mujeres presentan más estrés en situaciones emocionales, mientras que los hombres en actividades relacionadas con la práctica clínica.

Se propone realizar más estudios longitudinales, técnicas grupales de relajación y mayor supervisión por parte del personal docente para un mejor seguimiento de este tema.

Bibliografía:

1. López, Francisca; López María José. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Cienc. enferm. [online]. 2011, vol.17, n.2, pp. 47-54.
2. Cobo Cuenca AI; Carbonell Gómez de Zamora R, Rodríguez Aguilera C, Vivo Ortega I, Castellanos Rainero RM, Sánchez Donaire A. Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. NURE Inv. 2010 Nov-Dic; 7(49).
3. Zupiria X, et al. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gac Sanit 2003;17(1):37-51.

Capítulo LXXII

Estudio de incidentes en ventilación mecánica y vía aérea (IVEMVA) en la UCI del Hospital General de Ciudad Real

Autores:

María Del Mar Del Fresno Sánchez

Amadeo Puebla Martín

Juan Pablo Trujillo Juárez

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero

ESTUDIO DE INCIDENTES EN VENTILACION MECÁNICA Y VÍA AÉREA (IVeMVA) EN LA UCI DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

INTRODUCCION

La ventilación mecánica (VM) es una de las técnicas características de las unidades de cuidados intensivos (UCI) donde su utilización no está exenta de riesgos que pueden poner en peligro la seguridad del paciente; algunos pueden no llegar a producir daño, pero otros pueden ser tan graves como para suponer secuelas importantes o incluso estar relacionados con la muerte del enfermo.

Recientemente se llevó a cabo el estudio "Incidentes en ventilación mecánica y vía aérea" (IVeMVA) promovido/coordinado por los grupos de trabajo de Planificación, Organización y Gestión y el de Insuficiencia Respiratoria Aguda de la SEMICYUC, donde nosotros participamos; un estudio que cuenta con el Aval Científico de la SEMICYUC.

OBJETIVO

Analizar los incidentes de seguridad relacionados con la VM y vía aérea de los pacientes críticos ingresados en UCI del Hospital General de Ciudad Real.

METODOLOGIA

Estudio observacional, de cohortes, prospectivo. Se recogen datos desde las 08:00 del 24-03-14 a las 08:00 del 31-03-14. Se incluyeron los enfermos mayores de 18 años que al inicio del estudio estuvieran en VM (mediante tubo endotraqueal/cánula traqueostomía) o que ingresaran durante esa semana y precisaran VM tanto invasiva como VM no invasiva (VMNI), también aquellos que estén en fase de destete incluyendo a aquellos que están en respiración espontánea, pero con aislamiento de la vía aérea mediante tubo o cánula endotraqueal, independientemente de que el inicio del soporte ventilatorio se haya producido antes o durante el periodo del estudio.

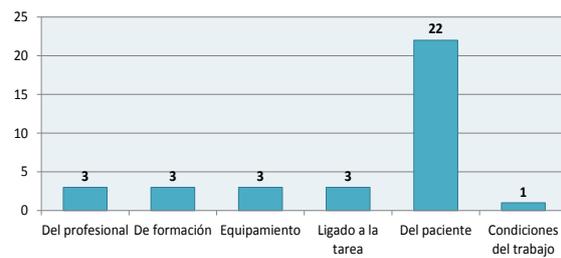
RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes: 8 varones (44%) de 62,6±15,1 años y 10 mujeres de 72,3±9,1 años. Se detectaron **29 incidentes** afectando a 12 pacientes (67% de los pacientes incluidos).

Incidentes detectados

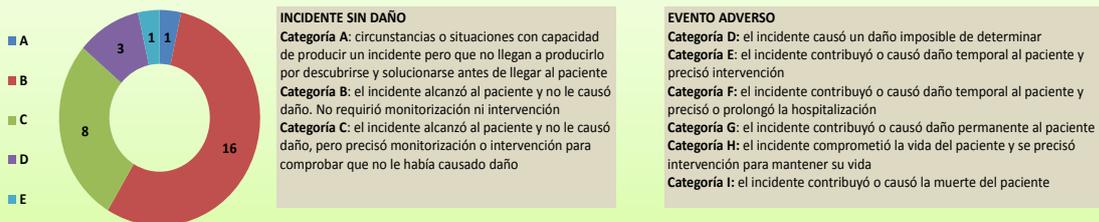


Factores contribuyentes a los incidentes recogidos



Se recogen datos en cuanto a la gravedad de los incidentes según una adaptación de la "Clasificación de errores de medicación" del grupo Ruiz-Jarabo.

Gravedad

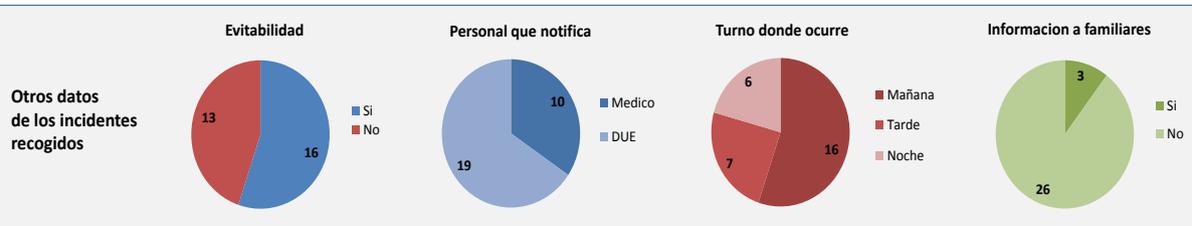


INCIDENTE SIN DAÑO

Categoría A: circunstancias o situaciones con capacidad de producir un incidente pero que no llegan a producirlo por descubrirse y solucionarse antes de llegar al paciente
Categoría B: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño. No requirió monitorización ni intervención
Categoría C: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización o intervención para comprobar que no le había causado daño

EVENTO ADVERSO

Categoría D: el incidente causó un daño imposible de determinar
Categoría E: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención
Categoría F: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización
Categoría G: el incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente
Categoría H: el incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida
Categoría I: el incidente contribuyó o causó la muerte del paciente



CONCLUSIONES

Debemos vigilar/insistir en las desconexiones accidentales por su cuantía y gravedad. La mayoría de los incidentes son contribuidos por factores relacionados con el paciente, donde casi todos se comunican a la familia. Es interesante el papel de enfermería en la detección de los mismos (siendo la mayoría evitables) para hacer de la VM una práctica más segura minimizando los riesgos.

Resumen: La ventilación mecánica (VM) es una técnica característica de las unidades de cuidados intensivos (UCI) donde su utilización no está exenta de riesgos.

Objetivo: Analizar los incidentes de seguridad relacionados con la VM y vía aérea en pacientes ingresados en UCI del Hospital General de Ciudad Real.

Metodología: Estudio observacional, de cohortes, prospectivo.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes. Se detectaron 29 incidentes afectando a 12 pacientes.

Conclusiones: Conocer la epidemiología de los eventos adversos relacionados con la vía aérea y la VM debe permitir establecer acciones de mejora para reducir los riesgos asociados mejorando la seguridad de la VM.

Palabras Clave: Incidentes; Ventilación mecánica; Enfermera.

El manejo de la vía aérea y la ventilación mecánica (VM) es una práctica habitual y característica en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El fallo respiratorio y la necesidad de VM es uno de los principales motivos, sino el más importante, de ingreso en UCI(1)(2). (dependiendo de las características de cada unidad).

La utilización de la VM no está exenta de riesgos que pueden poner en peligro la seguridad del paciente; algunos pueden no llegar a producir daño, pero otros pueden ser tan graves como para suponer secuelas importantes o incluso estar relacionados con la muerte del enfermo(3)(4).

Por todo lo anterior nace un proyecto en el seno de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), llevándose a cabo recientemente el estudio "Incidentes en ventilación mecánica y vía aérea"(IVeMVA) promovido/coordinado por los grupos de trabajo de la SEMICYUC. Un estudio en el que nosotros participamos y que cuenta con el Aval Científico de la SEMICYUC.

Objetivo:

Analizar los incidentes de seguridad relacionados con la VM y vía aérea de los pacientes críticos ingresados en UCI del Hospital General de Ciudad Real.

Metodología:

Estudio observacional, de cohortes, prospectivo. Se recogen datos desde las 08:00 del 24-03-14 a las 08:00 del 31-03-14. Se incluyeron los enfermos mayores de 18 años que al inicio del estudio estuvieran en VM (mediante tubo endotraqueal/cánula traqueostomía) o que ingresaran durante esa semana y precisaran VM tanto invasiva como VM no invasiva (VMNI), también aquellos que estén en fase de destete incluyendo a aquellos que están en respiración espontánea, pero con aislamiento de la vía aérea mediante tubo o cánula endotraqueal), independientemente de que el inicio del soporte ventilatorio se haya producido antes o durante el periodo del estudio.

Resultados:

Se incluyeron 18 pacientes: 8 varones (44%) de 62, 6±15,1 años y 10 mujeres de 72, 3±9,1 años. Se detectaron 29 incidentes afectando a 12 pacientes (67% de los pacientes incluidos).

Incidentes detectados: 15 desconexiones accidentales (51,7%); 3 atelectasias (10,3%); 2 intubaciones en esófago (6,8%); 2 intubaciones selectivas bronquio derecho (6,8%); 1 mal sellado interfase de VMNI (3,4%); 1 desconexión O2-tubo T (3,4%); 1 tapón de moco (3,4%); 1 obstrucción cánula traqueostomía (3,4%); 1 lesión mucosa aérea secundaria a manipulaciones (3,4%); 1 desaturación en tubo T precisando nuevamente VM (3,4%); 1 incumplimiento medidas de neumonía zero (3,4%).

Se recogen otros datos como factores contribuyentes a los incidentes recogidos. Se clasifican según un modelo propuesto por la National Patient Safety Agency del Reino Unido, encontrando los siguientes factores:

- Factores individuales de los profesionales (salud en general, stress, etc.) Inciden sobre tres incidentes de los 29 registrados.
- Factores ligados a formación y entrenamiento (falta de conocimientos, falta de experiencia). Inciden sobre otros tres incidentes de los 29 registrados.
- Factores ligados a equipamiento y recursos (falta de conocimiento del aparataje, etc.). Inciden sobre otros tres incidentes de los 29 registrados.
- Factores ligados a tarea (ausencia o no actualización de guías, protocolos, procedimientos, no disponibilidad de ayudas externas como libros, revistas, material on-line, etc). Inciden sobre otros tres incidentes de los 29 registrados.
- Factores de los pacientes (Complejidad o gravedad de su situación clínica, cultura o creencia religiosa, forma de vida (tabaco/alcohol/drogas/dieta...); idioma, stress, mala relación personal a paciente y paciente a personal, mala relación entre familia – pacientes, etc.) Inciden sobre 15 incidentes de los 29 registrados.
- Condiciones de trabajo (Entorno: mala limpieza; mala temperatura; mala iluminación; nivel de ruidos elevado. Plantilla: falta de habilidades; ratio personal paciente deficiente; excesivas cargas de trabajo; falta de liderazgo; uso de personal temporal, etc.). Inciden sobre 1 incidente de los 29 registrados.

Se recogen también datos en cuanto a la gravedad de los incidentes según una adaptación de la “Clasificación de errores de medicación” del grupo Ruiz-Jarabo.

- Gravedad A: Mal sellado interfase VMNI (1 incidente)
- Gravedad B: Desconexión accidental (14 incidentes)
 - Tapón de moco (1 incidente)
 - Intubación selectiva (1 incidente)
- Gravedad C: Atelectasia (2 incidentes)
 - Obstrucción cánula (1 incidente)

- Intubación en esófago (2 incidentes)
- Lesiones mucosa vía aérea (1 incidente)
- Desaturación en tubo «T» (1 incidente)
- Falta de conexión O2 al tubo T (1 incidente)
- Gravedad D: Incumplimiento medidas neumonía zero (1 incidente)
 - Desconexión accidental (1 incidente)
 - Intubación selectiva (1 incidente)
- Gravedad E: Atelectasia (1 incidente)

Se obtienen otros datos como evitabilidad de los incidentes (16 se consideraron incidentes evitables), información a familiares (26 de los incidentes no se notificaron a la familia mientras que solo 3 si se notificaron), personal que notifica (19 casos fueron notificados por la enfermera y 10 por el médico), turno donde ocurre (16 fueron notificados por la mañana, 7 por la tarde y 6 en turno de noche) y si es durante traslados (ninguno ocurrió durante un traslado).

Conclusiones:

El conocer la epidemiología de los eventos adversos relacionados con la vía aérea y la VM así como los factores contribuyentes relacionados deben permitir establecer acciones de mejora para reducir los riesgos asociados y mejorar la seguridad de la ventilación mecánica, donde la enfermera tiene un papel de primer nivel.

Bibliografía:

1. Knaus WA. Prognosis with mechanical ventilation: the influence of disease, severity of disease, age, and chronic health status on survival from an acute illness. *Am Rev Respir Dis.* 1989;140:S8-13.
2. Esteban A, Anzueto A, Alía I, Gordo F, Apezteguía C, Pálizas F; the Mechanical Ventilation International Study Group. How is mechanical ventilation employed in the Intensive Care Unit? An international utilization review. *Am J RespirCrit Care Med.* 2000;161:1450-8.
3. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno RP, Dolanski L, Bauer P, Metnitz PG; Research Group on Quality Improvement of European Society of Intensive Care Medicine; Sentinel Events Evaluation Study Investigators. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) Study. *Intensive Care Med.* 2006;32:1591-8.
4. Merino P, Álvarez J, Cruz Martín M, Alonso Á, Gutiérrez I; SYREC Study Investigators. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. *Int J Qual Health Care.* 2012 Apr;24(2):105-13.

Capítulo LXXIII

Estudio de los accidentes de tráfico en el área integrada de Puertollano

Autores:

Antonio Miguel Cano Tébar

Carlos Joaquín Extremera Medina

Concepción Muñoz De La Nava Zamorano

Alberto José Pérez Gijón

ESTUDIO DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL AREA INTEGRADA DE PUERTOLLANO

Hospital Santa Bárbara de Puertollano.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tráfico graves son un problema de salud pública con consecuencias iguales a las principales enfermedades, como las cardiovasculares y el cáncer. En algunos países son considerados como una de las primeras causas de muerte en los jóvenes. Hoy en día, cada año se produce medio millón de muertes y 15 millones de heridos en las carreteras de todo el mundo. Los politraumatismos secundarios a accidentes de tráfico, laborales o por otra causa, suponen en España la tercera causa de muerte global y la primera causa de muerte en la población entre 0 y 30 años, ya que esta patología afecta principalmente a adultos jóvenes y niños, siendo la principal causa de años de vida perdidos (AVP) en las sociedades industrializadas.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia y características epidemiológicas de este problema sanitario, en nuestra área de influencia.

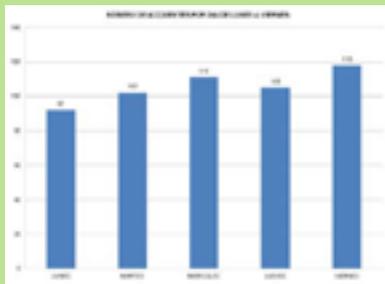


TABLA 1



TABLA 2

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y ámbito:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el área integrada de Puertollano (Ciudad Real), donde se estudiaron los accidentes de tráfico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Santa Bárbara durante el año 2014.

Recogida de datos y variables:

Se incluyeron todos los accidentes de tráfico atendidos en el servicio de urgencias durante el año de estudio. Las variables de estudio fueron: día de la semana y mes del accidente, franja horaria (AM/PM), edad, sexo y diagnóstico. Se clasificaron como leves aquellos accidentes en los que los pacientes no precisaron ingreso y como graves los que precisaron ingreso o traslado al hospital de referencia de Neurocirugía.

Análisis de datos:

En primer lugar se utilizó porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En segundo lugar se realizó estadística inferencial, (X² para variables cualitativas). Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% (p>0,05). Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio.

RESULTADOS

Durante el año 2014 se atendieron un total de 679 accidentes de tráfico lo que nos da una morbilidad del 13,4% por mil habitantes. El viernes fue el día de la semana en el que mayor número de accidentes se produjeron, seguidos del jueves y miércoles respectivamente. (Tabla 1).

Respecto al fin de semana, el sábado fue el día en el que más accidentes se produjeron respecto al domingo. (Tabla 2)

Del análisis de los accidentados se obtuvo que un 49% (333) fueron mujeres frente un 51% (345) que fueron hombres. La clasificación de los accidentes según su gravedad puede verse en la Tabla 3.

La edad media se situó en 37+16 años IC 95% (35,8-38-3). La mediana de edad de los hombres fue superior a la de las mujeres.

En la Tabla 4 puede verse el número de accidentes por mes del año.

La franja horaria en la que más accidentes se produjeron fue la que va desde las 12 del mediodía a las 12 de la noche. (Tabla 3).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el día de la semana en que ocurrió el accidente p 0,7 de lunes a viernes y p 0,8 para sábado y domingo (tabla 5), al igual que al comparar la variable sexo con la gravedad del mismo p 0,8.

CONCLUSION

La prevalencia de accidentes fue de 13,4% por 1000 h, en su mayoría de consecuencias leves, siendo el viernes el día en el que más accidentes se produjeron. Mayoritariamente los accidentes se produjeron en la franja horaria que va desde las 12 hasta las 00 horas.



TABLA 3



TABLA 4

	MUJER	HOMBRE
LUNES	44	48
	16,7 %	18,2 %
MARTES	47	55
	17,8 %	20,8 %
MIÉRCOLES	56	55
	21,2 %	20,8 %
JUEVES	55	50
	20,8 %	18,9 %
VIERNES	62	55
	23,5 %	20,8 %
SABADO	31	43
	44,9 %	57,3 %
DOMINGO	38	30
	55,1 %	40 %

TABLA 5

Resumen: Las lesiones constituyen uno de los principales problemas de Salud Pública en los países industrializados, tanto en términos de mortalidad como en términos de secuelas y dependencia. Los politraumatismos secundarios a accidentes de tráfico, laborales o por otra causa, suponen en España la tercera causa de muerte global tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y la primera causa de muerte en la población entre 0 y 30 años, ya que esta patología afecta principalmente a adultos jóvenes y niños, siendo la principal causa de años de vida perdidos (AVP) en las sociedades industrializadas.

Palabras Clave: accidente; tráfico; epidemiología.

Introducción:

Las lesiones constituyen uno de los principales problemas de Salud Pública en los países industrializados, tanto en términos de mortalidad como en términos de secuelas y dependencia. Los politraumatismos secundarios a accidentes de tráfico, laborales o por otra causa, suponen en España la tercera causa de muerte global tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y la primera causa de muerte en la población entre 0 y 30 años, ya que esta patología afecta principalmente a adultos jóvenes y niños, siendo la principal causa de años de vida perdidos (AVP) en las sociedades industrializadas.

Objetivo:

Conocer la prevalencia y características epidemiológicas de este problema sanitario, en nuestra área de influencia.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el área integrada de Puerto Llano (Ciudad Real), donde se estudiaron los accidentes de tráfico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Santa Bárbara durante el año 2014.

Se incluyeron todos los accidentes de tráfico atendidos en el servicio de urgencias durante el año de estudio. Las variables de estudio fueron: día de la semana y mes del accidente, franja horaria (AM/PM), edad, sexo y diagnóstico. Se clasificaron como leves aquellos accidentes en los que los pacientes no precisaron ingreso y como graves los que precisaron ingreso o traslado al hospital de referencia de Neurocirugía.

En primer lugar se utilizó porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En segundo lugar se realizó estadística inferencial, (χ^2 para variables cualitativas).

Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p > 0,05$). Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio.

Resultados:

Durante el año 2014 se atendieron un total de 679 accidentes de tráfico lo que nos da una morbilidad del 13,4% por mil habitantes. El viernes fue el día de la semana en el que mayor número de accidentes se produjeron, seguido del jueves y miércoles respectivamente.

Respecto al fin de semana, el sábado fue el día en el que más accidentes se produjeron respecto al domingo.

Del análisis de los accidentados se obtuvo que un 49% (333) fueron mujeres frente un 51% (345) que fueron hombres. La clasificación de los accidentes según su gravedad. La edad media se situó en 37+ 16 años IC 95% (35,8-38-3). La mediana de edad de los hombres fue superior a la de las mujeres.

La franja horaria en la que más accidentes se produjeron fue la que va desde las 12 del mediodía a las 12 de la noche.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el día de la semana en que ocurrió el accidente p 0,7 de lunes a viernes y p 0,8 para sábado y domingo (tabla 6), al igual que al comparar la variable sexo con la gravedad del mismo p 0,8.

Conclusiones:

La prevalencia de accidentes fue de 13,4% por 1000 h, en su mayoría de consecuencias leves, siendo el viernes el día en el que más accidentes se produjeron.

Mayoritariamente los accidentes se produjeron en la franja horaria que va desde las 12 hasta las 00 horas.

Bibliografía:

1. Aracil Monllor C, Sevadilla Soler L, Lázaro Fernández A, Blanquer Gregori J, Pérez Bosch JM, Server Gómez J. Estudio epidemiológico de las víctimas de accidentes de tráfico atendidas en el servicio de urgencias hospitalarias del hospital del S.V.S. de Alcoy. *Emergencias*.1993;5(4):123-129.
2. Calill AM, Domingues A, Nogueira L. Identificación de lesiones en víctimas de accidentes de tránsito: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, vol.17, n.1, pp. 120-125. ISSN 1518-8345.
3. ÁLVAREZ FJ. "Seguridad vial y medicina de tráfico". Ed. Masson. Barcelona, 1997 ISBN 9788445805022.

Capítulo LXXIV

Evaluación de accidentes biológicos declarados de los trabajadores sanitarios en el área de salud de C. Real en 2014

Autores:

Estela De Haro Moya

Sergio López Rivas

Helena Martínez Rodríguez

Eva María Molina Alañón



EVALUACIÓN DE ACCIDENTES BIOLÓGICOS DECLARADOS DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS EN EL ÁREA DE SALUD DE C.REAL EN 2014

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Se define **Riesgo Biológico** como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades provocadas por la actividad laboral, su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

Constituye uno de los principales riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores sanitarios, afectando a todas las categorías, principalmente a enfermeros y médicos.



OBJETIVOS

- Valorar los accidentes biológicos del personal sanitario del área de Ciudad Real en 2014.
- Identificar los estamentos y áreas con mayor frecuencia de accidentes . (Fig 1 y Fig 2)
- Comprobar cuál es el tipo de riesgo biológico más frecuente. (Fig 3)

MATERIAL Y METODOS

- Los datos han sido obtenidos del HGUCR, del gestor documental. Unidad de investigación, docencia, formación y calidad.
- Los resultados se expresan en valores absolutos y porcentajes.
- Riesgo biológico engloba: Pinchazo, corte, exposición, salpicadura y otros.
- Áreas de salud engloba: Hospital, atención primaria y Guets.

RESULTADOS

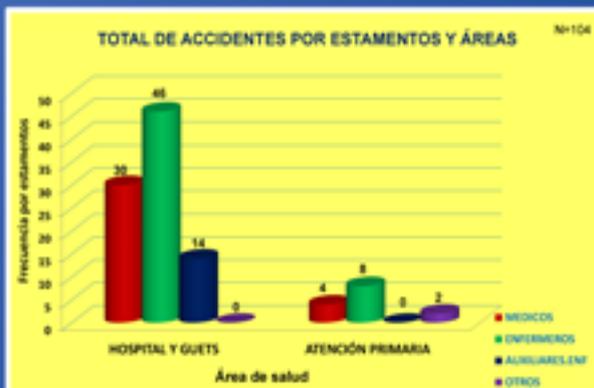


Figura 1



Figura 2

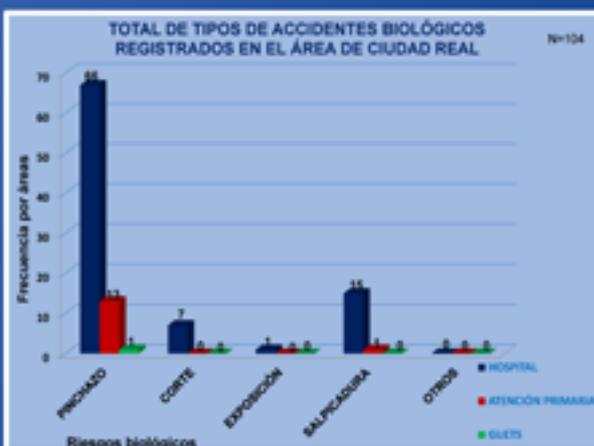


Figura 3

CONCLUSIONES

Debemos tener en cuenta que algunos accidentes han podido no ser declarados.

- Se observa claramente que la zona con más incidencias es **el hospital con un 86%**, seguida de atención primaria con un 13%. (Fig 1 y 2)
- **Los estamentos con más accidentes son enfermeros con un 52%**, seguidos de médicos con un 33%. Hay que tener en cuenta que son los grupos más expuestos al riesgo biológico. (Fig 1)
- Entre los tipos de **riesgo el más frecuente es el pinchazo** en todas las áreas, con un 77%, seguido de salpicadura con un 15% de incidentes. (Fig 3)

Es importante concienciar a los trabajadores de alertar de la forma más precoz posible sobre las incidencias que se den en el área laboral, para poder prevenir e intervenir adecuadamente.

Resumen: Los accidentes biológicos constituyen uno de los principales riesgos laborales a los que están expuestos el personal sanitario. Hemos realizado un estudio descriptivo recogiendo los accidentes biológicos declarados que han trascendido en el área de salud de Ciudad Real, englobado hospital, atención primaria y guets (Gerencia de urgencias, emergencias y transporte sanitario) durante el año 2014.

Consiste en valorar e identificar estos accidentes, para saber cual es el área más afectada, el tipo de riesgo biológico más común y que trabajadores son los que han tenido más incidencias a lo largo del año.

Palabras Clave: Accidente biológico; Personal sanitario; Pinchazo.

Introducción:

Se define “Riesgo Biológico” como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades provocadas por la actividad laboral. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas. Constituye uno de los principales riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores sanitarios, afectando a todas las categorías, principalmente a enfermeros y médicos.

Los accidentes biológicos son el más frecuente entre los riesgos laborales de los trabajadores sanitarios y, dentro de este grupo, son las inoculaciones accidentales las que generan una mayor angustia y percepción de riesgo en este colectivo. Para prevenir los Agentes Biológicos se han ido introduciendo dispositivos de bioseguridad. Se trata fundamentalmente de jeringuillas, catéteres y lancetas, cuyas agujas quedan inhabilitadas, de forma activa o pasiva, tras su uso, ya sea por retracción o protección mecánica de su filo. En general, solo se diferencia del objeto o dispositivo convencional en que una vez finalizada la técnica y antes de ser desechado, permite activar su mecanismo de protección, conllevando por tanto durante el procedimiento los mismos riesgos que un dispositivo convencional. En la selección de los materiales de bioseguridad se han de tener en cuenta tres premisas principales: el Dispositivo de bioseguridad funciona de manera efectiva y confiable, el instrumento resulta aceptable para el trabajador, y el instrumento no tiene un impacto negativo en el tratamiento.

Objetivos:

Valorar los accidentes biológicos del personal sanitario del área de Ciudad Real en 2014.

Identificar los estamentos y áreas con mayor frecuencia de accidentes.

Comprobar cual es el tipo de riesgo biológico más frecuente.

Material y métodos:

- Estudio descriptivo, analizando los accidentes biológicos declarados en el área salud de Ciudad Real en el 2014. Los datos han sido obtenidos del HGUCR (Hospital General universitario de Ciudad Real). Gestor documental. Unidad de investigación, docencia, formación y calidad.
- Los resultados se expresan en valores absolutos y porcentajes.
- Riesgo biológico engloba: Pinchazo, corte, exposición, salpicadura y otros.
- Áreas de salud engloba: Hospital, atención primaria y Guets.
- Estamentos: Médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y otros.

Resultados:

En este periodo de tiempo se registraron 104 incidencias en total en el año 2014 en toda el área de Ciudad Real, de las cuales 89 fueron en el hospital, 14 en atención primaria y 1 de guets. Los datos recogidos muestran los incidentes que se dieron por categoría y teniendo en cuenta el área de salud afectada. En el hospital y guets se dieron 90 incidencias: 30 casos entre los médicos, 46 enfermeros y 14 auxiliares de enfermería, mientras que en atención primaria fueron solo 14: 4 médicos, 8 enfermeros y 2 de otros. Según su mecanismo de producción tenemos en el hospital general y guets de Ciudad Real: 67 pinchazos, 7 cortes y 15 salpicaduras. En cuanto a atención primaria se dieron 13 pinchazos y 1 salpicadura.

Conclusiones:

Debemos tener en cuenta que algunos accidentes han podido no ser declarados. Según los datos recogidos podemos concluir que:

- Se observa claramente que la zona con más incidencias es el hospital con un 86%, seguida de atención primaria con un 13%.

- Los estamentos con más accidentes son los enfermeros con un 52% seguido de médicos con un 33%. Hay que tener en cuenta que son los grupos más expuestos al riesgo biológico por lo que es normal que haya más incidencias en estos.

- Entre los tipos de riesgo el más frecuente es el pinchazo en todas las áreas, con un 77%, seguido de salpicadura con un 15% de incidentes.

Para concluir es importante concienciar a los trabajadores de alertar de la forma más precoz posible sobre las incidencias que se den en el área laboral, para poder prevenir e intervenir adecuadamente, así como formar a los empleados y tener los recursos suficientes para garantizar y minimizar los riesgos. Es necesario instaurar programas de salud laboral en nuestras áreas de salud para disminuir la exposición ocupacional a agentes biológicos, que incluyan: medidas educativas, medidas administrativas de control, uso correcto de equipos de protección y realizar prácticas de trabajo seguras.

Sin embargo, la utilización de dispositivos de seguridad y la aplicación sistemática de las denominadas precauciones estándares para el control de la infección no eliminan completamente este riesgo, por lo que la manipulación correcta y la adopción de técnicas de trabajo seguras siguen siendo un importante componente de los esfuerzos de prevención de riesgos laborales en el medio sanitario y depende de cada uno de nosotros.

Bibliografía:

1. Campins M , Torres M, Pilar Varela P, López CV, Gascó A, Prada M, Espuga M, Tapias, Peña P, Hermosilla E, Otero S a, Bastida T, Sanz P, Bayas JM^a, Serra C, et al. Accidentes biológicos percutáneos en el personal sanitario: análisis de factores de riesgo no prevenibles mediante precauciones estándares. Elsevier.2009 feb 28; Vol.132 (Núm. 7).
2. Parra Madrid A.C, Vaquero Abellán M, Romero Saldaña A. Riesgo biológico accidental entre los trabajadores de un área sanitaria. Mapfre medicina. 2005; Vol. 16 (nº 2): 106-114.
3. Riojasalud. [Homepage on the internet].La Rioja: Servicio de prevención de riesgos laborales del hospital del servicio riojano de salud; 2015. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/1104-riesgos-biologicos-accidentes-biologicos>.
4. Martínez Vidal M. Accidentes percutáneos con riesgo biológico, producidos por dispositivos de seguridad en la Comunidad de Madrid. Scielo. Medicina y seguridad del trabajo. 2012 jun; Vol.58 (nº227).

Capítulo LXXV

Evaluación de adherencia al tratamiento en patología psiquiátrica

Autores:

Inés Yolanda Castillo García

María José De La Blanca Baena

María Jesús Fernández Aparicio Gómez Rico

José Miguel Gómez Gutiérrez

María Montserrat Montero Trujillo

EVALUACION DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS.

INTRODUCCIÓN

Hay grupos de pacientes, que por su patología se niegan a tomar el tratamiento, en todos esos casos la formulación farmacéutica obliga a modificar su presentación, siendo una práctica habitual abrir cápsulas o triturar comprimidos, para que una vez diluidos puedan ser administrados.

Los medicamentos formulados para su administración por vía oral sufren diferentes procesos de biotransformación de la serie LADME (liberación, absorción, distribución, metabolización y excreción). Además, los medicamentos pueden presentar interacciones con los nutrientes de las mezclas con alimentos o con nutrición enteral, alterando la estabilidad físico-química de la misma, así como la biodisponibilidad de algunos fármacos.

OBJETIVO.

- Evaluar adherencia al tratamiento a pacientes con trastorno mental grave (TMG)
- Elaborar guía de recomendación de administración de medicación en unidad de salud mental

MATERIAL Y MÉTODO.

Estudio descriptivo observacional, donde se analizan la adherencia en pacientes con mala adherencia al tratamiento y las FF adaptadas para su administración.

Criterios de inclusión, ingresos producidos en el año 2015 en una unidad de hospitalización de hospital de nivel 2 con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) en un periodo de dos meses

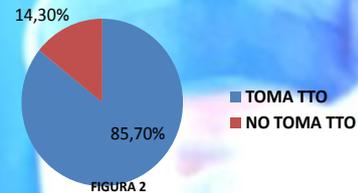
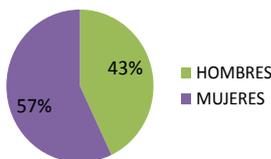
Variables demográficas estudiadas: edad, sexo y clínica

Análisis de datos: Se analizaron las variables recogidas mediante variables descriptivas y para variables cualitativas y medidas de adherencia central ;media y desviación típica

RESULTADO.

Los ingresos producidos en la unidad de salud mental en periodo un periodo de 2 meses, son de 42 pacientes ingresados 24(n) mujeres y 18 (n) hombres(figura1). La media es de 36.7 años y la desviación típica 10.89.

El 14.3% de los pacientes no toman el tratamiento pautado por lo que hay que triturárselo (Figura 2)



➤ Los comprimidos normales (de liberación inmediata).

Pueden triturarse:

➤ Los comprimidos con cubierta pelicular (para enmascarar el sabor), siempre que se tenga la precaución de administrarlos camuflados con determinados alimentos o saborizantes .

➤ Los comprimidos efervescentes deben disolverse en agua antes de administrar al terminar la efervescencia.

Cuadro 1

Pueden abrirse y administrar su contenido:

➤ Las cápsulas de gelatina dura.

➤ Las cápsulas de gelatina dura que contengan microgránulos de liberación retardada o con cubierta entérica.

➤ Las cápsulas de gelatina blanda con contenido líquido. Se debe extraer el contenido con una jeringa. Hay que tener en cuenta que puede producirse una pérdida de producto.

Cuadro 2

No deben triturarse:

➤ Los Comprimidos de liberación retardada, la trituración produce pérdida de características de liberación, riesgo de toxicidad e inadecuado mantenimiento de los niveles de fármaco a lo largo del intervalo terapéutico

Cuadro 3

CONCLUSIONES

Se observa una muestra significativa que no toma el tratamiento de una manera adecuada, comprometiendo la actividad terapéutica del fármaco, ya que existen alternativas a la trituración del comprimido.

Se deben respetar las indicaciones de administración de la fórmula adecuada ya que ciertos medicamentos tienen estrecho margen terapéutico implicando un cambio en su acción.

Resumen: Hay grupos de pacientes, que por su patología se niegan a tomar el tratamiento, en todos esos casos la formulación farmacéutica obliga a modificar su presentación, siendo una práctica habitual abrir cápsulas o triturar comprimidos, para que una vez diluidos puedan ser administrados. Los medicamentos formulados para su administración por vía oral sufren diferentes procesos de biotransformación de la serie LADME (liberación, absorción, distribución, metabolización y excreción). Además, los medicamentos pueden presentar interacciones con los nutrientes de las mezclas con alimentos o con nutrición enteral, alterando la estabilidad físico-química de la misma, así como la biodisponibilidad de algunos fármacos.

Palabras Clave: Trastorno Mental Grave; Adherencia al tratamiento; Fórmulas farmacológicas.

Objetivo:

Evaluar adherencia al tratamiento a pacientes con trastorno mental grave (TMG) Elaborar guía de recomendación de administración de medicación en unidad de salud mental.

Material y método:

Estudio descriptivo observacional, donde se analizan la adherencia en pacientes con mala adherencia al tratamiento y las formulas farmacológicas (FF) adaptadas para su administración.

Criterios de inclusión, ingresos producidos en el año 2015 en una unidad de hospitalización de hospital de nivel 2 con diagnostico de Trastorno Mental Grave (TMG) en un periodo de dos meses. Variables demográficas estudiadas: edad, sexo y clínica.

Análisis de datos:

Se analizaron las variables recogidas mediante variables descriptivas y para variables cualitativas y medidas de adherencia central; media y desviación típica.

Resultado:

Los ingresos producidos en la unidad de salud mental en periodo un periodo de 2 meses, son de 42 pacientes ingresados 24 (57%) mujeres y 18 (43%) hombres. La media es de 36.7 ± 10.89 . El 14.3% (n)de los pacientes no toman el tratamiento pautado por lo que hay que triturárselo, se observó que un 85,70% (n) tenía buena adherencia al tratamiento.

Administración de fórmulas farmacéuticas:

Únicamente se han de administrar los comprimidos triturados cuando no exista alternativa disponible o sustituir un principio activo por otro del mismo grupo, previa consulta con el médico.

El profesional de enfermería no sólo debe saber la técnica de administración de los fármacos, sino también conocer los medicamentos y sus interacciones, ya que su efectividad depende en gran parte de su correcta administración.

La trituración de algunas fórmulas farmacológicas (FF) es una técnica de preparación errónea, siendo ésta una práctica habitual en algunas unidades sanitarias.

Las FF líquidas, constituyen la alternativa más adecuada, pero no siempre existe en el mercado una forma líquida correspondiente a un determinado principio activo.

La elección del fármaco o vía de administración diferente como alternativa no depende de la formulación del medicamento sino del principio activo del mismo. En los casos en los que no sea posible sustituirla, se valorará la posibilidad de principios activos parciales, dosis más pequeñas pero más frecuentes, lo que nos permite evaluar, controlar y establecer programas para la mejora de la calidad del cuidado enfermero.

Se observa un número elevado de FF evitables, ya que existen alternativas a la trituración del comprimido.

- Pueden abrirse y administrar su contenido:
 - Las cápsulas de gelatina dura.
 - Las cápsulas de gelatina dura que contengan microgránulos de liberación retardada o con cubierta entérica.
- Las cápsulas de gelatina blanda con contenido líquido. Se debe extraer el contenido con una jeringa. Hay que tener en cuenta que puede producirse una pérdida de producto.
 - Los comprimidos normales (de liberación inmediata). Pueden triturarse:
- Los comprimidos con cubierta pelicular (para enmascarar el sabor), siempre que se tenga la precaución de administrarlos camuflados con determinados alimentos o saborizantes.
- Los comprimidos efervescentes deben disolverse en agua antes de administrar al terminar la efervescencia.
 - No deben triturarse: Los Comprimidos de liberación retardada, la trituración produce pérdida de características de liberación, riesgo de toxicidad e inadecuado mantenimiento de los niveles de fármaco a lo largo del intervalo terapéutico.

Conclusiones:

Se observa un número de pacientes que no toma el tratamiento de una manera adecuada, comprometiendo la actividad terapéutica del fármaco, ya que existen alternativas a la trituración del comprimido.

Se deben respetar las indicaciones de administración de la fórmula adecuada ya que ciertos medicamentos tienen estrecho margen terapéutico implicando un cambio en su acción.

De todo lo expuesto se deduce:

- La necesidad de formación de las enfermeras en esta área de cuidados, para que conozcan los problemas derivados de la manipulación indiscriminada de fármacos a la hora de la administración diferenciada.
- La utilidad de disponer de una guía actualizada de medicamentos para conseguir su óptima administración.
- Actualización de normas y recomendaciones en la administración farmacéutica en los centros sanitarios.
- Inclusión de guías prácticas para la administración de diferentes FF en diversos dispositivos donde se pueda adecuar los fármacos más utilizados.

- Formación para el personal sanitario en las correctas formas de administrar el tratamiento médico por vía oral.
- Realización de protocolos de actuación.

Bibliografía:

1. Catalán E, Padilla F, Hérvás F, Pérez M A, Ruiz F. Fármacos orales que no deben ser triturados 1. *Enf. Intensiva* (2001), 12(3): 146-150.
2. Hidalgo F J, Delgado E, García Marco D, De Juana P, Bermejo T, Guía de administración de fármacos por sonda nasogástrica. *Farm.Hosp*, (1995). 19: 251-258.
3. García Aparicio J, Herrero Herrero J I, Moreno Gómez A, Martínez Sotelo J, González del Valle E, Fernández de la Fuente M, Pilotaje de un protocolo para la adecuación de la forma farmacéutica de la medicación oral al grado de disfagia, de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. *Nutr Hosp*, (2011) 26(5):933-939.
4. Piñeiro R, Montesinos G, Carlón M, Vega S, Barrera M, Nivel de eficiencia en la administración de medicamentos por vía oral. *Mexicana de Enfermería Cardiológica*, (2002). 10(3): 90-95.
5. <http://www.ismp.org/> [sede web]. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos [actualizada 2015; acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.ismp.org/Tools/DoNotCrush.pdf>.

Capítulo LXXVI

Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica realizado por enfermeras de atención primaria

Autores:

Andrés Del Valle Sánchez

María Del Mar Fernández-Espartero Moreno-Chocano

Blas Manuel Risalde Santos

María José Romero Díaz

Francisca Soriano García

José Manuel Zapata Cabezas

TITULO: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA REALIZADO POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

El consejo de abandono de tabaco de manera oportunista en consulta se considera una herramienta de prevención costo/efectiva para muchas enfermedades. Cuando el fumador solicita ayuda para dejar de fumar, con frecuencia se le deriva a la Unidad de Deshabituación Tabáquica del Hospital. Esto supone una barrera de acceso, sobre todo en personas activas laboralmente, por los horarios y la distancia hasta el Hospital.

Desde octubre de 2014, se creó una Consulta de Deshabituación Tabáquica en la Zona Básica de X para facilitar el abandono del tabaco al eliminar barreras de accesibilidad. Se ofrece a los usuarios horarios de atención de mañana y de tarde en el centro de salud X, que atiende 2 poblaciones rurales. La captación se realiza de forma oportunista por los profesionales sanitarios, y más adelante las personas incluidas en el programa lo difunden "boca a oído". Un enfermero del centro es el responsable directo del programa, realiza la valoración inicial y escoge el tratamiento (farmacológico y psicológico) según el perfil del fumador. El médico de cabecera de cada usuario será quien prescriba el tratamiento farmacológico. El enfermero responsable acompaña a las personas incluidas en el programa, siguiendo un esquema estándar de deshabituación tabáquica, hasta los 12 meses de abstinencia o hasta la recaída. Se realizan consultas presenciales al inicio, que posteriormente pueden combinarse con consultas telefónicas según la disponibilidad del usuario.

La consulta enfermera en Atención Primaria trabaja en la modificación de conductas de salud de la población. Las enfermeras son las profesionales que mejor pueden llevar adelante un programa de abandono del tabaco en el centro de salud, por sus habilidades en el acompañamiento de procesos de cambio, además de ser más costo/efectiva que las realizadas por profesionales médicos. Este estudio pretende evaluar los resultados de la intervención y describir a la población que se acercó a este programa.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Cuantificar fumadores que abandonan el hábito y aquellos que continúan fumando después de la intervención.

Objetivo secundario:

- Describir la población fumadora que accede al programa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de toda la población atendida en la Consulta de Deshabituación del Tabaco del centro de salud de X entre los meses de octubre de 2014 y junio de 2015.

Criterios de inclusión: fumadores activos de la Zona Básica de Salud de X que desean dejar de fumar en el plazo de 30 días.

Criterios de exclusión: fumadores activos adictos a otras sustancias y/o personas con enfermedades psiquiátricas (ambos son derivados a la Unidad de Deshabituación Tabáquica del Hospital General Universitario de Ciudad Real). También se consideraron como excluidas a aquellas personas que solicitaron entrar en el programa y no acudieron a la primera cita.

Las variables de estudio son: edad, sexo, presencia/ausencia de intentos previos de abandono, causa de la recaída en el último intento, cigarrillos/día fumados en el último mes, tratamiento farmacológico usado en el momento actual, personas abstinentes y personas que siguen fumando después de la intervención. Dentro de esta última variable distinguimos entre aquellos que dejaron de fumar en el día marcado (día D) y aquellos que no dejaron de fumar en ningún momento.

Se recogieron los datos de las historias clínicas (Consulta Clínica-Turriano, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) de las personas que acudieron a la consulta. Se hizo análisis descriptivo usando Excel 2008.

RESULTADOS

Entre los meses de octubre de 2014 y junio de 2015, 45 personas solicitaron cita previa para la consulta de abandono de tabaco en el centro de salud. El 60% eran hombres, y los tramos de edad más frecuentes fueron los de 36 a 45 años (37,7%) y de 56 a 60 años (17,78%).



Gráfica 1. Población que acude al programa: distribución por sexo.



Fueron excluidos 14 individuos (31,1%), siendo el motivo de exclusión más frecuente el hecho de no acudir a la primera cita marcada, seguido de la presencia de patología psiquiátrica (ver gráfica 3).

De entre la población incluida, el 47% ya intentaron dejar de fumar anteriormente. Las principales causas de recaída fueron: situaciones de estrés (13%) seguidas de recaídas durante fiestas (7%) y de conductas de flirteo con el tabaco (7%) (ver gráfica 4).



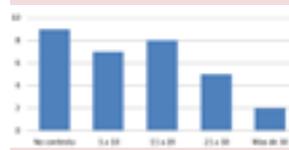
Gráfica 3. Personas incluidas y excluidas del programa y motivos de exclusión.



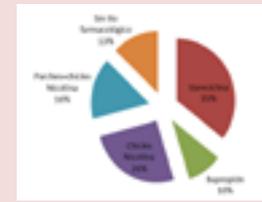
Gráfica 4. Población incluida en el programa: intentos previos de abandono y causas de recaída.

En la gráfica número 5 puede observarse el número de cigarrillos/día consumidos por los fumadores incluidos en el estudio. Predominan los fumadores con un consumo moderado (1 a 10 cigarrillos, 22,6%) o medio (11 a 20 cigarrillos, 25,8 %).

El medicamento de apoyo más prescrito fue la Varenclina (35%), seguido de los chicles de Nicotina (26%) y la combinación de chicles con parches de Nicotina (16%). La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) fue el grupo farmacológico más prescrito (42%).

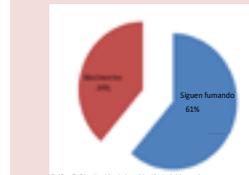


Gráfica 5. Población incluida en el programa: número de cigarrillos/día consumidos habitualmente.

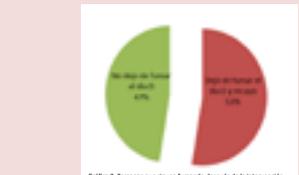


Gráfica 6. Población incluida en el programa: tratamientos farmacológicos prescritos.

De entre los individuos incluidos, el 61,3% siguió fumando después de la intervención (gráfica 7), bien por recaída (53%) o bien porque nunca dejaron de fumar (47%) a pesar de haber fijado en consulta un día para dejar de fumar (día D). El 38,7% de los incluidos siguen abstinentes al tabaco en el momento del estudio (1 de agosto de 2015). De estos, 3 personas llevan más de 9 meses sin fumar, 5 llevan 2 meses sin fumar y el resto (5 personas) entre 3 y 5 meses.



Gráfica 7. Distribución de la población incluida en el programa: personas que no fumaron y personas que siguen fumando después de la intervención.



Gráfica 8. Personas que siguen fumando después de la intervención.

CONCLUSIONES

A la Consulta de Deshabituación Tabáquica implantada por enfermería en el centro de salud el grupo que más acudió fue el de hombres de 35 a 45 años. Esto nos hace pensar que la cercanía física, los horarios flexibles y atención telefónica ha permitido que se acerque población laboralmente activa que no iría a esa misma consulta en el Hospital por la barrera de la distancia y los horarios. De entre los incluidos, la mayoría tenía un perfil de consumo bajo o moderado, y casi la mitad habían intentado dejar de fumar en alguna ocasión. Los tratamientos más usados fueron la Terapia Sustitutiva con Nicotina y la Varenclina. Un 39% de los que siguieron el programa seguía sin fumar en el momento del estudio, mientras que el 61% restante fumaba. De estos últimos, un 51% nunca llegó a dejar el tabaco.

La consulta de deshabituación tabáquica de este centro de salud rural fue atendida por un enfermero, con el apoyo del resto de profesionales. Este enfermero hizo un reciclaje de 3 semanas en la Consulta de Tabaco del Hospital General Universitario de Ciudad Real, atendida también por una enfermera, a la que ha solicitado asesoría para los casos más complejos. Por los resultados de la intervención, pensamos que las enfermeras son los profesionales de Atención Primaria mejor capacitados para llevar adelante esta consulta, por sus habilidades en modificación de conductas de salud, así como por ser más costo/efectivas. Los profesionales de enfermería con formación específica en deshabituación tabáquica pueden ser agentes expertos en este campo de la prevención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Comas A, Suárez R, López M¹, L Cuetto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. Gaceta Sanitaria. 1998; 12(3):126-132.
- Pericás J, Girauta H, Bennasar M, González S. Intervención enfermera de deshabituación tabáquica en Atención Primaria. Metas de enfermería. 2007; 10(5):20-24.
- Garrido S, Hurtado V, Vicente E, González J, Serrano MP C. Resultados de un Programa de Deshabituación Tabáquica en Atención Primaria. Medifam 2003; 13(1):23-28.
- Parellada N, Rodrigo C, González B, Ruiz E. Evaluación del programa de Enfermería de deshabituación tabáquica. Metas de enfermería, 2005; 8 (10):51-55.
- Nebot M, Sabater E, Brnansó F. Efectividad de la Educación Hospitalaria de Enfermería para la Deshabituación Tabáquica. 5º Congreso Internacional de Cardiología por Internet. Federación Argentina de Cardiología; 2007.
- Sanz B et al. Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. Atención Primaria. 2006; 37(5):266-72.

Resumen: En octubre de 2014, un enfermero del centro de salud de Villarrubia inició una consulta de deshabituación tabáquica para facilitar el abandono y disminuir barreras de accesibilidad. Este estudio evalúa los resultados de la intervención (un 39% de los que siguieron el programa seguía sin fumar en el momento del estudio) y describe a la población atendida (mayoritariamente hombres de 35 a 45 años). Las enfermeras son los profesionales de Atención Primaria mejor capacitados para llevar adelante esta consulta, por sus habilidades en modificación de conductas de salud, así como por ser más costo/efectivas.

Palabras Clave: Cese del Uso del Tabaco; Rol de la Enfermera; Centros de Salud.

Introducción-justificación:

El consejo de abandono de tabaco de manera oportunista en consulta se considera una herramienta de prevención costo/efectiva para muchas enfermedades. Cuando el fumador solicita ayuda para dejar de fumar, con frecuencia se le deriva a la Unidad de Deshabituación Tabáquica del Hospital. Esto supone una barrera de acceso, sobre todo en personas activas laboralmente, por los horarios y la distancia hasta el Hospital.

Desde octubre de 2014, se creó una consulta de deshabituación en la Zona Básica de Villarrubia para facilitar el abandono del tabaco al eliminar barreras de accesibilidad. Se ofrece a los usuarios horarios de atención de mañana y de tarde en el centro de salud de Villarrubia, que atiende las poblaciones de Villarrubia de los Ojos y Las Labores. La captación se realiza de forma oportunista por los sanitarios, y más adelante las personas incluidas en el programa lo difunden "boca a oído". Un enfermero del centro es el responsable directo del programa, realiza la valoración inicial y escoge el tratamiento (farmacológico y psicológico) según el perfil del fumador. El enfermero acompaña a las personas incluidas en el programa, siguiendo un esquema estándar de deshabituación tabáquica, hasta los 12 meses de abstinencia o hasta la recaída. Se realizan consultas presenciales al inicio, que posteriormente pueden combinarse con consultas telefónicas según la disponibilidad del usuario.

Este estudio pretende evaluar los resultados de la intervención y describir a la población que se acercó a este programa.

Objetivos:

Objetivo general: Cuantificar fumadores que abandonan el hábito y aquellos que continúan fumando después de la intervención.

Objetivo secundario: Describir la población fumadora que accede al programa.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de toda la población atendida en la Consulta de Deshabituación del Tabaco del centro de salud de Villarrubia entre los meses de octubre de 2014 y junio de 2015.

Criterios de inclusión: fumadores activos de la Zona Básica de Salud de Villarrubia (Villarrubia de los Ojos y Las Labores) que desean dejar de fumar en el plazo de 30 días.

Criterios de exclusión: fumadores activos adictos a otras sustancias y/o personas con enfermedades psiquiátricas (ambos son derivados a la Unidad de Deshabituación Tabáquica del HGUCR). También se consideraron como excluidas a aquellas personas que solicitaron entrar en el programa y no acudieron a la primera cita.

Variables de estudio:

Edad, sexo, presencia/ausencia de intentos previos de abandono, causa de la recaída en el último intento, cigarros/día fumados en el último mes, tratamiento farmacológico usado en el momento actual, personas abstinentes y personas que siguen fumando después de la intervención. Dentro de esta última variable distinguimos entre aquellos que dejaron de fumar en el día marcado (día D) y aquellos que no dejaron de fumar en ningún momento.

Se recogieron los datos de las historias clínicas (Consulta Clínica-Turriano, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) de las personas que acudieron a la consulta. Se hizo análisis descriptivo usando Excel 2008.

Resultados:

Entre los meses de octubre de 2014 y junio de 2015, 45 personas solicitaron cita previa para la consulta de abandono de tabaco en el centro de salud de Villarrubia de los Ojos. El 60% eran hombres, y los tramos de edad más frecuentes fueron los de 36 a 45 años (37,7%) y de 56 a 60 años (17,78%).

Fueron excluidos 14 individuos (31,1%), siendo el motivo de exclusión más frecuente el hecho de no acudir a la primera cita marcada, seguido de la presencia de patología psiquiátrica.

De entre la población incluida, el 47% ya intentaron dejar de fumar anteriormente. Las principales causas de recaída fueron: situaciones de estrés (13%) seguidas de recaídas durante fiestas (7%) y de conductas de flirteo con el tabaco (7%). Predominan los fumadores con un consumo moderado (1 a 10 cigarros, 22.6%) o medio (11 a 20 cigarros, 25.8 %).

El medicamento de apoyo más prescrito fue la Vareciclina (35%), seguido de los chicles de Nicotina (26%) y la combinación de chicles con parches de Nicotina (16%). La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) fue el grupo farmacológico más prescrito (42%).

De entre los individuos incluidos, el 61,3% siguió fumando después de la intervención, bien por recaída (53%) o bien porque nunca dejaron de fumar (47%) a pesar de haber fijado en consulta un día para dejar de fumar (día D).

El 38,7% de los incluidos siguen abstinentes al tabaco en el momento del estudio (1 de agosto de 2015). De estos, 3 personas llevan más de 9 meses sin fumar, 5 llevan 2 meses sin fumar y el resto (5 personas) entre 3 y 5 meses.

Discusión:

Las personas que se acceden a la consulta para dejar de fumar son sobre todo hombres de 35 a 45 años. Esto nos hace pensar que el crear una Consulta de Deshabituación Tabáquica en la localidad, con horarios flexibles y atención telefónica ha permitido que se acerque población laboralmente activa que no iría a esa misma consulta en el Hospital por la barrera de la distancia y los horarios.

¿El hecho de eliminar barreras para acceder a la consulta aumenta el abandono? De las 45 personas que se citaron, 6 no acudieron a la primera visita. De las 31 personas incluidas en la intervención, 9 no dejaron de fumar en ningún momento. Sólo 12 de los 45 fumadores iniciales

se mantiene sin fumar en el momento del estudio. Sospechamos que una parte de los usuarios se acercó por la consulta buscando que alguien le ayude a dejar de fumar sin esfuerzos, porque era fácil citarse y la consulta estaba cerca, pero no tenemos datos para decir que aumenta el abandono al disminuir barreras.

Conclusiones:

A la consulta de deshabituación tabáquica implantada por enfermería en el centro de salud acudieron mayoritariamente hombres de 35 a 45 años. De entre los incluidos, la mayoría tenía un perfil de consumo bajo o moderado, y casi la mitad habían intentado dejar de fumar en alguna ocasión. Los tratamientos más usados fueron la Terapia Sustitutiva con Nicotina y la Vareciclina. Un 39% de los que siguieron el programa seguía sin fumar en el momento del estudio, mientras que el 61% restante fumaba. De estos últimos, un 51% nunca llegó a dejar el tabaco.

Creemos que disminuir las barreras para el acceso a una consulta de abandono de tabaco, animó a una parte de la población a intentar dejar de fumar, pero no tenemos datos para confirmarlo.

Por los resultados de la intervención realizada por un enfermero, pensamos que las enfermeras son los profesionales de Atención Primaria mejor capacitados para llevar adelante esta consulta, por sus habilidades en modificación de conductas de salud, así como por ser más costo/efectivas.

Bibliografía:

1. Pericás J, Girauta H, Bennasar M, González S. Intervención enfermera de deshabituación tabáquica en Atención Primaria. *Metas de enfermería*. 2007; 10(5):20-24.
2. Parellada N, Rodrigo C, González B, Ruiz E. Evaluación del programa de Enfermería de deshabituación tabáquica. *Metas de enfermería*, 2005; 8 (10):51-55.
3. Sanz B et al. Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Atención Primaria*. 2006; 37(5):266-72.
4. Nebot M, Sabater E, Briansó F. Efectividad de la Educación Hospitalaria de Enfermería para la Deshabituación Tabáquica. 5º Congreso Internacional de Cardiología por Internet. Federación Argentina de Cardiología; 2007.

Capítulo LXXVII

Evaluación de un programa de tratamiento anticoagulante en un centro de salud

Autores:

Antonia Rianza García

Ángel Santiago García Sánchez

Julia García Calvo

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES:

INTRODUCCION

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha supuesto una mejora notable en el pronóstico de los pacientes con enfermedad tromboembólica, en la prevención de embolismos sistemáticos y en la implantación de prótesis en el aparato circulatorio.

En España, el anticoagulante oral más ampliamente utilizado es el acenocumarol (Sintrom®); este fármaco requiere un control analítico periódico indispensable, ya que la respuesta a una misma dosis es individual e inestable en un mismo paciente, además de tener un estrecho margen terapéutico, por lo que el paciente no se encuentra bien controlado durante todo el tiempo.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio: Se trata de un estudio observacional y descriptivo para conocer el perfil y la idoneidad de anticoagulación de los usuarios con TAO

Población de estudio: Pacientes anticoagulados en un centro de salud con una población de referencia de 28.000 pacientes.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes con TAO independientemente de la patología que recomendaba su uso.

Criterios de exclusión: Pacientes con TAO desplazados durante más de 3 meses del área básica de salud y pacientes con ingresos en centros sanitarios o sociosanitarios.

Variables: Sociodemográficas (Edad, sexo, tiempo de tratamiento) y clínicas (Diagnóstico médico motivo del TAO y valor de INR)

Se consideró inestabilidad de INR si igual o más del 50% de los valores estaban fuera de rango

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 354 pacientes en tratamiento con acenocumarol de los cuales el 46% (163) fueron hombres y el 54% (191) fueron mujeres. (Figura 1)

Las diferentes patologías por las que estaban en tratamiento se pueden ver en la Figura 2.

La edad media de los hombres se situó en 73,6±12,4 y la de las mujeres en 77,2±12,4; p=0,001.

El tiempo medio de tratamiento de la muestra fue de 85,2±63,8 meses. No hubo diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta al tiempo de tratamiento p=0,3. (Tabla 1)

Respecto a la inestabilidad global del INR, un 61% (216) se encontraban fuera de rango. (Tabla 2)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la inestabilidad del INR entre hombres y mujeres, p=0,9 (Tabla 3) ni tampoco se encontró relación entre la inestabilidad y las diferentes patologías, p=0,6. (Tabla 4)

CONCLUSIONES

La fibrilación auricular es el diagnóstico médico mayoritario motivo del TAO. La franja de edad de los usuarios se sitúa en su mayoría por encima de los 75 años.

El 61% de los pacientes en TAO se encuentran fuera de rango terapéutico de INR.



OBJETIVO

Conocer el perfil de los usuarios en tratamiento anticoagulante controlados en un centro de salud.

Evaluar la idoneidad de la anticoagulación en pacientes en tratamiento con Acenocumarol.



Figura 1

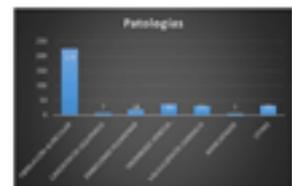


Figura 2

Análisis de datos: En primer lugar, se utilizó porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas.

En segundo lugar, se realizó estadística inferencial, (Chi²) para variables cualitativas y Test de U de Mann Whitney para las variables cuantitativas). Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 23.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% (p<0,05).

Aspectos Éticos: Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio.

SEXO	MEDIA±DS	VALOR P
HOMBRE	88,9±65,4	0,3
MUJER	82,±62,5	

Tabla 1

INR EN RANGO	TEST 1	TEST 2	TEST 3	TEST 4
SI	61,6% (218)	57,7 (190)	46% (163)	39% (138)
NO	38,4 (136)	46,3 (164)	54% (191)	61% (216)

Tabla 2

INR EN RANGO	HOMBRE	MUJER	VALOR P
SI	46,4% (64)	53,6% (74)	0,9
NO	45,8%(99)	54,2% (216)	

Tabla 3

PATOLOGIA		TOTAL TEST		Total
		SI	NO	
FIBRILACION AURICULAR		87	137	224
		63,0%	63,4%	63,3%
CARDIOPATIA ISQUEMICA		2	5	7
		1,4%	2,3%	2,0%
EMBOLISMO PULMONAR		8	10	18
		5,8%	4,6%	5,1%
TRICOMIOSIS VENOSA PROFUNDA		15	21	36
		10,9%	9,7%	10,2%
VALVULOPATIA CARDIACA		12	19	31
		8,7%	8,6%	8,6%
MARCAPASOS		0	5	5
		0,0%	2,3%	1,4%
OTRAS		14	19	33
		10,1%	8,6%	9,3%
Total		138	216	354
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4

Resumen: El tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha supuesto una mejoría notable en el pronóstico de los pacientes con enfermedad tromboembólica. Se ha realizado un estudio observacional y descriptivo para conocer el perfil y la idoneidad de anticoagulación de los usuarios con TAO en un centro de salud con una población asignada de 26.000 personas, obteniéndose como principales resultados que la fibrilación auricular es el diagnóstico médico mayoritario motivo del TAO y que el 61% de los pacientes en TAO se encuentran fuera de rango terapéutico de INR.

Palabras Clave: Anticoagulación; Rango terapéutico; Atención Primaria.

Introducción:

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha supuesto una mejoría notable en el pronóstico de los pacientes con enfermedad tromboembólica, en la prevención de embolismos sistemáticos y en la implantación de prótesis en el aparato circulatorio. En España, el anticoagulante oral más ampliamente utilizado es el acenocumarol (Sintrom®); este fármaco requiere un control analítico periódico indispensable, ya que la respuesta a una misma dosis es individual e inestable en un mismo paciente, además de tener un estrecho margen terapéutico, por lo que el paciente no se encuentra bien controlado durante todo el tiempo.

Objetivos:

Conocer el perfil de los usuarios en tratamiento anticoagulante controlados en un centro de salud y evaluar la idoneidad de la anticoagulación en pacientes en tratamiento con Acenocumarol.

Material y métodos:

Se trata de un estudio observacional y descriptivo para conocer el perfil y la idoneidad de anticoagulación de los usuarios con TAO en un centro de salud con una población de referencia de 26.000 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes con TAO independientemente de la patología que recomendaba su uso y los criterios de exclusión, pacientes con TAO desplazados durante más de 3 meses del área básica de salud y pacientes con ingresos en centros sanitarios o sociosanitarios. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, sexo, tiempo de tratamiento) y clínicas (Diagnóstico médico motivo del TAO y valor de INR), considerándose inestabilidad de INR si igual o más del 50% de los valores estaban fuera de rango.

Se utilizaron porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En segundo lugar, se realizó estadística inferencial, (Chi² para variables cualitativas y Test de U de Mann Whitney para las variables cuantitativas). Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 23.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p > 0,05$).

Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio.

Resultados:

Se obtuvo una muestra total de 354 pacientes en tratamiento con acenocumarol de los cuales el 46% (163) fueron hombres y el 54% (191) fueron mujeres.

La principal patología por las que estaban en tratamiento fue fibrilación auricular (224) seguida de trombosis venosa profunda (36), otras (33), valvulopatía cardiaca (31), embolismo pulmonar (18), cardiopatía isquémica (7) y marcapasos (5)

La edad media de los hombres se situó en 73,6+12,4 y la de las mujeres en 77,2+12,4; $p=0,001$.

El tiempo medio de tratamiento de la muestra fue de 85,2+63,8 meses. No hubo diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta al tiempo de tratamiento $p=0,3$.

Respecto a la inestabilidad global del INR, un 61% (216) se encontraban fuera de rango.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la inestabilidad del INR entre hombres y mujeres, $p=0,9$ (Tabla 3) ni tampoco se encontró relación entre la inestabilidad y las diferentes patologías, $p=0,6$.

Conclusiones:

La fibrilación auricular es el diagnóstico médico mayoritario motivo del TAO.

La franja de edad de los usuarios se sitúa en su mayoría por encima de los 75 años.

El 61% de los pacientes en TAO se encuentran fuera de rango terapéutico de INR.

Bibliografía:

1. Arribas L, Rodríguez T, Bravo P, Gía C, Revelles F. Anticoagulación oral en un Centro de Salud Urbano. Resultados del primer año. Aten Primaria. 2002;29:338-42.
2. Nuin Villanueva MA, Arroyo Anies MP, Yurss Arruga I. Evaluación del programa piloto de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Med Clin (Barc). 2005;124:326-31.
3. Alonso R, Barroso C, Álvarez I. Situación actual del control de la anticoagulación oral en atención primaria. Aten Primaria. 1999;3:127-33.
4. Puche N, Alonso R, Gordillo F. El tratamiento anticoagulante oral y su manejo en atención primaria. FMC. 1996;10:691-7.

Capítulo LXXVIII

Evidencia sobre la realización conjunta de alumbramiento dirigido y pinzamiento tardío del cordón umbilical

Autores:

Ana María Arriaga Rodríguez

Ester Barrilero Fernández

Beatriz Magro Del Pozo

Esther María Rodrigo Marín

Ana Rubio Álvarez

EVIDENCIA SOBRE LA REALIZACIÓN CONJUNTA DE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL

INTRODUCCIÓN

La realización de un manejo activo de la tercera etapa del parto es una práctica bien documentada y respaldada por las sociedades científicas dada la evidencia de que disminuye el riesgo de HPP, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de esta etapa. Si bien tradicionalmente se ha definido el pinzamiento precoz del cordón umbilical como uno de los componentes del alumbramiento dirigido, también queda demostrado que el pinzamiento tardío del cordón umbilical, que es el que se realiza cuando el cordón ha dejado de latir o cuando han transcurrido 2-3 minutos desde el nacimiento, aporta destacables beneficios al recién nacido.

OBJETIVO

Conocer las recomendaciones que aporta la evidencia científica en cuanto a la realización conjunta de alumbramiento dirigido y pinzamiento tardío del cordón umbilical.

MÉTODO

Diseño: Revisión bibliográfica de estudios observacionales, ensayos clínicos y GPC.
Sin restricción de idioma.
Sin restricción temporal.
Bases: Cochrane, Joanna Briggs, Pubmed, Embase, Enfispo, Cuiden, Tripdatabase, Cinalh y Scopus.
Estrategia de búsqueda: umbilical cord clamping AND active management AND third stage of labour.

RESULTADOS

Componentes del alumbramiento dirigido, tradicionalmente:

- Administración profiláctica de uterotónico, preferentemente oxitocina inmediatamente después del parto (la SEGO recomienda administrarlo a la salida del hombro anterior).
- Pinzamiento precoz y corte del cordón umbilical.
- Tracción controlada de CU para extracción de la placenta.

Pinzamiento tardío:

- Prevención de anemia ferropénica.
- Disminución del riesgo de anemia ferropénica durante el primer año de vida.
- Mejora la adaptación a la vida extrauterina.
- Prevención de encefalopatía isquémica y la sepsis de aparición tardía.

VS

Pinzamiento precoz:

- Interferencia en la transición al nuevo ambiente tras el nacimiento.
- Privación al RN de un volumen sanguíneo importante.

Dados los beneficios, por un lado del manejo activo del alumbramiento y de la realización de pinzamiento tardío del cordón umbilical, la evidencia recomienda la realización de alumbramiento dirigido con los siguientes componentes:

- Administración de oxitocina como uterotónico tras el parto, y antes de que transcurra un minuto del nacimiento (FAME, OMS, ICM, FIGO).
- El cordón umbilical no deberá pinzarse con latido en un RN saludable, sino una vez cesen las pulsaciones o han transcurrido 2-3 minutos del nacimiento.
- Actualmente no está recomendada la aplicación de tracción controlada de CU como parte del manejo activo.

CONCLUSIONES

La evidencia científica y las recomendaciones de organizaciones y sociedades como la OMS, FIGO, ICM, SEGO, FAME, Ministerio de Sanidad, abogan por la utilización de un manejo activo del alumbramiento junto con un medio fisiológico de tratar el cordón umbilical mediante el pinzamiento tardío del mismo, pudiendo obtener así mejores resultados maternos y neonatales en este tercer periodo del parto.

Resumen: *El alumbramiento dirigido disminuye el riesgo de hemorragia postparto (HPP), la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de esta tercera etapa del parto.*

Aunque tradicionalmente se ha definido el pinzamiento precoz del cordón umbilical (CU) como uno de los componentes del alumbramiento dirigido, también queda demostrado que el pinzamiento tardío aporta destacables beneficios al recién nacido.

Es por esto que el objetivo de este trabajo es conocer las recomendaciones que aporta la evidencia científica en cuanto a la realización conjunta de alumbramiento dirigido y pinzamiento tardío del cordón umbilical.

Palabras Clave: *Umbilical cord clamping; Active management; Third stage of labour.*

La realización de un manejo activo de la tercera etapa del parto es una práctica bien documentada y respaldada por las sociedades científicas dada la evidencia de que disminuye el riesgo de HPP, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de esta etapa.

Los componentes del alumbramiento dirigido han sido tradicionalmente:

- Administración profiláctica de uterotónico, preferentemente oxitocina (primera opción; como segunda opción estarían los alcaloides ergóticos como la ergotamina y la sintometrina, como tercera opción el misoprostol pero que se usa como tratamiento de la HPP no como profilaxis, y también se encuentra la carbetocina. Estas otras opciones presentan más efectos adversos que la oxitocina. Algunos estudios hablan de 10 UI de oxitocina IM y la GPC para la atención al parto normal recomienda la administración de 10 UI IV), inmediatamente después del parto (la SEGO recomienda administrarlo a la salida del hombro anterior).
- Pinzamiento precoz y corte del cordón umbilical.
- Tracción controlada.

Por otro lado, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, que es el que se realiza cuando el cordón ha dejado de latir o cuando han transcurrido 2-3 minutos desde el nacimiento, aporta destacables beneficios al recién nacido, entre ellos la prevención de anemia ferropénica, con niveles de hematocrito, hemoglobina y ferritina significativamente mayores a los tres meses postparto; incrementa los depósitos de hierro disminuyendo el riesgo de anemia por déficit de hierro durante el primer año de vida; mejor adaptación a la vida extrauterina ya que hasta que se inicia la respiración espontánea el nivel óptimo de oxigenación está asegurado mediante la circulación feto-placentaria. Además de prevenir la incidencia de encefalopatía isquémica así como de sepsis de aparición tardía, entre otros beneficios.

Como contraindicación del pinzamiento tardío se encuentran los casos de CIR ya que existe riesgo de policitemia inducida por la hipoxia. Para otras posibles contraindicaciones (Madre Rh negativo, parto prematuro, diabetes, madre VIH+, DSCU) se requiere de más investigaciones.

Entre los inconvenientes que se han descrito del pinzamiento tardío se encuentran la posibilidad de aumentar la morbilidad neonatal por un volumen sanguíneo excesivo, policitemia e hiperbilirrubinemia con ictericia sintomática, aunque según otros estudios esa hiperbilirrubinemia requeriría del mismo tratamiento que la que se produce por un pinzamiento precoz, además el volumen sanguíneo neonatal aumentado por la transfusión parece que es bien tolerado y compensado por el mismo y esta condición hematológica parece ser benigna.

Mientras que con un pinzamiento precoz, inmediatamente tras el nacimiento, puede interferirse esa transición al nuevo ambiente, pudiendo ocasionar una mayor dificultad respiratoria, y además el bebé se ve privado de un volumen sanguíneo importante con la consiguiente hipovolemia que esto podría conllevar.

Es por esto, que dados los beneficios por un lado del manejo activo del alumbramiento y de la realización de pinzamiento tardío del cordón umbilical, y tras revisar detalladamente la literatura al respecto, la evidencia recomienda la realización de alumbramiento dirigido con los siguientes componentes:

- Administración de oxitocina como uterotónico tras el parto, y antes de que trascurra un minuto del nacimiento (FAME, OMS, ICM, FIGO).
- El cordón umbilical no deberá pinzarse con latido en un RN saludable, sino una vez cesen las pulsaciones o hayan transcurrido 2-3 minutos del nacimiento. Actualmente no está recomendada la aplicación de tracción controlada de CU como parte del manejo activo.

Si bien tradicionalmente se ha definido el pinzamiento precoz del cordón umbilical como uno de los componentes del alumbramiento dirigido, la evidencia científica y las recomendaciones de organizaciones y sociedades como la OMS, FIGO, ICM, SEGO, FAME, Ministerio de Sanidad, abogan por la utilización de un manejo activo del alumbramiento junto con un medio fisiológico de tratar el cordón umbilical mediante el pinzamiento tardío del mismo, pudiendo obtener así mejores resultados maternos y neonatales en este tercer periodo del parto.

Bibliografía:

1. Begley CM, Gyte GML, Murphy DJ, Devane D, McDonald SJ, McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No: CD007412
2. Laínez B, Bergel E, Cafferata ML, Belizán JM. ¿Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(1): 14-21
3. WHO. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Making Pregnancy Safer. Ginebra: WHO, 2006.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
5. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. September, 2007.

Capítulo LXXVIX

Expectativas del personal de enfermería ante el uso de antipsicóticos inhalados en pacientes agitados

Autores:

María De La Cruz Medina Romero

Beatriz Ortega Moreno

Lucía Ramírez Baena

EXPECTATIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL USO DE ANTIPSICÓTICOS INHALADOS EN PACIENTES AGITADOS

Introducción:

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional. Nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y los profesionales que le atienden. Es recomendable tener previstas pautas de actuación, como la contención verbal (primer paso para intentar controlar la conducta del paciente), la contención farmacológica y la contención física, utilizando cada medida como fracaso de la anterior. Los fármacos más utilizados son antipsicóticos y benzodiacepinas, que se administrarán vía oral si el paciente se muestra colaborador, o vía intramuscular en caso de agitación significativa y difícil manejo del paciente.

Recientemente, es aprobado un antipsicótico inhalado en los EE.UU. y la Unión Europea para su uso en el tratamiento agudo de la agitación en pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia.

La loxapina es un agente antipsicótico bien establecido, de primera generación, presentada en polvo para la inhalación, administrada por un único dispositivo de dosis única. Las concentraciones máximas en plasma se alcanzan en una mediana de 2 min. En dos ensayos aleatorios, doble ciego, multicéntricos, controlados con placebo, la loxapina inhalada 5 o 10 mg redujo significativamente la agitación en pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia, con efecto significativo a los 10 min de administración. La loxapina inhalada fue generalmente bien tolerada, presentándose como efectos adversos disgeusia y sedación. Está contraindicada en pacientes con enfermedad pulmonar asociada a broncoespasmos o signos o síntomas respiratorios agudos.

Las Enfermeras Especialistas en Salud Mental, principales intervinientes en el paciente agitado, se muestran reticentes al uso de la vía inhalatoria en caso de agitación y dudan de la efectividad del mismo, por lo que se decide llevar a cabo el siguiente estudio. El objetivo es analizar las expectativas del personal de Enfermería ante el uso de antipsicóticos inhalados en pacientes agitados.

Participantes:

El ámbito de estudio es la Atención Especializada en Salud Mental, siendo la población diana las Enfermeras Especialistas en Salud Mental. El método de muestreo empleado según el número de muestras recogidas es un muestreo simple no probabilístico, en el que se escoge una sola muestra. Y según la forma de seleccionar los elementos de la muestra, se realiza un Muestreo Accidental y Voluntario. Se tuvo en cuenta en el tamaño muestral la corrección de abandonos, estimando las pérdidas entre un 10 y un 15% (0,10 y 0,15). Por lo tanto, se utilizó una muestra de 44 personas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión (ser Enfermeras Especialistas en Salud Mental y pertenecer al ámbito de estudio) y que aceptaron participar en el estudio firmando un consentimiento informado ad-hoc. También se respetarán todas las Consideraciones Éticas de Helsinki-Seúl 2008.

Método:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Una vez seleccionada la muestra, se les entregó un cuestionario ad-hoc para que lo rellenaran de forma anónima, con las siguientes variables:

-Variables sociodemográficas: Sexo, Edad y Años de Experiencia Profesional en Salud Mental.

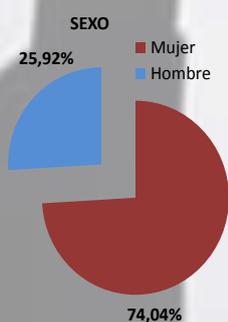
-Variables dependientes con respecto a la loxapina: Conocimiento/Desconocimiento de la existencia del fármaco, Utilizado/No utilizado en la práctica asistencial, Facilidad/No facilidad para la administración del fármaco, Efectividad/No efectividad del fármaco en el paciente agitado, que se miden en las Preguntas 1, 2, 3 y 4 del cuestionario ad-hoc.

-Variable independiente: Expectativas del personal de Enfermería ante el uso de antipsicóticos inhalados en pacientes agitados.

La recogida de datos se llevó a cabo por los autores del estudio a través del recuento y análisis de resultados de los cuestionarios ad-hoc. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados:

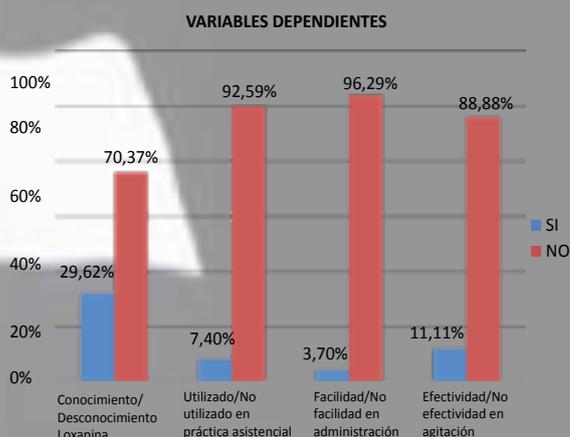
En lo referente a la variable Sexo, mostrado en la gráfica 1, de los 44 participantes, 25,92% fueron hombres y 74,04 mujeres. Respecto a la variable Edad y la variable Años de Experiencia Profesional en Salud Mental, medidas ambas en años y representadas en la gráfica 2, se obtuvo una distribución con predominancia de 30 años para la Edad y 10 años para la Experiencia Profesional. Para las variables dependientes, representadas en la gráfica 3, casi el 30% conoce la loxapina pero solo un 7,40% lo ha utilizado en la práctica asistencial. Un 3,70% cree que es fácil de usar, frente a un 96,29% que ven dificultades en su administración. Finalmente, solo un 11,11% cree que sea un fármaco efectivo en caso de agitación psicomotriz.



Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3

Conclusiones:

La loxapina inhalada proporciona una opción terapéutica novedosa y efectiva, según los últimos estudios, combinando un inicio rápido de efecto con una ruta no invasiva de administración.

Se necesita de la colaboración del paciente para la administración, a veces imposible en la agitación psicomotriz. Quizás sea este el factor más importante que hace que las Enfermeras Especialistas en Salud Mental se muestren reticentes y poco expectantes al uso de este antipsicótico por vía inhalatoria.

Un 70% desconocen el fármaco y más del 80% no creen en la efectividad del fármaco a pesar de no haberlo utilizado en la práctica asistencial. Estas expectativas por parte del personal de enfermería se pueden mejorar dando a conocer el fármaco, realizando talleres para el manejo del mismo en el paciente agitado y que se extienda la práctica en el medio asistencial.



Resumen: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo en Atención Especializada en Salud Mental, dirigido a las Enfermeras Especialistas en Salud Mental. El objetivo fue analizar las expectativas del personal de Enfermería ante el uso de antipsicóticos inhalados en pacientes agitados. Para ello se diseñó un cuestionario ad-hoc que midiera las siguientes variables: conocimiento del fármaco, si lo habían utilizado, facilidad en la administración y efectividad observada en casos de agitación.

Un 70% desconocen el fármaco y más del 80% no creen en la efectividad del fármaco a pesar de no haberlo utilizado en la práctica asistencial.

Palabras Clave: Agitación Psicomotora; Enfermería; Loxapina.

Introducción:

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional. Nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y los profesionales que le atienden. Es recomendable tener previstas pautas de actuación, como la contención verbal (primer paso para intentar controlar la conducta del paciente), la contención farmacológica y la contención física, utilizando cada medida como fracaso de la anterior. Los fármacos más utilizados son antipsicóticos y benzodiazepinas, que se administrarán vía oral si el paciente se muestra colaborador, o vía intramuscular en caso de agitación significativa y difícil manejo del paciente.

Recientemente, es aprobado un antipsicótico inhalado en los EE.UU. y la Unión Europea para su uso en el tratamiento agudo de la agitación en pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia.

La loxapina es un agente antipsicótico bien establecido, de primera generación, presentada en polvo para la inhalación, administrada por un único dispositivo de dosis única. Las concentraciones máximas en plasma se alcanzan en una mediana de 2 min. En dos ensayos aleatorios, doble ciego, multicéntricos, controlados con placebo, la loxapina inhalada 5 o 10 mg redujo significativamente la agitación en pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia, con efecto significativo a los 10 min de administración. La loxapina inhalada fue generalmente bien tolerada, presentándose como efectos adversos disgeusia y sedación. Está contraindicada en pacientes con enfermedad pulmonar asociada a broncoespasmos o signos o síntomas respiratorios agudos.

Las Enfermeras Especialistas en Salud Mental, principales intervinientes en el paciente agitado, se muestran reticentes al uso de la vía inhalatoria en caso de agitación y dudan de la efectividad del mismo, por lo que se decide llevar a cabo el siguiente estudio. El objetivo es analizar las expectativas del personal de Enfermería ante el uso de antipsicóticos inhalados en pacientes agitados.

Participantes:

El ámbito de estudio es la Atención Especializada en Salud Mental, siendo la población diana las Enfermeras Especialistas en Salud Mental.

El método de muestreo empleado según el número de muestras recogidas es un muestreo simple no probabilístico, en el que se escoge una sola muestra. Y según la forma de seleccionar los elementos de la muestra, se realiza un Muestreo Accidental y Voluntario. Se tuvo en cuenta en el tamaño muestral la corrección de abandonos, estimando las pérdidas entre un 10 y un 15% (0,10 y 0,15). Por lo tanto, se utilizó una muestra de 44 personas que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión (ser Enfermeros Especialistas en Salud Mental y pertenecer al ámbito de estudio) y que aceptaron participar en el estudio firmando un consentimiento informado ad-hoc. También se respetarán todas las Consideraciones Éticas de Helsinki-Seúl 2008.

Método:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Una vez seleccionada la muestra, se les entregó un cuestionario ad-hoc para que lo rellenaran de forma anónima, con las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: Sexo, Edad y Años de Experiencia Profesional en Salud Mental.
- Variables dependientes con respecto a la loxapina: Conocimiento/Desconocimiento de la existencia del fármaco, Utilizado/No utilizado en la práctica asistencial, Facilidad/No facilidad para la administración del fármaco, Efectividad/No efectividad del fármaco en el paciente agitado, que se miden en las Preguntas 1, 2, 3 y 4 del cuestionario ad-hoc.
- Variable independiente: Expectativas del personal de Enfermería ante el uso de antipsicóticos inhalados en pacientes agitados.

La recogida de datos se llevó a cabo por los autores del estudio a través del recuento y análisis de resultados de los cuestionarios ad-hoc. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados:

En lo referente a la variable Sexo, mostrado en la gráfica 1, de los 44 participantes, 25,92% fueron hombres y 74,04 mujeres. Respecto a la variable Edad y la variable Años de Experiencia Profesional en Salud Mental, medidas ambas en años y representadas en la gráfica 2, se obtuvo una distribución con predominancia de 30 años para la Edad y 10 años para la Experiencia Profesional. Para las variables dependientes, representadas en la gráfica 3, casi el 30% conoce la loxapina pero solo un 7,40% lo ha utilizado en la práctica asistencial. Un 3,70% cree que es fácil de usar, frente a un 96,29% que ven dificultades en su administración. Finalmente, solo un 11,11% cree que sea un fármaco efectivo en caso de agitación psicomotriz.

Conclusiones:

La loxapina inhalada proporciona una opción terapéutica novedosa y efectiva, según los últimos estudios, combinando un inicio rápido de efecto con una ruta no invasiva de administración. Se necesita de la colaboración del paciente para la administración, a veces imposible en la agitación psicomotriz. Quizás sea este el factor más importante que hace que las Enfermeras Especialistas en Salud Mental se muestren reticentes y poco expectantes al uso de este antipsicótico por vía inhalatoria.

Un 70% desconocen el fármaco y más del 80% no creen en la efectividad del fármaco a pesar de no haberlo utilizado en la práctica asistencial. Estas expectativas por parte del personal de enfermería se pueden mejorar dando a conocer el fármaco, realizando talleres para el manejo del mismo en el paciente agitado y que se extienda la práctica en el medio asistencial.

Bibliografía:

1. Citrome L. Aerosolised antipsychotic assuages agitation: inhaled loxapine for agitation associated with schizophrenia or bipolar disorder. 2011 Mar; 65(3): 330-40.
2. Keating GM. Loxapine inhalation powder: a review of its use in the acute treatment of agitation in patients with bipolar disorder or schizophrenia. CNS Drugs. 2013 Jun; 27 (6): 479-489.
3. Currier G, Walsh P. Safety and Efficacy Review of Inhaled Loxapine for Treatment of Agitation. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2013; 7: 25-32.

Capítulo LXXX

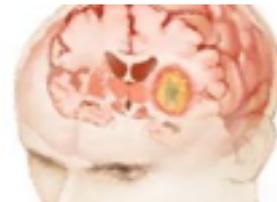
Experiencia de una persona con tumor cerebral

Autores:

Cristina Aparisi Cantero

Laia Nicolás Garet

EXPERIENCIA DE UNA PERSONA CON TUMOR CEREBRAL



El desconocimiento de la enfermedad crea inseguridades en la persona y más cuando tienes una serie de síntomas, los cuales no sabes actuar ante ellos. El tumor cerebral está mayormente estudiado en su patología como tal pero, no está tan estudiado según las propias vivencias de la persona.

Manuel tiene Tumor Cerebral (Astrocitoma difuso) y presenta tristeza y sufrimiento al no saber cómo actuar ante los síntomas que se le presentan, sobre todo, la epilepsia.

- Cefaleas generalizadas.
- Vómitos matutinos.
- Disminución agudeza visual.
- Déficit del campo visual.
- Dipsopía.
- Alteraciones auditivas.
- Alteraciones olfativas.
- Pulso y ritmo respiratorio anormales.
- Anorexia.
- Cambios en la personalidad o conducta.
- Reacciones lentas.
- Problemas de memoria.
- Problemas en la marcha.
- Hipocinesia o hipergrafía.
- Ataques de epilepsia.

Según el origen del tumor, aparecerán unos síntomas u otros.

PROCEDENCIA DEL TUMOR:

- Primario: Parénquima del cerebro, meninges, nervios, médula espinal.
- Secundario: Metástasis de otras partes del cuerpo.



ACTUACIÓN ANTE MANUEL: EDUCACION SANITARIA

Desde la atención primaria, se le explica a Manuel todo lo relativo a la patología, que padece junto con los signos y síntomas que se pueden presentar. Para ello se necesitó intervenciones individuales con la finalidad de que Manuel pudiera demostrar más seguridad y confianza en sí mismo.

Identificar los beneficios de la intervención educativa individual con la finalidad de que la persona presente una mayor seguridad, confianza y mejora ante el afrontamiento de su patología y en el abordaje de las crisis convulsivas que se le puedan presentar.

Búsqueda bibliográfica para conocer el estado actual del caso. **Entrevista semiestructurada personalizada** con Manuel y esposa para conocer los déficits de conocimiento presentados y así poder abordar estos a través de **intervenciones educativas individuales**.



Los ataques de epilepsia son un síntoma común en los tumores cerebrales benignos o de lento crecimiento. Según National Cancer Institute, el 70% de los tumores cerebrales primarios y el 40% de los tumores secundarios, cursaran crisis convulsivas durante el curso clínico de la enfermedad. Este síntoma es uno más preocupantes a quienes lo padecen.⁽⁶⁾

Tras la intervención educativa, Manuel se muestra más seguro ante cómo afrontar su vida diaria y ha aprendido a vivir con las crisis convulsivas. Ahora, ya no siente la tristeza que presentaba. Conoce como afrontar los síntomas que se le puedan presentar. Presenta más optimismo ante la vida y no teme las adversidades que le puedan aparecer, a pesar los cuidados que conlleva una persona con Astrocitoma difuso. (tumor maligno de lento crecimiento)



Estudios demuestran que la patología de Tumor Cerebral está estudiada científicamente pero se encuentra una carencia ante estudios sobre las vivencias/experiencias de estas personas. Se trata de una patología compleja la cual se debe abordar desde el punto de vista de los sentimientos de la persona. Es primordial realizar estudios sobre este tema debido a la inexistencia de estos para así, poder mejorar los cuidados de cara a un futuro.

Tras la intervención educativa con Manuel, éste presenta mayor seguridad y confianza en el abordaje de su patología. Por tanto, se demuestra que ante una adecuada intervención educativa, se alejan los déficits de conocimiento y aumenta el bienestar de la persona.

1.Arber A., Faithfull S., Plaskota M., Lucas C., De Vries K. (Enero, 2010). A study of patients with a primary malignant brain tumour and their carers: symptoms and Access to services. *Pubmed*. 2.Benavides Orgaz M., Ales Díaz I., Durán Ogalla G. (Marzo, 2013). Información sobre tipos de cáncer: tumores cerebrales. *Sociedad Española de Oncología Médica*. 3.Boele F.W., Hoeben W., Hilverda K., Lenting J., Galis A.L., Sizoo E.M., Collette E.H., Heimans J.J., Taphoorn M.J., Reijneveld J.C., Klein M. (Febrero, 2013). Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: a randomized controlled trial. *Pubmed*. 4.Ignatavicius, D; Bayne, M. (2000). *Enfermería profesional: enfermería medico quirúrgica*. Volumen 9-10. *McGraw Hill interamericana*. Madrid. 5.Madera A., Monasterio I., Jaraiz A., Cantador R., Sánchez J.C., Varas R. Estudio de casos. 6.National Cancer Institute. (2013) What you need to know about Brain Tumors. 7.Raymond J.C., Webster J., Marquart L. (2013). Intervenciones de información para orientar a los pacientes y a sus cuidadores sobre los centros de atención del cáncer. *Biblioteca Cochrane*.

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO

MÉTODO

RESULTADOS

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: Manuel se encuentra afectado por un Astrocitoma difuso. Presenta epilepsia y no sabe como controlarla, por ello, decide acudir al personal sanitario de comunitaria para poder resolver sus dudas.

Palabras Clave: Tumor cerebral; Epilepsia; Intervención.

Manuel se encuentra triste y presenta sufrimiento por la situación en la que se encuentra. Es una persona afectada de Tumor cerebral, tipo Astrocitoma difuso. Este tipo de tumor puede presentar entre otros signos y síntomas los ataques de epilepsia.

En este caso, Manuel acude a su centro de atención primaria porque le angustia no saber/poder controlar los ataques que sufren.

Por tanto, desde la enfermería del centro se realiza una búsqueda bibliográfica de su patología y se realiza a su vez, una entrevista semiestructurada personalizada a Manuel y su esposa para conocer los déficits de conocimientos presentados.

Tras realizar todo ello, Manuel conoció todos los signos y síntomas que puede presentar y cómo sobrellevarlos ya que ha aprendido a vivir con las crisis convulsivas. Presenta más optimismo ante la vida y no teme por las adversidades que le puedan aparecer respecto a su patología.

A nivel bibliográfico, se aprecia que los ataques de epilepsia son los más preocupantes a las personas que lo padecen.

Por tanto, son importantes las intervenciones educativas respecto a los Tumores cerebrales.

Bibliografía:

1. Arber A., Faithfull S., Plaskota M., Lucas C., De Vries K. (Enero, 2010). A study of patients with a primary malignant brain tumour and their carers: symptoms and Access to services. Pubmed. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20090660>
2. Benavides Orgaz M., Ales Díaz I., Durán Ogalla G. (Marzo, 2013). Información sobre tipos de cáncer: tumores cerebrales. Sociedad Española de Oncología Médica.
3. Obtenido de: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/tumores-cerebrales>
4. Boele F.W., Hoeben W., Hilverda K., Lenting J., Calis A.L., Sizoo E.M., Collette E.H., Heimans J.J., Taphoorn M.J., Reijneveld J.C., Klein M. (Febrero, 2013). Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: a randomized controlled trial. Pubmed. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2321267>
5. Ignatavicius, D; Bayne, M. (2000). Enfermería profesional: enfermería medico quirúrgica. Volumen 9-10. McGraw Hill interamericana. Madrid. Madera A., Monasterio I., Jaraiz A., Cantador R., Sánchez J.C., Varas R. Estudio de casos. Universidad Autónoma de Madrid. Obtenido de: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EstCasos_Trabajo.pdf

Capítulo LXXXI

Factores de riesgo para la obesidad infantil

Autores:

Marta Calvo Giménez

María Teresa Gómez Martín

Mari Paz Granados Navas

Carmen Ruiz García

María Pilar Ruiz García

Beatriz Sánchez Camacho

FACTORES DE RIESGO PARA LA OBESIDAD INFANTIL

INTRODUCCION

Según la OMS, la obesidad es una enfermedad que se caracteriza por un exceso de grasa en el organismo. Se presenta cuando en el niño cuando su peso sobrepasa el 20% del peso ideal. Se ha definido como la epidemia del siglo XXI. Hay una alta probabilidad que el niño obeso se convierta en adulto obeso. Esta enfermedad tiene repercusiones muy importantes sobre la calidad de vida del niño

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de la obesidad en los niños escolarizados en los colegios almagraños de entre 6 a 11 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo transversal que tuvo lugar durante los meses de noviembre a marzo del 2013/14.
- Sujetos del estudio: niños de colegios almagraños de 6 a 11 años de edad. De esta población se extrajo mediante muestreo aleatorio simple a 100 alumnos.
- Método de obtención de información: a través de una encuesta con preguntas referentes a la edad, peso y altura. Y con preguntas cerradas acerca de hábitos de actividad física y hábitos alimentarios

RESULTADOS



Fig 1



Fig 2



Fig 3

- Según los resultados obtenidos, la prevalencia de obesidad infantil en la población estudiada es del 13%, el 20% de los niños tienen sobrepeso y el 3% un peso inferior al recomendado, por lo que el 64% de los niños estudiados se ajustan al peso adecuado según su edad y talla. Fig 1
- Por edades se aprecia que al realizar la media de los percentilos en todas las edades, está se sitúan en el intervalo 50-70 en la gráfica. Se alcanza la media más alta a los 9 años de edad y el más baja a los 11. Fig 2
- Al establecer relación entre obesidad y sexo se realiza la media de los percentilos y no se observan diferencias importantes entre niños y niñas. Fig 3

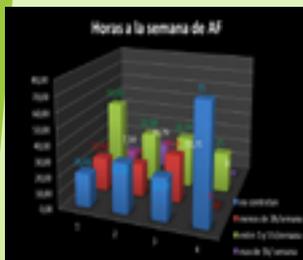


Fig 4

- A los niños de nuestro estudio que realizaban algún tipo de deporte extraescolar se les clasifico según el peso y el número de horas a la semana que hacían ejercicio físico. Podemos observar en la Figura 4 como en el grupo 1 que representa a los obesos, la mitad de los que realizan actividad física los hacen entre tres y cinco horas a la semana.
- Analizando los datos en función del peso del niño y las horas de sedentarismo, obtenemos que los niños con bajo peso son el grupo que menos vida sedentaria realiza, ya que el 100% de los niños que lo forman no practican actividades sedentarias más de cinco horas semanales. Fig 5

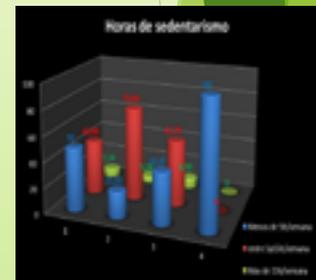


Fig 5

- En la Figura 6 se clasifica a los niños en función del peso y numero de snaks o bollería que comen a la semana. Así el grupo 1 que representa a los obesos es el que mayor consumo de dulces tiene a la semana, ya que 86,17% de los obesos comen bollos más de cinco veces por semana.
- En relación al consumo de frutas, hemos agrupado a los escolares según el peso y las piezas de fruta diarias que consumen. Los niños con bajo peso (2,1%) consumen menos de tres frutas diarias y el mismo porcentaje lo hace entre tres y cinco veces Fig 7



Fig 6



Fig 7

CONCLUSIÓN

En nuestra cohorte de estudio la obesidad es menor que la que aparece en el resto de la bibliografía consultada. Aunque el consumo de bollería y snaks es elevado y el de fruta bastante reducido, las horas de sedentarismo son muy escasas. Los niños y niñas de esta población realizan numerosas actividades al aire libre, ya que el medio rural en el que habitan favorece estas acciones, circunstancia que podría influir en el resultado global de obesidad

Resumen: En los últimos años la obesidad infantil se está incrementado de manera alarmante. Esto nos ha llevado a realizar un estudio a niños de colegios almagraños. Se trata de un estudio descriptivo transversal, en él se ha utilizado como fuente de recogida de información una encuesta cumplimentada por los tutores de los niños.

Además de obtener la prevalencia de obesidad, describimos la posible etiología del problema y los factores que pueden influir en su desarrollo.

La dieta que siguen los escolares no es equilibra ni sana, abusando de las grasas saturadas y prescindiendo del aporte correcto de vitaminas y minerales

Palabras Clave: Obesidad; Factores de riesgo; Alimentación.

La obesidad infantil ha aumentado de forma brusca en los países desarrollados durante los últimos 15 años. Se trata de un proceso metabólico en el que se produce una acumulación de grasa excesiva en relación con el promedio normal. Es decir, la obesidad aparece porque la ingesta de alimento supera el gasto, y el excedente se almacena en el organismo como tejido graso. Para saber si un niño es obeso se tiene en cuenta el índice de masa corporal (IMC), que se calcula con el peso y la altura. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es una enfermedad que se caracteriza por un exceso de grasa en el organismo y se presenta en el niño cuando su peso sobrepasa el 20% del peso ideal. Esta enfermedad tiene repercusiones muy importantes sobre la calidad de vida del niño, aunque a corto plazo no se asocia a tasas de mortalidad elevadas, sí que se considera un factor de riesgo para enfermedades crónica de la vida adulta.

Con nuestro estudio queremos determinar los principales factores que influyen en el desarrollo de esta patología a una edad temprana, ya que su conocimiento puede ayudar a dirigir los esfuerzos hacia la prevención.

Se realizó el estudio con la finalidad de identificar factores que puedan estar asociados con la mala nutrición por exceso en la población infantil de los niños almagraños. Se trata de un estudio descriptivo transversal que tuvo lugar durante los meses de noviembre a marzo.

La población de estudio son los niños y niñas escolarizados en colegios almagraños de 6 a 11 años de edad. Se eligió esta edad porque es cuando se están sentando las bases de los hábitos saludables que perduran a lo largo de toda la vida. De esta población se extrajo mediante muestreo aleatorio simple a 100 alumnos, de los cuales 95 terminaron el estudio; es decir, se perdieron 5 sujetos de la muestra.

La información se obtuvo a través de una encuesta, que fue cumplimentada por los padres o tutores a los cuales se les informó del objetivo del estudio y la forma correcta en la que debía ser rellenada. La encuesta consta de 20 preguntas, la mayor parte de ellas con respuestas cerradas. Solo lo referente a los datos antropométricos del niño son preguntas a contestar con un valor numérico.

El primer grupo de preguntas se refiere a los datos antropométricos del niño. Según los resultados obtenidos, la prevalencia de obesidad infantil en la población estudiada es del 13%, el 20% de los niños tienen sobrepeso y el 3% un peso inferior al recomendado, por lo que el 64% de los niños estudiados se ajustan al peso adecuado según su edad y talla.

El segundo grupo consta de preguntas acerca de la actividad física y sedentaria que el escolar práctica. En este apartado preguntamos sobre: si el niño hace de forma frecuente algún deporte fuera del horario escolar, si es así tipo de deporte y tiempo que emplea en él. Y sobre cuantas horas semanales emplea en niño en actividades sedentarias. La mitad de los niños clasificados como obesos realizan actividad física entre tres y cinco horas a la semana. En cuanto los niños con bajo peso el 25% emplean entre tres y cinco horas semanales al ejercicio.

Respecto a actividades que conllevan promover el sedentarismo, en nuestro estudio se preguntó acerca de las horas que los niños pasan viendo la televisión, jugando con la consola, usando el ordenado ordenador o realizando cualquier otra actividad sedentaria semejante. Del grupo de los obesos el 50% de los niños realizan actividades sedentarias menos de 5 horas a la semana y solo un 7,4% ven la televisión o cualquier otra actividad sedentaria más de quince horas a la semana. Los niños con bajo peso se convierten los que menos vida sedentaria realiza, ya que el 100% de los niños que lo forman no practican actividades sedentarias más de cinco horas semanales.

El tercer grupo de preguntas tienen la finalidad de conocer los hábitos alimentarios de la población a estudio. Se clasificó a los niños en función del peso y número de snacks o bollería que comen a la semana. Así los niños obesos son los que mayor porcentaje tiene en la consumición de dulces a la semana, ya que 86,17% de ellos comen bollos más de cinco veces por semana. Los niños con bajo peso son los que con menos frecuencia consumen bollería y dulces.

En relación al consumo de frutas, preguntamos las piezas de fruta consumidas diariamente. El 10,64% de los niños con obesidad comen menos de tres frutas diarias. Este porcentaje es igual en los niños con sobrepeso. En cuanto a los niños con bajo peso el 2,1% consumen menos de tres frutas diarias el mismo porcentaje consumen entre tres y cinco.

La obesidad tiene en la población de nuestro estudio una prevalencia muy elevada y el sobrepeso aun mayor. Respecto a la actividad física nuestro estudio muestra como un elevado número de obesos practican algún deporte fuera del horario escolar. Esto nos lleva a concluir que ante la dificultad que tiene para los tutores poner a los escolares a dieta, optan por animarlos a practicar deportes. Las horas empleadas por los niños en la práctica de actividades sedentarias no es tan elevado como en otros estudios consultados. Esto se puede explicar porque la población estudiada habita en un medio rural, donde las distancias que los niños pueden recorrer para encontrarse con sus amigos y jugar al aire libre son muy cortas y prácticamente no entrañan ningún peligro.

En cuanto a los hábitos alimentarios de la población estudiada podemos observar como hay un gran consumo de bollería y snacks; frente a un consumo muy reducido de fruta diaria. Esto nos lleva a pensar, que la dieta que están siguiendo los escolares no es equilibrada ni sana, abusando de las grasas saturadas y prescindiendo del aporte correcto de vitaminas y minerales.

Nuestra recomendación es ofrecer a los escolares en el colegio una educación que les permitan adquirir conocimientos, actitudes y creencias adecuadas para establecer conductas saludables y crear condiciones propicias para la salud. Y serán los propios niños los que se encarguen de llevar y transmitir en casa estos conocimientos.

Bibliografía:

1. Victoria I, Dalmau J. Prevalencia de la obesidad en la infancia y la adolescencia. Actividades desde la atención primaria. *Pediatría* 2003; 23 (9): 372-82 (reeditado: *Nutr Clín* 20004; 41[2]: 35-44).
2. Serra Majem LL, Ribas L, Aranceta J. Epidemiología de la obesidad en España. Resultados del estudio EnKid (1998-200). En: *Obesidad infantil y Juvenil. Estudio Enkid*. LL Serra, J Aranceta (eds.). Masson, Barcelona, 2001: 81-108
3. Martínez JR, Polanco I. *El libro blanco de la alimentación escolar*. Madrid: Mc Graw Hill; 2008.
4. Ortega RM, Requejo AM. Introducción a la Nutrición Clínica. En: Requejo Am, Ortega RM (ed). *Nutriguía. Manual de la Nutrición Clínica en Atención Primaria*. Madrid, Editorial Complutense, 2006; 85-93.
5. Dura Trave T. Breakfast among students of compulsory secondary education. *Nutr Hosp* 2002; 17 (4): 189-96.

Capítulo LXXXII

Fiebre mediterránea familiar en pediatría

Autores:

Jezabel Gómez Del Pino

Almudena Sanchez-Elipe Muñoz

Prado Sánchez-Molero Martin

Luis Zapata García

FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR EN EDAD PEDIÁTRICA

INTRODUCCIÓN

La fiebre mediterránea familiar (FMF) es la más frecuente de las enfermedades autoinflamatorias con base genética conocidas.

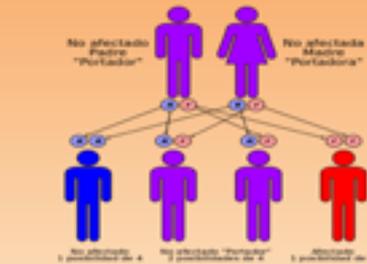
Es una enfermedad rara (afecta a menos de 5/10000 habitantes en Europa).

Generalmente es una mutación del gen autosómico recesivo (MEFV en 16p13.3.) aunque también se han descrito casos de patrón autosómico dominante.

Suelen iniciarse en infancia o adolescencia. Episodios agudos que duran de 1-4 días, con fiebre (brusca y 40º) dolor abdominal generalizado, llegando incluso a terminar en una laparotomía blanca, síntomas musculoesqueléticos (artritis o artralgias) y lesiones cutáneas (placas erisipeloides)

La complicación más importante es la amiloidosis que puede desarrollar a una insuficiencia renal, siendo esta la principal causa de muerte.

- Control ético: Denominaremos a nuestra paciente "L4."



EXPLORACIÓN FÍSICA

Niña de 4 años española acude a urgencias por fiebre y abdominalgia de 5 días de evolución. No exantemas, ni petequias. Descartan patología grave y alta clínica. Acude en tres días consecutivos (fiebre y abdominalgia). Ingreso en pediatría y tras TAC descartan apendicitis. Aparecen lesiones eritematosas brazos y piernas, analítica anodina y nuevamente alta clínica. En 34 días realizan tres visitas a urgencias y se producen dos ingresos. Se instaura tratamiento con colchicina y se realiza estudio genético de FMF. El síntoma que más incomoda a "L4" es la abdominalgia. La angustia familiar por la enfermedad de L4 ha oscilado desde el miedo a una peritonitis evolucionada pasando por la no remisión de la fiebre y finalmente al miedo y desconocimiento del manejo de FMF como enfermedad crónica.

PLAN DE CIUDADOS

NANDA	NOC	NIC
DISPOSICION PARA MEJORAR LA GESTION DE LA PROPIA SALUD (00132)	CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA (1847)	APOYO EMOCIONAL (5270)
	CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803)	ENSEÑANZA : PROCESO DE ENFERMEDAD (5602)
DOLO AGUDO (00132)	CONTROL DEL DOLOR (1605)	MANEJO DEL DOLOR (1400)
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (00046)	INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101)	VIGILANCIA DE LA PIEL (3590)

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La fiebre mediterránea familiar es poco frecuente en nuestro medio. Para su diagnóstico de sospecha es fundamental conocer los antecedentes familiares, debido a su herencia genética.

La FMF es una afección que requiere una sospecha diagnóstica alta; los síntomas clínicos típicos son muy variables o únicos, en nuestro caso los síntomas fueron muy típicos: fiebre, artralgias, lesiones cutáneas y dolor abdominal.

En cuanto al tratamiento la colchicina se ha mostrado eficaz, especialmente en el control de la evolución hacia una amiloidosis.

La mortalidad de la FMF suele deberse a complicaciones de la insuficiencia renal.

El precoz y correcto tratamiento es vital para evitar las crisis y prevenir la amiloidosis.

En el manejo de las enfermedades raras la enfermería ha de suponer para el paciente y su familia un pilar en el control de los síntomas y la angustia e incertidumbre que estos conllevan ofreciendo una atención integral.

Resumen: La fiebre mediterránea familiar: más frecuente de las enfermedades autoinflamatorias con base genética conocidas. Causa: una mutación transmitida con patrón de herencia autosómico recesivo.

Manifestaciones clínicas: fiebre, dolor abdominal, síntomas musculoesqueléticos y lesiones cutáneas. La complicación más importante es la amiloidosis. Para su diagnóstico es fundamental conocer los antecedentes familiares. El precoz y correcto tratamiento es vital para evitar las crisis y prevenir la amiloidosis. La colchicina se presenta eficaz en el tratamiento.

En el manejo de las enfermedades raras la enfermería pediátrica es fundamental en el control de síntomas y la angustia que estos conllevan ofreciendo una atención integral.

Palabras Clave: Fiebre mediterránea familiar; Enfermeras pediátricas; Enfermedades autoinflamatorias hereditarias.

Introducción:

La fiebre mediterránea familiar es la más frecuente de las enfermedades autoinflamatorias con base genética conocidas. Es una enfermedad rara (afecta a menos de 5/10000 habitantes en Europa).

Se presenta como una enfermedad crónica "autoinflamatoria", que cursa con una desregulación del fenómeno inflamatorio genéticamente determinado y sin la detección de autoanticuerpos ni linfocitos antígeno-específicos, a diferencia de las enfermedades autoinmunes.

La causa es una mutación que se transmite con un patrón de herencia autosómico recesivo, mutación del gen MEFV en 16p13.3., aunque también se han descrito casos de patrón autosómico dominante.

Manifestaciones clínicas: suelen iniciarse en infancia o adolescencia, un 50% antes de los 4 años y un 80% antes de los 20 años. Los episodios agudos duran de 1-4 días y se caracterizan por fiebre (brusca y 40º), dolor abdominal generalizado, secundario a una peritonitis inflamatoria (en más del 90% de los casos), y en ocasiones llega a simular un cuadro de abdomen agudo que puede terminar en una laparotomía blanca, síntomas musculoesqueléticos como artritis o artralgias y lesiones cutáneas las más característica son las placas erisipeloides. Con episodios autolimitados en el tiempo que aparecen con una duración de días y reaparecen tras periodos libres de síntomas.

La complicación más importante es la amiloidosis que puede desarrollar a una insuficiencia renal, siendo esta la causa de muerte en los casos en los que se presenta.

Observación clínica:

Niña de 4 años española acude a urgencias por fiebre y abdominalgia de 5 días de evolución. No exantemas, ni petequias. Descartan patología grave y alta.

Acude en tres días consecutivos (fiebre y abdominalgia). Ingreso en pediatría y tras TAC descartan apendicitis. Aparecen lesiones eritematosas brazos y piernas, analítica anodina y alta. En 34 días tres visitas a urgencias y dos ingresos. Se instaura tratamiento con colchicina y se realiza estudio genético de FMF.

El síntoma que más incomoda a L4 es la abdominalgia. La angustia familiar por la enfermedad de L4 ha oscilado desde el miedo a una peritonitis evolucionada pasando por la no remisión de la fiebre y finalmente al miedo y desconocimiento del manejo de FMF como enfermedad crónica.

Plan de cuidados enfermería:

Dx. (diagnóstico) Enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association): Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162).

Criterios de resultados NOC (Nursing Outcomes Clasification): Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica (1847), NIC (Nursing Interventions Clasification): Apoyo emocional (5270).

NOC: Conocimiento proceso de la enfermedad (1803), NIC: Análisis de la situación sanitaria (6520).

Dx. Enfermería NANDA: Dolor agudo (0032). NOC: Control del dolor (1605), NIC: Manejo del dolor (1400).

Dx. Enfermería NANDA: Riesgo del deterioro de la integridad cutánea (00046). NOC: integridad tisular: piel, membrana y mucosas (1101), NIC: Vigilancia de la piel (3590).

Discusión y conclusiones:

La fiebre mediterránea familiar es poco frecuente en nuestro medio. Para su diagnóstico de sospecha es fundamental conocer los antecedentes familiares, debido a su herencia genética.

La FMF es una afección que requiere una sospecha diagnóstica alta; los síntomas clínicos típicos son muy variables o únicos, en nuestro caso los síntomas fueron muy típicos: fiebre, artralgias, lesiones cutáneas y dolor abdominal.

En cuanto al tratamiento la colchicina se ha mostrado eficaz, especialmente en el control de la evolución hacia una amiloidosis.

La mortalidad de la FMF suele deberse a complicaciones de la insuficiencia renal.

El precoz y correcto tratamiento es vital para evitar las crisis y prevenir la amiloidosis.

En el manejo de las enfermedades raras la enfermería pediátrica ha de suponer para el paciente y su familia un pilar en el control de los síntomas y la angustia e incertidumbre que estos conllevan ofreciendo una atención integral.

Bibliografía:

1. Arostegui JI. Enfermedades autoinflamatorias sistémicas hereditarias. *Reumatol Clin.* 2011; 7: 45-50.
2. Asociación de Enfermos de Fiebre Mediterránea Familiar y Síndromes Autoinflamatorios de España [actualizada 15 septiembre 2014; acceso 8 de diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.rarasperonoinvisibles.com/?p=164>
3. Carrera Polanco M. El score de Gaslini y el caso de fiebre mediterránea familiar que se disfrazó de PFAPA. *Rev Pediatr Atenc Primaria.* 2014; 16:145.e75-e80.
4. López Montesinos B. Síndromes hereditarios de fiebre recurrente. *Protoc diagn ter pediatr.* 2014; 1:203-10.
5. Meiorin S M, Espada G, Rose C. Enfermedades febriles periódicas en pediatría. *Arch argent pediatr.* 2006; 104(1): 30-38 /30.

Capítulo LXXXIII

Fisiología hormonal del parto vs medicalización

Autores:

Ángela Carabaño Mayorga

Mónica Balbina López Córdoba

Alberto Parrilla Fernández

Fisiología hormonal del parto vs. medicalización



RESULTADOS



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Hadziet E, Doune S, Walsh D, Weston J. Centros de atención del parto convencionales versus alternativos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012
- 2- Gilbert J Grant, MD. Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics. Dec 4, 2014. UpToDate. Review Jul 2015. 134 references.
- 3- Ernst R Norwith, MD, PhD. Physiology of parturition. Jun 16, 2015. UpToDate. Review Jul 2015. 104 references.
- 4- Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 5- Odent M. Parto LBRE y consciente. Las necesidades fisiológicas de las mujeres durante el parto.

Resumen: Durante el proceso del parto se desarrolla la liberación fisiológica de una cascada hormonal. La interferencia hormonal exógena puede influir directamente en el desarrollo de la misma afectando a la morbilidad materno-fetal y la evolución del parto en sí.

Palabras Clave: Fisiología del parto; Labour physiology; Interacción hormonal.

Objetivos:

Conocer la cascada hormonal fisiológica del parto.

Conocer la influencia hormonal exógena sobre las hormonas endógenas durante el parto.

Desarrollar habilidades y conocimientos para afrontar y reducir las interferencias hormonales negativas en el parto.

Material y método:

Tras una extensa búsqueda bibliográfica a través de numerosas bases de datos nacionales e internacionales, acotada a los últimos 5 años y usando las palabras “Fisiología del parto” y/o “Labour physiology”, se recopilaron 2704 libros, 286.194 citas y/o resúmenes científicos y más de 1.070.000 artículos.

De los que destacar la revisión sistemática de la Cochrane Database, los dos artículos de UpToDate respaldados por 228 referencias bibliográficas, y el libro de referencia recogidos en el apartado de bibliografía.

Conclusiones:

Conocer la cascada hormonal que rodea al proceso del parto y las posibles interacciones que la pueden alterar, ayuda a las matronas y a todo profesional sanitario a minimizar las posibles influencias negativas que puedan perturbar el proceso fisiológico, en pro de mejorar la atención y el curso natural del parto.

Bibliografía:

1. Hodnett E, Downe S, Walsh D, Weston J. Centros de atención del parto convencionales versus alternativos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.
2. Gilbert J Grant, MD. Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics. Dec 4, 2014. UpToDate. Review Jul 2015. 124 referencias.
3. Errol R Norwith, MD, PhD. Physiology of parturition. Jun 16, 2015. UpToDate. Review Jul 2015. 104 referencias.

Capítulo LXXXIV

Fisioterapia respiratoria en el abordaje de la bronquiolitis infantil

Autores:

María Rosa Cuesta Tárraga

María Elena León Moraleda

María Mercedes Solís Sanz

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS INFANTIL

BRONQUIOLITIS: proceso inflamatorio infeccioso viral en bronquiolos por VSR (90% de casos), contagioso. Estación invernal.

Afecta a niños menores de 2 años, comienza con cuadro catarral de vías altas (rinitis, tos con/sin fiebre), y primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancia. También encontramos ruido de "burbujeo" o estertores, producción de mucho moco, disminuye el apetito y vomita (vigilar la hidratación).

Clínica en grado más severo: tiraje subcostal, bamboleo abdominal, taquipnea, aleteo nasal, irritabilidad, somnolencia, coloración azulada en labios y yemas de los dedos: el tratamiento será a nivel hospitalario con hidratación, oxigenoterapia, medicación...

El VSR ocasiona reinfección y/o secuelas en esta etapa de la vida: fibrosis y parénquima bronquial destruido, remodelación de la vía aérea (disminución de la función pulmonar). Los niños que tienen varios episodios de bronquiolitis con broncoespasmos pueden ser asmáticos en la edad adulta.

- **Factores de riesgo:** edad menor de 6/12 sem. de vida, nacimiento prematuro (palivizumab), enfermedades asociadas: cardiopatías congénitas, enfermedad neurológica o pulmonar (DBP, FQ), inmunodeficiencias..

- **Prevenir:** Evitar contagio: juguetes, guarderías; evitar tabaquismo y hacinamiento; promover lactancia materna; realizar fisioterapia respiratoria como parte del tratamiento preventivo con técnicas de desobstrucción bronquial, etc.

OBJETIVO

Las técnicas de limpieza bronquial en FR se realizarán en fase post-aguda o crónica (buena saturación, no distrés y secreciones acumuladas en las vías respiratorias altas). Son técnicas físicas dirigidas al sistema torácico pulmonar para promover la descongestión bronquial, mejoran el aclaramiento mucociliar (expectorar moco/flemas), el trabajo ventilatorio (conseguir mayor flujo de aire espirado) y favorece el intercambio gaseoso/aumento del reclutamiento alveolar. Son técnicas de espiración lenta prolongada más focalizadas, eficaces y mejor toleradas por el paciente.

METODOLOGIA

Anamnesis, auscultación: buscar ruidos respiratorios (estertores/"gorgoteo", sibilancias o pitidos) y localizar el moco.

Valorar: el apetito, la irritabilidad, si vomita las comidas (con o sin flemas), dificultad respiratoria, calidad del sueño, fiebre, tos productiva con o sin secreción, valorar el moco (cantidad/calidad/color)..

Inspección funcional: disfunciones musculares, asimetrías faciales/craneales, flexibilidad costal,...

nº de sesiones: 1 sesión cada 2-3-5 días .. se valorará según mejora: si vomita, come, duerme, etc. Si no mejora: tratamiento diario.

La duración de 10/20 min, según tolerancia del bebé. Debe asistir en ayunas de 3 h. El niño llora un poco durante la realización de la técnica.

Contraindicaciones:

Fiebre (aumenta la Tª después de la sesión, 1 ó 2 grados)

Broncoespasmo o tiraje costal fuerte y enfermedad instaurada de forma aguda.

Si el bebé ha sido vacunado ese mismo día (el metabolismo ya está aumentado).



INTERVENCION



Ruidos al flujo del aire. Estertores/sibilancias



Bloqueo de mandíbula. DRR. Desobstrucción rinofaríngea retrograda. Técnica inspiratoria. Lavado nasal. Suero fisiológico.



ELPr. Presión manual toracoabdominal lenta pasiva. Realizada durante su espiración espontánea.



Estímulo tos provocada.TP. Receptores mecánicos tráqueas.



El moco sube a la boca. Ayudamos con el dedo a sacar las flemas.



CONCLUSION

La ELPr y la tos inducida ayudan, dentro del tratamiento multidisciplinar, a la desobstrucción bronquial, a reducir riesgo de infecciones, y a mejorar la calidad de vida del bebé: mejora el sueño, el apetito, el ánimo, disminuye la tos y ayuda a prevenir los daños estructurales posteriores que puede llegar a causar la BA.

Existen estudios recientes que manifiestan la buena tolerancia de estas técnicas (aumento de flujo espiratorio) y la ausencia de efectos secundarios indeseables. En la actualidad la SEPAR recomienda la FR en pacientes con patología porque brinda la oportunidad de mejorar la calidad de vida.

Resumen: La Bronquiolitis Aguda del lactante es una infección viral e inflamatoria en bronquiolos¹, más frecuente en menores de 2 años, con clínica de disnea, sibilancia, producción de mucho moco, etc. La reinfección conlleva secuelas como fibrosis y parénquima bronquial destruido y así, varios episodios con broncoespasmos conducen a ser asmáticos en la edad adulta.

La fisioterapia respiratoria con maniobras específicas complementa y ayuda al tratamiento médico habitual². A corto plazo: mejora la sintomatología y la calidad de vida gracias a la desobstrucción bronquial. A largo plazo: previene daños estructurales, evitando cicatrices lesionales y pérdida de elasticidad en parénquima pulmonar¹.

Palabras Clave: Bronquiolitis; Fisioterapia; Calidad de vida.

Introducción:

Bronquiolitis aguda infantil: proceso infeccioso viral en bronquiolos por Virus sincital respiratorio (VSR) en el 85% de casos¹, contagioso. Se produce inflamación, edema y mucho moco (forma de defenderse de la agresión viral).

La mayoría de las infecciones por VRS tienen lugar en las épocas epidémicas (final de otoño e invierno). Afecta a niños menores de 2 años; comienza con cuadro catarral de vías altas (rinitis, tos con/sin fiebre), y episodio agudo de disnea y sibilancias. También encontramos ruido de “burbujeo” o estertores y producción de mucho moco que llevará a disminución del apetito, vómito (vigilar la hidratación) y fatiga.

Clínica en grado más severo²: tiraje subcostal, bamboleo abdominal, taquipnea, hiperinsuflación, aleteo nasal, irritabilidad, somnolencia, coloración azulada en labios y yemas de los dedos: el tratamiento será a nivel hospitalario con hidratación, oxigenoterapia y medicación farmacológica (antibióticos, broncodilatadores anticolinérgicos, corticoesteroides, etc..)². Las complicaciones más graves son fallo respiratorio y apnea, aunque poco frecuentes.

El VSR ocasiona reinfección¹: fibrosis y parénquima bronquial destruido, remodelación de la vía aérea (disminución de la función pulmonar). Los niños que tienen varios episodios de bronquiolitis con broncoespasmos pueden ser asmáticos en la edad adulta.

Factores de riesgo: mayor pico de incidencia en el primer año de vida, nacimiento prematuro (palivizumab), enfermedades asociadas: neurológica o pulmonar (DBP, FQ), inmunodeficiencias, cardiopatías congénitas, etc.

Muy importante la prevención²: Evitar contagio con juguetes y en guarderías; transmisión nosocomial; evitar tabaquismo y hacinamiento; promover lactancia materna; realizar fisioterapia respiratoria como parte del tratamiento preventivo con técnicas de desobstrucción bronquial, como ayuda el tratamiento médico.

Objetivo:

Las técnicas de limpieza bronquial³ que la fisioterapia respiratoria aplica en niños menores de 24 meses con bronquiolitis, se realizarán en fase post-aguda o crónica, con buena saturación, no distrés respiratorio y secreciones acumuladas en las vías respiratorias altas, y siempre como tratamiento complementario⁴.

Son técnicas físicas dirigidas al sistema torácico pulmonar para promover la descongestión bronquial, mejorar el aclaramiento mucociliar (expectorar moco/flemas), el trabajo ventilatorio (conseguir mayor flujo de aire espirado) y favorecer el intercambio gaseoso y aumento del reclutamiento alveolar.

Son nuevas técnicas de espiración lenta prolongada y tos provocada, más focalizadas, eficaces y mejor toleradas por el paciente⁴.

Metodología:

Tener presente la historia clínica del paciente y sus posibles antecedentes.

Realizar anamnesis.

Auscultación: buscar ruidos respiratorios (estertores/"gorgoteo", sibilancias o pitidos) y localizar el moco.

Valorar: el apetito, la irritabilidad, si vomita las comidas (con o sin flemas), la dificultad respiratoria, calidad del sueño, fiebre, tos productiva con o sin secreción, valorar el moco (cantidad/calidad/color)..

En la Inspección funcional valoramos si existen otras disfunciones musculares, asimetrías faciales/craneales, movilidad costal, etc.

Determinar el nº de sesiones: sesiones cada 2/3/5 días; pueden espaciarse según la tolerancia del niño, si vomita, come, duerme, etc. Si no mejora puede realizarse un tratamiento diario, incluso 2 veces al día.

Informar a los padres que las técnicas no resultan dolorosas, aunque el bebé sentirá agobio y llorará, (el llanto ayuda a la expectoración.)

La duración suele ser de 10 a 20 min. Debe asistir en ayunas de 3 h, para evitar el vómito.

El conjunto de técnicas descritas a continuación son pasivas⁵, en niños de menos de 2 años, a quienes ayudaremos a evacuar el moco.

Las técnicas activas se dejan para niños con los que puedes jugar pidiéndole soplos, tos y expectoración según unos ciclos concretos.

Contraindicaciones⁵:

Si la fiebre es muy alta, porque aumenta la Tª después de la sesión, entre 1 a 2 grados.

Mucha precaución si existe broncoespasmo o tiraje costal fuerte y enfermedad instaurada de forma aguda. Aunque puede usarse aerosolterapia con broncodilatadores.

Si el bebé ha sido vacunado ese mismo día (el metabolismo ya está aumentado, y la realización de las técnicas favorece aún más el aumento del mismo).

Intervención:

1. Auscultación. Analizar sibilancias⁵ (pitidos) durante el paso del flujo del aire en vías respiratorias. Serán sobre todo espiratorias y fácilmente audibles.
2. DRR. Desobstrucción Rinofaríngea Retrógrada. Técnica inspiratoria¹. Maniobra inspiratoria forzada destinada a la desobstrucción de la rinofaringe, se realiza lavado nasal con suero fisiológico (5ml). Si hay mucha secreción nasal es aconsejable hacerlo varias veces al día.

Bebé en decúbito lateral y bloqueo de mandíbula, realizar lavado nasal: al final de la inspiración insuflamos el suero por un orificio nasal y salida por el contrario. Realizar lavado por los dos orificios. Escuchar la respiración del niño para sincronizar el mejor momento de inocular el suero.

3. ELPR1. Espiración Lenta Prolongada. Realizada durante la espiración espontánea del bebé; de forma pasiva se le ayuda mediante una presión manual toraco abdominal lenta, que comienza al final de una espiración espontánea y continua hasta el volumen residual.

4. Bombeo Traqueal Espiratorio (BTE). Bebé en supino, mirando al techo. Se realiza un movimiento suave de masaje y de arrastre de secreciones por medio de una presión deslizada del pulgar a lo largo de la tráquea extratorácica.

5. Estimulo tos provocada. TP1. Receptores mecánicos en tráquea. Mecanismo de la tos refleja inducido por la estimulación de los receptores mecánicos situados en la pared de la tráquea extra-torácica. El niño se coloca tumbado lateralmente y cabeza ligera extensión. Se realiza una presión breve con el pulgar hacia abajo y atrás justo en el hueco supraesterna, al final de la inspiración, o al comienzo de la espiración; consiguiendo que el moco suba a la boca y así al final ayudamos con nuestro dedo a sacar las flemas de la boca del bebé.

Conclusión:

La ELPr y la tos inducida ayudan, dentro del tratamiento multidisciplinar, a la desobstrucción bronquial, a reducir riesgo de infecciones, y a mejorar la calidad de vida del bebé: mejora el sueño, el apetito, el ánimo, disminuye la tos y ayuda a prevenir los daños estructurales posteriores que puede llegar a causar la BA.

Existen estudios clínicos recientes que manifiestan la buena tolerancia de estas nuevas técnicas³ (aumento de flujo espiratorio) y la ausencia de efectos secundarios indeseables. En la actualidad importantes Sociedades Médicas como la ERS (European Respiratory Society) y SEPAR (Sociedad Española de Neumología), recomiendan estas técnicas de FR en pacientes con patología porque brinda la oportunidad de mejorar la calidad de vida, frente a anteriores protocolos de tratamiento como el clapping y el drenaje postural (fisioterapia convencional), ambos desestimados³ desde el Consenso de Lyon de 1994.

Bibliografía:

1. Fisioterapia en La bronquiolitis viral aguda: Una revisión actualizada. Postiaux PT, Bruno Zwae-nepoel PT, y Jacques Louis MD [Respir. Cuidado 2013; 58 (9): 1541 a 1.545. © 2013 Daedalus Empresas] <http://www.colfisioaragon.org/ficheros/Revista 202015-1.pdf>.
2. Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Ministerio de Sanidad y Política Social. Edición: 2010 http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_475_Bronquiolitis_AIAQS_compl.pdf http://www.neumoped.org/docs/GPC_bronquiolitis_AIAQS_completa.pdf.
3. Fisioterapia respiratoria y evidencia científica. P. Raga Poveda. http://www.colegiofisio-clm.org/documentos/fisioterapia_calidad_vida_11.pdf.
4. Estudio de la eficacia y utilidad de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda del lactante hospitalizado. Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego. M. Sánchez Baylea, R. Martín Martín. An Pediatr (Barc). 2012;77(1):5---11. Elsevier Doyma.
5. Fisioterapia respiratoria en el niño. Técnicas de tratamiento guiadas por la auscultación pulmonar. Guy Postiaux, J M Tricas, J. Vilaro. S.A. McGraw Hill Interamericana de España. 1ª Edición 1999. ISBN: 9788448602697.

Capítulo LXXXV

Fluordesoxiglucosa en medicina nuclear

Autores:

Francisco Almodóvar Mozos

Laura Chaves Ramos

Ángel José Hernández Arenas

María Del Carmen Pérez Jiménez

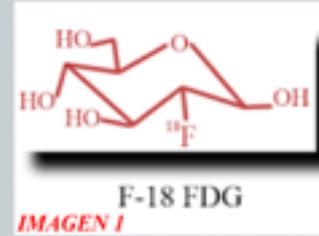
Flor María Ruiz González

FLUORDESOXIGLUCOSA EN MEDICINA NUCLEAR.

INTRODUCCIÓN.

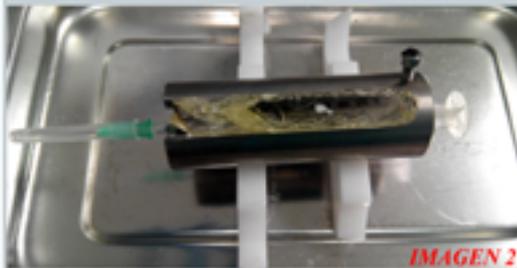
La tomografía por emisión de positrones (PET) es uno de los métodos diagnóstico por imagen que influirá en el manejo de los pacientes, bien sea con alteraciones oncológicas, cardiológicas o neurológicas. (Imagen 6).

La fluorodesoxiglucosa (^{18}F -FDG) es el radiofármaco más utilizado en la PET para las aplicaciones oncológicas en Medicina Nuclear. (Imagen 1).



OBJETIVOS.

Explicar las indicaciones, el material utilizado y el procedimiento enfermero para la inyección de fluorodesoxiglucosa en Medicina Nuclear.



INDICACIONES.

- Confirmar o descartar patología tumoral maligna: ante una lesión nueva o residual. Diagnosticar procesos tumorales de forma precoz.
- Determinar la extensión tumoral, local y/o a distancia: por su capacidad para realizar estudios de cuerpo entero.
- Detectar nuevas recurrencias tumorales, diferenciando entre procesos malignos y fibróticos o radionecrosis, lo que contribuye de forma decisiva a la planificación terapéutica.
- Valorar la respuesta al tratamiento: los cambios metabólicos en respuesta adecuada a la quimioterapia. La información permitiría decidir la continuidad en tratamientos o, por el contrario, su interrupción si el paciente no responde e inicio con diferentes fármacos, evitando la toxicidad de quimioterápicos no eficaces y el retraso en el comienzo de un tratamiento válido.

MATERIAL Y MÉTODO. (Imagen 3)

- 1) Recepción del paciente por parte del personal de enfermería.
- 2) Entrevista al paciente (peso, talla, prótesis, alergias, ayunas de 4h).
- 3) Canalización de una vía venosa, con un Abbocath n° 20-22 G, a la que se conectará un sistema con suero salino de 500 ml.
- 4) Determinación de la glucemia con Dextrostix para comprobar que los niveles glucémicos están dentro de la normalidad.
- 5) Petición de la dosis de FDG, se administra en función del peso, (jeringa plomada). (Imagen 2).
- 6) Se inyecta la misma y se regula el goteo del suero para mantener la vía.
- 7) El paciente permanece en una sala de reposo durante 50 minutos, acomodado en un sillón.
- 8) Se retira la vía, el paciente va a orinar y pasa a la sala PET-TAC para obtener las imágenes. (Imagen 4).



IMAGEN 4



RESULTADO.

- Mejora de la calidad del procedimiento.
- Incremento del bienestar del paciente.
- Aumento de la seguridad del personal sanitario involucrado.

IMAGEN 5

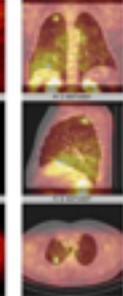
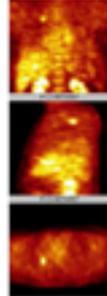
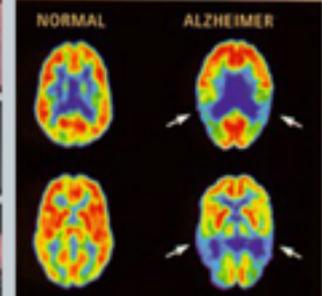


IMAGEN 6



CONCLUSIONES.

La ^{18}F -fluorodesoxiglucosa (FDG) es un radiofármaco constituido por un análogo de la glucosa 2- ^{18}F [fluoro-2-desoxi-D-glucosa unido al isótopo radiactivo flúor-18. Este radiofármaco permite el estudio del metabolismo celular de la glucosa. Permite evaluar la actividad glucolítica que es más elevada en células neoplásicas comparada con células normales. (Imagen 5). Al ser fármaco radioactivo debemos evitar accidentes, mínima manipulación y exposición posible.

Resumen: Este trabajo presenta las posibles modificaciones susceptibles de ser realizadas en el procedimiento enfermero en la tomografía por emisión de positrones (PET). Es uno de los métodos diagnóstico por imagen que influirá en el manejo de los pacientes, bien sea con alteraciones oncológicas, cardiológicas o neurológicas.

La fluordesoxiglucosa (18F-FDG) es el radiofármaco más utilizado en la PET para las aplicaciones oncológicas en Medicina Nuclear. Con la finalidad de optimizar los recursos materiales, humanos y de tiempo, así como la confortabilidad del paciente y la seguridad del personal sanitario involucrado.

Palabras Clave: PET-TAC; Procedimiento enfermero; Isótopo radioactivo.

Los procedimientos enfermeros implican una inversión de tiempo y recursos humanos que, a su vez, incide directamente en el bienestar del paciente. Uno de estos procedimientos es el utilizado para la realización de una tomografía por emisión de positrones (PET), siendo la fluordesoxiglucosa (18F-FDG) el radiofármaco más utilizado en la PET.

La 18F-fludesoxiglucosa (FDG) es un radiofármaco constituido por un análogo de la glucosa 2-[18F]fluoro-2-desoxi-D-glucosa unido al isótopo radiactivo flúor-18. Este radiofármaco permite el estudio del metabolismo celular de la glucosa. Permite evaluar la actividad glucolítica que es más elevada en células neoplásicas comparada con células normales.

Al ser fármaco radioactivo debemos evitar accidentes, mínima manipulación y exposición posible.

Las motivaciones para realizar este estudio fueron el exceso tiempo invertido en la preparación del paciente, la necesidad de ahorrar material y la observada incomodidad del paciente que debe permanecer en reposo durante un tiempo determinado, evidenciando la necesidad de una mejora del procedimiento en su conjunto y, por último, la posible reducción del tiempo de exposición del personal sanitario a las radiaciones ionizantes.

En consecuencia, el objetivo será explicar las indicaciones, el material utilizado y el procedimiento enfermero para la inyección de fluordesoxiglucosa en Medicina Nuclear.

Básicamente las indicaciones consisten en ser uno de los métodos de diagnóstico por imagen que potencialmente influirá más en el manejo de los pacientes, bien sea por alteraciones oncológicas, cardiológicas o neurológicas.

Las principales indicaciones son las siguientes:

1. Confirmar o descartar patología tumoral maligna: ante una lesión nueva o residual. Diagnosticar procesos tumorales de forma precoz.
2. Determinar la extensión tumoral, local y/o a distancia: por su capacidad para realizar estudios de cuerpo entero.
3. Detectar nuevas recurrencias tumorales, diferenciando entre procesos malignos y fibróticos o radionecrosis, lo que contribuye de forma decisiva a la planificación terapéutica.

4. Valorar la respuesta al tratamiento: los cambios metabólicos en respuesta adecuada a la quimioterapia. La información permitiría decidir la continuidad en tratamientos o, por el contrario, su interrupción si el paciente no responde e inicio con diferentes fármacos, evitando la toxicidad de quimioterápicos no eficaces y el retraso en el comienzo de un tratamiento válido.

El procedimiento para la inyección de FDG se realizará del siguiente modo:

1. Recepción del paciente por parte del personal de enfermería.
2. Entrevista al paciente (peso, talla, prótesis, alergias, ayunas de 4h).
3. Canalización de una vía venosa, con un Abbocaht nº 20-22 G, a la que se conectará un sistema con suero salino de 500 ml.
4. Determinación de la glucemia con Dextrostix para comprobar que los niveles glucémicos están dentro de la normalidad.
5. Petición de la dosis de FDG, se administra en función del peso, (jeringa plomada).
6. Se inyecta la misma y se regula el goteo del suero para mantener la vía.
7. El paciente permanece en una sala de reposo durante 50 minutos, acomodado en un sillón.
8. Se retira la vía, el paciente va a orinar y pasa a la sala PET-TAC para obtener las imágenes.

Así conseguimos aumentar la seguridad por parte del personal sanitario involucrado en el procedimiento al disminuir el tiempo de exposición a las radiaciones, ya que una vez tenida la vía venosa canalizada y el suero salino, sólo hay que administrar el radiofármaco, dejando al paciente reposando en la cabina hasta que sea el turno para pasarlo al PET-TAC, incrementando el bienestar del paciente al estar en una sala con más tranquilidad.

Conclusiones:

Los procedimientos enfermeros conllevan una inversión de tiempo, equipos humanos y material y tienen una incidencia directa sobre el bienestar de los pacientes tratados, aumentando su grado de tranquilidad y confianza en el sistema sanitario en general y en el equipo que le trata en particular. Debido a que el resultado de esta prueba les crea angustia y miedo ante un resultado, a veces, nefasto para sus intereses, así como la seguridad del personal sanitario involucrado en esta prueba.

Bibliografía:

1. Leide-Svegborn S. Radiation exposure with (18F-FDG). Radiation Protection Dosimetry 2010; 139(1-3):208-213.
2. Dresel S. PET in Oncology. Berlin: Sgringer-Versol, 2008.
3. Molina Ruiz D, Gómez Salgado J, Bennisar Veny M. Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia. Madrid: ENFO; 2008.
4. Ruiz Molina MC, García Rodríguez A, Gurrea Guerrero R, Ruiz Caballero MC, Ramírez Lozano A, García Rivero EY, et ál. Proposal for optimization the nursing procedure in the injection of (18F-FDG). European Association Nuclear Medicine Congress 2010. Viena. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging 2010; 37(2):482-503.

Capítulo LXXXVI

Grado de conocimiento sobre el VPH en estudiantes de enfermería

Autora:

Elena Cabello Fernández

Grado de conocimiento sobre el VPH en estudiantes de enfermería

Autores:



INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano pertenece a la familia de los Papillomaviridae, un grupo de más de 150 virus. Dependiendo de su patogenicidad oncológica se clasifican en virus de bajo riesgo (tipo 6 y 11) los cuales causan verrugas genitales o los de alto riesgo (tipo 16 y 18), causantes de la mayoría de los cánceres. Como factores de riesgo en el VPH podemos encontrar un inicio de la actividad sexual a edades tempranas, o múltiples parejas sexuales, así como la falta o uso inadecuado del preservativo. Los cambios en los comportamientos sexuales de la adolescencia han provocado un aumento de la prevalencia global de esta infección en España, haciendo aún más importante la importancia de la educación sexual en estas edades.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado durante los meses de Enero a Mayo del 2015 en la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. La muestra total estuvo conformada por 240 estudiantes pertenecientes a los cursos de 1º a 3º.

Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario validado por Paredes E., precedido de un texto explicativo. Dicho cuestionario incluía el estudio de variables sociodemográficas, así como 22 ítems con respuesta dicotómica afirmativa (Si) o negativa (No), para medir el grado de conocimiento sobre el cáncer de cérvix y el VPH.

Se midió la puntuación total de conocimientos (preguntas 1-12), la puntuación total sobre el diagnóstico (pregunta 13-17), la puntuación total sobre consecuencias del VPH (preguntas 18-20), la puntuación total sobre prevención (preguntas 21-22) y la puntuación total obtenida del cuestionario (preguntas 1-22).

Se consideró grado de conocimiento de los estudiantes de enfermería en base a la siguiente puntuación:

- **Conocimiento bajo:** 0-6 Puntos
- **Conocimiento Medio:** 7-13 Puntos
- **Conocimiento Alto:** 14-22 puntos



Gráfico 6

OBJETIVO

- Determinar el nivel de conocimientos sobre diversos aspectos del VPH en estudiantes de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real.
- Evaluar la conducta sexual de los alumnos de enfermería



Gráfico 1

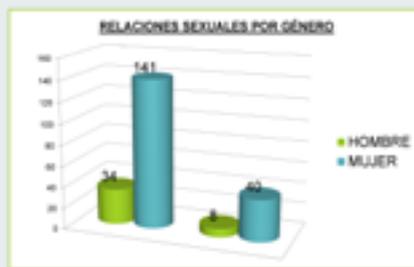


Gráfico 2

Análisis de datos:

En primer lugar se utilizó estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central: media y desviación típica para variables cuantitativas. En segundo lugar se utilizó estadística inferencial, test paramétricos y no paramétricos en función de las características de las variables.

Para comparar medias se utilizó el Test de T-Student y para las variables cualitativas el test de Chi cuadrado. Se consideraron significativos todos los valores con $p < 0,05$.

Consideraciones Éticas

Se solicitó el consentimiento informado y se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento agregado de los mismos.

SEXO	SI	NO	NO HA TENIDO RELACIONES	VALOR P
HOMBRE	28	5	1	0,45
MUJER	129	13	39	

Gráfico 3

	MEDIA±DS	IC 95%
Puntuación total de conocimientos	8,8±1,4	8,6-9,09
Puntuación total diagnóstico	2,6±0,9	2,4-2,7
Puntuación total consecuencias	1,7±0,7	1,6-1,8
Puntuación total prevención	1,1±0,5	1,1-1,1

Gráfico 4

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de 223 alumnos de enfermería de los cuales el 81,2% (181) fueron mujeres, frente a un 18,8% (42) que fueron hombres.

La edad media de los participantes se situó en 20,5± 3,5 años IC95% (19,9-21,8), siendo el valor mínimo 18 y el valor máximo 46.

El gráfico 1 muestra la distribución de los participantes por curso. El gráfico 2 compara los resultados entre hombres y mujeres y el haber mantenido relaciones sexuales no observándose diferencias entre hombre y mujeres $p= 0,5$. No se observaron tampoco diferencias en el uso del preservativo entre hombres y mujeres $p=0,4$. Gráfico 3.

El gráfico 4 muestra la relación entre el sexo de los participantes y haber tenido más de una pareja sexual. La edad de comienzo de las relaciones sexuales se pueden ver en el gráfico 5.

Las diferentes puntuaciones obtenidas en los subgrupos del cuestionario sobre conocimientos del diagnóstico, consecuencias y prevención del VPH se pueden ver en el gráfico 6.

En el gráfico 7 se exponen los resultados comparados por sexo en los que no se evidencia diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y el sexo de los participantes.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento de los estudiantes de enfermería con respecto al virus del papiloma humano es adecuado. Además de ello podemos afirmar que la muestra estudiada, tanto hombres como mujeres llevan a cabo un ejercicio responsable de la sexualidad.



Gráfico 4

SEXO	N	Media	Valor P
Puntuación total de conocimientos:			
MUJER	181	8,79	0,8
VARON	42	8,71	
Puntuación total diagnóstico:			
MUJER	181	2,54	0,2
VARON	42	2,71	
Puntuación total consecuencias:			
MUJER	181	1,66	0,8
VARON	42	1,66	
Puntuación total prevención:			
MUJER	181	1,24	0,3
VARON	42	1,33	
Puntuación total del cuestionario:			
MUJER	181	14,89	0,1
VARON	42	14,89	

Gráfico 7

Resumen: *Objetivo: determinar el grado de conocimiento sobre el VPH en estudiantes de enfermería. Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se aplicó un cuestionario validado por Paredes E. a 240 estudiantes de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real.*

Resultados: Predominó el sexo femenino con 181 mujeres frente a 42 hombres. La media de inicio de la primera relación sexual fue de 16+1,3 años. El nivel de conocimiento fue alto, con una media de 14,09+ 2,3 puntos IC 95%.

Conclusión: El nivel de conocimiento se considera alto, y además la muestra estudiada lleva a cabo un ejercicio responsable de la sexualidad.

Palabras Clave: *Virus del Papiloma Humano; Conocimiento; Estudiantes de enfermería.*

Introducción:

El virus del papiloma humano pertenece a la familia de los Papillomaviridae, un grupo de más de 150 virus. Dependiendo de su patogenia oncológica se clasifican en virus de bajo riesgo (tipo 6 y 11) los cuales causan verrugas genitales o los de alto riesgo (tipo 16 y 18), causantes de la mayoría de los cánceres. Como factores de riesgo en el VPH podemos encontrar un inicio de la actividad sexual a edades tempranas, o múltiples parejas sexuales, así como la falta o uso inadecuado del preservativo. Los cambios en los comportamientos sexuales de la adolescencia han provocado un aumento de la prevalencia global de esta infección en España, haciendo aún más importante la importancia de la educación sexual en estas edades.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado durante los meses de Enero a Mayo del 2015 en la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. La muestra total estuvo conformada por 240 estudiantes pertenecientes a los cursos de 1º a 3º.

Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario validado por Paredes E., precedido de un texto explicativo. Dicho cuestionario incluía el estudio de variables sociodemográficas, así como 22 ítems con respuesta dicotómica afirmativa (Si) o negativa (No), para medir el grado de conocimiento sobre el cáncer de cérvix y el VPH. Se midió la puntuación total de conocimientos (preguntas 1-12), la puntuación total sobre el diagnóstico (preguntas 13-17), la puntuación total sobre consecuencias del VPH (preguntas 18-20), la puntuación total sobre prevención (preguntas 21-22) y la puntuación total obtenida del cuestionario (preguntas 1-22). Se consideró grado de conocimiento de los estudiantes de enfermería en base a la siguiente puntuación:

- Conocimiento bajo: 0-6 Puntos.
- Conocimiento Medio: 7-13 Puntos.
- Conocimiento Alto: 14-22 puntos.

Análisis de datos:

En primer lugar se utilizó estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central: media y desviación típica para variables cuantitativas. En segundo lugar se utilizó estadística inferencial, test paramétricos y no paramétricos en función de las características de las variables. Para comparar medias se utilizó el Test de T-Student y para las

variables cualitativas el test de Chi cuadrado. Se consideraron significativos todos los valores con $p < 0,05$. Se solicitó el consentimiento informado y se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento agregado de los mismos.

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimientos sobre diversos aspectos del VPH en estudiantes de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real y evaluar la conducta sexual de los alumnos de enfermería.

Resultados:

Se obtuvo una muestra final de 223 alumnos de enfermería de los cuales el 81,2% (181) fueron mujeres, frente a un 18,8% (42) que fueron hombres. El 36.8% (82 alumnos) pertenecieron al primer curso, el 24.2% (54) al segundo y el 39% (87) al tercer curso de Enfermería. La edad media de los participantes se situó en $20,5 \pm 3,5$ años IC95% (19,9-21,8), siendo el valor mínimo 18 y el valor máximo 46. Un total de 141 mujeres (77.9%) y 34 hombres (80.9%) habían mantenido relaciones sexuales frente a 40 mujeres (20.1%) y 8 hombres (19.1%) que no, no observándose diferencias entre hombre y mujeres $p = 0,5$. No se observaron tampoco diferencias en el uso del preservativo entre hombres y mujeres $p = 0,4$. Un 66.7% de los hombres (28) y un 71.3% de las mujeres (129) lo utilizaban en sus relaciones sexuales frente a un 14.2% de los hombres (6) y un 6.6% de las mujeres (13) que no.

Con respecto a la relación entre el sexo de los participantes y haber tenido más de una pareja sexual, un total del 59.5% de los hombres (25) y el 42% de las mujeres (76) refirió haber tenido más de una pareja sexual frente al 21.4% de los hombres (9) y el 35.9% de las mujeres (65) que no había tenido más de una pareja sexual.

La puntuación media total de conocimientos fue de 8.8 ± 1.4 con un IC (95%) (8.6-9.09). La puntuación media total con respecto al conocimiento acerca del diagnóstico fue de 2.6 ± 0.9 con un IC (95%) (2.4-2.7). Con respecto a la puntuación media total en el apartado de consecuencias fue de 1.7 ± 0.8 con un IC (95%) (1.6-1.8). Para finalizar, la puntuación media total del grado de conocimiento de prevención fue de 1.1 ± 0.5 con un IC (95%) (1.1-1.3). Con respecto a los resultados del nivel de conocimiento comparados por sexo no se evidencia diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y el sexo de los participantes.

Conclusiones:

El nivel de conocimiento de los estudiantes de enfermería con respecto al virus del papiloma humano es adecuado. Además de ello podemos afirmar que la muestra estudiada, tanto hombres como mujeres llevan a cabo un ejercicio responsable de la sexualidad.

Bibliografía:

1. Arias ML, Pineda S. Conocimiento que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales sobre el Papillomavirus Humano. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.1, enero - junio 2011, págs. 110 – 123).
2. Puig Tintoré LM, Cortés J, Castellsagué X, Torné A, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. Prog Obstet Ginecol, 2006; 49 Supl 2: 5-62.
3. Solares, M., Safora Enríquez, O., Rodríguez Izquierdo, A. La infección por virus del papiloma humano, una amenaza real para las adolescentes. Prog. Obstet. Ginecol. 2009;52(09):505-510.
4. Álvarez, P., Estañ, L., Hernández, A. Grado de conocimiento de la población de Teruel acerca de la vacuna frente al virus del papiloma humano. Elseiver Doyma. Vacunas. 2012;14(1):17-21.
5. Portero Alonso, A., Alguacil Ramons, A.M., Martín Ivorra, R., Pastor Villabla, E, Lluch Rogrigo, J.A. Conocimientos, creencias y actitudes de los adolescentes sobre la vacuna del virus del papiloma humano en la Comunidad Valenciana. Vacunas. 2012;13:7-14.

Capítulo LXXXVII

Gripe y embarazo: prevención primaria

Autores:

Ana Cristina Bertomeu Lozano

Nuria Díaz Sánchez-Horneros

Tamara Galán Rodríguez

Natalia Llorens Del Río

María Victoria Rodríguez Cano

María Dolores Sánchez Galán

GRUPE Y EMBARAZO: Prevención primaria

Revisión sistemática

(espacio destinado a autores y datos de contacto)

Introducción

El embarazo es considerado un factor de riesgo para las complicaciones asociadas a determinadas enfermedades virales, entre ellas la gripe. Esto se debe fundamentalmente a los **cambios inmunitarios y cardiorespiratorios** que tienen lugar durante la gestación, que hacen que aumente la morbi-mortalidad asociada.

Además de **complicaciones maternas** (4 veces más riesgo de hospitalización por esta enfermedad), la gripe en el embarazo se ha asociado con **complicaciones fetales** como aborto espontáneo, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte fetal¹.

Es por ello por lo que se considera fundamental que todos los profesionales sanitarios que trabajan con la mujer embarazada estén actualizados en las últimas recomendaciones sobre prevención primaria en este colectivo a través de la vacunación.

Objetivo

Dar a conocer las últimas recomendaciones sobre la prevención primaria de la gripe durante la gestación a través de la vacunación a los distintos profesionales que trabajan con la mujer embarazada.

Material y Método

Revisión bibliográfica en:



Términos **MESH** utilizados:

Pregnancy vaccination, Influenza Vaccines, Influenza humans.

Resultados

Tipo y año de publicación	Conclusiones principales
Revisión Cochrane 2015 ²	Se confirma un aumento de inmunidad frente a la gripe en la mujer embarazada y su recién nacido tras recibir la vacuna durante la gestación. Así mismo se observa una disminución de la incidencia de gripe en las mujeres embarazadas vacunadas. Por el contrario, no existe diferencias significativas en cuanto a resultados perinatales desfavorables o complicaciones graves derivadas de la gripe entre el grupo de mujeres vacunadas y el grupo que no recibió la vacuna.
Artículo de revisión 2015 ³	Aunque parece que la vacunación de la gripe durante el embarazo podría prevenir gran parte de los partos pretérminos y CIR durante la temporada de gripe, no existe suficiente evidencia que sustente una mejora en los resultados materno-fetales gracias a la vacunación.
Artículo de revisión 2015 ⁴	Se recomienda la vacuna de la gripe durante el 2º y 3º trimestre de gestación a todas las embarazadas, ya que es hacia el final del embarazo cuando existe un mayor riesgo de desarrollar gripe. Si existe algún factor de riesgo añadido, se acepta la vacunación en el 1º trimestre.
Artículo original 2015 ⁵	La vacuna durante la gestación protege además de a la madre al recién nacido, aunque para ello la vacuna ha de administrarse con al menos 15 días de antelación a la fecha del parto . Se recomienda la vacuna en el 2º y 3º trimestre de gestación. En el 1º trimestre parece ser segura, pero falta evidencia.
Revisión Cochrane 2014 ⁶	Aunque no existe asociación estadísticamente significativa entre la vacunación de la gripe durante el embarazo y la prevención de infecciones respiratorias en el recién nacido, sí se observa una reducción moderada tanto de infecciones por gripe en la mujer embarazada como de complicaciones asociadas a esta .
Estudio multicéntrico transversal 2014 ⁷	La vacuna de la gripe a la mujer embarazada disminuye el riesgo de esta de padecer dicha enfermedad, y por tanto disminuye el riesgo de complicaciones derivadas. Además no se han descrito riesgos perinatales derivados de la administración de dicha vacuna .
Artículo de revisión 2012 ⁸	Dada la prevalencia de gripe en el embarazo, se recomienda la vacuna a todas las gestantes en cualquier trimestre de gestación durante los meses de octubre a mayo. La vacunación durante la gestación se relaciona con una disminución de infecciones respiratorias febriles en recién nacidos por la inmunización pasiva.

Conclusiones

En base a la literatura científica revisada, y aunque existe cierta discrepancia en cuanto a la mejora de resultados neonatales con la administración de la vacuna durante el embarazo, sí existe consenso en cuanto a la **disminución de prevalencia de gripe en la mujer embarazada y por tanto disminución de complicaciones derivadas de esta tras la administración de la vacuna**.

Se recomienda por tanto la administración de la vacuna contra la gripe a todas las mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación. Esto coincide con las recomendaciones dadas por el Consejo Interterritorial del SNS español y la Comisión de Salud Pública, así como con las recomendaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. En cualquier caso, optaremos siempre que sea posible por administrar la vacuna en el 2º o 3º trimestre, dada la mayor prevalencia de gripe en este período, contribuyendo así a una mejora en los resultados materno-fetales.

Referencias Bibliográficas

1. Swamy GK et al. Maternal benefits of immunization during pregnancy. Vaccine (2012)
2. Salam RA et al. Impact of Haemophilus influenzae type B (Hib) and viral influenza vaccinations in pregnancy for improving maternal, neonatal and infant health outcomes.
3. Senti DA et al. Does influenza vaccination improve pregnancy outcome?
4. Elwer B et al. Influenza vaccination in pregnancy.
5. Miazos et al. The global influenza initiative recommendations for the vaccination of pregnant women against seasonal influenza, influenza and other respiratory viruses.
6. Demicheli V et al. Vaccines for preventing influenza in healthy adults.
7. Iribio G et al. Seguridad de la vacuna contra la influenza H1N1 con adyuvante en el embarazo.
8. Fortner KB et al. Influenza and tetanus, diphtheria, and acellular pertussis vaccinations during pregnancy.



Resumen: El padecimiento de gripe durante la gestación conlleva una mayor probabilidad de sufrir complicaciones tanto maternas como fetales. Con esta revisión bibliográfica nos proponemos dar a conocer las últimas recomendaciones sobre la prevención primaria de la gripe durante el embarazo.

Se han analizado un total de 7 artículos relevantes, publicados entre los años 2012 y 2015, además de las recomendaciones dadas por el Sistema Nacional de Salud y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, llegando a la conclusión de que se recomienda administrar la vacuna contra la gripe a todas las mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

Palabras Clave: Pregnancy vaccination; Influenza Vaccines; Influenza Humans.

Introducción:

El embarazo es considerado un factor de riesgo para las complicaciones asociadas a determinadas enfermedades virales, entre ellas la gripe. Esto se debe fundamentalmente a los cambios inmunitarios y cardiorrespiratorios que tienen lugar durante la gestación, que hacen que aumente la susceptibilidad a padecerla y la morbi-mortalidad asociada. Se ha descrito un aumento en la tasa de hospitalización, complicaciones cardiopulmonares y mortalidad, tanto en las gestantes como en las puérperas, con respecto a la población general.

Además de complicaciones maternas (4 veces más riesgo de hospitalización por esta enfermedad), la gripe en el embarazo se ha asociado con complicaciones fetales como aborto espontáneo, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte fetal. Estas complicaciones son mayores durante los meses de otoño-invierno, que es cuando se produce el mayor pico de gripe.

A pesar de todo esto, aún siguen siendo muchos los profesionales sanitarios que se muestran reticentes a administrar la vacuna contra el haemophilus influenzae tipo b a las mujeres embarazadas, por temor a aparición de posibles efectos secundarios o complicaciones en el feto.

Es por ello por lo que se considera fundamental que todos los profesionales sanitarios que trabajan con la mujer embarazada estén actualizados en las últimas recomendaciones sobre prevención primaria en este colectivo a través de la vacunación, para así poder asegurar una correcta cobertura de todas las mujeres frente a esta infección, y lograr así mejorar los resultados perinatales.

Objetivo:

Dar a conocer las últimas recomendaciones sobre la prevención primaria de la gripe durante la gestación a través de la vacunación a los distintos profesionales que trabajan con la mujer embarazada.

Material y Método:

Para ello, hemos realizado una revisión de la bibliografía existente en dos bases de datos de reconocido prestigio, Pubmed y la Cochrane Library Plus. Se han seleccionado artículos publicados tanto en español como en inglés, publicados entre los años 2010 y 2015.

Como palabras clave se han utilizado los siguientes términos normalizados MESH: Pregnancy vaccination, Influenza Vaccines, Influenza humans.

Del total de artículos encontrados que cumplían estos criterios, seleccionamos por su pertinencia y relevancia un total de 7 artículos, 2 revisiones Cochrane, 3 artículos de revisión, un estudio transversal multicéntrico y un artículo original. Además se han incluido por su relevancia en el tema una ponencia del Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud y la documentación referente a la campaña de vacunación de la gripe de Castilla- La Mancha, ambas del año 2015.

Resultados:

Las dos revisiones Cochrane publicadas en los años 2014 y 2015 sobre el tema coinciden en que las mujeres embarazadas a las que se administró la vacuna de la gripe presentaron tasas más bajas de dicha infección y de complicaciones asociadas, encontrando un aumento de la inmunidad tanto en la madre como en el recién nacido. El estudio multicéntrico publicado por Izbizky en 2014 coincide con esta afirmación. Sin embargo, no revelan asociación estadísticamente significativa entre la administración de esta vacuna y la disminución de infecciones respiratorias en el recién nacido. Esto contradice a los resultados encontrados por Fortner en el año 2012, donde sí que asociaban la vacunación con la disminución de patología respiratoria febril en los recién nacidos por inmunidad pasiva. Lo que parece claro es que no se han descrito riesgos perinatales derivados de la administración de esta vacuna, tal y como afirma Izbizky.

El artículo de revisión publicado por Klüwer y colegas a primeros de 2015 recomienda posponer la vacunación al segundo o tercer trimestre de embarazo, ya que es aquí cuando el riesgo de contagio es mayor. Volvemos a encontrar discrepancias respecto a lo que Fortner y colegas publicaron en el año 2012, donde sí que recomendaban la vacunación en cualquier trimestre de la gestación. A pesar de esto, Klüwer añade que si existe algún factor de riesgo añadido, como presentar una patología respiratoria previa a la gestación, la vacunación no debe retrasarse y se acepta su administración en las primeras semanas de embarazo.

En el artículo original publicado por Macias en 2015, encontramos de nuevo esta asociación entre la vacuna y la mejora de los resultados materno-fetales, aunque añade la recomendación de que la vacuna sea administrada al menos con 15 días de antelación a la fecha probable del parto, para lograr una inmunidad suficiente en el recién nacido y contribuir así a mejorar los resultados.

Sin embargo, y en contra de todo lo anterior, en la revisión realizada por Savitz y colegas también en este mismo año no revelan datos concluyentes sobre la vacunación frente a la gripe y la mejora de los resultados materno-fetales, y recomiendan por tanto la realización de más estudios que aporten una mayor evidencia.

A nivel nacional, en España la recomendación dada por el Consejo interterritorial del SNS para los años 2015-2016 es vacunar a las mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación. El servicio de salud de Castilla-La Mancha coincide con estas recomendaciones.

Conclusiones:

En base a la literatura científica revisada, y aunque existe cierta discrepancia en cuanto a la mejora de resultados neonatales con la administración de la vacuna durante el embarazo, si existe consenso en cuanto a la disminución de prevalencia de gripe en la mujer embarazada y por tanto disminución de complicaciones derivadas de esta tras la administración de la vacuna.

Se recomienda por tanto la administración de la vacuna contra la gripe a todas las mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

Esto coincide con las recomendaciones dadas por el Consejo Interterritorial del SNS español y la Comisión de Salud Pública, así como con las recomendaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. En cualquier caso, optaremos siempre que sea posible por administrar la vacuna en el 2º

o 3º trimestre, dada la mayor prevalencia de gripe en este periodo, contribuyendo así a una mejora en los resultados materno-fetales, y fundamentalmente para evitar una asociación coincidente de la administración de la misma con un aborto espontáneo de primer trimestre. Aun así, en mujeres embarazadas con factores de riesgo, o cuando el primer trimestre de gestación coincida con el periodo de vacunación, no se pospondrá la administración de la misma.

Bibliografía:

1. Salam RA, Das JK, Dojo Soeandy C, Lassi ZS, Bhutta ZA. Impact of Haemophilus influenzae type B (Hib) and viral influenza vaccinations in pregnancy for improving maternal, neonatal and infant health outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD009982. Doi: 10.1002/14651858.CD009982.pub2.
2. Savitz DA, Fell DB, Ortiz JR, Bhat N. Does influenza vaccination improve pregnancy outcome? Methodological issues and research needs. *Vaccine* 2015. Doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.08.041](http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.08.041)
3. Klüwer B, Furuseth E, Trogstad L, Rydland KM. Influenza vaccination in pregnancy. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2015;135(4):311-2.
4. Macias AE, Precioso AR, Falsey AR. The global influenza initiative recommendations for the vaccination of pregnant women against seasonal influenza. *Influenza and Other Respiratory Viruses.* 2015;9(Suppl. S1):31-37.
5. Demicheli V, Jefferson T, Al-Ansary LA, Ferroni E, Rivetti A, Di Pietrantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD001269. Doi: 10.1002/14651858.CD001269.pub5.

Capítulo LXXXVIII

Guía de actuación ante una úlceras por presión

Autores:

Almudena Laguna López

Elena Lara Lozano

Nuria Lozano Castellanos

M^a Teresa Menchén Torres

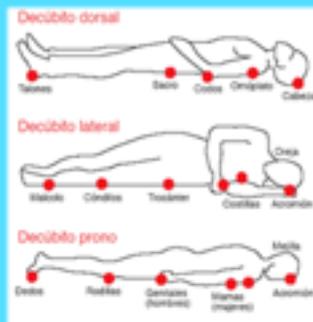
Tania Moreno Delgado

Catalina Pérez Pulpillo

GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE UNA ULCERA POR PRESIÓN

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) es la enfermedad más frecuente en pacientes inmovilizados y dependientes. El aumento de la longevidad coincide con cambios socioeconómicos que contribuyen a la pérdida de autonomía personal (cronidad, pluripatología, cambio en el rol de paciente, altas hospitalarias precoces, deterioro cognitivo), definiendo las necesidades y precisando una mayor atención domiciliaria), necesitando de un familiar que proporcione un apoyo informal y que es el que asume el cuidado y sus consecuencias, es por ello que es necesario un conocimiento sobre la enfermedad más común en estos pacientes, las úlceras por presión. El apoyo informal, consiste en el cuidado y atención que se presta de manera altruista o sin profesión sanitaria a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, generalmente por sus familiares y allegados.



OBJETIVOS

- Proporcionar al cuidador informal conocimientos para identificar y prevenir una UPP en pacientes inmovilizados.
- Sensibilizar al cuidador informal en la importancia de las UPP
- Participación activa del grupo familiar contribuyendo en la disminución de UPP

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden, ISCIII, y Fondo editorial de Elsevier, con las palabras clave: "úlceras por presión", "cuidado informal" y "conocimientos familiares". Se incluyeron todos los trabajos que abordaran el diagnóstico y cuidado de las úlceras por presión, publicados desde el 2010 hasta la actualidad. Se limitó el idioma al castellano e inglés. Tras el análisis de la literatura se proponen las principales medidas que han demostrado disminución de la morbilidad y de la mejora de la calidad asistencial.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 8 artículos que abordan aspectos preventivos de las UPP y 2 protocolos. Las principales recomendaciones se dividen en los grupos que se detallan a continuación:

1. ¿Qué es una UPP?

Es una lesión de la piel y tejidos subyacentes producida por una presión mantenida entre una protuberancia ósea y una superficie dura, esto produce una inhibición del riego sanguíneo en esa zona, apareciendo una degeneración rápida de los tejidos.

2. ¿Cómo Prevenirla?

Ante un paciente inmovilizado, hay que prestar atención a tres factores para prevenir en la medida de lo posible la aparición de una UPP. Los factores a tener en cuenta son:



3. HIGIENE:

- Examinar la piel mínimo 1 vez/día, valorando color e integridad de la piel.
- Limpieza: jabones no irritantes, agua tibia, secado meticuloso sin friccionar, **no utilizar alcoholes.**
- Hidratación: aplicar crema hidratante sin masajear en prominencias óseas, aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo. (Dependerá de la posición del paciente).
- Utilizar protecciones.
- Valorar los excesos de humedad de la zona.

4. MOVILIZACIÓN

La movilidad es la capacidad que tiene la persona para cambiar y controlar la posición del cuerpo. Cuando el paciente está encamado hay que tener en cuenta:

- Realizar **cambios posturales** cada 2-3 horas, para así alternar las zonas de presión.
- Colocar almohadas o equipos de protección para **evitar roces en prominencias óseas.**
- A la hora de movilizarlo **evitar el arrastre** para no friccionar la piel sobre la ropa de la cama.
- Si el paciente está sentado, podemos realizar cambios cada hora, y si puede hacerlo solo, le diremos que lo realice cada 15-30 minutos.

5. ALIMENTACIÓN

Una buena alimentación ayuda tanto a la prevención como al proceso de cicatrización una vez la UPP ya esté presente. Es necesario un aporte de:

- **Proteínas** que represente el 20% de la dieta (carnes, pescado, productos lácteos)
- **Hidratos de carbono** 55-60% de la dieta (patatas, cereales, legumbres)
- **Vitaminas.** En especial la vitamina C, junto con otras vitaminas como A,E,K, hierro, cobre, zinc. **Ayudan a la cicatrización.**



CONCLUSIÓN

Actualmente el cuidador informal forma parte de los pilares del apoyo informal en la atención de la dependencia, se hace necesario la formación sobre el cuidado de la persona dependiente en especial en la identificación y el cuidado de las úlceras por presión con recomendaciones basadas en la evidencia, para poder aportar unos cuidados de calidad.

Resumen: Debido al aumento de personas dependientes e inmovilizadas, cada vez más son las personas que padecen o tienen riesgo de padecer una úlcera por presión. En base a esto, la sociedad y sobre todo las personas que tienen a su cargo personas inmovilizadas y dependientes, tienen que proporcionar un apoyo informal y deben estar informadas sobre qué es una úlcera por presión, así como las medidas para prevenirlas y como detectarlas para que tengan las pautas necesarias para identificar y evitar el riesgo de aparición de esta patología y acudir al profesional para que esa úlcera por presión no evolucione.

Palabras Clave: Úlcera por presión; Cuidadores; Atención de Enfermería.

Introducción:

Las úlceras por presión (UPP) es la enfermedad más frecuente en pacientes inmovilizados y dependientes. El aumento de la longevidad coincide con cambios socioeconómicos que contribuyen a la pérdida de autonomía personal (cronicidad, pluripatología, cambio en el rol de paciente, altas hospitalarias precoces, deterioro cognitivo), definiendo las necesidades y precisando una mayor atención domiciliaria), necesitando de un familiar que proporcione un apoyo informal y que es el que asume el cuidado y sus consecuencias, es por ello que es necesario un conocimiento sobre la enfermedad más común en estos pacientes, las úlceras por presión.

El apoyo informal, consiste en el cuidado y atención que se presta de manera altruista o sin profesión sanitaria a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, generalmente por sus familiares y allegados.

Objetivos:

Proporcionar al cuidador informal conocimientos para identificar y prevenir una UPP en pacientes inmovilizados.

Sensibilizar al cuidador informal en la importancia de las UPP.

Participación activa del grupo familiar contribuyendo en la disminución de UPP.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden, ISCIII, y Fondo editorial de Elsevier, con las palabras clave obtenidos por el DeCS: "úlceras por presión", "atención de enfermería" y "cuidadores". Se incluyeron todos los trabajos que abordasen el diagnóstico y cuidado de las úlceras por presión. Se limitó el idioma al castellano e inglés.

Tras el análisis de la literatura se proponen las principales medidas que han demostrado disminución de la morbilidad y la mejora de la calidad asistencial.

Resultados:

Las principales recomendaciones se dividen en los grupos que se detallan a continuación:

1. ¿Qué es una UPP?. Es una lesión de la piel y tejidos subyacentes producida por una presión mantenida entre una protuberancia ósea y una superficie dura, esto produce una inhibición del riego sanguíneo en esa zona, apareciendo una degeneración rápida de los tejidos.

2. ¿Cómo Prevenirla?. Ante un paciente inmovilizado, hay que prestar atención a tres factores para prevenir en la medida de lo posible la aparición de una UPP. Los factores a tener en cuenta son: Higiene, movilización y alimentación.

3. Higiene:

- Examinar la piel mínimo 1 vez/día, valorando color e integridad de la piel.
- Limpieza: jabones no irritantes, agua tibia, secado meticuloso sin friccionar, no utilizar alcoholes.
- Hidratación: aplicar crema hidratante sin masajear en prominencias óseas, aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo. (Dependerá de la posición del paciente).
- Utilizar protecciones.
- Valorar los excesos de humedad de la zona.

4. Movilización. La movilidad es la capacidad que tiene la persona para cambiar y controlar la posición del cuerpo. Cuando el paciente esta encamado hay que tener en cuenta:

- Realizar cambios posturales cada 2-3 horas, para así alternar las zonas de presión.
- Colocar almohadas o equipos de protección para evitar roces en prominencias óseas.
- A la hora de movilizarlo evitar el arrastre para no friccionar la piel sobre la ropa de la cama.
- Si el paciente está sentado, podemos realizar cambios cada hora, y si puede hacerlo solo, le diremos que lo realice cada 15-30 minutos.

5. Alimentación. Una buena alimentación ayuda tanto a la prevención como al proceso de cicatrización una vez la UPP ya esté presente. Es necesario un aporte de:

- Proteínas que represente el 20% de la dieta (carnes, pescado, productos lácteos).
- Hidratos de carbono 55-60% de la dieta (patatas, cereales, legumbres).
- Vitaminas. En especial la vitamina C, junto con otras vitaminas como A, E, K, hierro, cobre, zinc. Ayudan a la cicatrización.

Bibliografía:

1. Martínez López, R.; Ponce Martínez, D.E.; Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. *Enferm. glob.* [online]. 2011, vol.10, n.24, pp. 0-0. ISSN 1695-6141. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400005>.
2. Monsen E.; Dietary reference intakes for the antioxidant nutrients: Vitamin C, selenium and carotenoids. *J Am Diet*, 2000; 100:637-640. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863565>.
3. Segovia, T.; Pérez, M.E.; Rol del cuidador principal en el cuidado del paciente anciano hospitalizado. *Metas de enfermería*. Septiembre 2001; 4 (38): 16-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/clinica5.pdf>.

Capítulo LXXXIX

Guía de buena práctica enfermera: importancia del uso de recomendaciones y guías de práctica clínica basadas en evidencia científica para la prevención de úlceras por presión (UPP)

Autores:

Antonio Botia Portero

Ana María Rullo Sánchez.

GUIA DE BUENA PRACTICA ENFERMERA: Importancia del uso de recomendaciones y Guías de Practica Clínica basadas en evidencia científica, para la Prevención de Úlceras por Presión (UPP).

Autores:

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema sanitario que afecta directamente a los ciudadanos y a los sistemas de salud.

Aunque las guías clínicas facilitan la diseminación de los resultados, su existencia, por sí misma, no pueden garantizar que los profesionales de enfermería conozcan los cuidados de UPP basados en la mejor evidencia, y tampoco que los incorporen en su práctica clínica diaria, como demuestran diferentes estudios que sugieren que los profesionales tienen un conocimiento insatisfactorio de los resultados de la investigación. Parece ser que hay una baja difusión del conocimiento en enfermería, debido, fundamentalmente, a que los métodos que tradicionalmente se han usado para ello, tales como congresos y publicaciones en revistas profesionales, no resultan ser lo suficientemente efectivos.

Con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, investigadores e instituciones de diversos países han desarrollado guías de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de las UPP. La implementación de las recomendaciones contenidas en estas guías clínicas permite reducir la incidencia y prevalencia de las UPP, así como los costes que suponen una práctica no adecuada.



La gran aliada de las Heridas Crónicas en general y de las úlceras por presión en particular es la variabilidad de la práctica clínica, que se apoya en dos pilares fundamentales:
 -La incertidumbre profesional, relacionada con la discrecionalidad de las decisiones clínicas individuales o los diferentes estilos de práctica.
 -El crecimiento desmedido de la información, lo que se ha dado en llamar la explosión de la información.

A pesar de estar muy aceptada la necesidad de la práctica de enfermería basada en la evidencia, actualmente el cambio en la práctica es complejo y difícil, podemos decir que existe una separación entre conocimientos y práctica. Las enfermeras identifican múltiples barreras que impiden que la investigación sea utilizada en la práctica clínica. Dichas barreras pueden clasificarse en cuanto a actitud, recursos y apoyo.

La actitud se refiere a las creencias de las enfermeras sobre la práctica basada en la evidencia. Muchas no leen las publicaciones de enfermería, o leen aquellas que contienen pocos o ningún estudio de investigación. Otras no conocen los resultados de las investigaciones; no los entienden o los creen. También hay quien piensa que la bibliografía divulga resultados contradictorios, o están poco dispuestas a cambiar su práctica en relación con las nuevas ideas planteadas y creen que los beneficios de cambiar la práctica serán mínimos.



OBJETIVOS



Como objetivo general se ha planteado: Evaluar las principales recomendaciones sobre prevención de UPP de las Guías de Práctica Clínica publicadas en los últimos 5 años (2010-2015).



MATERIAL Y METODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN...), y búsqueda adicional en las principales páginas relacionadas con Guías de Práctica Clínica (GPC) en general. Se han incluido todos los documentos que registran intervenciones para la prevención de UPP, no se ha delimitado edad.
 Palabras clave empleadas para la búsqueda: Guía de practica clínica, prevención, lesión por presión, ulcera por presión.

Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se ha utilizado el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group) Tabla 1

Tabla 1. Sistema GRADE Working Group: Grado de Evidencia de las recomendaciones

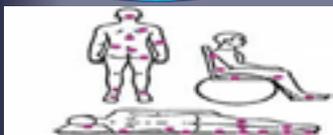
ALTA	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.
MODERADA	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
BAJA	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
MUY BAJA	El resultado no ha sido demostrado

RESULTADOS

De las 12 Guías de Práctica Clínica obtenidas de la revisión bibliográfica, se han seleccionado 2 GPC como principales para la evaluación de las recomendaciones en prevención de UPP, siguiendo el sistema GRADE.

- GPC seleccionadas para su evaluación**
1. Guía de practica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud.
 2. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. GNEAUPP.

Resumen de las principales recomendaciones en prevención de UPP, según el sistema GRADE, obtenidas de la revisión de las GPC



- >VALORACIÓN DEL RIESGO
 1. Valore el riesgo de presentar UPP en todas las personas EVIDENCIA MODERADA.
 2. Para la valoración del riesgo, utilice de forma sistemática, una escala de valoración del riesgo de UPP (EVURUPP) validada (Braden, EMINA) EVIDENCIA ALTA.
 3. Clasifique a las personas, tras la valoración, en las categorías de bajo, medio o alto riesgo y aplique medidas en función de este riesgo EVIDENCIA MODERADA.
 4. Registre en la historia clínica la valoración del riesgo realizada EVIDENCIA ALTA Y BAJA.
- > CUIDADOS LOCALES DE LA PIEL
 5. Valore el estado de la piel diariamente para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento a la persona EVIDENCIA ALTA Y BAJA.
 6. La valoración de pacientes con piel oscura o morena es especialmente difícil EVIDENCIA ALTA Y BAJA.
 7. Para la higiene diaria. Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo sobre el pH de la piel EVIDENCIA MODERADA.
 8. Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga ALCOHOL (de romero, tanino...). No usar COLONIAS, pues su compuesto fundamental es el alcohol EVIDENCIA ALTA Y BAJA.
 9. No efectuar masajes sobre las prominencias óseas, pues se pueden ocasionar daños adicionales y no previenen la aparición de lesiones EVIDENCIA MODERADA.
 10. Aplique ácidos grasos hipotenogénicos (AGHO) en piel sometida a presión. Extiéndalos con suavidad en zonas de riesgo EVIDENCIA ALTA.
 11. Valore y trate los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel de la persona: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas EVIDENCIA BAJA.
 12. La incontinencia ha demostrado que aumenta considerablemente el riesgo de aparición de UPP EVIDENCIA MODERADA.
- >MANEJO DE LA PRESIÓN
 13. Elabore un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona EVIDENCIA MODERADA.
 14. Haga cambios posturales, o cuando sea posible enseñe a la persona a reponerse a intervalos frecuentes que permitan redistribuir el peso y la presión EVIDENCIA MODERADA.
 15. Movilizar a la persona, evitando la fricción y los movimientos de cizalla EVIDENCIA BAJA.
 16. Eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el mínimo tiempo EVIDENCIA BAJA.
 17. Para las posiciones de decúbito lateral no sobrepase los 30º de inclinación. Se evitará apoyar el peso sobre los trocánteros EVIDENCIA BAJA.
- >SUPERFICIES ESPECIALES PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN
 18. Las personas de riesgo deben ser situadas sobre superficies especiales para el manejo de la presión en función del riesgo EVIDENCIA ALTA.
 19. En todos las instituciones de salud y niveles asistenciales, las personas que se consideran con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que debe incluir la utilización de superficies especiales para la redistribución de la presión EVIDENCIA ALTA.
 20. Considere siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales) EVIDENCIA MODERADA.
- >PROTECCIÓN LOCAL ANTE LA PRESIÓN
 21. Utilizar apósitos de espuma de poliuretano en prominencias óseas para prevenir la aparición de UPP EVIDENCIA ALTA.
 22. Debe realizarse una protección especial de los talones. Los apósitos especiales de espuma de poliuretano han demostrado mayor eficacia y ser más costo efectivo que el uso de vendajes almohadillados EVIDENCIA ALTA.
- >PREVENIR LESIONES YATROGÉNICAS
 23. No utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento EVIDENCIA MODERADA.
- > NUTRICIÓN
 24. Asegure una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona o su condición de salud EVIDENCIA MODERADA.
 25. Proporcione soporte nutricional a las personas en las que se identifique alguna deficiencia EVIDENCIA MODERADA.

CONCLUSIONES

El uso de las guías de practica clínica de enfermería nos será una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada al paciente ,asi como garantizar la disposición de las estructuras y respaldos adecuados para prestar el mejor servicio posible, hallándose útil dicho documento de cara al desarrollo de directrices, procedimientos, protocolos, programas educativos y herramientas de documentación y evaluación.

Resumen: La importancia del uso de recomendaciones y Guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencia científica para la Prevención úlceras por presión (UPP), nos será una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada al paciente, así como garantizar la disposición de las estructuras y respaldos adecuados para prestar el mejor servicio posible, hallándose útil dicho documento de cara al desarrollo de directrices, procedimientos, protocolos, programas educativos y herramientas de documentación y evaluación.

La implementación de las recomendaciones contenidas en estas guías clínicas permite reducir la incidencia y prevalencia de las UPP.

Palabras Clave: Guía de práctica clínica; Prevención; Úlcera por presión.

Introducción:

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema sanitario que afecta directamente a los ciudadanos y a los sistemas de salud.

Con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, investigadores e instituciones de diversos países han desarrollado guías de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión (UPP). La implementación de las recomendaciones contenidas en estas guías clínicas permite reducir la incidencia y prevalencia de las UPP, así como los costes que suponen una práctica no adecuada.

Objetivos:

Como objetivo general se ha planteado evaluar las principales recomendaciones sobre prevención de úlceras por presión (UPP) de las Guías de Práctica Clínica publicadas en los últimos 5 años (2010-2015).

Material y Metodo:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN,..), y búsqueda adicional en las principales páginas relacionadas con Guías de Práctica Clínica (GPC) en general. Se han incluido todos los documentos que registran intervenciones para la prevención de UPP, no se ha delimitado edad.

Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se ha utilizado el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group), el cual mide el grado de evidencia de las recomendaciones en 4 niveles: alta, moderada, baja y muy baja.

Resultados:

De las 12 Guías de Práctica Clínica obtenidas de la revisión bibliográfica, se han seleccionado 2 Guías de Práctica Clínica (GPC) como principales para la evaluación de las recomendaciones en prevención de úlceras por presión (UPP), siguiendo el sistema GRADE.

Guías de Práctica Clínica (GPC) seleccionadas para su evaluación:

- Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud.
- Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión (GNEAUPP).

Conclusiones:

El uso de las guías de práctica clínica de enfermería nos será una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada al paciente, así como garantizar la disposición de las estructuras y respaldos adecuados para prestar el mejor servicio posible, hallándose útil dicho documento de cara al desarrollo de directrices, procedimientos, protocolos, programas educativos y herramientas de documentación y evaluación.

Bibliografía:

1. Rodríguez Palma, M. Guías de práctica clínica. Simposium Oficial. Libro de Abstract. VI Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión. Zaragoza. 2006
2. Almendariz Alonso M^a J. Úlceras por presión. En: ¿Heridas crónicas y agudas? EDIMSA Madrid. 1999.
3. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº 2: Directrices Generales Sobre Prevención de las Úlceras Por Presión. Logroño 2003.

Capítulo XC

Guía de cuidados y ejercicios al alta para los pacientes intervenidos de prótesis de cadera

Autores:

María De Las Nieves Bautista Moreno

Laura María Lozano Muñoz

GUÍA DE CUIDADOS Y EJERCICIOS AL ALTA PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS DE CADERA

ESCRIBA EN ESTE ESPACIO SUS AUTORES E INDIQUE A CONTINUACIÓN SUS CORRESPONDIENTES ORGANIZACIONES O PUESTOS DE TRABAJO

OBJETIVO INTRODUCCIÓN

La artroplastia o prótesis de cadera es un tratamiento común y muy frecuentemente utilizado ante diversas patologías de la articulación de la cadera (patología de tipo degenerativo, fracturas o deformidades congénitas).
La implantación de una prótesis de cadera permite sustituir una de las dos superficies articulares con el cartilago desgastado, o las dos: la cabeza (y el cuello del fémur) y el acetábulo.



OBJETIVO METODOLOGÍA

Dotar al paciente intervenido de prótesis de cadera de la información necesaria para participar de forma activa en su recuperación, con el objetivo de asegurar la independencia y mejorar la calidad de vida, tras abandonar el hospital.

Elaboración de un póster, que explica los principales cuidados y ejercicios que debe seguir el paciente intervenido de prótesis de cadera al alta, así como las posibles complicaciones. El póster se colocará en la sala de estar de los pacientes, visualmente accesible a todos ellos y sus familiares; en nuestro centro de salud y consultorios locales.

INTERVENCIONES

Van encaminadas a **evitar** las principales **complicaciones** de este tipo de intervención: **luxación de la prótesis, infección y caídas** en el hogar, así como a la **disminución del dolor**.

RECOMENDACIONES DE SU ENFERMERA

- ✓ Acuda con los informes de alta a su Centro de Salud.
- ✓ Tome la medicación prescrita en su informe clínico.
- ✓ Consulte con su médico
- Si aparece temperatura igual o superior a 38°C
- Dolor que no remite con el tratamiento médico
- Enrojecimiento, hinchazón y/o apósito manchado de líquido claro, sangre o pus
- ✓ Utilice calzado cómodo y cerrado que le sujete bien el pie
- ✓ Evite engordar, mantenga una dieta equilibrada, rica en hierro y fibra.
- ✓ Ponga atención a los elementos del hogar

RECOMENDACIONES DE SU FISIOTERAPEUTA

EN EL BAÑO:

- Adaptar un alza en el inodoro de unos 10-15 cm
- Mejor plato de ducha que bañera.



EN LA CAMA:

- ✓ Debe dormir boca arriba con una almohada entre las piernas
- NO duerma ni descance boca abajo, ni de lado.
- NO elevar la pierna operada sin doblar la rodilla (flexión > 90°).



PARA BAJAR DE LA CAMA:

Acérquese al borde de la cama sin cruzar las piernas. Apoye el codo e incorpore el cuerpo. Mantenga la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana. Gire el cuerpo y levántese igual que de una silla.



No se incline por la cintura.

No cruce la pierna operada por encima de su otra pierna.

No gire la pierna operada hacia adentro.

OTRAS RECOMENDACIONES

- Vestirse: comience siempre por el lado operado. Puede hacer sin problemas rotación externa de cadera. calzarse: con un calizador de mango largo
- Utilice las medias de compresión (enteras).
- Puede montar en coche a partir del 2º mes, en el lugar del copiloto. Recline el asiento y una vez sentado, introduzca las piernas en el interior.
- No conducir hasta pasados tres meses.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería y fisioterapia tenemos un papel decisivo en la educación sanitaria. El póster es una herramienta útil que sirve de guía visual y que permite orientar y fomentar el auto cuidado del paciente, mejorando así su calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad.

MARCHA CON MULETAS O ANDADOR:

- Utilice muletas o andador y vaya abandonándolas supervisado por su médico.
- Los primeros días camine 3-4 veces unos 10 minutos, después inicie una actividad mayor pero con muchos periodos de descanso.

Marcha en paralelo: Adelantar a la vez las dos muletas o andador, la pierna operada y finalmente la pierna sana.

Cuando nos quedemos con **una muleta** siempre debe colocarse en el **lado contrario a la pierna operada**.

Igual que marcha en paralelo: 1ª muleta, 2ª pierna operada y 3ª pierna sana.



Giros: Evite girar sobre sus pies (giro en redondo). Debe dar pasitos cortos hacia el lado que quiera girar.

SEDESTACIÓN/BIPEDESTACIÓN EN SILLA O WC:

- Siéntese en sillas altas con apoyabrazos o sofás rígidos, o coloque un cojín.
- **NO** cruce las piernas



Sentarse: Con las piernas en contacto con la silla, coloque las manos en los apoyabrazos, estre la pierna operada hacia delante, incline el cuerpo hacia delante y siéntese lentamente. Para **levantarse** siga el mismo procedimiento.



SUBIR Y BAJAR ESCALERAS:

SUBIR: 1º Bastones, 2º pierna sana y 3º pierna operada.

BAJAR: 1º Bastones, 2º pierna operada y 3º pierna sana.

Recuerde: Los buenos suben al cielo y los malos bajan al infierno.

EJERCICIOS

En la cama, tumbado boca arriba:

Ejercicios de flexo-extensión de rodilla. Doblar la rodilla arrastrando el talón por la cama y estirar la rodilla apoyándola en la cama. 3 series de 10 repeticiones.



Isométricos de cuádriceps. Colocar una toalla enrollada debajo de las rodillas y aplastarlo, mantener 10 segundos. Al mismo tiempo llevar la punta los pies hacia la cara. Realizar 3 series de 10 repeticiones.



Sentado: Ejercicio de flexión-extensión de rodilla. Estirar y doblar la rodilla forzando la flexión, sin sentir dolor. Realizar 3 series de 10 repeticiones.



Ejercicios de flexo-extensión de tobillo (Sentados y en la cama). Llevar la punta del pie hacia la cara y hacia abajo. Realizar durante 5 minutos.



Resumen: La artroplastia de reemplazo de cadera es una intervención frecuentemente usada en traumatología. La cooperación del paciente resultará fundamental para obtener resultados óptimos. Esta guía pretende proporcionar al paciente la información sobre las medidas adecuadas para intervenir de forma activa en su restablecimiento.

Dentro de esas medidas se encuentran las que tratan de disminuir la sobrecarga articular, como ayudas a la marcha, las medidas para evitar caídas; así como el ejercicio físico con el que se mejora la función y el dolor de la articulación mediante el aumento de la flexibilidad y fuerza de los músculos de la articulación.

Palabras Clave: Artroplastia de reemplazo de cadera; Cuidados posteriores; Rehabilitación.

Introducción:

La artroplastia o prótesis de cadera es un tratamiento común y muy frecuentemente utilizado ante diversas patologías de la articulación de la cadera (patología de tipo degenerativo, fracturas o deformidades congénitas).

La implantación de una prótesis de cadera permite sustituir una de las dos superficies articulares con el cartílago desgastado, o las dos: la cabeza (y el cuello del fémur) y el acetábulo.

Objetivo:

Dotar al paciente intervenido de prótesis de cadera de la información necesaria para participar de forma activa en su recuperación, con el objetivo de asegurar la independencia y mejorar la calidad de vida, tras abandonar el hospital.

Metodología:

Elaboración de un póster, que explica los principales cuidados y ejercicios que debe seguir el paciente intervenido de prótesis de cadera al alta, así como las posibles complicaciones. El póster se colocará en la sala de estar de los pacientes, visualmente accesible a todos ellos y sus familiares; en nuestro centro de salud y consultorios locales.

Intervenciones:

Van encaminadas a evitar las principales complicaciones de este tipo de intervención: luxación de la prótesis, infección y caídas en el hogar, así como a la disminución del dolor.

Recomendaciones de su enfermera: Acuda con los informes de alta a su Centro de Salud; tome la medicación prescrita en su informe clínico.

Consulte con su médico: Si aparece temperatura igual o superior a 38°C; dolor que no remite con el tratamiento médico.; enrojecimiento, hinchazón y/o apósito manchado de líquido claro, sangre o pus.

- Utilice calzado cómodo y cerrado que le sujete bien el pie.
- Evite engordar, mantenga una dieta equilibrada, rica en hierro y fibra.
- Ponga atención a los elementos del hogar.

Recomendaciones de su fisioterapeuta:

En el baño:

- Adaptar un alza en el inodoro de unos 10-15 cm.
- Utilice preferiblemente plato de ducha mejor que bañera.

En la cama:

- Debe dormir boca arriba con una almohada entre las piernas.
- NO duerma ni descansa boca abajo, ni de lado.
- NO elevar la pierna operada sin doblar la rodilla (flexión > 90°).

Para bajar de la cama: Acérquese al borde de la cama sin cruzar las piernas. Apoye el codo en la cama e incorpore el cuerpo. Mantenga la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana. Gire el cuerpo y levántese igual que de una silla.

Otras recomendaciones:

- Vestirse: comience siempre por el lado operado. Puede hacer sin problemas rotación externa de cadera.
- Calzarse: con un calzador de mango largo.
- Utilice las medias de compresión (enteras).
- Puede montar en coche a partir del segundo mes, en el lugar del copiloto. Recline el asiento y una vez sentado, introduzca las piernas en el interior.
- No debe conducir hasta pasados tres meses.
- Marcha con muletas o andador: Utilice muletas o andador y vaya abandonándolas supervisado por su médico. Los primeros días camine 3-4 veces unos 10 minutos, después inicie una actividad mayor pero con muchos periodos de descanso.
- Marcha en paralelo: Adelantar a la vez las dos muletas o andador, la pierna operada y finalmente la pierna sana. Cuando nos quedemos con una muleta siempre debe colocarse en el lado contrario a la pierna operada. Con una muleta el procedimiento es igual que la marcha en paralelo: primero adelantar la muleta, después la pierna operada y por último la pierna sana.
- Giros: Evite girar sobre sus pies (giro en redondo). Debe dar pasitos cortos hacia el lado que quiera girar.

Sedestación/bipedestación en silla o wc:

- Siéntese en sillas altas con apoyabrazos o sofás rígidos, o coloque un cojín.
- NO cruce las piernas.
- Sentarse: Con las piernas en contacto con la silla, coloque las manos en los apoyabrazos, estire la pierna operada hacia delante, incline el cuerpo hacia delante y siéntese lentamente. Para levantarse siga el mismo procedimiento.

Subir y bajar escaleras:

- Subir: 1º Bastones, 2º pierna sana y 3º pierna operada.
- Bajar: 1º Bastones, 2º pierna operada y 3º pierna sana.
- Recuerde: Los buenos suben al cielo y los malos bajan al infierno.

Ejercicios en la cama, tumbado boca arriba:

- Ejercicios de flexo-extensión de rodilla. Doblar la rodilla arrastrando el talón por la cama y estirar la rodilla apoyándola en la cama. 3 series de 10 repeticiones.
- Isométricos de cuádriceps. Colocar una toalla enrollada debajo de las rodillas y aplastarlo, mantener 10 segundos. Al mismo tiempo llevar la punta los pies hacia la cara. Realizar 3 series de 10 repeticiones.

Ejercicios sentado:

- Ejercicio de flexión-extensión de rodilla. Estirar y doblar la rodilla forzando la flexión, sin sentir dolor. Realizar 3 series de 10 repeticiones.
- Ejercicios de flexo-extensión de tobillo (Sentados y en la cama). Llevar la punta del pie hacia la cara y hacia abajo. Realizar durante 5 minutos.

Conclusiones:

Los profesionales de enfermería y fisioterapia tenemos un papel decisivo en la educación sanitaria. El póster es una herramienta útil que sirve de guía visual y que permite orientar y fomentar el auto cuidado del paciente, mejorando así su calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad.

Bibliografía:

1. Pages E, Iborra J, Cuxart A. Artroplastia de cadera. Rehabilitación (Madr). 2007; 41(6): 280-9.
2. IAC, Instituto andaluz de cadera y rodilla [sede web]. Sevilla: Instituto Andaluz de cadera y rodilla; 2011. Recomendaciones pacientes operados de prótesis de cadera. Disponible en: <http://www.incaro.es/images/pdf/recomendaciones%20pacientes%20operados%20protesis%20cadera.pdf>.
3. Especialistas en prótesis de cadera y rodilla y casos complejos de revisión. Madrid: Especialistas en prótesis de cadera y rodilla y casos complejos de revisión; 2011. Educación de pacientes con prótesis de cadera. Disponible en: <http://www.protesiscaderarodilla.com/EDUCACI%D3N%20DE%20PACIENTES%20CON%20PR%D3TESIS%20DE%20CADERA.htm>.

Capítulo XCI

HIPEC cerrada en el cáncer de ovario

Autores:

Juan Espadas Barba

Sandra García Escuderos

Dominga Herrera Cruz

Noemí Morales Clemente

Ana María Peña De La Cruz

Elena María Sánchez Gaitán

HIPEC CERRADA EN EL CÁNCER DE OVARIO

INTRODUCCIÓN

- El cáncer ovárico es el quinto tipo de cáncer con más prevalencia en la mujer en España y el tercero de tipo ginecológico, según la SEOM.
- Los tratamientos habituales están encaminados a conseguir la mayor supervivencia y calidad de vida posible de estas pacientes, así como la esperanza de vida libre de enfermedad.
- Actualmente la quimiohipertermia intraperitoneal o HIPEC, se encuentra en estudio para tratar la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico.

OBJETIVOS

- Informar acerca del proceso quirúrgico, y sobre las ventajas y beneficios que reporta a las pacientes sometidas a esta intervención.
- Proporcionar una base de conocimiento acerca de esta técnica novedosa, compleja y multidisciplinar aún en estudio experimental.

CARACTERÍSTICAS

- La aplicación de hipotermia al fármaco aumenta la lisis tumoral por un mayor efecto citotóxico directo y mayor toxicidad sobre las células tumorales que son más termosenesibles que las células normales.
- La administración intraperitoneal de los fármacos facilita la penetración en los tejidos mejorando el efecto de la QT.
- La HIPEC con circuito cerrado evita las pérdidas de calor y la emisión de vapores tóxicos, así como vertidos accidentales.
- La introducción de un sistema de diseminación de fármacos mediante CO₂ permite el alcance a la totalidad de la superficie peritoneal.

La HIPEC consiste en la administración de un fármaco citostático a alta temperatura en la cavidad peritoneal mediante un circuito cerrado, tras la realización de una cirugía citoreductora dirigida a la extirpación de todo el tumor macroscópico localizado en la cavidad abdominal.

VENTAJAS

- Se logra que el 90% de la concentración quimioterápica se dirija a la superficie peritoneal.
- Destaca la menor toxicidad sistémica que produce.
- Distribución homogénea del fto.
- Neutralización de la diseminación del cirujano.
- Efecto antineoplásico directo.
- Mayor penetración celular y potenciación de la acción del citostático.

CONTRAINDICACIONES

- La existencia de extensión extraabdominal, metástasis hepáticas y carcinomatosis muy extensas.
- Afectación de zonas de difícil resección por comprometer viabilidad.
- Insuficiencia cardiorrespiratoria, renal o hepática.
- Imposibilidad de conseguir resección total.
- Riesgo quirúrgico alto.

PREOPERATORIO

- Ingreso de la paciente en el centro hospitalario. Revisión de la HC (consentimientos informados y preoperatorio)
- Entrevista con la paciente. Resolución de dudas y realización del PAE.
- Canalización de vías y rasurado de la zona quirúrgica. Administración de medicación preoperatoria (profilaxis antitrombótica y antibiótica)

INTRAOPERATORIO

- Cirugía citoreductora dirigida a no dejar ningún tumor de más de 1 cm (extirpación de útero, ovarios, epíplon, apéndice y linfadenectomía pélvica y paraaórtica)
- Recogida e identificación de muestras biológicas para anatomía patológica.
- Conexión de los circuitos de quimioterapia en la cavidad peritoneal y comprobación de la ausencia de fugas con suero salino.
- Colocación de protección del personal de quirófano contra agentes citostáticos.
- Administración de CO₂ y del fármaco antineoplásico a una temperatura entre 41-43°C durante 60 minutos aproximadamente.
- Lavado intraperitoneal con suero salino durante 10-15 minutos para limpieza de los restos del fármaco.
- Retirada de los sistemas de lavado de la cavidad peritoneal, revisión de la misma y colocación de drenajes.
- Sutura y cierre por planos de la incisión quirúrgica abdominal.

POSTOPERATORIO

- Traslado a UCI. Transferencia de la paciente entre el personal de quirófano y de UCI.
- Protección del personal en contacto con la paciente contra agentes citostáticos.
- Cuidados postquirúrgicos (herida quirúrgica, drenajes, soporte ventilatorio, aseo corporal...)
- Gestión de las excretas y su desecho en un contenedor adecuado al menos 72 horas (orina, heces, secreciones...)



Máquina recirculación peritoneal COMBAT®



Lavado quimioterápico intraperitoneal



Contenedor grande de residuos



Contenedor de residuos punzantes

CONCLUSIONES

- Según algunos estudios, la supervivencia a los cinco años del diagnóstico aumenta del 10-25% con tratamiento convencional, a un 45% actualmente con esta técnica.
- También se logran reducir los efectos secundarios de manera significativa, al conseguir dosis efectivas con una menor cantidad de fármaco.
- Una buena coordinación entre los diferentes profesionales involucrados influye en una mejor calidad de atención a estas pacientes en cuanto a diagnóstico, tratamiento y seguimiento asistencial.

BIBLIOGRAFIA

- El cáncer en cifras en España, SEOM 2014.
- Revisión de artículos, estudios y entrevistas publicados en diferentes medios.

Resumen: *El cáncer ovárico es el quinto tipo de cáncer con más prevalencia en la mujer en España, y el tercero de origen ginecológico según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).*

Actualmente la quimiohipertermia intraperitoneal (HIPEC) con circuito cerrado se encuentra en estudio para tratar estos tumores tras observarse su eficacia en otros cánceres de origen abdominal. La eficacia del procedimiento se fundamenta en la máxima cirugía abdominal, la alta concentración del fármaco conseguida en el abdomen y el efecto antitumoral del calor.

La menor toxicidad, y por tanto, un menor número de efectos secundarios son sus principales ventajas.

Palabras Clave: *Neoplasias ováricas; Quimioterapia; Carcinoma.*

Cada año muere en España el mismo número de mujeres por cáncer de ovario que de personas por accidente de tráfico. Es el quinto tipo de cáncer con más prevalencia en la mujer y el tercero de tipo ginecológico según la SEOM.

Los tumores de los órganos abdominales (como el de origen ovárico) pueden diseminarse no solamente a través de las vías linfáticas y de los vasos sanguíneos como suelen hacer todos los cánceres, sino que además pueden invadir directamente la cavidad abdominal y afectar a las paredes del abdomen y a todas las vísceras, lo que se conoce como carcinomatosis peritoneal, cuya situación clínica ha estado clásicamente asociada a un pronóstico muy adverso. Esto es debido a que su tratamiento resulta muy complejo porque la quimioterapia habitual por vía intravenosa no puede atravesar la barrera del peritoneo y por tanto resulta inefectiva en este tipo de tumores, por lo que a estas pacientes se les aplicaba únicamente tratamientos de índole paliativa.

La reciente aplicación de la quimiohipertermia intraperitoneal (HIPEC) en estos casos ha abierto una esperanza de curación o de buena paliación en estas pacientes con escasas posibilidades terapéuticas.

La HIPEC consiste en la administración de un fármaco citostático a alta temperatura en la cavidad peritoneal mediante un circuito cerrado, tras la realización de una cirugía citorreductora dirigida a la extirpación de todos los tumores macroscópicos localizados en la cavidad abdominal.

Este tipo de intervención está basada en una técnica que se introdujo a finales de los años 80 en Estados Unidos, pero que se realizaba con el abdomen abierto y removiendo la solución quimioterápica con la mano por toda la cavidad peritoneal. Tras la introducción de un equipo con un circuito cerrado, la técnica se hace en condiciones de mayor seguridad tanto para la paciente como para el personal sanitario. Este método distribuye la perfusión de quimioterapia y el calor de forma constante, segura, homogénea y controlable a una presión mantenida.

El objetivo de la quimiohipertermia intraperitoneal se fundamenta en mejorar los resultados de supervivencia y aumentar la calidad de vida de las mujeres en tratamiento con cáncer de ovario, así como la esperanza de vida libre de la enfermedad.

La eficacia de este procedimiento se basa en la aplicación de hipertermia al fármaco, aumentando la lisis tumoral por un mayor efecto citotóxico directo y una elevada toxicidad sobre las células tumorales que son más termosensibles que las células normales. A esto se suma la introducción de

un sistema de diseminación de los fármacos mediante dióxido de carbono (CO₂) que permite el alcance a la totalidad de la superficie peritoneal.

La administración intraperitoneal de los fármacos facilita la penetración en los tejidos mejorando el efecto de la quimioterapia, y su aplicación con circuito cerrado evita las pérdidas de calor y la emisión de vapores tóxicos, así como los vertidos accidentales en el quirófano.

Entre las ventajas de esta técnica hay que destacar las siguientes:

- Se logra que el 90% de la concentración quimioterápica se dirija a la superficie peritoneal.
- Se disminuye la toxicidad sistemática que produce el fármaco por una distribución más homogénea del tratamiento.
- La aplicación de la quimioterapia tras la cirugía provoca la neutralización de la diseminación por parte del cirujano.
- Existe un efecto antineoplásico directo, una mayor penetración celular y una potenciación de la acción del citostático por la hipertermia.

Pero la HIPEC no está indicada en todas las pacientes con cáncer de ovario, como en cualquier otra intervención quirúrgica tiene sus contraindicaciones:

- Existencia de extensión tumoral extraabdominal, metástasis hepáticas y carcinomatosis muy extensas.
- Afectación de zonas de difícil resección por comprometer la viabilidad de la intervención.
- Pacientes con insuficiencia respiratoria, cardíaca, renal o hepática.
- Imposibilidad de conseguir una resección total.
- Un riesgo quirúrgico alto.

La HIPEC es una técnica novedosa, compleja y multidisciplinar, ya que requiere la implicación de distintas especialidades a lo largo de todo el tratamiento, por lo que una buena comunicación entre todos los servicios es vital para conseguir una adecuada atención a estas pacientes.

El proceso quirúrgico de la quimiohipertermia intraperitoneal se divide en tres etapas:

Preoperatorio:

- Ingreso de la paciente en el centro hospitalario y revisión de la historia clínica (consentimientos informados y estudio preoperatorio).
- Entrevista del personal de enfermería con la paciente.
- Resolución de dudas y realización del proceso de atención de enfermería (PAE).
- Canalización de vías periféricas y rasurado de la zona quirúrgica.
- Administración de medicación preoperatoria (profilaxis antitrombótica y antibiótica).

Intraoperatorio:

- Cirugía citorreductora abdominal dirigida a no dejar ningún tumor de más de 1 cm (extirpación de útero, ovarios, eiplon, apéndice y linfadenectomía pélvica y paraaórtica).
- Recogida e identificación de muestras biológicas para anatomía patológica.
- Conexión de los circuitos de quimioterapia en la cavidad peritoneal y comprobación de la

ausencia de fugas con suero salino.

- Colocación de protección contra agentes citostáticos del personal de quirófano.
- Administración de CO₂ y del fármaco antineoplásico a una temperatura entre 41 y 43°C durante 60 minutos aproximadamente.
- Lavado intraperitoneal con suero salino durante 10 o 15 minutos para limpiar los restos del fármaco en el abdomen.
- Retirada de los sistemas de lavado de la cavidad peritoneal, revisión de la misma y colocación de drenajes.
- Sutura y cierre por planos de la incisión quirúrgica abdominal.

Postoperatorio:

- Traslado a la UCI y transferencia de la paciente entre el personal de quirófano y de UCI.
- Protección por parte del personal en contacto con la paciente contra agentes citostáticos.
- Cuidados postquirúrgicos durante 72 horas en la UCI (herida quirúrgica, drenajes, aseo corporal, control hemodinámico, soporte ventilatorio...)
- Gestión de los residuos biológicos y su deshecho en contenedores adecuados (orina, heces, secreciones...)

Según algunos estudios, la supervivencia de las pacientes a los cinco años del diagnóstico aumenta del 10-25% con los tratamientos convencionales a casi un 45% actualmente con esta técnica.

Las pacientes sometidas a la quimiohipertermia intraperitoneal se benefician de una reducción de los efectos secundarios de manera significativa al conseguir dosis efectivas con una menor cantidad de fármaco.

Para el éxito final de la intervención es fundamental una buena coordinación entre los diferentes profesionales involucrados en el proceso, ya que esto influye en una mejor calidad de la atención a estas pacientes en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento asistencial.

Bibliografía:

1. Seom.org “El cáncer en España 2014” [internet]. España: SEOM;2014 [actualizado 27 Ene 2014; citado 15 oct 2015] Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanya-com/104582-el-cancer-en-espana-2014>
2. Plataformadeoncologia.com “Hipec” [Internet] España. [citado 15 oct 2015] Disponible en: <http://www.plataformadeoncologia.com/webcms/index.php?menu=150>
3. Juntadeandalucia.es “Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica” [Internet] España: Consejería de sanidad, igualdad y asuntos sociales; 2013. [citado 15 oct 2015] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA_2012_6_HIPEC.pdf

Capítulo XCII

Hipoacusia neonatal. Programa de detección precoz en Castilla La Mancha

Autores:

María Pilar Bonales Domínguez

María Isabel Camacho Castilla

Lorena García Rubio

Marina López Muñoz

María Dolores Poyatos Ruiz



HIPOACUSIA NEONATAL. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ EN CASTILLA LA MANCHA.

Poyatos Ruiz, María Dolores; Camacho Castilla, María Isabel; López Muñoz, Marina; ;
García Rubio, Lorena; Borales Domínguez, Pilar



INTRODUCCIÓN

La Hipoacusia en recién nacidos es un problema de salud con graves consecuencias para la adquisición y desarrollo del lenguaje.

Por la ley 25.415 se crea el PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE LA HIPOACUSIA, en dicha ley se deja establecido que todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna antes del tercer mes de vida.

En Castilla La-Mancha, el Plan para la Detección Precoz de Hipoacusia o sordera en los recién nacidos establece una estrategia unificada que se lleva a cabo con la implantación del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal en todos los hospitales públicos en el año 2009.

OBJETIVO

- Conocer la cobertura del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia infantil en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.
- Conocer el número de casos diagnosticados de hipoacusia neonatal en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.
- Conocer el número de casos de hipoacusia neonatal diagnosticados según afectación en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.
- Conocer el número de casos de hipoacusia neonatal diagnosticados según grado de severidad en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo de los datos obtenidos por la Dirección General de Salud Pública de Castilla La-Mancha del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal, en los hospitales públicos desde el año 2009 hasta el año 2013.

Se revisan todos los resultados mostrados en los informes de los hospitales públicos de Castilla La-Mancha en los periodos de tiempo indicados anteriormente y se procede al análisis descriptivo de las características de los informes mediante el uso de frecuencias absolutas y porcentuales.

CONCLUSIONES

Aunque en estos últimos años se aprecia un ligero descenso de la cobertura global; con este estudio se muestra la gran aceptación y gran participación por parte de los diferentes hospitales de nuestra región en el Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal.

Es fundamental la detección precoz de la sordera para asegurar un diagnóstico y tratamiento temprano de la misma, con este trabajo se demuestra la gran concienciación por parte de la Dirección General de Salud Pública de nuestra región de dicho problema, marcándose como objetivo primordial la protección en todo momento de la salud biospsicosocial de nuestros niños.

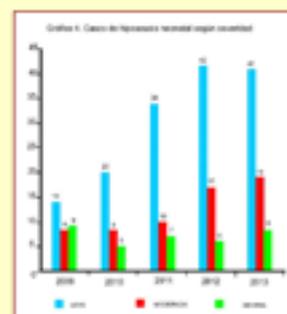
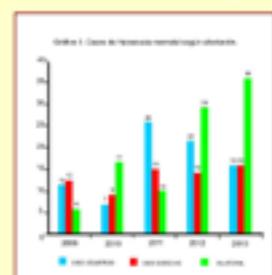
RESULTADOS

• Tras la revisión de los resultados obtenidos a nivel regional durante el periodo de tiempo estudiado observamos un ligero descenso de la cobertura en los últimos años, obteniendo la máxima cobertura en el año 2011 (98.89%) y la mínima cobertura en el año 2013 (97.17%) **Gráfico 1**

• Los casos detectados de hipoacusia neonatal durante el periodo de tiempo estudiado han ido en aumento, llegando a un 68% de casos detectados en el año 2013. **Gráfico 2**

• En nuestro estudio observamos una mayor tendencia a la afectación de hipoacusia neonatal bilateral obteniendo el máximo de los casos detectados en el año 2013 con un 36% de diagnósticos y alcanzando un 16% de casos diagnosticados tanto para hipoacusias derechas como izquierdas durante este mismo año. **Gráfico 3**

• Tras la revisión de los resultados obtenidos a nivel regional durante los años 2009-2013 observamos como la hipoacusia neonatal de predominio según severidad ha sido la hipoacusia leve, registrando su máximo valor durante el año 2012 con un 42% de casos diagnosticados. Observamos un ligero descenso en los casos detectados de hipoacusia leve (41%) y un ligero aumento tanto de la hipoacusia moderada (19%) como severa (8%) durante el año 2013. **Gráfico 4**



Resumen: *La Hipoacusia en Recién Nacidos es un problema de salud con graves consecuencias para el desarrollo del lenguaje. Nuestro objetivo es conocer la cobertura y número de casos diagnosticados durante los años 2009-2013 a través del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal en Castilla La-Mancha. Nuestro estudio retrospectivo descriptivo y revisión de los resultados de los informes de los hospitales públicos muestran una gran cobertura del programa con un aumento de casos detectados en 2013. Este trabajo muestra la concienciación de nuestra región ante dicho problema. Teniendo como objetivo primordial la protección de la salud biospicasocial de nuestros hijos.*

Palabras Clave: *Cobertura; Hipoacusia; Recién nacido.*

Introducción:

La Hipoacusia en recién nacidos es un problema de salud con graves consecuencias para la adquisición y desarrollo del lenguaje.

Por la ley 25.415 se crea el Programa nacional de detección temprana y atención de la Hipoacusia, en dicha ley se deja establecido que todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna antes del tercer mes de vida.

En Castilla La-Mancha, el Plan para la Detección Precoz de Hipoacusia o sordera en los recién nacidos establece una estrategia unificada que se lleva a cabo con la implantación del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal en todos los hospitales públicos en el año 2003.

Objetivo:

- Conocer la cobertura del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia infantil en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.
- Conocer el número de casos diagnosticados de hipoacusia neonatal en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.
- Conocer el número de casos de hipoacusia neonatal diagnosticados según afectación en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.
- Conocer el número de casos de hipoacusia neonatal diagnosticados según grado de severidad en Castilla La-Mancha durante los años 2009-2013.

Material y método:

Estudio retrospectivo descriptivo de los datos obtenidos por la Dirección General de Salud Pública de Castilla La-Mancha del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal.

En los hospitales públicos de Castilla La-Mancha desde el año 2009 hasta el año 2013.

Se revisan todos los resultados mostrados en los informes de los hospitales públicos de Castilla La-Mancha en los periodos de tiempo indicados anteriormente y se procede al análisis descriptivo de las características de los informes mediante el uso de frecuencias absolutas y porcentuales.

Resultados:

Tras la revisión de los resultados obtenidos a nivel regional durante el periodo de tiempo estudiado observamos un ligero descenso de la cobertura en los últimos años, obteniendo la máxima cobertura en el año 2011 (98.89%) y la mínima cobertura en el año 2013 (97.17%).

Los casos detectados de hipoacusia neonatal durante el periodo de tiempo estudiado han ido en aumento, llegando a un 68% de casos detectados en el año 2013.

En nuestro estudio observamos una mayor tendencia a la afectación de hipoacusia neonatal bilateral obteniendo el máximo de los casos detectados en el año 2013 con un 36% de diagnósticos y alcanzando un 16% de casos diagnosticados tanto para hipoacusias derechas como izquierdas durante este mismo año.

Tras la revisión de los resultados obtenidos a nivel regional durante los años 2009-2013 observamos como la hipoacusia neonatal de predominio según severidad ha sido la hipoacusia leve, registrando su máximo valor durante el año 2012 con un 42% de casos diagnosticados. Observamos un ligero descenso en los casos detectados de hipoacusia leve (41%) y un ligero aumento tanto de la hipoacusia moderada (19%) como severa (8%) durante el año 2013.

Conclusiones:

Aunque en estos últimos años se aprecia un ligero descenso de la cobertura global; con este estudio se muestra la gran aceptación y gran participación por parte de los diferentes hospitales de nuestra región del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal.

Es fundamental la detección precoz de la sordera para asegurar un diagnóstico y tratamiento temprano de la misma, con este trabajo se demuestra la gran concienciación por parte de la Dirección General de Salud Pública de nuestra región de dicho problema, marcándose como objetivo primordial la protección en todo momento de la salud biospicasocial de nuestros niños.

Bibliografía:

1. Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos sociales, Gobierno de Castilla La-Mancha. Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia neonatal. 2014 Abr. Disponible en: http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20140923/protocolo_hipoacusia_profesionales.pdf
2. Delgado Domínguez JJ, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Detección de la hipoacusia infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:279-297. Disponible en : http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus51_LjPq5MY8tQoQkuK4Tb4iSm4ZW
3. Marco J, Matéu s. Libro blanco sobr hipoacusia: detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/hipoacusia.pdf>

Capítulo XCIII

Impacto de la intervención educativa enfermera en cuidadores de pacientes con PEG y SNG

Autores:

Silvia Natalia Agudo Mosquera

Ana Cubero Ruedas

María Del Prado Martín Arévalo

Alicia Moreno Ruiz

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ENFERMERA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON PEG Y SNG

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las características de los pacientes portadores de PEG o SNG provocan una serie de cambios que afectan de manera importante al cuidador principal. La educación sanitaria es una parte integral del rol enfermero y la educación a paciente/familia reduce el coste económico causado por las posibles complicaciones y promueve la comunicación entre enfermeros y paciente/cuidadores. Por otro lado el cuidador principal siente que desempeñar este trabajo afecta de manera importante a su salud, al uso de su tiempo, a su vida social y a su situación económica.

El trabajo se realiza en nuestro hospital y una vez detectada la población diana e identificado a los cuidadores principales, evaluamos la carga que los cuidadores perciben y el grado de conocimientos de los cuidadores antes y después de nuestra intervención educativa enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio cuasi experimental desde septiembre de 2014 hasta febrero de 2015, en el que se valora la efectividad de una intervención educativa por parte del personal de enfermería y la carga de todos los cuidadores de los pacientes portadores de SNG o PEG.

En estos 6 meses de los 678 pacientes ingresados 39 de ellos necesitaron colocación de SNG para alimentación y 2 de ellos colocación de PEG. Una vez identificados los cuidadores principales se les explicó el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos y se solicitó su participación voluntaria. Se les entregó las encuestas de carga y valoración de conocimientos del cuidador, así como la de datos demográficos del paciente y cuidador.

VARIABLES DEL ESTUDIO

1-DATOS DEMOGRÁFICO

Se recogen de:

- Pacientes: edad, sexo y estado civil.
- Cuidador: tiempo como cuidador, estudios y actitud (positiva, negativa, pasiva).

2-VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Se diseña una escala a tal efecto que comprende 3 bloques de 6 preguntas cada uno con 3 opciones de respuesta, siendo válida solo una.

- Conocimientos generales a cerca de la enfermedad del paciente.
- Conocimientos generales sobre la dieta y administración de fármacos.
- Conocimientos generales sobre el manejo de estos dispositivos (PEG y/o SNG) y sus posibles complicaciones.

La escala se entrega antes de la intervención educativa y al alta hospitalaria del paciente.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Se realiza una primera valoración de conocimientos tras lo cual se entrega a los cuidadores información oral y escrita sobre los tres bloques en los que pretendemos intervenir. La información es dada por el personal de enfermería tanto de forma estandarizada como a demanda.

VALORACIÓN DE LA CARGA

Se aplicó la entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit que consta de 22 ítems con rango de respuesta de 0 a 4. Cuando el rango de respuesta es menor de 46 indica no sobrecarga; entre 46-56 sobrecarga leve; y mayor de 56 sobrecarga intensa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un estudio descriptivo (frecuencia y porcentaje para variable cualitativas; media e intervalos de confianza para variables cuantitativas). Para comparación de medias se utilizó la U de Mann-Whitney o la prueba de Kruskal-Wallis; la correlación entre variables cuantitativas se analizó mediante el coeficiente de Spearman. Para estudiar la efectividad de la intervención se compararon los conocimientos antes y después de la intervención mediante la prueba de Wilcoxon para datos apareados.

RESULTADOS

De los 41 pacientes en estudio 27 eran mujeres y 14 hombres, con un estado civil: 2 solteros, 28 casados y 11 viudos. La edad media era de 74,37. 39 pacientes se les puso de SNG para alimentación y 2 fueron candidatos para PEG.

El tiempo medio como cuidador es de 22,52 meses, siendo su grado de estudios: 7 analfabetos, 23 estudios primarios, 9 secundarios y 2 universitarios. La actitud fue negativa en 2 y positiva en los 39 restantes.

1- VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS ANTES DE LA INFORMACIÓN:

Los conocimientos eran menores en manejo del dispositivo que en el resto de los ítems.

2- COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INFORMACIÓN:

Las diferencias son estadísticamente significativas comparando el valor medio antes y después de la información los distintos bloques de conocimientos. El nivel de conocimiento del cuidador después de la información aumento en todos los bloques.

3- VALORACIÓN DE LA CARGA PERCIBIDA:

Tras la aplicación de la encuesta de Zarit se observa que el 78,04 % de los cuidadores percibían sobrecarga intensa, el 19,51% sobrecarga leve y el 2,43% no percibía sobrecarga.

CONCLUSIONES

La intervención enfermera en materia de educación tiene un impacto positivo al mejorar la calidad de vida del cuidador, mientras que la falta de información adecuada provoca miedo, ansiedad y sentimientos de impotencia.

Así mismo la educación dirigida al cuidador reduce el coste económico causado por las posibles complicaciones.

En este estudio se pone de manifiesto que el déficit de conocimientos era mayor en el manejo del dispositivo. El mayor grado de conocimientos no se asocia a un mayor tiempo como cuidador, lo que resalta la importancia de una educación temprana y continuada. Al comparar los conocimientos del cuidador al principio del proceso y al alta del paciente hay una diferencia estadísticamente significativa por lo que podemos afirmar que la intervención educativa enfermera ha tenido un impacto positivo.

En líneas generales ser el cuidador principal conlleva una gran carga social y psicología que habitualmente recae en la mujer-hija (87,3%). El cuidador principal siente que desempeñar ese trabajo afecta de manera a su salud (física pero sobre todo psicológica), a su vida social, su tiempo y a su situación económica. Por otra parte con el paso del tiempo el cuidador principal asume su nuevo rol y disminuye la carga percibida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morroy Morroy. Evaluación del medio y del cuidador demente. En: Ser T, Peña J (eds). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Bruel; 1994.

2. Torres- Díez, S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular isquémico. Rev Neurol. 2008; 46 (8):652-655.

Resumen: Estudio cuasi experimental que evalúa el impacto positivo que se deriva de la intervención educativa enfermera dirigida a los cuidadores principales de pacientes portadores de PEG o SNG.

Para ello tras delimitar la población diana e identificar a los cuidadores principales se evalúan los conocimientos de los cuidadores antes y después de nuestra intervención educativa. La carga que los cuidadores perciben se estimó mediante la escala de Zarit.

El estudio pone de manifiesto que existe una diferencia estadísticamente significativa por lo que afirmamos que la intervención enfermera mejora los conocimientos de los cuidadores en las áreas de nos proponíamos intervenir.

Palabras Clave: Educación; Cuidador; Prevención.

Introducción y objetivos:

Las características de los pacientes portadores de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) o sonda naso-gástrica (SNG) provoca una serie de cambios en el paciente que afectan de manera importante al cuidador principal. La educación sanitaria es una parte integral del rol enfermero y la educación a paciente/familia reduce el coste económico causado por las posibles complicaciones y promueve la comunicación entre enfermeros y paciente/cuidadores. Por otro lado el cuidador principal siente que desempeñar este trabajo afecta de manera importante a su salud, al uso de su tiempo, a su vida social y a su situación económica.

El trabajo se realiza en el área de medicina interna en nuestro hospital. Nuestro primer objetivo fue detectar la población diana y una vez detectada se procedió a la identificación de los cuidadores principales. A continuación evaluamos la carga que los cuidadores perciben y el grado de conocimientos de los cuidadores antes y después de nuestra intervención educativa enfermera.

Material y método:

Se realiza un estudio cuasi experimental de seis meses de duración, desde septiembre de 2014 hasta febrero de 2015, en el que se valora la efectividad de una intervención educativa por parte del personal de enfermería y la carga de todos los cuidadores de los pacientes portadores de SNG o PEG.

En estos 6 meses de los 678 pacientes ingresados 39 de ellos necesitaron colocación de SNG para alimentación y 2 de ellos ingresaron para colocación de PEG. Una vez identificados los cuidadores principales se les explicó el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos y se solicitó su participación voluntaria. Se les entregó las encuestas de carga y se realizó una primera valoración de conocimientos del cuidador, así como la recogida de datos demográficos del paciente y cuidador.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

A través de la encuesta se recogen por un lado los datos demográficos y por otro lado se recogen los conocimientos que tiene a priori los cuidadores en distintos ámbitos.

Datos demográficos. Se recogen de:

- Pacientes: edad, sexo y estado civil.
- Cuidador: tiempo como cuidador, estudios y actitud (positiva, negativa o pasiva).

Valoración de conocimientos del cuidador principal:

Se diseña una escala a tal efecto que comprende 3 bloques de 6 preguntas cada uno con 3 opciones de respuesta, siendo válida solo una.

- Conocimientos generales a cerca de la enfermedad del paciente.
- Conocimientos generales sobre la dieta y administración de fármacos.
- Conocimientos generales sobre el manejo de estos dispositivos (PEG y/o SNG) y sus complicaciones.

Esta encuesta se entrega antes de la intervención educativa y se volverá a entregar en el momento del alta hospitalaria del paciente.

Intervención educativa enfermera:

Una vez realizada una primera valoración de conocimientos se entrega a los cuidadores información oral y escrita sobre los tres bloques en los que pretendemos intervenir.

La información es dada por el personal de enfermería tanto de forma estandarizada como a demanda.

Valoración de la carga:

Para valorar la carga se aplicó la entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit que consta de 22 ítems con rango de respuesta de 0 a 4. Cuando el rango de respuesta es menor de 46 indica no sobrecarga; entre 46-56 sobrecarga leve; y mayor de 56 sobrecarga intensa.

Análisis estadístico:

Se realizó un estudio descriptivo (frecuencia y porcentaje para variable cualitativa; media e intervalos de confianza para variables cuantitativas).

Para comparación de medias se utilizó la U de Man-Whitney o la prueba de Kruskal-Wallis; la correlación entre variables cuantitativas se analizó mediante el coeficiente de Spearman.

Para estudiar la efectividad de la intervención se compararon los conocimientos antes y después de la intervención mediante la prueba de Wilcoxon para datos apareados.

Resultados:

1. Resultados derivados de los datos demográficos:

- De los 41 pacientes en estudio 27 eran mujeres y 14 hombres.
- Con respecto a su estado civil 2 eran solteros, 28 casados y 11 viudos.
- La edad media era de 74,37.
- A 39 pacientes se les puso de SNG para alimentación y 2 ingresaron de forma programada para colocación de PEG.
- El tiempo medio como cuidador es de 22,52 meses.
- En relación a su grado de estudios 7 eran prácticamente analfabetos, 23 tenían estudios primarios, 9 secundarios y 2 de ellos tenían formación universitaria.
- La actitud de los cuidadores fue negativa en 2 casos y positiva en los 39 casos restantes.

2. Valoración de conocimientos antes de la intervención educativa enfermera:

Tras realizar la primera encuesta a los cuidadores se observa que los conocimientos eran menores en manejo del dispositivo que en el resto de los ítems.

3. Comparación del nivel de conocimientos antes y después de la información:

Se pone de manifiesto que las diferencias son estadísticamente significativas al comparar el valor medio antes y después de la información los distintos bloques de conocimientos. El nivel de conocimiento del cuidador después de la información aumento en todos los bloques.

4. Valoración de la carga percibida:

Tras la aplicación de la encuesta de Zarit se observa que el 78,04 % de los cuidadores percibían sobrecarga intensa, el 19,51% sobrecarga leve y el 2,43% no percibía sobrecarga.

Conclusiones:

La intervención enfermera en materia de educación tiene un impacto positivo al mejorar la calidad de vida del cuidador, mientras que la falta de información adecuada provoca miedo, ansiedad y sentimientos de impotencia.

Asimismo, la educación dirigida al cuidador reduce el coste económico causado por las posibles complicaciones.

En este estudio se pone de manifiesto que el déficit de conocimientos era mayor en el manejo del dispositivo.

El mayor grado de conocimientos no se asocia a un mayor tiempo como cuidador, lo que resalta la importancia de una educación temprana y continuada. Al comparar los conocimientos del cuidador al principio del proceso y al alta del paciente hay una diferencia estadísticamente significativa por lo que podemos afirmar que la intervención educativa enfermera ha tenido un impacto positivo.

En líneas generales ser el cuidador principal conlleva una gran carga social y psicología que habitualmente recae en la mujer-hija (87.3%). El cuidador principal siente que desempeñar ese trabajo afecta de manera a su salud (física pero sobre todo psicológica), a su vida social, su tiempo y a su situación económica. Por otra parte con el paso del tiempo el cuidador principal asume su nuevo rol y disminuye la carga percibida.

Bibliografía:

1. Izal y Montorio. Evaluación del medio y del cuidador demente. En: Ser T, Peña J (eds). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Prous; 1994.
2. Espinos Pérez JC. Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP): Indicaciones clínicas y resultados. Gastroenterol Hepatol 1999; 22:408-14 Medline.
3. Illanes- Diez, S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular isquémico. Rev Neurol. 2008; 46 (II):652-655.
4. Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, James G, Bolton RP, Bardhan KD, Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with demencia. AmJ Gastroenterol 2000; 95:1472-5 Medline.

Capítulo XCIV

Importancia de realizar 5 comidas al día

Autores:

Severo Chicote Izquierdo

Estefanía García Gómez

Gema Ruiz Nieto

Importancia de realizar 5 comidas al día

Introducción:

Ingerir alimentos entre las comidas principales es uno de los secretos de la nutrición para mantener una alimentación saludable. La explicación es muy sencilla: cuando se realizan almuerzos y meriendas, se tiene menos ansiedad al comer y no se recurre al muy conocido picoteo, y con ello nuestro organismo se regula.

Objetivo:

El objetivo del presente estudio es conocer el grado de formación y conocimiento en hábitos saludables de alimentación en adultos entre los 25 y 55 años, elegidos al azar en un centro de salud.

Material y Método:

Los adultos encuestados son: 19 mujeres y 11 hombres; total de la población 30 personas; edad media 49,76 años. El periodo de nuestro estudio ha sido de septiembre del 2014 a enero de 2015.

Se planificó una charla-taller de una sola sesión. Se pasó un cuestionario con 8 ítems antes de la charla-taller y 6 ítems al finalizar (tabla 1) para valorar los conocimientos adquiridos, utilizando preguntas abiertas y cerradas.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, para el análisis estadístico descriptivo univariable se utilizaron medidas estadísticas de tendencia central habituales (los datos fueron tratados con los programas Word y Excel).

Tabla 1

<p>Cuestionario previo a la charla-taller:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántas comidas hace al día? 2. ¿Cuántas veces “picotea” al día? 3. ¿Qué alimentos come más a menudo? 4. ¿Qué alimentos le gustan menos? 5. ¿Qué bebidas toma comiendo? 6. ¿Qué alimentos toma bajos en sal, con fibra y light? 7. ¿Cuántas veces a la semana come dulces, bollería industrial etc.? 8. ¿Considera su dieta equilibrada y saludable? <p>Cuestionario posterior a la charla-taller:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántas comidas debería hacer al día? 2. ¿Por qué motivos? 3. ¿Qué alimentos debería incluir en su dieta? 4. ¿Cuáles reduciría? 5. ¿Considera su dieta equilibrada y saludable? 6. ¿Considera que la charla ha sido educativa?
--

Resultados:

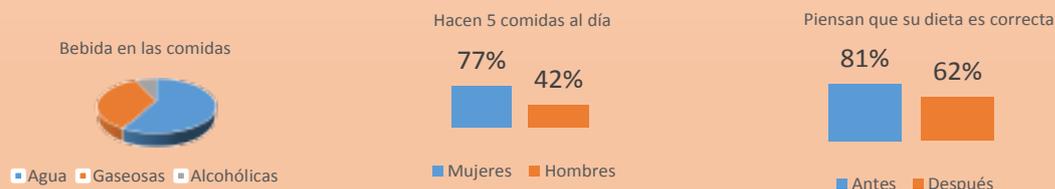
Un 77% de las mujeres encuestadas realiza 5 comidas al día frente al 42% de los hombres.

El 66% de la población encuestada “picotea” entre horas.

Según el estudio, el 58% de los encuestados toman agua en las comidas, el 35% toman bebidas con gas y el 7% bebidas alcohólicas.

El 41% de los adultos encuestados consumen 3 o más veces a la semana bollería industrial, dulces, etc.

El 81% de los encuestados consideran que realizaban una dieta correcta antes de la charla-taller, posteriormente a la sesión el 62% refieren realizarla adecuadamente.



Conclusiones:

Tras la realización del estudio se ha observado que las mujeres suelen llevar una dieta más equilibrada, realizando 5 comidas al día, frente a los hombres.

La percepción que los entrevistados tenían de su patrón alimenticio cambió a peor una vez que se realizó la charla-taller.

La Educación Sanitaria realizada por enfermería ha sido primordial para que los sujetos se den cuenta de los hábitos alimenticios que tenían, e instruirlos en esos hábitos para que puedan solucionarlos o ayudar a mejorarlos.

Resumen: *Ingerir alimentos entre las comidas principales es uno de los secretos de la nutrición para mantener una alimentación saludable. La explicación es muy sencilla: cuando se realizan almuerzos y meriendas, se tiene menos ansiedad al comer y no se recurre al muy conocido picoteo, y con ello nuestro organismo se regula.*

La finalidad del presente estudio es conocer el grado de formación y conocimiento en hábitos saludables de alimentación en adultos entre los 25 y 55 años, elegidos al azar en un centro de salud.

Palabras Clave: *Alimentación; Nutrición; Hábitos.*

Ingerir alimentos entre las comidas principales es uno de los secretos de la nutrición para mantener una alimentación saludable.

El objetivo del presente estudio es conocer el grado de formación y conocimiento en hábitos saludables de alimentación en adultos entre los 25 y 55 años, elegidos al azar en un centro de salud.

El método utilizado ha sido la realización de una encuesta a 19 mujeres y 11 hombres, con una edad media de 49,76 años.

Se planificó una charla-taller de una sola sesión. Se pasó un cuestionario con 8 ítems antes de la charla-taller y 6 ítems al finalizar para valorar los conocimientos adquiridos, utilizando preguntas abiertas y cerradas.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, para el análisis estadístico descriptivo univariable se utilizaron medidas estadísticas de tendencia central habituales.

Los resultados obtenidos han sido que un 77% de las mujeres encuestadas realiza 5 comidas al día frente al 42% de los hombres.

El 66% de la población encuestada “picotea” entre horas.

Según el estudio, el 58% de los encuestados toman agua en las comidas, el 35% toman bebidas con gas y el 7% bebidas alcohólicas.

El 41% de los adultos encuestados consumen 3 o más veces a la semana bollería industrial, dulces, etc.

El 81% de los encuestados consideran que realizaban una dieta correcta antes de la charla-taller, posteriormente a la sesión el 62% refieren realizarla adecuadamente.

Tras la realización del estudio se ha observado que las mujeres suelen llevar una dieta más equilibrada, realizando 5 comidas al día, frente a los hombres.

La percepción que los entrevistados tenían de su patrón alimenticio cambió a peor una vez que se realizó la charla-taller.

La Educación Sanitaria realizada por enfermería ha sido primordial para que los sujetos se den cuenta de los hábitos alimenticios que tenían, e instruirlos en esos hábitos para que puedan solucionarlos o ayudar a mejorarlos.

Bibliografía:

1. Cervera P, Clapes J, Rigolfas R. Alimentación y dietoterapia. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, (4ª ed.). 2004.
2. Pérez Asensio D, Ruiz Cancela JD, Martínez Temblador I. Hábitos Alimenticios. España: Bubok Publishing S.L. 2012.
3. Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L, Cuadrado C. Tablas de composición de alimentos. Ediciones Pirámide. Madrid. (16ª ed. Ampliada y revisada). 2013.

Capítulo XCV

Incontinencia urinaria: estudio de un caso

Autores:

Miriam Abdel Karim Ruiz

Soledad Luna Galveño

María Del Carmen Sel Escalante

Incontinencia Urinaria: Estudio de un Caso



INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es la pérdida del control vesical, la incapacidad para contener la salida de orina. Implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente.

Algunas de las actitudes frente a esta situación pueden ser: pérdida de autoestima, miedo, desconcierto, vergüenza, culpa, hostilidad, resentimiento, ira, frustración, desesperanza, indefensión, aceptación, apatía, rechazo, negación. Eso hace que en sus inicios se oculte, lo que dificulta la actuación profesional y perpetúa el problema.

Afecta a un tercio de las personas mayores de 65 años, especialmente a mujeres, con una proporción respecto a los hombres de 11 a 2.



Existen varios tipos de incontinencia:

- Incontinencia de urgencia, que se produce cuando las contracciones no inhibidas del detrusor superan la resistencia de la uretra, por lo que se pierde cantidades pequeñas de orina.
- Incontinencia de esfuerzo, que se produce cuando el aumento de presión intrabdominal supera la resistencia uretral, por lo que se pierden pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor, después de la tos o de un ataque de risa o cualquier actividad física que aumente la presión abdominal.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Exploración y pruebas complementarias

- Antecedentes ginecológicos.
- No tiene antecedentes familiares, ni quirúrgicos, tampoco traumatismos o lesiones neurológicas.
- No fumadora, no sobrepeso, ni tampoco estreñimiento.
- Analíticas, ecografía, cistoscopia y estudio urodinámico.

Factores de riesgo:

- la longitud uretral
- diferencias anatómicas en el suelo pélvico
- la atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pélvico
- las mujeres blancas tienen una prevalencia de incontinencia tres veces mayor que las mujeres negras
- el índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia
- los efectos del parto ya sea vaginal o cesárea (que el recién nacido pese 4000g o más, la anestesia epidural y la circunferencia cefálica mayor a 38 cm)
- los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos
- la cirugía uroginecológica previa
- el estreñimiento
- las cistitis y otras infecciones del tracto urinario

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

La paciente acudió a consulta de enfermería una vez a la semana durante dos meses para el seguimiento. Durante este periodo de tiempo aprovechamos para realizar las intervenciones expuestas en la tabla anterior. Los resultados (NOC, Nursing Outcomes Classification) fueron evaluados en base a la NOC 0502 (Continencia urinaria), NOC 0503 (Eliminación urinaria), NOC 0209 (Función muscular), NOC 1305 (Adaptación psicosocial: cambio de vida) y NOC1205 (Autoestima) mejorando su autoestima y los síntomas relacionados con la incontinencia urinaria. Tras las intervenciones efectuadas la paciente ya no padece urgencia miccional ni incontinencia, habiendo recuperado totalmente su vida anterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha demostrado que las mujeres con incontinencia pueden mejorar su capacidad para retener la orina simplemente al aprender cómo controlar la resistencia ya presente del músculo del suelo pélvico.

Se comprobó la efectividad, en mujeres con incontinencia urinaria, que utilizaron ejercicios de rehabilitación, conos y bolas chinas en vagina, fitoterapia, biofeedback, estimulación eléctrica y medidas higiénicas en la zona genitourinaria.

La motivación y el seguimiento son esenciales para una respuesta exitosa.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años de edad, derivada por su médico de familia a la consulta de Urología explicando, que después del parto, se le escapa la orina. Que esta situación le impide realizar actividades normales como reír, saltar, correr o coger la compra. Que cuando tose y estornuda también le ocurre. Que es incomodo, porque tiene la sensación de estar mojada, que tiene que utilizar compresas y que sus relaciones dejan mucho que desear.

Es importante, que los profesionales sanitarios conozcan técnicas conductuales y rehabilitadoras, para mejorar la calidad de vida de mujeres afectadas por incontinencia urinaria. Estas técnicas son individuales para cada mujer y pueden resultar efectivas, lo pueden hacer desde casa.

Bibliografía

- Greer JA, Smith AL, Arya LA. [Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review](#). Int Urogynecol J. 2012 Jun;23(6):687-97.
- Herbison P, Plevnik S, Mantle J. [Resisted vaginal cones for urinary incontinence](#). Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD002114. Review. Update in: [Cochrane Database Syst Rev. 2002;\(1\):CD002114](#).
- Kölbl H. [Operative standard therapy of stress and mixed urinary incontinence in women](#). Zentralbl Gynakol. 2001 May;123(5):237-44. [Conservative management for urinary incontinence](#).

Resumen: La incontinencia urinaria es la pérdida del control vesical, la incapacidad para contener la salida de orina e implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años de edad, que después del parto, se le escapa la orina. Que esta situación le impide realizar actividades normales y que siempre tiene sensación de estar mojada.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria; Parto; Reeducción vesical.

Introducción:

La incontinencia urinaria es la pérdida del control vesical, la incapacidad para contener la salida de orina. Implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente.

Algunas de las actitudes frente a esta situación pueden ser: pérdida de autoestima, miedo, desconcierto, vergüenza, culpa, hostilidad, resentimiento, ira, frustración, desesperanza, indefensión, aceptación, apatía, rechazo, negación. Eso hace que en sus inicios se oculte, lo que dificulta la actuación profesional y perpetúa el problema.

Afecta a un tercio de las personas mayores de 65 años, especialmente a mujeres, con una proporción respecto a los hombres de 11 a 2.

Existen varios tipos de incontinencia:

Incontinencia de urgencia, que se produce cuando las contracciones no inhibidas del detrusor superan la resistencia de la uretra, por lo que se pierde cantidades pequeñas de orina.

Incontinencia de esfuerzo, que se produce cuando el aumento de presión intrabdominal supera la resistencia uretral, por lo que se pierden pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor, después de la tos o de un ataque de risa o cualquier actividad física que aumente la presión abdominal.

Factores de riesgo:

- La longitud uretral.
- Diferencias anatómicas en el suelo pélvico.
- La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pélvico.
- Las mujeres blancas tienen una prevalencia de incontinencia tres veces mayor que las mujeres negras.
- El índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia.
- Los efectos del parto ya sea vaginal o cesárea (que el recién nacido pese 4000g o más, la anestesia epidural y la circunferencia cefálica mayor a 38 cm)
- Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos.
- La cirugía uroginecológica previa.
- El estreñimiento.
- Las cistitis y otras infecciones del tracto urinario.

Observación clínica:

Exploración y pruebas complementarias.

Antecedentes ginecológicos.

No tiene antecedentes familiares, ni quirúrgicos, tampoco traumatismos o lesiones neurológicas.

No fumadora, no sobrepeso, ni tampoco estreñimiento.

Análíticas, ecografía, cistoscopia y estudio urodinámico.

Plan de cuidados enfermeros:

La paciente acudió a consulta de enfermería una vez a la semana durante dos meses para el seguimiento. Durante este periodo de tiempo aprovechamos para realizar las intervenciones expuestas en la tabla anterior. Los resultados (NOC, Nursing Outcomes Classification) fueron evaluados en base a la NOC 0502 (Continencia urinaria), NOC 0503 (Eliminación urinaria), NOC 0209 (Función muscular), NOC 1305 (Adaptación psicosocial: cambio de vida) y NOC1205 (Autoestima) mejorando su autoestima y los síntomas relacionados con la incontinencia urinaria. Tras las intervenciones efectuadas la paciente ya no padece urgencia miccional ni incontinencia, habiendo recuperado totalmente su vida anterior.

Discusión y conclusiones:

Se ha demostrado que las mujeres con incontinencia pueden mejorar su capacidad para retener la orina simplemente al aprender cómo controlar la resistencia ya presente del músculo del suelo pélvico. Se comprobó la efectividad, en mujeres con incontinencia urinaria, que utilizaron ejercicios de rehabilitación, conos y bolas chinas en vagina, fitoterapia, bioretroalimentación, estimulación eléctrica y medidas higiénicas en la zona genitourinaria.

La motivación y el seguimiento son esenciales para una respuesta exitosa.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años de edad, derivada por su médico de familia a la consulta de Urología explicando, que después del parto, se le escapa la orina. Que esta situación le impide realizar actividades normales como reír, saltar, correr o coger la compra. Que cuando tose y estornuda también le ocurre. Que es incómodo, porque tiene la sensación de estar mojada, que tiene que utilizar compresas y que sus relaciones dejan mucho que desear.

Es importante, que los profesionales sanitarios conozcan técnicas conductuales y rehabilitadoras, para mejorar la calidad de vida de mujeres afectadas por incontinencia urinaria. Estas técnicas son individuales para cada mujer y pueden resultar efectivas, lo pueden hacer desde casa.

Bibliografía:

1. Greer JA, Smith AL, Arya LA. Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2012 Jun;23(6):687-97.
2. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence.
3. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD002114. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD002114.
4. Kölbl H. [Operative standard therapy of micro- and macro-invasive carcinoma of the cervix]. *Zentralbl Gynakol*. 2001 May;123(5):237-44. Conservative management for urinary incontinence.

Capítulo XCVI

Indicaciones de la amniocentesis

Autores:

Sofía Carrero Ruiz

Cristina Simarro Bustamante

INDICACIONES DE LA AMNIOCENTESIS

AUTORES: C. SIMARRO BUSTAMANTE, S. CARRERO RUIZ

INTRODUCCIÓN:

La amniocentesis es una prueba prenatal común en la cual se extrae una pequeña muestra del líquido amniótico que rodea al feto para analizarla. La amniocentesis se utiliza con frecuencia durante el segundo trimestre de embarazo, por lo general entre la semana 16 y 18, para diagnosticar o descartar la presencia de ciertos defectos cromosómicos y genéticos, tales como el Síndrome de Down o alguna enfermedad que afecte a las funciones metabólicas, neurológicas etc.

OBJETIVO:

Evaluar las amniocentesis genéticas como procedimiento invasivo de las anomalías congénitas en nuestro centro con la implantación del cribado combinado.

MATERIAL Y MÉTODO:

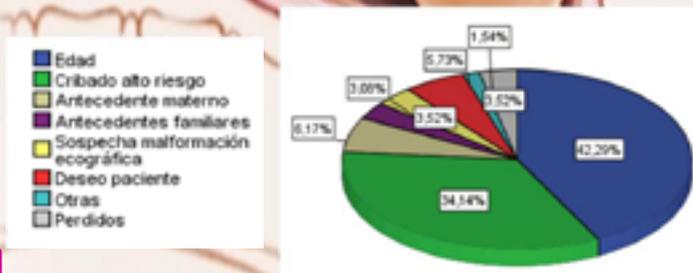
Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las amniocentesis realizadas desde su inicio en enero 2001 hasta diciembre de 2014, diferenciado en dos períodos. En el primer periodo se incluyen a todas las mujeres embarazadas que tienen una edad igual o superior a los 35 años y en el segundo periodo a aquellas mujeres que, según el cribado, presentan un alto riesgo o que ellas por voluntad propia decidan hacérselo. El programa de estadística que se utilizó fue el SSPS.

		2001 – 2006	2007 – 2014
Edad media (años)		36.5	35
	Edad	171 / 77%	21 / 9.7%
Motivo de amniocentesis	Cribado alto riesgo	4 / 1.8%	151 / 69.9%
	Antecedente en gestación anterior	19 / 8.6%	9 / 4.2%
	Sospecha malformación ecográfica	11 / 5%	5 / 2.3%
	Deseo materno	3 / 1.4%	23 / 10.6%
	Anterior	90 / 41.1%	111 / 52.9%
Localización de la placenta	Posterior	116 / 53%	93 / 44.3%
	Otras	13 / 5.9%	6 / 2.9%
	Ninguna	198 / 95.7%	193 / 96.5%
Complicaciones	Repetición punción	6 / 2.9%	4 / 2%
	Sangrado	1 / 0.5%	1 / 1%
	Líquido amniótico insuficiente	2 / 1%	2 / 0.9%

Tabla 1: Variables con resultados 2001 – 2006 y 2007-2014

RESULTADOS:

La edad media de las pacientes en global fue 35,8 años. El número de punciones fue 1,1 y la cantidad de líquido amniótico extraída más frecuente fue 16 cc. El motivo de amniocentesis se disgrega según el período de realización en la tabla 1. El antecedente más frecuente en gestación anterior fue el síndrome de Down, con un porcentaje no desdeñable de Síndrome Edwards. La localización de la placenta no supuso un criterio discriminativo para su realización. El color claro como descripción del líquido fue en el 91% de las pruebas. Fueron raras las complicaciones. La cromosopatía diagnosticada con más frecuencia fue la trisomía 21.



CONCLUSIONES:

La indicación de la amniocentesis para el diagnóstico prenatal se ha modificado desde su implantación. Hasta el año 2006 se ofrecía amniocentesis a todas las pacientes con edad igual o mayor a 35 años, siendo válido la edad materna como criterio único de su implantación. Con la aplicación del cribado combinado del primer trimestre, se cambiaron los criterios para la realización de la técnica. Hasta el año 2008 se ofrecía la técnica invasiva a gestantes mayores de 38 años, siguiendo los mismos protocolos de otras comunidades autónomas. A partir del 2008, no se realizaban amniocentesis contemplando únicamente la edad como criterio. Por ello, los motivos de amniocentesis han cambiado, aunque las complicaciones y las características estudiadas de la técnica son similares en los dos períodos.

Resumen: La amniocentesis se utiliza durante el segundo trimestre de embarazo, entre la semana 16 y 18, para diagnosticar o descartar la presencia de ciertos defectos cromosómicos y genéticos, como el Síndrome de Down o alguna enfermedad que afecte a las funciones metabólicas, neurológicas etc.

Se incluyen a las mujeres mayores de 35 años o que presentan un alto riesgo en el cribado. La indicación de la amniocentesis para el diagnóstico prenatal se ha modificado desde su implantación. Con la aplicación del cribado combinado del primer trimestre, se cambiaron los criterios para la realización de la técnica.

Palabras Clave: Amniocentesis; Cribado; Síndrome de down.

La amniocentesis se utiliza con frecuencia durante el segundo trimestre de embarazo, por lo general entre la semana 16 y 18, para diagnosticar o descartar la presencia de ciertos defectos cromosómicos y genéticos, tales como el Síndrome de Down o alguna enfermedad que afecte a las funciones metabólicas, neurológicas etc.

El objetivo es evaluar las amniocentesis genéticas como procedimiento invasivo de las anomalías congénitas en nuestro centro con la implantación del cribado combinado.

El estudio recoge las amniocentesis realizadas desde su inicio en enero 2001 hasta diciembre de 2014, diferenciado en dos períodos.

En el primer periodo se incluyen a todas las mujeres embarazadas que tienen una edad igual o superior a los 35 años y en el segundo periodo a aquellas mujeres que, según el cribado, presentan un alto riesgo o que ellas por voluntad propia decidan hacérselo.

Como resultado obtenemos que la edad media de las pacientes en global fue 35,8 años. El número de punciones fue 1,1 y la cantidad de líquido amniótico extraída más frecuente fue 16 cc. El antecedente más frecuente en gestación anterior fue el síndrome de Down, con un porcentaje no desdeñable de Síndrome Edwards.

La localización de la placenta no supuso un criterio discriminativo para su realización. El color claro como descripción del líquido fue en el 91% de las pruebas. Fueron raras las complicaciones. La cromosopatía diagnosticada con más frecuencia fue la trisomía 21.

Por tanto llegamos a las siguientes conclusiones; que la indicación de la amniocentesis para el diagnóstico prenatal se ha modificado desde su implantación.

Hasta el año 2006 se ofrecía amniocentesis a todas las pacientes con edad igual o mayor a 35 años, siendo válido la edad materna como criterio único de su implantación. Con la aplicación del cribado combinado del primer trimestre, se cambiaron los criterios para la realización de la técnica.

Hasta el año 2008 se ofrecía la técnica invasiva a gestantes mayores de 38 años, siguiendo los mismos protocolos de otras comunidades autónomas. A partir del 2008, no se realizaban amniocentesis contemplando únicamente la edad como criterio. Por ello, los motivos de amniocentesis han cambiado, aunque las complicaciones y las características estudiadas de la técnica son similares en los dos períodos.

Bibliografía:

1. Bonilla Musloes F. Amniocentesis en el diagnóstico prenatal de las alteraciones congénitas. En: Diagnóstico prenatal de las malformaciones fetales: ecografía fetoscopia, alfafetoproteína y líquido amniótico. Barcelona: Jims 1983:329-35.
2. Kimberly IMD, Allyn MC CR. Diagnóstico prenatal de enfermedades metabólicas. Rev Clin Perinatol: 1990;(4):765-80.
3. David D, Weaver MD. Compendio de trastornos diagnosticados en fase prenatal. Clin Obstet Ginecol Norteam 1988;2:243-61.

Capítulo XCVII

Influencia de la cesárea humanizada en la madre y el recién nacido: papel de enfermería

Autores:

Alba Gómez Castro

Patricia Molinero Diaz



INFLUENCIA DE LA CESÁREA HUMANIZADA EN LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO: PAPEL DE ENFERMERÍA

Introducción

Los nacimientos por cesárea suponen aproximadamente el 20% del total de nacimientos del mundo, y esta cifra va en aumento. Algunos estudios reflejan que las mujeres que dan a luz mediante cesárea tienen una experiencia menos satisfactoria y además son más propensas a la depresión postparto, presentando además mayor dificultad para la instauración de la lactancia materna. También se ha observado que históricamente en las cesáreas se retrasa la interacción entre madres e hijos. Actualmente son muchas las sociedades científicas que recomiendan el contacto piel con piel tanto en partos como en cesáreas.

El contacto piel con piel consiste en la colocación del recién nacido (RN) sobre la madre tras el nacimiento sin tejidos de por medio. Entre las ventajas de este método en el RN se encuentra que mejora la estabilidad cardiopulmonar, reduce el estrés postparto, favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, mejora la termorregulación, disminuye el llanto y mejora los niveles de glucemia. En la madre produce aumento de la secreción de oxitocina con los beneficios que esto conlleva. Se ha comprobado además que no posee efectos negativos ni a corto ni a largo plazo.

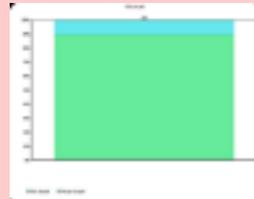
Los objetivos del estudio son:

- Demostrar la ausencia de efectos negativos a corto plazo del piel con piel en cesáreas tanto en la madre como en el RN considerando el tipo de puerperio, la instauración de la lactancia materna y el tiempo de hospitalización tanto de la madre como del RN.

- Comprobar el grado de satisfacción en las madres valorando la vivencia del nacimiento del RN y la información recibida sobre la cesárea, lactancia materna y piel con piel.

Metodología

Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, a través de una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria a las 48h postcesarea realizada por el personal de enfermería. Se realizaron encuestas a todas las mujeres a las que se les había realizado una cesarea (53) y se excluyeron aquellas encuestas insuficientemente o mal cumplimentadas (4). La encuesta recogía información sobre consideraciones previas a la cesárea, datos de la cesárea realizada, tipo de puerperio, establecimiento de lactancia materna e ingreso del RN en la unidad neonatal. Los datos se analizaron con el programa SPSS IBM 19.0.



Resultados

Se realizaron un total de 53 encuestas, de las que se excluyeron 4 por cumplimentación deficitaria. De las 49 obtenidas correctamente, 35 (71,4%) correspondían a cesáreas urgentes y 14 (28,6%) a cesáreas programadas.

Con respecto a las consideraciones previas a la cesárea el 95,9% conocían el motivo de realización de la cesárea y el 87,75% consideraban que habían sido bien o muy bien informadas sobre la intervención.

Con respecto al contacto piel con piel, el 91,8% había recibido información sobre el método, ocurriendo el 79,6% antes de la cesárea y el 20,4% durante la cesárea.

El piel con piel se realizó en el 89,8% del total de cesáreas, en el 80,4% si fueron programadas y en el 31,2% de las urgentes.

Con respecto al puerperio, el 91,8% conocían las ventajas de la lactancia materna, con una tasa de lactancia materna del 90,8%. La realización del piel con piel y la instauración de la lactancia materna se produjo en el 95,6% de las mujeres y en el 93,4% de las que no habían realizado el piel con piel. El puerperio fue fisiológico en un 90,3% de las mujeres y en un 7,2% tuvieron que alargar su estancia hospitalaria por el ingreso del RN en la unidad de neonatos, no demostrándose diferencias significativas entre la realización o no del piel con piel.

Conclusiones

En los últimos años la asistencia sanitaria ha evolucionado y cada vez se tiende más a la humanización de los cuidados en todos los campos. La enfermera tiene un papel protagonista en muchos de ellos, y en las cesáreas un papel fundamental. Es importante crear protocolos en los hospitales en los que al igual que los médicos pediatras acuden a las cesáreas para la valoración del RN, acudan también enfermeras de pediatría que ayudarán a la acogida del RN y que están plenamente formadas para la realización del piel con piel y la instauración de la lactancia materna lo antes posible.

De los datos obtenidos se puede concluir que la realización del contacto piel con piel en las cesáreas es una medida que va en aumento en el total de cesáreas programadas y que los profesionales la han acogido de manera positiva ya que es muy satisfactoria y fácil de llevar a cabo.

Llama la atención el tiempo que pasa en las cesáreas sin piel con piel hasta que la madre se puede reencontrar con el RN, y es importante que intente reducirse en un futuro próximo.

Se concluye que esta estrategia no se relaciona con mayor morbilidad materna o neonatal y por el contrario muestra una mayor satisfacción y percepción del acto quirúrgico. Es importante mejorar no solo en los aspectos técnicos sino en los aspectos relacionados con la calidad, la satisfacción, los aspectos psicológicos y la focalización de la atención a la familia.

Sería enriquecedor continuar este estudio en el tiempo para poder valorar la evolución del vínculo madre-hijo que se crea con la realización del piel con piel y la prolongación de la lactancia materna en estos niños.

Resumen: Las cesáreas suponen un 20% de los nacimientos. Algunos estudios reflejan que estas madres presentan menos satisfacción, mayor dificultad en lactancia y retraso en interacción madre-hijo. Se elaboró una encuesta: consideraciones previas, datos de la cesárea, puerperio, lactancia e ingreso del RN. Se obtuvieron 35 de cesáreas urgentes y 14 de programadas. El 91,8% tenía información sobre piel con piel, se realizó en el 89,8%. El 91,8% conocían las ventajas de la lactancia materna, con una instauración del 90,8%. Se concluye que esta estrategia no se relaciona con mayor morbilidad y si muestra mayor satisfacción y percepción del acto quirúrgico.

Palabras Clave: Cesarean section; Skin-to-skin contact; Breast feeding.

Introducción:

Los nacimientos por cesárea suponen aproximadamente el 20% del total de nacimientos del mundo, y esta cifra va en aumento. Algunos estudios reflejan que las mujeres que dan a luz mediante cesárea tienen una experiencia menos satisfactoria y además son más propensas a la depresión postparto, presentando además mayor dificultad para la instauración de la lactancia materna. También se ha observado que históricamente en las cesáreas se retrasa la interacción entre madres e hijos. Actualmente son muchas las sociedades científicas que recomiendan el contacto piel con piel tanto en partos como en cesáreas.

El contacto piel con piel consiste en la colocación del recién nacido (RN) sobre la madre tras el nacimiento sin tejidos de por medio. Entre las ventajas de este método en el RN se encuentra que mejora la estabilidad cardiopulmonar, reduce el estrés postparto, favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, mejora la termorregulación, disminuye el llanto y mejora los niveles de glucemia. En la madre produce aumento de la secreción de oxitocina con los beneficios que esto conlleva. Se ha comprobado además que no posee efectos negativos ni a corto ni a largo plazo.

Objetivos:

- Demostrar la ausencia de efectos negativos a corto plazo del piel con piel en cesáreas tanto en la madre como en el RN considerando el tipo de puerperio, la instauración de la lactancia materna y el tiempo de hospitalización tanto de la madre como del RN.
- Comprobar el grado de satisfacción en las madres valorando el nivel de dolor, la vivencia del nacimiento del RN y la información recibida sobre la cesárea, lactancia materna y piel con piel.

Metodología:

Se elaboró una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria a las 48h postcesárea por el personal de enfermería. Se descartaron aquellas encuestas insuficientemente o mal cumplimentadas. La encuesta recogía información sobre consideraciones previas a la cesárea, datos de la cesárea realizada, tipo de puerperio, establecimiento de lactancia materna e ingreso del RN en la unidad neonatal. Los datos se analizaron con el programa SPSS IBM 19.0.

Resultados:

Se realizaron un total de 53 encuestas, de las que se excluyeron 4 por cumplimentación deficitaria. De las 49 obtenidas correctamente, 35 (71,4%) correspondían a cesáreas urgentes y 14 (28,6%) a cesáreas programadas.

Con respecto a las consideraciones previas a la cesárea el 95,9% conocían el motivo de realización de la cesárea y el 87,75% consideraban que habían sido bien o muy bien informadas sobre la intervención.

Con respecto al contacto piel con piel, el 91,8% había recibido información sobre el método, ocurriendo el 79,6% antes de la cesárea y el 20,4% durante la cesárea. El piel con piel se realizó en el 89,8% del total de cesáreas, en el 80,4% si fueron programadas y en el 31,2% de las urgentes.

Con respecto al puerperio, el 91,8% conocían las ventajas de la lactancia materna, con una tasa de lactancia materna del 90,8%. La realización del piel con piel y la instauración de la lactancia materna se produjo en el 95,6% de las mujeres y en el 93,4% de las que no habían realizado el piel con piel. El puerperio fue fisiológico en un 90,3% de las mujeres y en un 7,2% tuvieron que alargar su estancia hospitalaria por el ingreso del RN en la unidad de neonatos, no demostrándose diferencias significativas entre la realización o no del piel con piel.

Conclusiones:

En los últimos años la asistencia sanitaria ha evolucionado y cada vez se tiende más a la humanización de los cuidados en todos los campos. La enfermera tiene un papel protagonista en muchos de ellos, y en las cesáreas un papel fundamental. Es importante crear protocolos en los hospitales en los que al igual que los médicos pediatras acuden a las cesáreas para la valoración del RN, acudan también enfermeras de pediatría que ayudarán a la acogida del RN y que están plenamente formadas para la realización del piel con piel y la instauración de la lactancia materna lo antes posible.

De los datos obtenidos se puede concluir que la realización del contacto piel con piel en las cesáreas es una medida que va en aumento en el total de cesáreas programadas y que los profesionales la han acogido de manera positiva ya que es muy satisfactoria y fácil de llevar a cabo.

Llama la atención el tiempo que pasa en las cesáreas sin piel con piel hasta que la madre se puede reencontrar con el RN, y es importante que intente reducirse en un futuro próximo.

Se concluye que esta estrategia no se relaciona con mayor morbilidad materna o neonatal y por el contrario muestra una mayor satisfacción y percepción del acto quirúrgico. Es importante mejorar no solo en los aspectos técnicos sino en los aspectos relacionados con la calidad, la satisfacción, los aspectos psicológicos y la focalización de la atención a la familia.

Bibliografía:

1. Aguayo Maldonado J, Romero Escós D, Hernandez Aguilar MT; Comité de Lactancia Materna de la AEP. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evid Pediatr.* 2011;7:2.
2. Tessier España E, Camaño Gutierrez I, García Burguillo A, Hernandez García JM, Vellido Coteló R, de la Hera Lázaro C, Oliver Pérez MR. Cesárea Humanizada. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56(2):73—78.
3. Rengel Díaz C, Labajos Manzanares MT. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad. *Enfermería Docente* 2011;94:8-15.
4. Martínez Martínez T, Damian Ferman N. Beneficios del contacto piel con piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería Universitaria* 2014;11(2):61-66
5. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel con piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

Capítulo XCVIII

Influencia de la educación para la salud en la prevención del cáncer de mama

Autores:

Antonia Gema García Gutiérrez

María González Redondo

Pilar Rebaque Gómez

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA.

INTRODUCCIÓN

La EPS es una herramienta fundamental en Atención Primaria, promueve estilos de vida saludables, e influye positivamente en la prevención de diferentes enfermedades. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. El cáncer de mama es una de las pocas enfermedades cancerosas que se pueden diagnosticar precozmente.

OBJETIVO

- Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria que se proporciona en las sesiones informativas que desarrollamos en el centro de salud.
- Recoger la información que la población posee acerca del cáncer de mama y los programas de screening mamario.
- Conseguir que se aprenda a explorar correctamente la mama y que se puede hacer para prevenirlo o diagnosticarlo precozmente, implicando así a la población en su autocuidado.



MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en un centro de salud de un área rural. La población a estudio fueron las mujeres que acudían a las charlas de educación sanitaria organizadas en el centro y orientadas a la prevención de cáncer de mama. 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 (sí/no) en relación a conocimientos sobre prevención de cáncer de mama basados en la evidencia científica. 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.



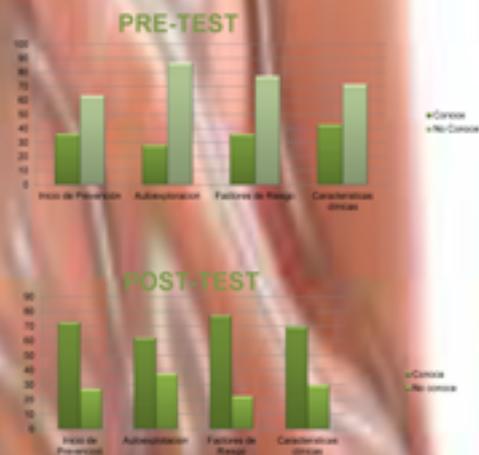
RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%, la muestra estudiada fueron 60 participantes en su mayoría mujeres con edad comprendida entre 50 y 65 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de los conocimientos relacionados con la prevención de cáncer de mama (Tabla 1 y 2). De la revisión de los test, destacar que un 88,9% desconocía la realización correcta de la técnica de autoexploración mamaria. El 77,5% no conocían que a parte de el sexo y la edad hay otros factores influyentes negativamente en esta enfermedad. El 63,7% eran fumadoras activas. Un 60% había consultado alguna vez al facultativo sólo cuando notó algún síntoma en la mama. Un 71,6% tuvo un parto antes de los 30 años. El 80% de las asistentes conocía algún caso de cáncer de mama.

CONCLUSIONES

La educación para la salud es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y en la prevención o diagnóstico precoz de ciertas enfermedades. En nuestro caso 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 las campañas de información escrita.

GRÁFICOS



Resumen: Debido a la elevada incidencia del cáncer de mama en las mujeres occidentales y al ser una enfermedad diagnosticable precozmente, estudiamos la eficacia de la educación sanitaria mediante recopilación de la información que la población posee acerca del screening mamario. Desarrollamos charlas para mujeres de 50 a 65 años, realizando éstas un pretest y un postest en cada sesión educativa. Se observó un aumento de conocimientos tras las sesiones. La educación para la salud favorece el autocuidado, prevención y diagnóstico de enfermedades del usuario.

Palabras Clave: Cáncer; Educación; Prevención.

Introducción:

La EPS es una herramienta fundamental en Atención Primaria, promueve estilos de vida saludables, e influye positivamente en la prevención de diferentes enfermedades. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65.

El cáncer de mama es una de las pocas enfermedades cancerosas que se pueden diagnosticar precozmente.

Objetivo:

- Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria que se proporciona en las sesiones informativas que desarrollamos en el centro de salud.
- Recoger la información que la población posee acerca del cáncer de mama y los programas de screening mamario.
- Conseguir que se aprenda a explorar correctamente la mama y que se puede hacer para prevenirlo o diagnosticarlo precozmente, implicando así a la población en su autocuidado.

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 las mujeres que acudían a las charlas de educación sanitaria organizadas en el centro y orientadas a la prevención de cáncer de mama.

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 (sí/no) en relación a conocimientos sobre prevención de cáncer de mama basados en la evidencia científica.

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 en su mayoría mujeres con edad comprendida entre 50 y 65 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de los conocimientos relacionados con la prevención de cáncer de mama (Tabla 1 y 2). De la revisión de los test, destacar que un 86,9% desconocía la realización correcta de la técnica de autoexploración mamaria. El 77,5% no conocían que a parte de el sexo y la edad hay otros factores influyentes negativamente en esta enfermedad. El 63,7% eran fumadoras activas. Un 60% había consultado alguna vez al facultativo sólo cuando notó algún síntoma en la mama. Un 71,6% tuvo un parto antes de los 30 años. El 80% de las asistentes conocía algún caso de cáncer de mama.

Conclusiones:

La educación para la salud es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y en la prevención o diagnóstico precoz de ciertas enfermedades. En nuestro caso 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 las campañas de información escrita.

Bibliografía:

1. Roberto Nuño-Solinis, Carolina Rodríguez-Pereira, Koldo Piñera-Elorriaga, Irune Zaballa-González, Javier Bikandi-Irazabal. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(4):332-337.
2. Torres Echavarría E, García Martínez GI, Marín Galindo M, Andrade Delgado BE. Aprendizaje significativo de mujeres entre 20 y 59 años ante la autoexploración de mama. *Rev Enferm IMSS*. 2004;12(3):131-135.
3. Vargas Sumano AE. Autoexploración mamaria: ¿Cuál es el nivel de conocimientos de las mujeres adultas? *Desarrollo Científ Enferm*. 2006;14(5):162-166.
4. Garza Elizondo ME, Salinas Martínez AM, Villarreal Ríos E, Núñez Rocha M. Autoexamen mamario. Educación e impacto. *Rev Enferm IMSS*. 2000;8(1):5-10.
5. Silva, Naiara Riquelme de Ataíde; Soares, Daniela Arruda; Rego de Jesus, Sandra. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. *Enfermería global* 2013; 12 (29)

Capítulo XCIX

Influencia de la lactancia materna en el desarrollo de patología respiratoria

Autores:

Juan Diego Díaz Valero

María Del Carmen González De Rivas

Miguel Ángel Gutiérrez Delgado

Víctor Manuel Narváez Argent

INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA



INTRODUCCION-OBJETIVOS

La leche materna desempeña un papel destacado como nutriente óptimo para el RN. Proporciona inmunización pasiva (IgA) frente a infecciones y procesos alérgicos en la infancia, y se asocia con tasas más bajas de hospitalización. La protección de la LM se extiende incluso después de finalizarla.

La Asociación Española de Pediatría aconseja LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. A través de nuestro estudio, pretendemos evaluar el efecto de la lactancia materna como factor protector, en el desarrollo de patología respiratoria infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un estudio longitudinal retrospectivo realizado entre abril y septiembre de 2015, en niños/as de 3 a 8 años que presentan patología respiratoria, se relaciona la LM y la edad de inicio de la sintomatología. Se obtiene una muestra de 50 pacientes.

Con la ayuda de una encuesta de 6 preguntas multirespuesta que se facilita a sus madres, pretendemos relacionar el tipo de alimentación (LM, LA o mixta) y la edad de inicio de los síntomas respiratorios.

RESULTADOS

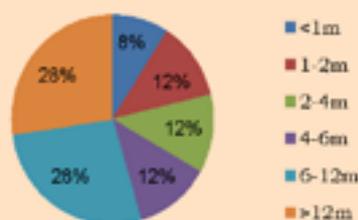
Los datos más significativos que podemos extrapolar de nuestro estudio fueron:

- 54% de los niños/as recibieron LM
- 56% de los alimentados con LM, lo hicieron durante 6 meses o más.
- 50% presenta patología respiratoria (asma, rinoconjuntivitis) a partir de los 4 años.

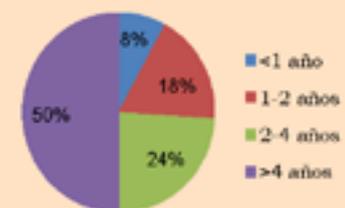
Tipo de alimentación



Duración LM



Edad de inicio de síntomas respiratorios



CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio muestran que la LM exclusiva, o como complemento a partir de los 6 meses de vida tiene un efecto protector, retrasa el inicio de patología respiratoria infantil, disminuyendo los ingresos hospitalarios.

Como profesionales sanitarios debemos informar y apoyar a todas las embarazadas que deseen amamantar a sus hijos/as ya que los beneficios que aporta, permanecen hasta en la etapa adulta.

BIBLIOGRAFÍA

- Biesbroek G, Bosch AA, Wang X, Keijser BJ, et al. The impact of breastfeeding on nasopharyngeal microbial communities in infants. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 190(3):298-308.
- Acevedo Vilalafte C, Latorre Latorre F, Cifuentes Cifuentes L, Díaz-Martínez LA, et al. Influencia de la lactancia materna y la alimentación en el desarrollo de alergias en los niños. *Aten Primaria* 2009; 41(12):875-80

Resumen: *La leche materna desempeña un papel destacado como nutriente y proporciona inmunización pasiva frente a infecciones y procesos alérgicos en la infancia, y se asocia con tasas más bajas de hospitalización. La protección de la LM se extiende incluso después de finalizarla.*

Palabras Clave: *Lactancia; Patología; Respiratoria.*

A través de nuestro estudio, pretendemos evaluar el efecto de la lactancia materna como factor protector, en el desarrollo de patología respiratoria infantil.

Llevamos a cabo un estudio longitudinal retrospectivo durante el período de tiempo comprendido entre abril y septiembre de 2015, en niños/as de 3 a 8 años que presentan patología respiratoria, tratando de relaciona la alimentación con lactancia materna y la edad de inicio de la sintomatología.

Se obtiene una muestra de 50 pacientes.

Con la ayuda de una encuesta de 6 preguntas multirespuesta que se facilita a sus madres, pretendemos relacionar el tipo de alimentación (LM, LA o mixta) y la edad de inicio de los síntomas respiratorios.

Los resultados de nuestro estudio muestran que la LM exclusiva, o como complemento a partir de los 6 meses de vida tiene un efecto protector, retrasa el inicio de patología respiratoria infantil, disminuyendo los ingresos hospitalarios.

Como profesionales sanitarios debemos informar y apoyar a todas las embarazadas que deseen amamantar a sus hijos/as ya que los beneficios que aporta, permanecen hasta en la etapa adulta.

Bibliografía:

1. Biesbroek G, Bosch AA, Wang X, Keijser BJ, et al. The impact of breastfeeding on nasopharyngeal microbial communities in infants. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;190(3):298-308.
2. Acevedo Villafañe C, Latorre Latorre F, Cifuentes Cifuentes L, Díaz-Martínez LA, et al. Influencia de la lactancia materna y la alimentación en el desarrollo de alergias en los niños. *Aten Primaria* 2009;41(12):675-80

Capítulo C

Inmigración vs enfermedades infecciosas

Autores:

María José Díez Requena

María Rosario Menchón Palop

María De La Cruz Zamora García



INMIGRACIÓN vs ENFERMEDADES INFECCIOSAS



INTRODUCCIÓN:

Desde hace años la inmigración representa un problema de gran importancia a nivel mundial, especialmente la inmigración procedente de los países que están sufriendo guerras, conflictos interterritoriales, inestabilidad gubernamental y pobreza. Desde 1995 España ha pasado a ser un país receptor de inmigrantes, fenómeno que no ha parado de aumentar y en el que España se ha convertido en una de las puertas de entrada de los inmigrantes a Europa.

Las enfermedades importadas se definen como aquellas adquiridas en un país donde estas son más o menos frecuentes y que se manifiestan clínicamente en otro país en el que son infrecuentes o no existen, en el país receptor pueden aparecer debido a los cambios demográficos que se están produciendo en el último año por el incremento de la inmigración y por la participación en proyectos de cooperación internacional al desarrollo y en misiones humanitarias, así como las adopciones internacionales.

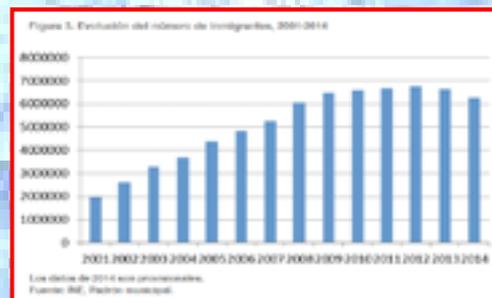
MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos, Cochrane y Scielo.

Con la siguiente estrategia de búsqueda (“Inmigración AND Enfermedades Importadas AND Enfermedades Infecciosas”). Se consultaron informes de la OMS y fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se incluyeron aquellos trabajos que abordaban la relación entre inmigración y enfermedades infecciosas.

OBJETIVOS:

- 1.- Identificar el país de origen de la población inmigrante.
- 2.- Enfermedades endémicas del país del que procede la población inmigrante.
- 3.- Mejorar el acceso al Sistema Nacional de Salud de la población inmigrante.
- 4.- Diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y medidas de prevención dependiendo de las enfermedades endémicas de la población inmigrante.



Enfermedad	África	Asia	Latinoamérica	Europa del Este	Otros
Enfermedades respiratorias	15	10	10	10	55
Enfermedades gastrointestinales	20	15	15	15	35
Enfermedades infecciosas	25	20	20	20	10
Enfermedades parasitarias	30	10	10	10	40
Enfermedades crónicas	10	10	10	10	60
Enfermedades cardiovasculares	5	5	5	5	80
Enfermedades oncológicas	5	5	5	5	80
Enfermedades neurológicas	5	5	5	5	80
Enfermedades mentales	5	5	5	5	80
Enfermedades autoinmunes	5	5	5	5	80
Enfermedades reumáticas	5	5	5	5	80
Enfermedades endocrinas	5	5	5	5	80
Enfermedades hematológicas	5	5	5	5	80
Enfermedades genéticas	5	5	5	5	80
Enfermedades metabólicas	5	5	5	5	80
Enfermedades de la audición y la visión	5	5	5	5	80
Enfermedades de la piel	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema circulatorio	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema respiratorio	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema digestivo	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema urinario	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema reproductivo	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema inmunológico	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema nervioso	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema endocrino	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema hematológico	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema genético	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema metabólico	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema reumático	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema autoinmune	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema oncológico	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema neurológico	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema mental	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema autoinmune	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema oncológico	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema neurológico	5	5	5	5	80
Enfermedades del sistema mental	5	5	5	5	80

RESULTADOS:

Se seleccionaron 13 artículos que abordaban los criterios de inclusión (Enfermedades Infecciosas e Inmigración) tales como Informes del INE 2014, OMS, Enfermedades Infecciosas Importadas en España, Revisiones Bibliográficas sobre Salud e Inmigración en España y Enfermedades Endémicas de los Países de la Población Inmigrante.

Los artículos revisados ponen de manifiesto el aumento de inmigración y el aumento de enfermedades infecciosas en el país receptor por la población inmigrante, pero teniendo un riesgo muy bajo para la población del país receptor, según informes de la OMS, y siendo vulnerables a enfermedades transmisibles o cosmopolitas ya en el país de acogida, por las condiciones socio-sanitarias la población inmigrante.

La inmigración en España, en general, procede de regiones menos desarrolladas como África, Asia, Latinoamérica y Europa del este.

Este crecimiento plantea retos estratégicos tanto a la Salud Pública como a los profesionales de la salud, que no se han enfrentado a determinadas enfermedades importadas por la población inmigrante y desconocen las medidas para llevar a cabo un diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado y las medidas de prevención para prevenir la diseminación de ciertas enfermedades transmisibles.

Las enfermedades importadas difieren según la zona de procedencia.

CONCLUSIÓN:

La inmigración y la asistencia sanitaria al inmigrante suponen un reto para el Sistema Nacional de Salud, por ello se debería instaurar un programa de atención global a este colectivo para poder identificar las necesidades específicas y responder adecuadamente a ellas para garantizar el control y la prevención de enfermedades infecciosas y su impacto en la salud pública, mejorar el acceso al sistema sanitario y el uso de las actividades preventivas en materia de salud de la población inmigrante.



Resumen: La inmigración representa uno de los problemas de gran importancia a nivel mundial, especialmente la que procede de aquellos países que están sufriendo conflictos bélicos, inestabilidad gubernamental y pobreza. Desde 1995 España ha sido un país receptor de inmigrantes así como la principal puerta de entrada de estos hacia Europa. Uno de los problemas radica en el agravamiento de las desigualdades en salud de la población inmigrante, haciendo hincapié en las enfermedades infecciosas o enfermedades importadas por inmigrantes entre los años 2001-2014.

La inmigración y la asistencia sanitaria al inmigrante suponen un reto para el Sistema Nacional de Salud.

Palabras Clave: Inmigración; Enfermedades infecciosas; Enfermedades importadas.

Introducción:

Desde hace años la inmigración representa un problema de gran importancia a nivel mundial, especialmente la inmigración procedente de los países que están sufriendo guerras, conflictos interterritoriales, inestabilidad gubernamental y pobreza. Este es un proceso dinámico e imparable que ha repercutido de forma evidente en nuestra sociedad. Desde 1995 España ha pasado a ser un país receptor de inmigrantes, fenómeno que no ha parado de aumentar y en el que España se ha convertido en una de las puertas de entrada de los inmigrantes a Europa.

Las enfermedades importadas se definen como aquellas adquiridas en un país donde estas son más o menos frecuentes y que se manifiestan clínicamente en otro país en el que son infrecuentes o no existen, en el país receptor pueden aparecer debido a los cambios demográficos que se están produciendo en los últimos años por el incremento de la inmigración y por la participación en proyectos de cooperación internacional al desarrollo y en misiones humanitarias, así como las adopciones internacionales.

El problema radica en el agravamiento de las desigualdades en salud de la población inmigrante, haciendo hincapié en las enfermedades infecciosas o enfermedades importadas por estos al país receptor.

Material y métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos, Cochrane y Scielo, con la siguiente estrategia de búsqueda (“Inmigración AND Enfermedades Importadas AND Enfermedades Infecciosas”). Se consultaron informes de la OMS y fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se incluyeron aquellos trabajos que abordaban la relación entre inmigración y enfermedades infecciosas.

Objetivos:

- Identificar el país de origen de la población inmigrante.
- Enfermedades endémicas del país del que procede la población inmigrante.
- Mejorar el acceso al Sistema Nacional de Salud de la población inmigrante.
- Diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y medidas de prevención dependiendo de las enfermedades endémicas de la población inmigrante.

Resultados:

Se seleccionaron 13 artículos que abordaban los criterios de inclusión como así se desprende del Estudio, Informe e Investigación 2007 del Ministerio de Sanidad y Consumo, Boletín Fármaco Terapéutico de Castilla la Mancha y del INE sobre Cifras de Población.

Los artículos revisados ponen de manifiesto el aumento de inmigración y el aumento de enfermedades infecciosas en el país receptor por la población inmigrante, pero teniendo un riesgo muy bajo para la población del país receptor, según indica un artículo la OMS y siendo vulnerables a enfermedades transmisibles o cosmopolitas ya en el país de acogida, por las condiciones socio-sanitarias, la población inmigrante.

Según los datos estadísticos consultados del Instituto Nacional de Estadística entre los años 2001-2014, se ha podido comprobar como se produce un aumento de la población inmigrante en España a partir del año 2001 coincidiendo con 2 millones de inmigrantes, continuando el aumento de población inmigrante de una forma continua hasta llegar a los 7 millones de forma estable entre los años 2010-2013 donde se sitúa su tasa más alta.

Asimismo, según la Organización Mundial de la Salud el desglose estadístico sobre las principales enfermedades, correspondería el primer lugar a las Enfermedades de carácter Respiratorio con un 21%, seguido del HIV / SIDA con un 19% y como tercer lugar Enfermedades Diarreicas con un 14% de la población.

Los inmigrantes constituyen un grupo muy heterogéneo de población, por lo que es imprescindible conocer las enfermedades endémicas de cada una de las zonas de procedencia, la ruta migratoria empleada por si ha podido contagiarse de enfermedades no endémicas en su país durante el viaje, establecer una vigilancia epidemiológica efectiva y facilitar el acceso al Sistema Nacional de Salud.

La inmigración en España, en general, procede de las regiones menos desarrolladas de África, Asia, Latinoamérica y Europa del este. Las enfermedades importadas difieren según la zona de procedencia siendo posible o muy posible enfermedades tales como la meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres hemorrágicas, lepra, tuberculosis, hepatitis B y C, enfermedades de transmisión sexual, VIH, parasitosis intestinal, malaria, leishmaniosis...en la población inmigrante procedente de África subsahariana, Latinoamérica y Caribe, Asia e imposible o posible pero raro en la población inmigrante procedente de Europa del Este y África del Norte.

Por ello este crecimiento plantea retos estratégicos tanto a la Salud Pública como a los profesionales de la salud, que no se han enfrentado a determinadas enfermedades importadas por la población inmigrante y desconocen las medidas para llevar a cabo un diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado y las medidas de prevención para prevenir la diseminación de ciertas enfermedades transmisibles al resto de la población que les acoge.

Conclusión:

La inmigración y la asistencia sanitaria al inmigrante suponen un reto para el Sistema Nacional de Salud, debido a que se debería instaurar un programa de atención global a este colectivo para poder identificar las necesidades específicas y responder adecuadamente a ellas para garantizar el control y la prevención de enfermedades infecciosas y su impacto en la salud pública, mejorar el acceso al sistema sanitario y el uso de las actividades preventivas en materia de salud de la población inmigrante.

Bibliografía:

1. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/GuiaEnfInflmp.pdf>
2. Enfermedades infecciosas importadas en España. Medicina Clínica. Vol. 131. Núm. 14. 25 Octubre 2008.
3. INE, Cifras de Población Junio 2014.
4. Revista Española de Salud Pública. ISSN 1135-5727.Vol.88 Nº6 Madrid nov.-dic. 2014.

Capítulo CI

Intervención enfermera ante el síndrome de Munchausen

Autores:

Verónica Calero Muñoz

Encarnación Clemente Nieto

María José Ladero Torrijos

Beatriz Manzano Silva

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Münchausen es una forma compleja y poco frecuente de maltrato físico infantil, pero con importante riesgo vital para el paciente. Se produce en aquellas situaciones en las que un niño recibe atención médica innecesaria y dañina o potencialmente dañina, como consecuencia directa de los actos de su cuidador, con el propósito de asumir indebidamente el papel de enfermo. Los síntomas son inventados, imaginarios o provocados, lo que hace que sean difíciles de detectar. La demanda asistencial es mayor con frecuencia dando lugar a numerosas hospitalizaciones, una considerable morbilidad y en ocasiones, la muerte.

OBJETIVOS

- Sensibilizar y motivar a los profesionales del ámbito sanitario sobre su papel en la prevención, detección y asistencia del maltrato infantil.
- Conocer la relación existente entre nuestra valoración de enfermería basada en la taxonomía NANDA.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos PubMed, Quercus, Google Académico, SCIELO Y Biblioteca Virtual en revistas de enfermería: Bol de Enfermería, Enfermería Clínica y Métodos en Enfermería. Se incluyeron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas narrativas, metaanálisis y revisiones bibliográficas que abordan el Síndrome de Münchausen por pedones en niños, dando este el principal criterio de inclusión. Se tuvo en cuenta de tiempo en la búsqueda realizada.

RESULTADOS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO NANDA	NOC	NIC
RIESGO DE LESIONES FISICAS	Autocuidado disminuido Autocuidado de la familia	Intervención de la comunidad Estrés crónico
RIESGO DE LESIONES FISICAS DEL DESARROLLO	Deficiencia de conocimientos Desarrollo infantil	Estrés infantil Estrés familiar Problemas de aprendizaje
DEFICIT AUTOCUIDADO	Autocuidado	Apoyo emocional
DEFICIT PERCEPTIVO DEL ROL	Conocimiento de la familia Intervención de la familia	Asesoramiento de educación Fuerza de la familia
DEFICIT DE LA EFECTIVIDAD SOCIAL	Deficiencia de interacción social Participación en la familia Competencia social	Trabajo con grupo Fuerza de la familia
FALTA DE CONOCIMIENTO DEL ROL DE SU ROL	Ignorancia familiar	Estrés crónico Intervención de la comunidad
CONOCIMIENTO DEFICIENTE	Conocimiento de la familia	Estrés parental Estrés familiar Problemas de aprendizaje
ANSIEDAD ANTICIPATORIA (SITUACIONAL)	Ansiedad	Apoyo emocional Estrés familiar Estrés familiar
ANSIEDAD	Autocuidado de la familia	Intervención de la comunidad Estrés crónico
PROBLEMA FISICO	Care del niño Resistencia del niño	Apoyo en la prevención conductual

INDICADORES DE SITUACIONES DE RIESGO

- Intención de abuso o administración de fármacos.
- El abuso de alguna madre se asoció con la falta de apoyo social del entorno...
- Factores sociales adversos que predisponen al maltrato infantil (pobreza, aislamiento, marginación...)
- Madre con EEI propio o que lo ha padecido.
- Emoción de enfermedades persistentes, incluso tras varios tratamientos.
- No se agota el tratamiento.
- EEI maltratado o madre le produce o provoca síntomas físicos.
- Situación en la que no se puede asegurar un correcto seguimiento del niño.
- Madre con maltrato actual o pasado de sus relaciones.
- Al no tener a su hijo a su lado o durante el embarazo.
- Historia de abuso e incidentes similares a eventos similares respecto a su hijo.
- Cuando la experiencia clínica indica que los padres están deteriorando su percepción en cuanto a la salud de su hijo.
- Desaparición de los síntomas cuando el niño se separa de su entorno familiar.
- Los padres se muestran de acuerdo con todos los procedimientos diagnósticos, incluso el análisis de laboratorio, sin objeción.
- El niño se cura durante su estancia en el hospital; surge o se agota el caso.
- Nueva investigación o consulta ambulatoria sin patólogo evidente.
- Los síntomas del niño no encajan en un cuadro clínico de enfermedad o no concuerdan entre sí.
- El abuso de violencia con sintomatología psicopatológica se resquebraja repetidamente porque el EEI o madre no atiende.
- El progenitor es "vulnerable ante la familia" o "desarrollado socialmente".
- El progenitor con frecuencia está involucrado en un campo de atención médica, como la enfermería.
- Asociación de riesgo entre los detalles de la historia del presunto niño y los diagnósticos.
- Antecedentes de riesgo psicopatológico en la familia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Asegurar la protección del niño ante el riesgo de lesiones físicas de un EEI, como lo de sus hermanos.
- Es importante el estudio de la familia y el entorno para conocer aspectos personales que puedan contribuir en prevenir o evitar complicaciones.
- Proteger al niño y agotar en forma simultánea los datos de educación e intervención diagnóstica de otros miembros.
- Incluir la figura de enfermería en proyectos diagnósticos del EEI, ya que es la parte del equipo multidisciplinario que por sus funciones asistenciales puede recabar más información del paciente-familia.
- La identificación temprana e intervención para que los procedimientos de salud no perjudiquen, en sí mismos, el daño a través de tratamientos que satisfagan las necesidades psicológicas del agniato a expensas del poder.
- Se requiere un abordaje multidisciplinario para su diagnóstico: recoger historia clínica completa del niño, hacer pruebas diagnósticas para monitorizar la presencia de síntomas recurrentes y vigilar posibilidad de que sean provocados.
- Aumento de la atención en la fase de detección ante el Síndrome de Münchausen por pedones a través de identificación e intervención.
- Intervenciones de enfermería dirigidas a fortalecer al bienestar de la infancia; a estar atentos a los signos.
- Reducción de la situación a los servicios sociales y de protección a la infancia de la Comunidad Autónoma.
- Establecimiento de pautas de actuación de urgencia.

CONCLUSIÓN

Existe una relación clara entre nuestra valoración de enfermería basada en la TAXONOMÍA NANDA, los diagnósticos enfermeros emitidos y los indicadores de maltrato basados en el sistema de información sobre maltrato infantil. Hemos de tener en cuenta que ningún problema se resuelve sin llegar previamente a conocerlo a fondo. Sólo la adecuada investigación y conocimiento de unos hechos sociales, permitirá buscar las soluciones más justas y adecuadas.

BIBLIOGRAFIA

Gómez de Terres L. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil, 2ª edición. Granada: Comarcas; 1997.
 M. Caroline Burton, Warren MB, Laird ML, Boswick JM. Münchausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. Journal of Hospital Medicine 2014.
 Situaciones de Maltrato Infantil en Castilla-La Mancha. Manual de Procedimiento y Protocolos de Actuación. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha [2016].

Resumen: En el DSM-IV, el síndrome de Munchausen por poderes (SMP) es parte del Trastorno Facticio (TF) no especificado, caracterizado por un patrón conductual que va desde el reporte de síntomas falsos por parte de los cuidadores del paciente hasta la fabricación de síntomas y perpetración de daño físico con el objetivo de asumir el rol de enfermo. Si bien no hay un cuadro clínico característico, sí hay patrones de conducta que permiten sospecharlo, lo cual es muy importante ya que de este modo se puede evitar la innecesaria realización de procedimientos que atentan contra la salud del paciente.

Palabras Clave: Desorden facticio por poderes; Maltrato infantil; Síndrome de Munchausen por poderes.

Introducción:

El Síndrome de Munchausen es una forma compleja y poco frecuente de maltrato físico infantil, pero con importante riesgo vital para el paciente. Se produce en aquellas situaciones en las que un niño recibe atención médica innecesaria y dañina o potencialmente dañina, como consecuencia directa de los actos de su cuidador, con el propósito de asumir indirectamente el papel de enfermo. Los síntomas son inventados, imaginados o provocados, lo que hace que sean difíciles de detectar.

La demanda asistencial se repite con frecuencia dando lugar a numerosas hospitalizaciones, una considerable morbilidad y, en ocasiones, la muerte.

Objetivo:

Sensibilizar y motivar a los profesionales del ámbito sanitario sobre su papel en la prevención, detección y asistencia del maltrato infantil.

Conocer la relación existente entre nuestra valoración de enfermería basada en la taxonomía NANDA.

Material y metodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO Y búsqueda manual en revistas de enfermería: Rol de Enfermería, Enfermería Clínica y Metas en Enfermería.

Se incluyeron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas narrativas, metanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran el Síndrome de Munchausen por poderes en niños, siendo éste el principal criterio de inclusión. No hubo limitación de tiempo en la búsqueda realizada.

Resultados:

- Indicadores de riesgo:
 - Intentos de ahogo o administración de tóxico.
 - Existencia de alguna muerte inexplicada en la familia (muerte súbita del lactante...).
 - Factores sociales adversos que predisponen al maltrato infantil (drogas, alcoholismo, marginación...).

- Madre con SM propio o que lo ha padecido.
 - Invención de enfermedades persistentes, incluso tras previa confrontación.
 - No respuesta al tratamiento.
 - SMPP materializado mediante la producción de síntomas físicos.
 - Situaciones en las que no se pueda asegurar un correcto seguimiento del menor.
 - Padres con historia actual o pasada de somatizaciones.
 - Altos niveles de síntomas inexplicables durante el embarazo.
 - Historia de frecuente e inconsistente asistencia a medios médicos respecto a sus hijos.
 - Cuando la experiencia clínica indica que los padres están distorsionando su percepción en cuanto a la salud de su hijo.
 - Desaparición de los síntomas cuando el niño se separa de su ambiente familiar.
 - Los padres se muestran de acuerdo con todos los procedimientos diagnósticos, incluso si entrañan daño/riesgo, sin objeción.
 - El niño mejora durante su estancia en el hospital y vuelve a empeorar en casa.
 - Numerosos ingresos/consultas sanitarias sin patología evidente.
 - Los síntomas del niño no encajan en un cuadro clásico de enfermedad o no concuerdan entre sí.
 - Existencia de hermanos con sintomatología parecida/ingresos hospitalarios repetidos/sospecha SMPP o muerte no aclarada.
 - El progenitor es “exageradamente atento” o “demasiado servicial”.
 - El progenitor con frecuencia está involucrado en un campo de atención médica, como la enfermería.
 - Ausencia de relación entre los detalles de la historia del presunto enfermo y los diagnósticos.
 - Antecedentes de rasgos psicopatológicos en la familia.
- Intervenciones de enfermería:
- Asegurar la protección/bienestar tanto del niño sospechoso de ser víctima de un SMPP, como la de sus hermanos.
 - Es importante el estudio de la familia y entrevista para conocer aspectos psicosociales que puedan influir en pacientes sin patología clara.
 - Proteger al niño y agrupar en forma simultánea los datos que incluyan o excluyan el diagnóstico definitivamente.
 - Incluir la figura de enfermería en proyectos diagnósticos del SMPP, ya que es la parte del equipo multidisciplinar que por sus funciones asistenciales puede recabar más información del paciente-familia.

- La identificación temprana es necesaria para que los proveedores de salud no perpetúen, sin saberlo, el daño a través de tratamientos que satisfagan las necesidades psicológicas del agresor a expensas del poder.
 - Se requiere un abordaje multidisciplinar para su diagnóstico: recoger historia clínica completa del niño, valorar ingreso hospitalario para monitorizar la presencia de síntomas referidos y vigilar la posibilidad de que sean provocados.
 - Autonomía de la enfermera en la toma de decisiones ante el Síndrome de Munchausen por poderes: detección, notificación e intervención.
 - Intervenciones de enfermería dirigidas a fomentar el bienestar de la infancia y evitar factores de riesgo.
 - Notificación de la situación a los servicios sociales y/ de protección a la infancia de la Comunidad Autónoma.
 - Evaluación de posibles situaciones de urgencia.
- Diagnósticos de enfermería, NOC, NIC:
- Temor:
 - NOC: Autocontrol del miedo; Autocontrol de la ansiedad.
 - NIC: Disminución de la ansiedad; Mejorar el sueño; Enseñanza individual.
 - Riesgo de retraso en el desarrollo:
 - NOC: Detección del riesgo; Desarrollo infantil.
 - NIC: Fomentar el desarrollo; Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
 - Déficit de autocuidados:
 - NOC: Autocuidados.
 - NIC: Ayuda al autocuidado.
 - Desempeño inefectivo del rol:
 - NOC: Conocimiento: seguridad física infantil; Desempeño del rol.
 - NIC: Administración de medicación; Potenciación de roles.
 - Deterioro de la interacción social:
 - NOC: Habilidades de interacción social; Participación en juegos; Competencia social.
 - NIC: Terapia con juegos; Potenciación de la socialización.
 - Trastorno del patrón de sueño:
 - NOC: Descanso; Sueño.
 - NIC: Mejorar el sueño; Disminución de la ansiedad.

- Conocimientos deficientes:
 - NOC: Conocimiento: seguridad física infantil.
 - NIC: Educación para la salud; Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Baja autoestima situacional:
 - NOC: Autoestima .
 - NIC: Apoyo emocional; Mejora de la autoconfianza.
- Ansiedad:
 - NOC: Autocontrol de la ansiedad.
 - NIC: Disminución de la ansiedad; Mejorar el sueño.
- Protección ineficaz:
 - NOC: Cese del abuso; Recuperación tras el abuso.
 - NIC: Apoyo en la protección contra abusos.

Conclusión:

Existe una relación clara entre nuestra valoración de enfermería basada en la TAXONOMÍA NANDA, los diagnósticos enfermeros emitidos y los indicadores de maltrato basados en el sistema de información sobre maltrato infantil.

Hemos de tener en cuenta que ningún problema se resuelve sin llegar previamente a conocerlo a fondo. Sólo la adecuada investigación y conocimiento de unos hechos sociales, permitirá buscar las soluciones más justas y adecuadas.

Bibliografía:

1. LANDA-CONTRERAS, Ernesto; ALVITES-AHUMADA, María P. y FORTES-ALVAREZ, José L.. Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2014, vol.34, n.124, pp. 791-795. ISSN 0211-5735.
2. Stirling J. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics 2007;119:1026-1030.
3. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. Br J Psychiatry 2011;199(2):113-8.

Capítulo CII

Investigación sobre los efectos de la musicoterapia como una nueva línea de cuidado complementario a los prematuros ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Autores:

Cristina Aparisi Cantero

Laia Nicolás Garet

INVESTIGACIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA COMO UNA NUEVA LÍNEA DE CUIDADO COMPLEMENTARIO A LOS PREMATUROS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

INTRODUCCIÓN

La exposición prematura a un entorno extrauterino durante un crecimiento rápido del cerebro

→ afecta negativamente al neurodesarrollo de los neonatos prematuros^{6,7}



Este entorno extraño contrasta con el cálido, tenue, suave apoyo que ofrece el útero. El recién nacido (RN) es expuesto a luces, ruidos fuertes y procedimientos dolorosos

CONTROL

TERMORREGULACIÓN
ESTIMULOS NOCIDOS EXTERNOS (luz, ruido, movimiento)
MANIPULACIÓN y POSICIÓN
FACTORES TÉRMICOS QUE RODEAN AL RN

ESTRÉS
FAVORECE UN BUEN DESARROLLO
MEJORÍA EN SU PROCESO



MUSICOTERAPIA



uso de la música con el fin de desarrollar y/o restaurar las funciones del individuo², y se ha comprobado que ayuda a disminuir los niveles de estrés¹.

OBJETIVO

Determinar los efectos de la musicoterapia en su aplicación a los prematuros ingresados en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN)

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos que traten sobre los efectos de la musicoterapia, publicados entre los años 2010 y 2015. Se usaron bases de datos Pubmed, Dialnet, Cuiden, y Cochrane a través del catálogo de la biblioteca de la UAB. Son estudios de cohortes, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta-análisis. *Palabras clave:* musicoterapia, prematuros, beneficios.

RESULTADOS ^{1,2,3,4}

BENEFICIOS

Mejora en la alimentación

Menor estrés y dolor, menos episodios de llanto

Disminución de la FC y presión sanguínea

Aumento de la saturación de oxígeno



Aumento de peso

Disminución del gasto de energía en reposo

Menor tiempo de hospitalización

Disminución de los niveles séricos de ácido ascórbico

CONCLUSIONES

La musicoterapia debería ser aplicada con más asiduidad en las UCIN y resto de servicios sanitarios por las enfermeras, ya que ha demostrado tener **numerosos beneficios**, además es una terapia muy poco costosa^{1,5}. Son **necesarios más estudios** cuantitativos aumentando la muestra y estudios cualitativos que nos muestren los sentimientos y percepciones de los pacientes y cuidadores al aplicar la musicoterapia. Hay numerosos avances en la tecnología médica que ha contribuido a que aumente la supervivencia de los prematuros. **El foco de atención ahora en la investigación** es disminuir la morbilidad y evitar los efectos perjudiciales en el neurodesarrollo de estos RN de riesgo.

bibliografía

1. Kimberly A. Allen, Ph.D. Music Therapy in the NICU: Is there Evidence to support Integration for Procedural Support? *Adv Neonatal Care*. 2013; 13(5):20-7. Castillo Bujno M.D., Morano Pina J.P., Martínez Puente M.V., Artiles Suárez M.M., Company Sancho M.C., García Andrés M.C. et al. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JR Library of Systematic Reviews*. 2010; 8 (28): 1112-1168. Standley J. Music Therapy Research in the NICU: An Updated Meta-Analysis. *Neonatal Network* [Internet]; 2012; 5 (6): 311-316. 4. Schwallig D., Vogner M., Kirschhoff F., Schwablmair F., Boulesteix A.L., Schuler A. et al. Use music reduces stress levels in very low birthweight infants. *Acta Paediatr* 2015; 104: 103-107. 5. Alipour Z., Eskandari N., Ahmadi Taheran H., Eshagh Hossaini S.K., Sangi S. Effects of music on physiological and behavioral responses of premature infants: a randomized controlled trial. *Complementary Ther Clin Pract*. 2013;19 (3): 128-32. 6. Cohenly JF, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de cuidados neonatales. 4ª Edición. Barcelona, Ed. Masson, 2007. 7. Campbell-Yeo ML, Johnson CC, Joseph KS, Feeley N, Chambers CL, Barrington KJ. Cribbing and Recovery time after heel lance in Preterm twins: results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2012; 130(3): 500-50.

Resumen: Los recién nacidos prematuros son sensibles a los estímulos debido a su inmadurez. En las Unidades de Cuidados Intensivos existen técnicas y materiales que pueden producirles malestar fisiológico y estrés influyendo en su neurodesarrollo.

Objetivo: Determinar los efectos de la musicoterapia en su aplicación a las unidades de cuidados intensivos neonatales. **Material y método:** Revisión bibliográfica

Resultados: Todos los estudios excepto uno, determinan beneficios en la aplicación de la musicoterapia como tratamiento adyuvante al tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La musicoterapia reduce el estrés y el dolor, pudiéndose establecer como una herramienta no farmacológica a añadir a terapias que ya disponemos.

Palabras Clave: Intensive Care, Neonatal; Infant, Premature; Music Therapy.

Introducción:

La exposición prematura a un entorno extrauterino durante un momento de crecimiento rápido del cerebro puede afectar negativamente a los resultados del neurodesarrollo de los neonatos prematuros. Este entorno extraño contrasta con el cálido, tenue, suave apoyo que ofrece el útero. El recién nacido es expuesto a luces, ruidos fuertes y procedimientos dolorosos.

El prematuro evoluciona mucho mejor si se controla su termorregulación y se aminora el estrés derivado de una estimulación excesiva en su medio ambiente. La disminución de estímulos nocivos externos (luz, ruido, movimiento), el empleo de técnicas correctas de manipulación y de posición, así como un correcto control de los factores térmicos que rodean a los neonatos favorecen su desarrollo e inciden en una mejoría de su proceso. La musicoterapia es el uso de la música con el fin de desarrollar y/o restaurar las funciones del individuo, y se ha comprobado que ayuda a disminuir los niveles de estrés. La música es una disciplina que está siendo ampliamente investigada por una rama de la neurología y de la psicología, gracias a nuevas técnicas de neuroimagen y monitorización. Estas ciencias han estudiado como procesamos la música, qué estructuras cerebrales intervienen en la percepción y producción de la música, si existen diferencias entre hombres y mujeres o entre niños y adultos. Todas estas cuestiones ya tienen evidencia científica, lo que nos orienta a introducir nuevas herramientas en nuestra práctica clínica, con mayores posibilidades de éxito.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es determinar los efectos de la musicoterapia en su aplicación a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Material y métodos:

Revisión bibliográfica de artículos que traten sobre los efectos de la musicoterapia, que hayan sido publicados entre los años 2010 y 2015. Realizamos la búsqueda entre mayo y agosto de 2015. Localizamos los artículos en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Cuiden, y Cochrane. Se trata de estudios de cohortes, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta-análisis. Los tipos de música utilizados fueron la música clásica (Mozart), la voz de los padres y canciones de cuna.

Resultados:

Todos los estudios excepto uno, determinan beneficios en la aplicación de la musicoterapia como tratamiento adyuvante al tratamiento farmacológico. Tales beneficios son la mejora en la alimentación, menor duración de la estancia, menos episodios de llanto, mejora del sueño, menor estrés y dolor, disminución de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca y aumento de la saturación de oxígeno y disminución de los niveles séricos de ácido láctico, aumento de peso, disminución del gasto de energía en reposo. Sólo un estudio hallado no apoya los efectos beneficiosos de la música, pero recomienda utilizarla. No se han hallado efectos perjudiciales de la musicoterapia en ningún estudio.

Conclusiones:

La musicoterapia debería ser aplicada con más asiduidad en las UCIN y resto de servicios sanitarios por las enfermeras, ya que ha demostrado tener numerosos beneficios, no sólo con prematuros, sino también en enfermos con demencias, enfermos mentales, discapacitados, en embarazadas y en personas con dolores crónicos. Además es una terapia muy poco costosa.

Son necesarios más estudios cuantitativos que reafirmen tales afirmaciones, aumentando la muestra, pues en muchos estudios encontrados ésta era pequeña, y además estudios cualitativos que nos muestren los sentimientos y percepciones de los pacientes y cuidadores al aplicar la musicoterapia.

Durante las últimas dos décadas, ha habido numerosos avances en la tecnología médica que ha contribuido a que aumente la supervivencia de los pacientes críticamente enfermos, prematuros y recién nacidos de muy bajo peso al nacer. A raíz de ello, las tasas de mortalidad han disminuido.

Ya que esto está solventado, el foco de atención ahora en la investigación es disminuir la morbilidad y evitar los efectos perjudiciales en el neurodesarrollo de estos recién nacidos de riesgo.

Bibliografía:

1. Kimberly A. Allen, Ph.D. Music Therapy in the NICU: Is there Evidence to support Integration for Procedural Support? *Adv Neonatal Care*. 2013. [15 de mayo de 2015]; 13(5): 10.
2. Castillo Bueno M.D., Moreno Pina J.P., Martínez Puente M.V., Artilés Suárez M.M., Company Sancho M.C., García Andrés M.C. et al. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JBI Library of Systematic Reviews*. 2010. 8 (28): 1112-1168.
3. Standley J. Music Therapy Research in the NICU: An Updated Meta-Analysis. *Neonatal Network*[Internet]. 2012 September/October. 5 (6): 311-316.
4. Schwilling D., Vogeser M., Kirchhoff F., Schwaiblmair F., Boulesteix A.L., Schulze A. et al. Live music reduces stress levels in very low-birthweight infants. *Acta Paediatr*.
5. Alipour Z., Eskandari N., Ahmarí Teherán H., Eshagh Hossaini S.K., Sangi S. Effects of music on physiological and behavioral responses of premature infants: a randomized controlled trial. *Complementar Ther Clin Pract*. 2013. 19 (3): 128-32.

Capítulo CIII

La administración de medicamentos

Autora:

Rosario Pérez Vela

LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

INTRODUCCIÓN:

La administración de medicamentos es una de las intervenciones más importantes por parte de Enfermería.

Antes de preparar y administrar un medicamento hay que saber que un error que comprometa la seguridad del paciente puede ser debido a diferentes factores:

- Horario.
- Omisión en el registro de Enfermería.
- Omisión de la Administración.
- Velocidad de Infusión.

Los errores de medicación constituyen un problema de salud pública debido a sus consecuencias humanas, asistenciales y económicas. Dentro de ellos, los errores en los llamados "medicamentos de alto riesgo" son aquellos que se utilizan de forma incorrecta, presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.



OBJETIVOS:

- Disminuir los factores que aumentan el riesgo en cada uno de los aspectos que pueden originar un efecto adverso relacionado con la administración de medicación.
- Promover la correcta administración de medicación

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Se realiza una revisión sistemática en las diferentes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, Medline.

RESULTADOS

Según la revisión sistemática realizada, antes de administrar un medicamento, los profesionales sanitarios tienen que tener en cuenta una serie de normas generales:

Paciente correcto:

Administrar el medicamento al paciente indicado. Comprobar su identificación mediante pulseras identificativas preguntando al propio paciente o acompañante. Preguntar si el paciente padece alergias y descartar interacciones e incompatibilidades.

Fármaco correcto:

Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad, conservación y estado del envase. Para asegurarnos que el fármaco es el correcto, deberá ser preparado y administrado por el mismo profesional.

Hora correcta:

Registrar y firmar la administración en la prescripción médica. No precargar la medicación con mucha anterioridad. Comprobar el aspecto, posibles precipitaciones, cambios de color antes de administrarlos.

Dosis correcta:

Administrar la dosis correcta y verificar el cálculo de la dosis, sobre todo en pacientes pediátricos. Asegurarnos que el paciente no ha tomado la medicación que le vamos a administrar para así evitar sobredosis.

Vía de administración correcta:

Asegurarnos de que la vía de administración es correcta y segura. Comprobar el estado de la vía de administración.

CONCLUSIÓN:

Unas de las principales tareas que lleva a cabo el personal de enfermería es la administración de medicamentos. La seguridad del paciente ante la administración de medicamentos es una responsabilidad para la enfermería. Una estandarización de las normas para su correcta realización supone una mejora en la calidad de la atención ofertada al paciente.



Bibliografía:

- KOZIER, B. Técnicas de Enfermería Clínica. McGaew Hill Interamericana 1998/ZABALEAGUI, A. Administración de Medicamentos y Cálculo de Dosis/ COHEN MR. Medication errors: Causes, prevention an risk management/ www.psicoevidencias.es / www.ebevidencia.com
- Guía para la administración segura de medicamentos. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, 2001.
- Ruiz-López, P, Rodríguez-Salinas G, Alcalde- Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20 (2): 71-8

Resumen: Antes de preparar y administrar un medicamento hay que tener en cuenta que un error puede llegar a comprometer la seguridad del paciente. Los objetivos son los siguientes: Disminuir los factores que aumentan el riesgo en cada uno de los aspectos que pueden originar un efecto adverso relacionado con la administración de medicación y Promover la correcta administración de medicación. Se realiza una revisión sistemática en las diferentes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, Medline. Una de las responsabilidades más importantes de Enfermería es la administración de medicamentos.

Palabras Clave: administración; errores; medicamentos.

Introducción:

La administración de medicamentos es una de las intervenciones más importantes por parte de Enfermería. Antes de preparar y administrar un medicamento hay que saber que un error que comprometa la seguridad del paciente puede ser debido a diferentes factores:

- Horario
- Omisión en el registro de Enfermería
- Omisión de la Administración
- Velocidad de infusión.

Los errores de medicación constituyen un problema de salud pública debido a sus consecuencias humanas, asistenciales y económicas. Dentro de ellos, los errores en los llamados “medicamentos alto riesgo” son aquellos que se utilizan de forma incorrecta, presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

Objetivos:

Disminuir los factores que aumentan el riesgo en cada uno de los aspectos que pueden originar un efecto adverso relacionado con la administración de medicación.

Promover la correcta administración de medicación.

Material y métodos:

Se realiza una revisión sistemática en las diferentes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, Medline.

Resultados:

Según la revisión sistemática realizada, antes de administrar un medicamento, los profesionales sanitarios tienen que tener en cuenta una serie de normas generales:

- Paciente Correcto: Administrar el medicamento al paciente indicado. Comprobar su identificación mediante pulseras identificativas preguntando al propio paciente o acompañante. Preguntar si el paciente padece alergias y descartar interacciones e incompatibilidades.

- **Fármaco Correcto:** Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad, conservación y estado del envase. Para asegurarnos que el fármaco es el correcto, deberá ser preparado y administrado por el mismo profesional.
- **Hora Correcta:** Registrar y firmar la administración en la prescripción médica. No precargar la medicación con mucha anterioridad. Comprobar el aspecto, posibles precipitaciones, cambios de color antes de administrarlos.
- **Dosis Correcta:** Administrar la dosis correcta y verificar el cálculo de la dosis, sobre todo en pacientes pediátricos. Asegurarnos que el paciente no ha tomado la medicación que le vamos a administrar para así evitar sobredosis.
- **Vía de Administración Correcta:** Asegurarnos de que la vía de administración es correcta y segura. Comprobar el estado de la vía de administración.

Conclusión:

Unas de las principales tareas que lleva a cabo el personal de enfermería es la administración de medicamentos. La seguridad del paciente ante la administración de medicamentos es una responsabilidad para la enfermería. Una estandarización de las normas para su correcta realización supone una mejora en la calidad de la atención ofertada al paciente.

Bibliografía:

1. KOZIER, B. Técnicas de Enfermería Clínica. McGraw Hill Interamericana 1998/ZABALEAGUI, A. Administración de Medicamentos y Cálculo de Dosis/COHEN MR. Medication errors: Causes, prevention and risk management/ www.psicoevidencias.es/www.ebevidencia.com
2. Guía para la administración segura de medicamentos. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, 2001.
3. Ruiz-López, P, Rodríguez-Salinas G, Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev calidad Asistencial. 2005; 20 (2):71-8.

Capítulo CIV

La enfermera escolar

Autores:

Sara Faya Palomares

Juana Hueso Espinosa

Josefa Romero González-Nicolás



LA ENFERMERA ESCOLAR

Los registros de enfermería están bajo la ley de protección de datos y la ley del menor teniendo solo acceso a ellos la enfermera y la dirección del centro teniendo como funciones la asistencial, legal, docente e investigadora y administrativa.

La eliminación de documentos relacionados con el alumno tanto en formato papel como informático se realiza cuando el alumno ha abandonado el centro y/o han transcurrido 5 años de la finalización del proceso.

ASOCIACIONES



SCE3 Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar es una asociación con fines científicos y sin ánimo de lucro, inscrita en el Grupo 1, Sección 1 del Nº Nacional 594409 del Registro Nacional de Asociaciones. Su principal objetivo es visibilizar la necesidad y la conveniencia de implantar servicios de Enfermería Escolar en los centros educativos, comenzando por los de educación especial y aquellos ordinarios que integran niños con necesidades educativas especiales que siempre llevan de la mano necesidades en materia de salud.

OBJETIVO

Es hacer visible la figura de la enfermera escolar en la comunidad y entre los mismos enfermeros/as para los que puede suponer una salida laboral.

METODOLOGIA



La actuación de la enfermera escolar se desarrolla dentro de su consulta en el centro educativo, en las aulas, en el comedor y en los lugares donde se llevan a cabo actividades extraescolares.

La metodología que utiliza la enfermera escolar es la propia de su profesión basada en las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

La valoración de enfermería se realiza utilizando los patrones funcionales.

La gestión de un servicio de enfermería escolar difiere de la gestión de otros servicios sanitarios debido al contexto físico donde desarrolla su labor; la escuela, a los profesionales con los que se relaciona; la comunidad educativa.

También dispone de una documentación propia.

Los recursos humanos varían en función de que los colegios sean públicos, concertados o privados de educación infantil, primaria y/o secundaria, estos últimos pueden ser de integración preferente o los colegios de educación especial (CPEE) estos cuentan con una dotación de dos enfermeras en la comunidad de Madrid, una de ellas encargada a su vez de cubrir el resto de colegios públicos como enfermera de zona.

La enfermera escolar depende de la dirección del centro. Es el director del centro y la enfermera los responsables de la supervisión de la atención a los alumnos.

Los centros de educación infantil y primaria tienen como referencia a los equipos de orientación educativa y pedagógica, en los CPEE además cuentan con el departamento de orientación compuesto habitualmente por un orientador (psicólogo), pedagogo o psicopedagogo, profesores técnicos servicios a la comunidad o trabajadores sociales, enfermeras, logopedas y fisioterapeutas y más excepcionalmente médicos y terapeutas ocupacionales.

La enfermera escolar tiene coordinación directa con los servicios sanitarios externos (centros de atención primaria, centros hospitalarios y de atención especializada, centros de salud mental, centros educativos terapéuticos, asociaciones de padres de alumnos afectados de alguna patología crónica y unidades de cuidados paliativos).

La enfermera escolar y estos centros se intercambian información sobre la evolución clínica, educativa y social de los alumnos. Cualquier intercambio de información tiene que ser autorizado por la familia. Cuando se solicite la intervención de un facultativo se hará mediante informe donde se especifique la necesidad del mismo y a través de la familia. Así mismo si son los especialistas quienes solicitan un informe nuestro, este se dará primero a las familias y serán estas las encargadas de hacérselo llegar al facultativo demandante.

AMECE es una asociación científica sin ánimo de lucro, formada exclusivamente por profesionales de la enfermería que en su gran mayoría trabajan en el ámbito educativo, en calidad de Enfermeras Escolares.



CONCLUSIONES

La figura de la enfermera escolar surgió en 1981 en el congreso de enfermería de higiene y demografía celebrado en Londres. En 1987 mediante la fundación "Sociedad de enfermería" se comenzó a crear puestos de enfermería en colegios de educación primaria escolar londinense ingleses mejorando la salud de la comunidad. Así nosotros podemos extrapolar esa mejora a nuestra sociedad.

Es necesaria la regulación de la enfermera escolar con respecto a los recursos humanos, materiales necesarios para su actividad, regulación de los registros enfermeros.

La figura de la enfermera escolar descargaría de trabajo a la enfermera comunitaria.

En España se hace necesario conocer el objetivo de conocer la situación sanitaria de los alumnos y detectar sus necesidades de salud desde el centro escolar.



Los registros de enfermería son los siguientes:

- Historia de la enfermería.
- Registro de incidencias.
- Listado de alumnos con patologías crónicas (diabetes, epilepsia, alergias alimentarias, caliaquia...)
- Autorizaciones de los padres para la administración de medicación.
- Programación del servicio de enfermería donde se detallan los objetivos y actividades del curso. Esta programación irá incluida en la programación anual del centro (PGA).
- Memoria anual de enfermería donde se recoge la evaluación de

BIBLIOGRAFIA

Consejería de Sanidad y consumo. Plan de mejora de atención primaria de la comunidad de Madrid 2006-2009.

Papel de enfermería en Atención primaria. Madrid consejería de sanidad y consumo 2006.

Revista Metas de Enfermería. Octubre 2012; 15(8) 50-55.

Resumen: El poster "La enfermera escolar" pretende hacer visible la figura de la enfermera escolar a la comunidad y ofrecer entre los enfermeros/as una salida laboral.

La gestión de un servicio de enfermería escolar sus diferencias con otros servicios sanitarios debido al contexto físico donde se desarrolla su labor; Los recursos humanos necesarios para desempeñar la labor sanitaria en los centros educativos o los colegios de educación especial (CPEE) la coordinación directa con los servicios sanitarios y los registros de enfermería son los puntos tratados. La Sociedad científica Española de Enfermería Escolar y AMECE nos ayudan a conseguir los objetivos planteados.

Palabras Clave: Enfermera; Escolar; AMECE.

Objetivo:

Es hacer visible la figura de la enfermera escolar en la comunidad y entre los mismos enfermeros/as para los que puede suponer una salida laboral.

Metodología:

La actuación de la enfermera escolar se desarrolla dentro de su consulta en el centro educativo, en las aulas, en el comedor y en los lugares donde se llevan a cabo actividades extraescolares.

La metodología que utiliza la enfermera escolar es la propia de su profesión basada en las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

La valoración de enfermería se realiza utilizando los patrones funcionales.

La gestión de un servicio de enfermería escolar difiere de la gestión de otros servicios sanitarios debido al contexto físico donde desarrolla su labor; la escuela, a los profesionales con los que se relaciona; la comunidad educativa.

También dispone de una documentación propia.

Los recursos humanos varían en función de que los colegios sean públicos, concertados o privados de educación infantil, primaria y/o secundaria, estos últimos pueden ser de integración preferente o los colegios de educación especial (CPEE) estos cuentan con una dotación de dos enfermeras en la comunidad de Madrid, una de ellas encargada a su vez de cubrir el resto de colegios públicos como enfermera de zona.

La enfermera escolar depende de la dirección del centro. Es el director del centro y la enfermera los responsables de la supervisión de la atención a los alumnos.

Los centros de educación infantil y primaria tienen como referencia a los equipos de orientación educativa y pedagógica, en los CPEE además cuentan con el departamento de orientación compuesto habitualmente por un orientador (psicólogo), pedagogo o psicopedagogo, profesores técnicos servicios a la comunidad o trabajadores sociales, enfermeras, logopedas y fisioterapeutas y más excepcionalmente médicos y terapeutas ocupacionales.

La enfermera escolar tiene coordinación directa con los servicios sanitarios externos (centros de atención primaria, centros hospitalarios y de atención especializada, centros de salud mental, centros educativos terapéuticos, asociaciones de padres de alumnos afectados de alguna pato-

logía crónica y unidades de cuidados paliativos).

La enfermera escolar y estos centros se intercambian información sobre la evolución clínica, educativa y social de los alumnos. Cualquier intercambio de información tiene que ser autorizado por la familia.

Cuando se solicite la intervención de un facultativo se hará mediante informe donde se especifique la necesidad del mismo y a través de la familia. Así mismo si son los especialistas quienes solicitan un informe nuestro, este se dará primero a las familias y serán estas las encargadas de hacérselo llegar al facultativo demandante.

Asociaciones:

SCE3 Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar es una asociación con fines científicos y sin ánimo de lucro, inscrita en el Grupo 1, Sección 1 del Nº Nacional 594409 del Registro Nacional de Asociaciones. Su principal objetivo es visibilizar la necesidad y la conveniencia de implantar servicios de Enfermería Escolar en los centros educativos, comenzando por los de educación especial y aquellos ordinarios que integran niños con necesidades educativas especiales que siempre llevan de la mano necesidades en materia de salud.

AMECE es una asociación científica sin ánimo de lucro, formada exclusivamente por profesionales de la enfermería que en su gran mayoría trabajan en el ámbito educativo que en calidad de Enfermeras Escolares.

Conclusiones:

La figura de la enfermera escolar surgió en 1981 en el congreso de enfermería de higiene y demografía celebrado en Londres. En 1987 mediante la fundación "Sociedad de enfermería" se comenzó a crear puestos de enfermería en colegios de educación primaria escolar londinense ingleses mejorando la salud de la comunidad. Así nosotros podemos extrapolar esa mejora a nuestra sociedad.

Es necesaria la regulación de la enfermera escolar con respecto a los recursos humanos, materiales necesarios para su actividad, regulación de los registros enfermeros.

La figura de la enfermera escolar descargaría de trabajo a la enfermera comunitaria.

En España se hace necesario conocer el objetivo de conocer la situación sanitaria de los alumnos y detectar sus necesidades de salud desde el centro escolar.

Bibliografía:

1. Consejería de Sanidad y consumo. Plan de mejora de atención primaria de la comunidad de Madrid 2006-2009.
2. Papel de enfermería en Atención primaria. Madrid consejería de sanidad y consumo 2006.
3. Revista Metas de Enfermería. Octubre 2012; 15(8) 50-55
4. Asociación Madrileña de enfermería en centros Educativos. www.amece.es
5. Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SEC3). www.sce3.com

Capítulo CV

La información al paciente con terapia sustitutiva de la función renal

Autores:

Andrés Redondo Tébar

Raquel Reinoso Mayoralas

LA INFORMACIÓN AL PACIENTE CON TERAPIA SUSTITUTIVA DE LA FUNCION RENAL

Dado el elevado coste sanitario que supone dializar un paciente, nos parece de gran interés para el ámbito sanitario la **finalidad** de este trabajo, que es conocer el nivel de información del paciente acerca de la diálisis, el **porqué** eligió un tipo de TSFR u otra, **quién** y **dónde** se le informó, y si **piensa** cambiar o no su tipo de TSFR y **porqué**, y así obtener una buena relación coste – eficacia profesional.



La respuesta a estas preguntas nos **permitirá** evaluar, mejorar y reestructurar el método para informar al paciente, con el objetivo de que el paciente sea independiente en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad.



Material y Método

Estudio descriptivo de corte transversal, sin criterios de exclusión, referido a los pacientes de la unidad de diálisis (HD, Hemodiálisis; DP, Diálisis Peritoneal) del HGUCR en el año 2015.

La muestra estudiada consta de 104 pacientes, con una Edad Media de 60,96 ± 16,03 años.

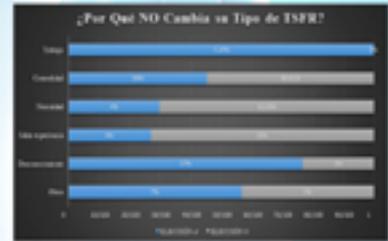
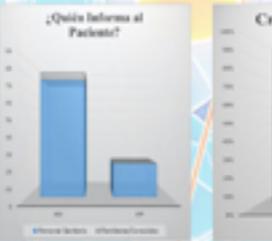
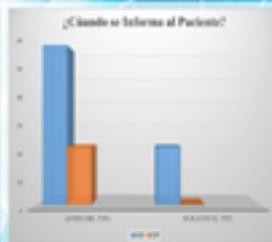
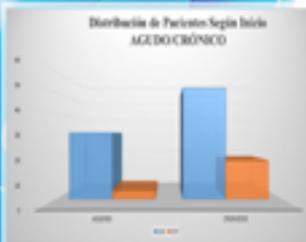
- 64 hombres con una Edad Media de 60´51 años ± 15´21 años, y un Periodo Medio de Tratamiento de 7´81 ± 11´65 años.

- 50 mujeres con una Edad Media de 61´42 años ± 16´85 años, y un Periodo Medio de Tratamiento de 4´13 ± 6´04 años.

Excel es el programa informático utilizado para la tabulación de los datos recogidos.

La encuesta realizada y utilizada para este estudio consta de 8 ítems.

Resultados



Conclusiones

El paciente por lo general es informado antes del tratamiento, por el personal sanitario, en el hospital y la consulta de enfermería, la cual está adquiriendo un gran nivel informativo y de interés.

La mayoría de ellos escogen su tipo de TSFR en base a la comodidad que les pueda proporcionar, siendo esta causa a su vez el motivo por el cual no se cambian de tratamiento.

La enfermería cada vez tiene un papel más significativo y trascendental a la hora de informar al paciente con TSFR el ámbito sanitario.

El mejor método de diálisis es aquel que se adecua a las necesidades del paciente en cada momento, intentando mantener en la medida de los posible la mejor calidad de vida de los mismos a un coste óptimo.

Resumen: El elevado coste sanitario que supone dializar a un paciente nos parece de gran interés en el ámbito sanitario la finalidad de este estudio, que es conocer el nivel de información del paciente acerca de la diálisis, por qué eligió un tipo u otro de TSFR, quién y dónde le informó, y si piensa o no cambiar su tipo de TSFR y porque, y así obtener una serie de datos que nos permitan evaluar, mejorar y reestructurar el método para informar al paciente para que éste sea totalmente independiente en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad.

Palabras Clave: paciente; TSFR; información.

Introducción:

El elevado coste sanitario que supone dializar a un paciente promueve la elaboración de este trabajo con la finalidad de evaluar, mejorar y reestructurar si fuese necesario, el método de información al paciente, para que éste sea independiente en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad y obtener una buena relación coste – eficacia profesional. La respuesta a estas preguntas nos permitirá evaluar, mejorar y reestructurar, si fuese necesario, el método para informar al paciente con el objetivo de que ésta sea independiente en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad. Por ello, podemos decir que los objetivos que se persiguen con la elaboración de este trabajo son: Conocer el nivel de información del paciente sobre la diálisis, el motivo por el que eligió su TSFR, quién, dónde y cuándo se informó, y conocer la causa por la que cambiaría o no su TSFR.

Pero antes de seguir sería importante definir la diálisis, terapia sustitutiva utilizada en aquellas personas con pérdida de la función renal, como un proceso mecánico de eliminación de sustancias de desecho procedentes del metabolismo proteico sin alterar el equilibrio hidroelectrolítico y restableciendo el equilibrio ácido básico. Los tipos de diálisis más utilizados actualmente son la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

Material y método:

Los datos de este trabajo se basan en un estudio descriptivo de corte transversal, sin criterios de exclusión, realizado a los pacientes de la Unidad de Diálisis del HGUCR en octubre de 2015. La muestra estudiada consta de 104 pacientes (83 pacientes en hemodiálisis, HD; y 21 pacientes en diálisis peritoneal, DP), con una edad media de $60,96 \pm 16,03$ años, de los cuales 64 son hombres, con una edad media de $60,51 \pm 15,21$ años y un periodo medio de tratamiento de $7,81 \pm 11,65$ años; y 50 son mujeres con una edad media de $61,42 \pm 16,85$ años, y un periodo medio de tratamiento de $4,13 \pm 6,04$ años.

El programa utilizado para la tabulación de los datos recogidos es Excel, y la encuesta realizada y utilizada para este estudio consta de 8 ítems: distribución de pacientes según su inicio, agudo/crónico, distribución de pacientes según su edad, distribución de pacientes según el momento en el que se informe al paciente, distribución de pacientes según dónde se informe al paciente, distribución de pacientes según el motivo por el que eligieron su TSFR y distribución de pacientes según la causa por la que no cambiarían su TSFR.

Resultados:

Según la distribución de pacientes, en base a su inicio agudo/crónico, la cantidad de pacientes que comienzan de manera crónica en HD y DP es similar, prevaleciendo los hombres sobre las mujeres, además de que la cantidad de pacientes que comienzan de manera aguda es superior en HD debido a que lo hacen en una situación de urgencia, mientras en DP existe un menor número

de ingresos agudos al ser la mayoría de ellos pacientes crónicos. Según la edad, la mayoría de los pacientes en HD se encuentran entre los 50 – 70 años de edad, habiendo una mayor proporción de hombres que de mujeres, mientras que la mayoría de pacientes en DP tienen <75 años, existiendo una mayor concentración de mujeres que de hombres.

Según el momento en que se informe al paciente, antes o durante el tratamiento, obtenemos que la práctica totalidad de los pacientes son informados de forma previa al tratamiento, excepto aquellos casos de urgencia en los cuales se informa una vez iniciada la terapia, y que en DP siempre se informa a todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento, ya que no lo hacen en situación de urgencia y es una técnica que requiere de una “evaluación” previa de las características de los sujetos por parte de los profesionales sanitarios. Según quien informe al paciente encontramos que el personal sanitario es la principal fuente de información, tanto antes como durante el tratamiento, existiendo en raras ocasiones pacientes informados previamente debido a la presencia de antecedentes familiares o conocidos.

Según dónde se informe al paciente podemos observar que la mayoría de ellos son informados en las instituciones sanitarias, hospital y consulta de enfermería, con la que se ha visto que desde su creación, en el año 2010, hasta la fecha de realización del estudio el número de pacientes en DP ha crecido de un 4,16% a un 18,72%, es decir, casi 5 veces más que antes de que no existirá como tal dicha consulta.

Según el motivo por el que eligieron su tipo de TSFR obtuvimos que el principal motivo de elección de una TSFR u otra es la comodidad de los pacientes, seguida de la necesidad y el desconocimiento. Según la causa por la que los pacientes no cambian su TSFR hayamos que éstas eran la comodidad, seguida del desconocimiento, las malas experiencias y la necesidad, además de miedo, presencia de mascotas, deseo de conservar la función renal el máximo tiempo posible, etc.

Conclusiones

El estudio realizado nos da una muesca, debido a que los pacientes de diálisis peritoneal son muy inferiores, en número, a los pacientes en hemodiálisis. El paciente por lo general es informado antes del tratamiento, por el personal sanitario en el hospital y en la consulta de enfermería, la cual está adquiriendo un gran nivel informativo y de interés. La mayoría de ellos escogen su tipo de TSFR en base a la comodidad que les pueda proporcionar, siendo esta causa a su vez el motivo por el cual no se cambian de tratamiento. La enfermería cada vez tiene un papel más importante y significativo y transcendental a la hora de informar al paciente con TSFR en el ámbito sanitario. El mejor método de diálisis es aquel que se adecua a las necesidades del paciente en cada momento, intentando mantener en la medida de lo posible la mejor calidad de vida de los mismos a un coste óptimo.

Bibliografía:

1. Diálisis Peritoneal Domiciliaria. 2012. <http://www.dialisisperitonealdomiciliaria.com/2012/02/19/el-48-de-los-pacientes-renales-informados-sobre-todas-las-opciones-de-tratamiento-eligen-dialisis-peritoneal-domiciliaria/>
2. Consejerías de Sanidad de las CCAA (2015). Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS.
3. Martín Bueno, Ana Maria. Dializarse para vivir o vivir para dializarse. Calidad de vida de hemodiálisis vs. Diálisis peritoneal. TFG Grado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaen. 2015. http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1589/1/TFG_Alba_Maria_Martin_Bueno.pdf
4. Fundación Renal, ALCER. Estudio sobre la opinión de los pacientes con ERC (Resultados finales). 2011. http://www.observatoriodelasaludcardiorenal.es/descargas/Informe_Pacientes_con_ERC_v3_3.pdf

Capítulo CVI

La salud a través del dibujo: estudio sobre la concepción interpretativa de alumnos y alumnas de primaria

Autores:

María Teresa Ciudad Gutiérrez

Francisco Javier Sánchez Ormeño

María Gracia Velasco Herrera

La SALUD a través del dibujo: Estudio sobre la concepción interpretativa de alumnos y alumnas de Primaria.

AUTORES:

INTRODUCCIÓN: Se trata de un estudio sobre la percepción de los alumnos y alumnas de Primaria acerca de la Salud, a través del análisis de sus dibujos, como vehículo de expresión de sus ideas. Ha sido llevado a cabo en el CEIP “ Clara Campoamor” durante la celebración de II Semana de la Salud 17-20 Noviembre 2014 de Miguelturra, encontrando que los alumnos y las alumnas ven una relación directa entre la Salud y la alimentación o la naturaleza. Entran en su concepción de salud, tanto la idea de estado: estar sano, como de proceso: qué hago para estar sano.

OBJETIVOS:

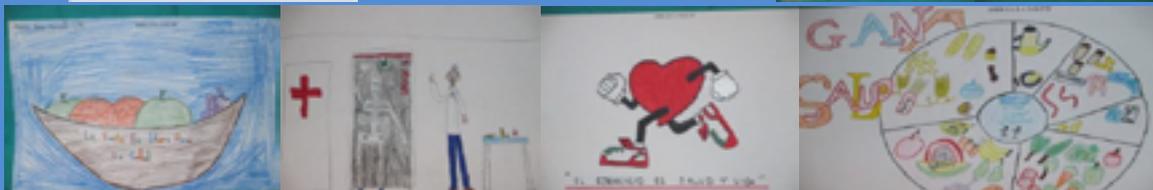
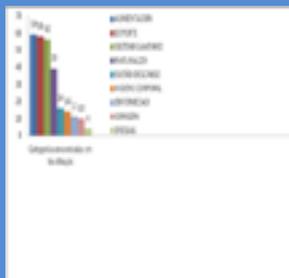
- Conocer la percepción de los alumnos acerca de la Salud.

- Fomentar la empatía hacia los alumnos, indagando en sus percepciones y sentimientos a través del dibujo

- Estimular en los alumnos la creatividad y la proyección de ideas a través del dibujo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de una investigación cualitativa sobre las percepciones de los alumnos de Primaria. La actividad en el aula consiste en hacer dibujar a los alumnos “ la Salud”, sin más indicación que la frase: “ dibuja la salud” no dando pistas sobre las posibles temáticas ni orientaciones dejando lugar a la creatividad y a la proyección de sus ideas preconcebidas a través del dibujo. Como instrumento de mediación se ha elegido el dibujo por ser una vía más libre, creativa y personal, de exteriorizar y proyectar sus ideas. Además es vehículo de expresión en todas las edades, y a veces a través de él se captan sentimientos o vivencias que el texto verbal deja escapar. Los dibujos son analizados estableciendo categorías comunes a modo de estudio descriptivo.

RESULTADOS:



CONCLUSION: Tras el análisis de los dibujos podemos extraer varias conclusiones sobre la concepción de los alumnos acerca de la salud:

- Salud como proceso y Salud como resultado o estado . Como proceso, en ocasiones que hacemos para estar sano: alimentación, deporte, higiene....(estilos de vida). Como resultado, entendiendo la salud como un bienestar general asociado a la amistad, familia, risa.
- Salud desde el enfoque positivo: “ bienestar” (unido a connotaciones como el sol, familia, amistad, lectura) pero también desde el negativo: “ ausencia de”: estar sano es no estar enfermo, no drogarse, no alimentarse de comida basura.
- Salud en relación a los cuidadores profesionales: el sistema sanitario

VIII CONGRESO ENFERMERIA DE CIUDAD REAL

Resumen: Se trata de un estudio sobre la percepción de los alumnos y alumnas de Primaria a cerca de la Salud, a través del análisis de sus dibujos, como vehículo de expresión de sus ideas. Se ha encontrado que los alumnos y alumnas ven una relación directa entre la Salud y la alimentación o la naturaleza, así como identificar con Salud lo que No es Salud: drogas o enfermedades.

Palabras Clave: salud; dibujo; estilos de vida; expresión; categorías; percepción.

Introducción:

Se trata de un estudio sobre la percepción de los alumnos y alumnas de Primaria del CEPI “ Clara campoamor” de Miguelturra llevado a cabo durante la celebración de II Semana de la Salud, encontrando que entran en su concepción de salud, tanto la idea de estado: estar sano, como de proceso: qué hago para estar sano.

Objetivo:

Conocer la percepción de los alumnos acerca de la Salud.

Fomentar la empatía hacia los alumnos, indagando en sus percepciones y sentimientos a través del dibujo.

Estimular en los alumnos la creatividad y la proyección de ideas a través del dibujo.

Material y método:

Se trata de una investigación cualitativa sobre las percepciones de los alumnos de Primaria. La actividad en el aula consiste en hacer dibujar a los alumnos “ la Salud”, sin más indicación que la frase: “ dibuja la Salud” no dando pistas sobre las posibles temáticas ni orientaciones dejando lugar a la creatividad y a la proyección de sus ideas preconcebidas a través del dibujo.

Como instrumento de mediación se ha elegido el dibujo por ser una vía más libre, creativa y personal de exteriorizar y proyectar sus ideas. Además es vehículo de expresión en todas las edades, y a veces, a través de él se captan sentimientos o vivencias que el texto verbal deja escapar. Los dibujos son analizados estableciendo categorías comunes a modo de estudio descriptivo.

Resultados:

Debemos saber que una categoría no excluye a otra: en un solo dibujo podemos encontrar dos o más categorías.

Categorías encontradas en los dibujos: alimentación, deporte, sistema sanitario, naturaleza, sueño-descanso, higiene corporal, enfermedad, corazón y drogas.

Además de los dibujos podemos extraer más información a través de referencias indirectas a algunos símbolos que se repiten como: sol, amistad, familia.

Conclusión:

Tras el análisis de los dibujos podemos extraer varias conclusiones sobre la concepción de los alumnos a cerca de la Salud:

- Salud como proceso y Salud como resultado o estado. Como proceso, en ocasiones que hacemos para estar sano: alimentación, deporte, higiene.... (estilos de vida). Como resultado, entendiendo la salud como un bienestar general asociado a la amistad, familia, risa.
- Salud desde el enfoque positivo: "bienestar" (unidos a connotaciones como el sol, familia, amistad, lectura) pero también desde el negativo: "ausencia de" : estar sano es no estar enfermo.
- Salud en relación a los cuidadores profesionales: el sistema sanitario.

Bibliografía:

1. Delvai, J. Aprender en la vida y en la escuela. Morata. Madrid. 1999.
2. Bedard, N. Cómo interpretar los dibujos de los niños. Sirio. 2000.
3. Barberá Albalat, V. La responsabilidad: cómo educar en la responsabilidad. Santillana. Madrid. 2001.
4. Gálvez Toro, A. Enfermería basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Fundación Index. Granada. 2007.

Capítulo CVII

La satisfacción de los usuarios, instrumento de mejora de la calidad de la atención sanitaria

Autores:

María José Díez Requena

María Rosario Menchón Palop

Mari Cruz Zamora García



LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS, INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

INTRODUCCIÓN:

El estudio de la satisfacción de la sociedad española respecto a sus servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad. El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias. Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

OBJETIVOS:

"Determinar los factores que se relacionan con la satisfacción de los pacientes en la relación con la atención recibida"
"Conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción en los usuarios"

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos Cochrane, Pubmen, Medline, Scielo, estableciéndose una estrategia de búsqueda con las siguientes palabras claves: satisfacción, usuario, calidad y sistema sanitario. Basado en el estudio analítico de la bibliografía consultada, estudiándonos en los últimos cinco años, 2000-2015.

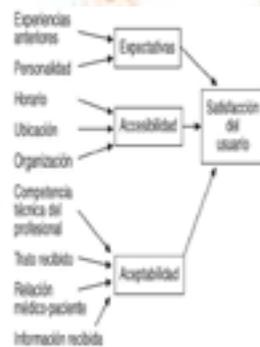
Amabilidad = calidad

Jun@s aumentamos vuestra satisfacción

RESULTADOS:

La posibilidad de considerar a los ciudadanos como consumidores de los servicios sanitarios aparece en las últimas décadas y tiene su origen en el sector privado. En nuestro país, la mayor parte de los ciudadanos son usuarios o usuarios potenciales del sistema sanitario. A pesar de que el abanico de intereses es muy amplio, los usuarios centran sus intereses y expectativas sanitarias en la relación más inmediata, en las atenciones y en los servicios que reciben de los profesionales. Está claro que los principios básicos de los derechos de los consumidores no se pueden aplicar con demasiada facilidad al contexto de la atención sanitaria porque, por ejemplo, aquéllos que pagan por la atención no son necesariamente los que más se benefician de ella.

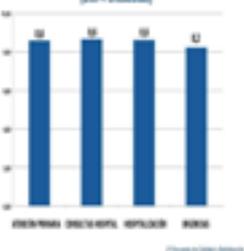
Debería tomarse en consideración que el uso de los diferentes términos que identifican al ciudadano cuando utiliza los servicios sanitarios no es banal, sino que puede ser, o es, un reflejo de los cambios sociales que definen la posición del mismo en el mercado sanitario. Con independencia de los aspectos semánticos y sociológicos, la tendencia actual es la de reconocer en los ciudadanos un nivel de autonomía muy superior al que el sistema sanitario les había dado hasta ahora. La capacidad de protección de la salud es considerada desde las diferentes formas de participación en la salud con independencia de la organización del sistema sanitario.



CONCLUSIONES:

Los individuos no son recipientes pasivos seguidores de las órdenes y recomendaciones de los expertos. La población es más autónoma de lo que el sistema sanitario ha creído hasta ahora. Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad. Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades. La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad.

Valoración Asistencia Sanitaria (SAT) usuarios



Resumen: *La calidad de las relaciones con los clientes se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en los distintas áreas, no sólo se considera importante sanarse, se toma en cuenta otras variables que para el usuario importan: qué valora en la atención de salud, qué necesita y cuáles son sus expectativas respecto de cómo debería haber sido atendido.*

En consecuencia, conocer los elementos que originan satisfacción e insatisfacción en la atención hospitalaria, permitiría dar la oportunidad al paciente de adoptar un rol más activo y tomar decisiones sobre lo que desea recibir ante su hospitalización

Palabras Clave: *calidad; satisfacción; salud.*

Introducción:

El análisis de la satisfacción en los últimos años, el estudio de la satisfacción de la sociedad española respecto a sus servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad.

El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias. Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios.

En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

Material y métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de diversos libros de texto y artículos para ampliar los conocimientos relacionados con los cuidados que afectan el bienestar y la salud de los pacientes y la satisfacción de ellos, basado en el estudio analítico de la bibliografía consultada.

Objetivos:

Determinar los factores que se relacionan con la satisfacción de los pacientes en la relación con la atención recibida.

Conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción en los usuarios.

Resultados:

La posibilidad de considerar a los ciudadanos como consumidores de los servicios sanitarios aparece en las últimas décadas y tiene su origen en el sector privado. Según Calnan, hablar de ciudadano, cliente, consumidor, usuario o paciente tiene un significado diferente a pesar de que los términos se utilicen indistintamente. En nuestro país, la mayor parte de los ciudadanos son usuarios o usuarios potenciales del sistema sanitario. A pesar de que el abanico de intereses es muy amplio, los usuarios centran sus intereses y expectativas sanitarias en la relación más inmediata, en las atenciones y en los servicios que reciben de los profesionales. Está claro que los principios básicos de los derechos de los consumidores no se pueden aplicar con demasiada facilidad al contexto de la atención sanitaria porque, por ejemplo, aquéllos que pagan por la atención no son necesariamente los que más se benefician de ella.

Debería tomarse en consideración que el uso de los diferentes términos que identifican al ciudadano cuando utiliza los servicios sanitarios no es banal, sino que puede ser, o es, un reflejo de los cambios sociales que definen la posición del mismo en el mercado sanitario. Con independencia de los aspectos semánticos y sociológicos descritos, la tendencia actual es la de reconocer en los ciudadanos un nivel de autonomía muy superior al que el sistema sanitario les había dado hasta ahora. La capacidad de protección de la salud es considerada desde las diferentes formas de participación en la salud con independencia de la organización del sistema sanitario.

Conclusión:

Los individuos no son recipientes pasivos, sumisos seguidores de las órdenes y recomendaciones de los expertos. La población es más autónoma de lo que el sistema sanitario ha creído hasta ahora. Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad. Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades. Vuori añade que si se supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de los servicios.

El objeto y el sujeto de análisis La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual.

Bibliografía:

1. Mira JJ, Universidad Miguel Hernández de Elche, La Satisfacción del Pacientes: Teorías, Medidas y Resultados.
2. Dierssen-Soto T, Rodríguez P, Robles M, y Colaboradores, Factores que Determinan la Alta Satisfacción del Usuario con la Asistencia Hospitalaria.
3. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P Casa R, Rodríguez L, Gracia J, García J y Herruzo R, Aplicación Hospitalaria del SERVQHOS: Factores Asociados a la Satisfacción e Insatisfacción.

Capítulo CVIII

Manejo de la dieta prescrita en una paciente con retinopatía diabética

Autora:

Lidia Fernández Villa

MANEJO DE LA DIETA PRESCRITA EN UNA PACIENTE CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

INTRODUCCIÓN:

- Se ha demostrado el beneficio del buen control glucémico en la diabetes mellitus (DM), especialmente en relación con las complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y polineuropatía). El parámetro de control glucémico por excelencia es la hemoglobina glicosilada (HbA1c)
- Existe evidencia de que la educación terapéutica en la DM se asocia con un mejor control metabólico, con disminución del peso y de la HbA1c, con la mejora de la calidad de vida y la disminución de los costes, así como la frecuentación en los servicios sanitarios.
- En el caso de la DM, el modelo de dieta por raciones se basa en el intercambio de alimentos según los HC que contengan. La unidad en que medimos la cantidad de HC de un alimento se denomina «ración». Es la cantidad de alimento (en peso comestible) que suministran 10 gramos de HC.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Mujer de 61 años, diagnosticada de DM tipo 2 con debut hace 9 años y retinopatía diabética de fondo avanzado. Acude a la consulta de Enfermería de Atención Primaria (AP) derivada del Servicio de Endocrinología de su hospital de referencia.

Camina diariamente 12 km, buena adherencia a pauta farmacológica (Sitagliptina/Metformina 50mg/100mg (1-0-1) y 18 UI de insulina glargina (0-0-1).

Sigue dieta de 1800 calorías, con tórpida adherencia por su déficit visual, no puede manejar adecuadamente las cantidades de carbohidratos (HC) indicadas en peso.

- Pactamos una dieta por raciones de 1500 calorías con vaso medidor

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO: Diagnósticos NANDA, NIC, NOC

00078-Manejo inefectivo del régimen terapéutico

NOC: 1601 Conducta de cumplimiento

NIC:160109-Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria

0017-9 Riesgo de glucemia inestable

NOC: 1820 Conocimiento: Control de diabetes

182002: Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia.

NIC: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

2130 Manejo de la hipoglucemia



DISCUSIÓN: Entre los resultados obtenidos, la paciente logró una mayor autonomía para elaborar comidas ajustándose a las cantidades necesarias de HC, así como un manejo satisfactorio del régimen terapéutico, repercutiendo en mayor espaciado de visitas a nuestra consulta y desarrollando un menor número de complicaciones, ya de por sí establecidas, que pudieran derivarse de un mal control metabólico.

Clínicamente, destacan la mejoría no solo en las cifras de hemoglobina glicosilada, sino también en las de tensión arterial, además de lograr pérdida de peso y obtener un mejor perfil lipídico. Se redujeron las unidades de insulina. Podría concluirse que paciente logró desarrollar un patrón Nutricional- Metabólico eficaz y satisfactorio.

CONCLUSIONES:

- Las implicaciones en la práctica clínica, son la importancia de una intervención educativa adaptada a las características del paciente, para poder seleccionar de acuerdo con sus necesidades, capacidades y limitaciones, las intervenciones más apropiadas encaminadas a lograr un adecuado control metabólico que será vital para prevenir y controlar complicaciones de la diabetes mellitus y lograr una mayor calidad de vida, así como la satisfacción de los pacientes y profesionales. La alimentación es un componente fundamental en la prevención, el manejo, el autocuidado y el autocontrol de la DM.

Resumen: Mujer de 61 años con diabetes Mellitus tipo 2 de larga evolución, dislipemia y retinopatía diabética de fondo avanzado. Tras varios años de seguimiento en su hospital de referencia, es remitida a Atención Primaria. La paciente, aún teniendo los conocimientos necesarios para el manejo de su enfermedad y una buena disposición para el cumplimiento del tratamiento dietético, su déficit de visión le impedía lograr un manejo efectivo del régimen terapéutico.

En este trabajo se presenta un plan de cuidados para este caso, manejando las taxonomías NANDA, NOC, NIC

Palabras Clave: Diabetes Mellitus; Retinopatía diabética; Atención Primaria.

Introducción:

Se ha demostrado el beneficio del buen control glucémico tanto en la diabetes mellitus (DM) tipo 1 como en la DM tipo 2 (1,2), sobre todo en relación con las complicaciones microvasculares. El parámetro de control glucémico por excelencia es la hemoglobina glicosilada (HbA1c) ya que permite detectar pacientes de alto riesgo unido a la posibilidad de predecir la existencia de enfermedades cardiovasculares y mortalidad total.

Existe evidencia de que la educación terapéutica en diabetes se asocia con un mejor control metabólico, con disminución de peso(3), y de la hemoglobina glicosilada, con la mejora de la calidad de vida y la disminución de los costes. También disminuyen la frecuentación de los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios.

En el caso de la DM, el modelo de dieta por raciones se basa en el intercambio de alimentos según los hidratos de carbono (HC) que contengan ya que este es el principio inmediato que más directamente influye sobre la glucemia.

La unidad en que medimos la cantidad de HC de un alimento se denomina «ración». Es la cantidad de alimento (en peso comestible) que suministran 10 gramos de HC (4)

Observación clínica: Mujer de 61 años, diagnosticada de retinopatía diabética de fondo avanzado y dislipemia. Derivada a la consulta de Enfermería de Atención Primaria (AP).

Sigue dieta de 1800 calorías con tórpida adherencia por su déficit visual, no puede manejar adecuadamente las cantidades de carbohidratos (HC) indicadas en peso. Pactamos una dieta por raciones de 1500 calorías con vaso medidor.

Plan de cuidados enfermero: diagnósticos NANDA, NIC, NOC.

Se elaboró un plan de cuidados de enfermería mediante las taxonomías NANDA Internacional NOC(5) (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification)

00078-Manejo inefectivo del régimen terapéutico

NOC: 1601 Conducta de cumplimiento

NIC: 5606 Enseñanza: individual

00179- Riesgo de glucemia inestable.

NOC: 1820 Conocimiento: Control de diabetes

NIC: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

2130 Manejo de la hipoglucemia

Discusión:

Entre los resultados obtenidos, la paciente logró una mayor autonomía para elaborar comidas ajustándose a las cantidades necesarias de HC, así como un manejo satisfactorio del régimen terapéutico, repercutiendo en mayor espaciamiento de visitas a nuestra consulta y desarrollando un menor número de complicaciones, ya de por sí establecidas, que pudieran derivarse de un mal control metabólico.

Clínicamente, destacan la mejoría no solo en las cifras de hemoglobina glicosilada, sino también en las de tensión arterial, además de lograr pérdida de peso y obtener un mejor perfil lipídico. Se redujeron las unidades de insulina. Podría concluirse que paciente logró desarrollar un patrón Nutricional- Metabólico eficaz y satisfactorio.

Conclusiones:

Las implicaciones en la práctica clínica, son la importancia de una intervención educativa adaptada a las características del paciente, para poder seleccionar de acuerdo con sus necesidades, capacidades y limitaciones, las intervenciones más apropiadas encaminadas a lograr un adecuado control metabólico que será vital para prevenir y controlar complicaciones de la diabetes mellitus y lograr una mayor calidad de vida, así como la satisfacción de los pacientes y profesionales. La alimentación es un componente fundamental en la prevención, el manejo, el autocuidado y el autocontrol de la diabetes mellitus.

Bibliografía:

1. Bakris GL, Sarafidis PA, Weir MR, Dahlof B, Pitt B, Jamerson K, et al. Renal outcomes with different fixed-dose combination therapies in patients with hypertension at high risk for cardiovascular events (ACCOMPLISH): a prespecified secondary analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375:1173-81.
2. Whelton PK, Barzilay J, Cushman WC, Davis BR, Liawati E, Kostis JB, et al. Clinical outcomes in antihypertensive treatment of type 2 diabetes, impaired fasting glucose concentration, and normoglycemia: Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Arch Intern Med* 2005;165:1401-5.
3. Goday A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:657-70.
4. M. Jansà; N. Mundó; C. Rodríguez; M. Vidal. Educación dietética diabetológica. *Práctica Clínica y Arteriosclerosis*. Vol.10, núm. 4. 1998. Pag 190-201.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Capítulo CIX

Manejo del TCE grave

Autores:

Emilia Celaya Molina

Jezabel Gómez Del Pino

M^a Isabel Luna Pacheco

María Molero Bastante

Laura Suárez Bárcena González

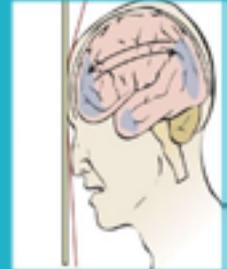
María De Gracia Teno Félix



MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO (TCE) GRAVE

INTRODUCCION

- El TCE es una lesión física provocada por un intercambio brusco de energía mecánica. Puede producir disminución o disfunción de la consciencia, conllevando una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo.
- Es la primera causa de muerte y discapacidad en la población < 45 años (sobre todo entre los 15 y 30 años).
- Un 75% de los pacientes con traumas múltiples presentan TCE de diversos grados.
- Entre un 30-50% de los pacientes con TCE fallecen en el lugar del accidente o en el ámbito pre-hospitalario.
- En España la incidencia es de 200 casos por 100.000 habitantes/año. Aproximadamente:
 - un 15% son graves (9% fallecen antes de llegar a hospital y un 6% durante la estancia hospitalaria)
 - un 15% moderados
 - un 70% leves



OBJETIVO

El TCE es un grave problema para la salud pública por su alta frecuencia y consecuencias. Afecta a nivel físico, emocional y socioeconómico. Por ello, nuestro objetivo es conocer las causas y consecuencias, así como su manejo intrahospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de los resultados más relevantes obtenidos de una búsqueda bibliográfica en la WEB utilizando como términos: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SESCAM - TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO - TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO PROTOCOLO

RESULTADOS

CAUSAS

- Accidentes: tráfico (75%), laborales, domésticos
- Caidas (20%)
- Lesiones deportivas (5%)
- Accidentes laborales
- Agresiones
- Atropellos

MEDIDAS FARMACOLOGICAS Y NO FARMACOLOGICAS

- Analgésia y sedación:**
 - Midazolam: 0,10-0,25 mgr/kg/hora
 - Cloruro mórfico: Infusión 1-10 mg/h (bolos 2-5mg)
 - Fentanilo: 1-4mcg/kg/hora (bolos 50-150mcg)
 - si paciente insuficientemente sedado con la pauta anterior y tiene HTIC: propofol al 2% <4mg/kg/hora.
 - contraindicada la ketamina
- Hipertensión**
 - Labetalol: 10 mg en bolo (Si más de tres bolos, perfusión de 500mg en 500cc) a 60-300 ml/hora
 - Urapidilo: cuando estén contraindicados los betabloqueantes. 25 mg en bolo (si más de tres bolos perfusión de 100 mg en 100cc a 10-30ml/hora)
 - evitar vasodilatadores porque aumentan la PIC
- Hipotensión:**
 - Noradrenalina (no aconsejado la adrenalina o la dopamina porque eleva el consumo metabólico de O₂ en el cerebro)
- Sueroterapia**
 - Cristaloides isoosmolares: SF, RINGER
 - Coloides: VOLUVEN Y GELAFUNDINA
 - Suero glucosado ante hipoglucemias:
 - hay que buscar la normovolemia y normonatremia (135-145 meq/l), tolerable hipernatremias hasta 155 meq/l
- Profilaxis antimicrobiana:** Indicado para prevenir en los primeros 7 días:
 - fenitoina 10-15 mg/kg en 1 hora seguido de 4-6 mg/kg/día repartidos en tres dosis
- HTIC**
 - Manitol 20% 0,25-1gr/kg en bolo o Suero salino hipertónico
 - Barbitúricos: tiopental el más efectivo
 - Otros:
 - Clexane
 - Ranitidina 50 mg c/8 horas



COMPLICACIONES PRIMARIAS

- Hipotensión Hipoxemia Hipercapnia, Acidosis metabólica,
- Hipohipertermia, Hipohiperglucemia,
- Vasoespasmo, Disección carotídea,
- Lesión medular, Disfunción multiorgánica Hipoxia cerebral Convulsiones, Hipertensión intracraneal, Hematoma subdural, Hemorragia cerebral, Edema cerebral, Isquemia cerebral

- Sepsis, Amnesias, Baja capacidad de concentración, mareo, cefalea y fatiga, Visión doble, Ataxia y disartria, Depresión y ansiedad, Labilidad emocional, Agresividad e impulsividad Alteración sexual, Hemicorreo y dolor neuropático, Disfagia, Ataxia, Parkinson, Alzheimer, Encefalopatía crónica, Parálisis, Coma

COMPLICACIONES SECUNDARIAS

- Posición 30°, cuello posición neutral
- Evitar hipoxia PO₂ >60mmHg o Sat O₂ 95-99%
- Procurar normocapnia EtCO₂ 35-45mmHg
- TAM > 90 mmHg
- Glucemia: < 200mg/dl ideal: 125-145
- Eutermia o hipotermia terapéutica
- Euvolemia

SIN HERNIACION CEREBRAL:

- IOT con sedación, relajación y analgesia
- Ventilación mecánica: FIO₂ mínima para SatO₂ a 98%
- SNG u orogástrico (si fractura craneo)
- sonda vesical

CON HERNIACION CERVICAL

- Hiperventilación intensa: PCO₂ 25-20 mmHg
- hipotermia moderada
- craneotomía descompresiva



CONCLUSIONES

El TCE es una patología aguda con gran repercusión a nivel personal y socioeconómico, por lo que las enfermeras debemos conocer sus causas, complicaciones y manejo con el objetivo de prevenir posibles complicaciones y mejorar el estado y evolución del paciente, siendo de vital importancia una actuación adecuada conociendo las recomendaciones existentes.

BIBLIOGRAFIA

- Comité Clínico Asistencial de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del Servicio de Salud de Castilla - La Mancha. Guía Asistencial. Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias [Internet]. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM, editor. 2014 [citado 3 de octubre de 2015]
- Normas de vigilancia domiciliaria en un Traumatismo Craneo-encefálico (TCE) [Internet]. Fistera; 2010 [citado 3 de octubre de 2010].
- Berbero Calderón ME, Alvernia Silva JE, Burgos R, Bustamante Zuleta E, Armando Mejía J, Osorio Fonseca E. Protocolo para el diagnóstico y el tratamiento del trauma craneoencefálico en urgencias [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; [citado 3 de octubre de 2015].
- Traumatismo cerebral y de cabeza [Internet]. Medline Plus; 2015 [citado 3 de octubre de 2015].
- Traumatismo Craneoencefálico - Causas y Tratamiento [Internet]. Hospitales Nisa, Servicio de NeuroRehabilitación; 2014 [citado 3 de octubre de 2015].
- Traumatismo Craneoencefálico [Internet]. Discapnet; [citado 3 de octubre de 2015].
- Hospital Universitario Virgen del Rocío, Cols. Manual de Urgencias [Internet]. 2009 [citado 10 de octubre de 2015]

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN – 19 Y 20 DE NOVIEMBRE 2015- CIUDAD REAL

Resumen: El traumatismo craneoencefálico es una lesión física provocada por un intercambio brusco de energía mecánica que puede producir disminución o disfunción de la consciencia, produciendo alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo, siendo un grave problema para la salud pública por su alta frecuencia y consecuencias.

En función de la afectación y características del traumatismo, el paciente tendrá una serie de complicaciones que clasificaremos en primarias o secundarias y, a partir de las cuales, enfermería junto con resto de equipo sanitario deben actuar con medidas farmacológicas y no farmacológicas para su mejoría.

Palabras Clave: traumatismos craneocerebrales; atención de enfermería; unidad de cuidados intensivos.

Introducción:

El traumatismo craneoencefálico es una lesión física provocada por un intercambio brusco de energía mecánica. Puede producir disminución o disfunción de la consciencia, conllevando una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo.

En la actualidad es la primera causa de muerte y discapacidad en la población mayores de 45 años (sobre todo entre los 15 y 30 años). De los cuales un 75% de los pacientes con traumas múltiples presentan TCE de diversos grados. Entre un 30-50% de los pacientes con TCE fallecen en el lugar del accidente o en el ámbito pre-hospitalario. En España la incidencia es de 200 casos por 100.000 habitantes/año. Aproximadamente: 15% son graves (9% fallecen antes de llegar a hospital y un 6% durante la estancia hospitalaria), 15% moderados y 70% leves.

Objetivos:

Es un grave problema para la salud pública por su alta frecuencia y consecuencias. Afecta a nivel físico, emocional y socioeconómico. Por ello, nuestro objetivo es conocer las causas y consecuencias, así como su manejo intrahospitalario.

Material y método:

Revisión bibliográfica de los resultados más relevantes obtenidos de una búsqueda bibliográfica en la WEB utilizando como términos : Traumatismo craneoencefalico sescam - traumatismo craneoencefalico - traumatismo craneoencefalico protocolo.

Causas: Accidentes: tráfico (75%), laborales, domésticos; Caídas (20%); Lesiones deportivas (5%); Accidentes laborales; Agresiones y Atropellos.

En función de la zona cerebral afectada, gravedad de la lesión, edad y salud previa le seguirán una serie de complicaciones:

- Primarias: Hipotensión, hipoxemia, hipercapnia, acidosis metabólica, hipo/hipertermia, hipo/hiperglucemia, vasoespasmo, disección carótida, lesión medular, disfunción multiorgánica, hipoxia cerebral, convulsiones, hipertensión intracraneal, hematoma subdural, hemorragia cerebral, edema cerebral, isquemia cerebral.

- Secundarias: Sepsis, amnesias, baja capacidad de concentración, mareo, cefalea y fatiga. Visión doble, afasia, disartria, depresión y ansiedad, labilidad emocional, agresividad e impulsividad, alteración sexual, hormigueo y dolor neuropático, disfagia, ataxia, parkison, alzheimer, encefalopatía crónica, parálisis incluso coma.

Medidas farmacológicas y no farmacológicas:

Analgesia y sedación: Midazolam: 0,10-0,25 mgr/kg/hora; Cloruro mórfico: Infusión 1-10 mg/h (bolos 2-5mg); Fentanilo: 1-4mcg/kg/hora (bolos 50-150mcg).

Si paciente insuficientemente sedado con la pauta anterior y tiene HTIC: propofol al 2% 60mmHg o Sat O₂ 95-99%.

Procurar normocapnia EtCO₂ 35-45mmHg (evitar hiperventilación producida por ansiedad); TAM > 90 mmHg; Glucemia: < 200mg/dl (ideal: 125-145); Eutermia o hipotermia terapéutica y euvolemia.

- TCE leve (GCS: 15-14) Si exploración neurológica normal: valoración cada 2 horas: si esta orientado, mueve 4 extremidades y habla.
- TCE moderado (GCS: 13- 9).
- TCE grave (GCS: < 8).

Sin herniación cerebral: IOT con sedación, relajación y analgesia; Ventilación mecánica: FiO₂ mínima para SatO₂ a 98%; SNG u orogastrica (si fractura craneo); sonda vesical.

Con herniación cervical: Hiperventilación intensa: PCO₂ 25-20 mmHg; hipotermia moderada-craneotomía descompresiva.

Conclusiones :

Es una patología aguda con gran repercusión a nivel personal y socioeconómico, por lo que las enfermeras debemos conocer sus causas, complicaciones y manejo con el objetivo de prevenir posibles complicaciones y mejorar el estado y evolución del paciente, siendo de vital importancia una actuación adecuada conociendo las recomendaciones existentes.

Bibliografía:

1. Comité Clínico Asistencial de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del Servicio de Salud de Castilla - La Mancha. Guía Asistencial. Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias [Internet]. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM, editor. 2014.
2. Normas de vigilancia domiciliaria en un Traumatismo Craneo-encefálico (TCE) [Internet]. Fisterra; 2010.
3. Berbeo Calderón ME, Alvernia Silva JE, Burgos R, Bustamante Zuleta E, Armando Mejía J, Osorio Fonseca E. Protocolo para el diagnóstico y el tratamiento del trauma craneoencefálico en urgencias [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana.
4. Traumatismo cerebral y de cabeza [Internet]. Medline Plus; 2015.
5. Traumatismo Craneoencefálico –Causas y Tratamiento [Internet]. Hospitales Nisa, Servicio de NeuroRehabilitación; 2014.

Capítulo CX

Manejo enfermero del aspirador quirúrgico múltiple

Autores:

Francisca María Gómez Fernández

María Del Pilar López Gil

MANEJO ENFERMERO DEL ASPIRADOR QUIRÚRGICO MÚLTIPLE

AUTORES:

Introducción

El conocimiento es un baluarte que afianza el perfeccionamiento en la práctica diaria y optimiza los cuidados brindados por el personal de enfermería con resultados satisfactorios por lo que debe mantenerse al día.

El cambio en la práctica asistencial debido a la aparición de nuevas tecnologías provoca cambios en los procedimientos habituales. Esto hace necesario realizar cambios organizativos referentes a la determinación de competencias profesionales y puesta al día de los conocimientos.

Objetivo

Evaluar el conocimiento del equipo de enfermería sobre el manejo y manipulación del aspirador quirúrgico múltiple.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el servicio de quirófano de un hospital de segundo nivel. La población de estudio fueron los enfermeros y auxiliares de enfermería del servicio.

Se elaboró un cuestionario con preguntas relacionadas con el conocimiento y manejo del aspirador quirúrgico múltiple con respuestas dicotómicas (si/no). Además se recogieron variables sociodemográficas (Sexo, edad y tiempo de experiencia profesional).

Se realizó análisis descriptivo de las variables estudiadas, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las variables cuantitativas. Se utilizó también estadística inferencial Test Chi² para variables cualitativas y T de Student para variables cuantitativas. Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% (p>0,05).

Resultados

Se obtuvo una tasa de respuesta del 65% 50 profesionales de un total de 77, donde el 32% (16) eran auxiliares de enfermería y el 68% (34) fueron enfermeras. (Figura 1)

El 90% (45) fueron mujeres frente a un 10% (5) que fueron hombres. (Figura 2)

La edad media de los auxiliares de enfermería fue de 43,9±12 años y la de los enfermeros de 41,5±10 años, p=0,5. En cuanto a la media de tiempo trabajado la de los enfermeros fue de 18±9,7 y la de los auxiliares de enfermería de 17,2±11,3 años, p=0,8.

El 94% (47) de la muestra conoce el sistema de aspiración múltiple. En la figura 3 se pueden ver los datos respecto a la formación reglada recibida. Los auxiliares de enfermería recibieron más formación que los enfermeros p= 0,02.

Un 68% (34) de la muestra utiliza habitualmente el sistema frente a un 32% (16) que no lo hace, a pesar de que el 84% (42) le parece que este sistema de aspiración tiene ventajas respecto al sistema de aspiración sencillo.

Los datos relacionados con el montaje pueden verse en la figura 4. Las respuestas a la encuesta diferenciadas por categorías pueden verse en la tabla 1. Destacar que del 32% (16) de los profesionales que no utilizan el sistema un 26% (13) no ha recibido formación reglada durante el último año.

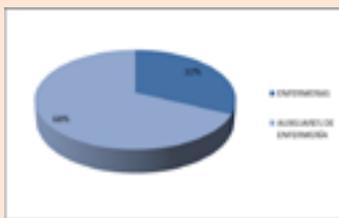


Figura 1

Conclusión

Aunque la mayoría de los profesionales conoce el sistema múltiple de aspiración y les parece que tiene ventajas respecto a otros dispositivos, un 32% no lo utiliza. Sería necesario ampliar la información de los motivos de la no utilización, aunque hay que destacar que un 26% refiere no haber recibido formación reglada durante el último año.

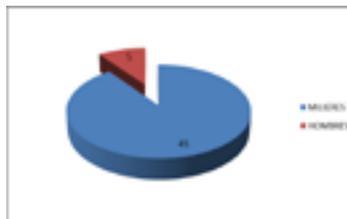


Figura 2

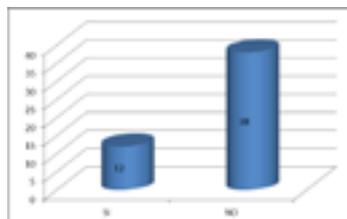


Figura 3

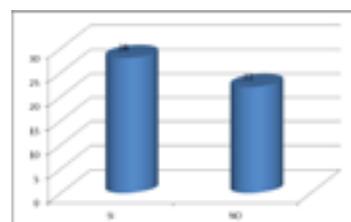


Figura 4

CUESTIONARIO	ENFERMERA		AUXILIAR DE ENFERMERIA		VALOR P
	SI	NO	SI	NO	
Conoce el sistema de aspiración	32	2	15	1	0,9
Has recibido formación reglada	5	29	7	9	0,02
Utilizas el sistema	23	11	11	5	0,9
Tiene ventajas sobre el sistema de aspiración sencillo	30	4	12	4	0,2
Calificaría el aspirador como de fácil montaje	18	16	10	6	0,5

Tabla 1



Resumen: Los aspiradores quirúrgicos múltiples son utilizados para retirar los fluidos y secreciones del campo quirúrgico. Éstos se integran de sistemas de aspiración con reguladores de presión, varios frascos recolectores con un soporte, bolsas desechables, tubuladuras y cánulas de aspiración.

El aspirador múltiple se emplea en intervenciones quirúrgicas con gran volumen de líquidos como la artroscópica de rodilla y de hombro, entre otras. El personal de enfermería y los auxiliares de enfermería deben conocer su manejo para garantizar un buen funcionamiento del quirófano utilizándolo siempre que sea preciso, teniendo en cuenta las ventajas que presenta frente al sistema de aspiración convencional

Palabras Clave: enfermería; aspiración mecánica; succión.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el servicio de quirófano de un hospital de segundo nivel con el objetivo de evaluar el conocimiento del equipo de enfermería sobre el manejo y manipulación del aspirador quirúrgico múltiple.

La población de estudio fueron los enfermeros y auxiliares de enfermería del servicio. Se elaboró un cuestionario con preguntas relacionadas con el conocimiento y manejo de dicho aspirador. Se empleó análisis descriptivo utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y, media y desviación típica para las variables cuantitativas.

Se utilizó también estadística inferencial Test Chi² para variables cualitativas y T de Student para variables cuantitativas. Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0.

Como resultados se obtuvo una tasa de respuesta del 65% , donde el 32% eran auxiliares de enfermería y el 68% enfermeras. Respecto al sexo, un 90% fueron mujeres frente a un 10% de hombres.

La edad media de los auxiliares de enfermería fue de 43,9+12 años y la de los enfermeros de 41,5+10 años. En cuanto a la media de tiempo trabajado la de enfermería fue de 18+9,7 y la de auxiliares de enfermería 17,2+11,3 años.

El 94% de la muestra conoce el sistema de aspiración múltiple. Un 68% de la muestra lo utiliza habitualmente frente a un 32% que no lo hace, a pesar de que el 84% le parece que este sistema tiene ventajas respecto al sistema de aspiración sencillo.

Concluir que aunque la mayoría de los profesionales conoce el sistema múltiple de aspiración y les parece que presenta ventajas respecto a otros dispositivos, un 32% no lo utiliza.

Sería necesario ampliar la información de los motivos de la no utilización, e impartir formación reglada puesto que un 26% refiere no haber recibido formación al respecto durante el último año.

Bibliografía:

1. Smeltzer Suzanne C, Bare Brenda G, Hinkle Janice L, Cheever Kerry H. Enfermería médico quirúrgica. Brunner y Suddarth Vol I. 12ª ed. Madrid: Lippincott Williams&Wilkins-Wolters Kluwer; 2013
2. González Gómez IC, Herrero Alarcón A. Técnicas y procedimientos de enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
3. Serra Guillén I, Moreno Oliveras L. Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.

Capítulo CXI

Maniobras de Epley

Autores:

Antonio Diego Carrillo Mondéjar

Patricia García Pozo

Francisco Javier Navas López

Vicente Núñez Bravo

Margarita Ruiz Sánchez

Lidia Valero Hernández

MANIOBRAS DE EPLEY

INTRODUCCIÓN: El VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO (VPPB) es un síndrome que se caracteriza por episodios cortos de VÉRTIGO que se asocian con los cambios rápidos de la posición de la cabeza. Constituye la causa más frecuente de VÉRTIGO QUE SE PRESENTA en las consultas de atención primaria y en las consultas de otorrinolaringología.

Es causado por partículas que se encuentran en los CANALES SEMICIRCULARES del oído interno que siguen moviéndose cuando la cabeza ha dejado de moverse. Esto causa una sensación de marcha o movimiento que entra en conflicto con otra información sensorial.

OBJETIVO La maniobra de Epley es una técnica que se usa para tratar dicha patología. Se realizan con la ayuda de un médico o un fisioterapeuta. Una sola sesión de 10 a 15 minutos suele ser todo lo necesario para paliarlo.

METODOLOGIA Cuando se le practican movimientos de la cabeza firmemente en diferentes posiciones, los RESIDUOS CANALÍTICOS DE CRISTAL DE CALCIO que causan el vértigo se salen del conducto semicircular y pasan a una zona del oído interno donde ya no producen los síntomas. Se han usado con éxito dos maniobras: la maniobra de Epley y la maniobra de Semont.

INTERVENCIONES La MANIEOBRA DE EPLEY se realiza del siguiente modo:

A.-El paciente se encuentra sentado, y el médico/fisioterapeuta

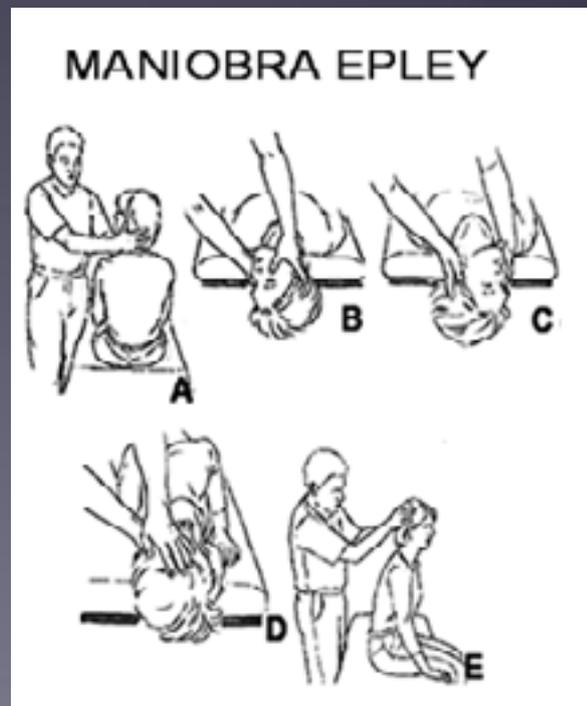
gira la cabeza en forma horizontal 45 grados hacia el oído que se encuentra afectado. El paciente deberá agarrarse de los brazos del profesional para sostenerse.

B.-El médico inclinará al paciente hacia atrás a una posición horizontal con la cabeza colgando y mantenida en su lugar a un giro de 45 grados. Un ataque de vértigo es probable que ocurra mientras los residuos se están desplazando hacia el vértice del conducto. Habrá que mantener en esta posición hasta que se detiene el vértigo, generalmente dentro de un minuto.

C.-El médico girará la cabeza 90 grados hacia el oído que no está afectado.

D.- Posteriormente lo volverá a hacer girar hacia el lado del oído que no está afectado otros 60 grados, de modo que ahora esté mirando hacia el suelo. Los residuos deberían volver al conducto, posiblemente Causando otro ataque de vértigo. Se deberá permanecer en esta posición hasta que se detenga El vértigo, aproximadamente otro minuto.

E.-El médico ayudará al paciente a regresar a la posición de sedestación.



CONCLUSIÓN: Las maniobras de Epley y de Semont pueden mejorar o curar el vértigo posicional paroxístico benigno con un solo tratamiento, aunque hay algunas personas que pueden necesitar tratamientos múltiples.

Las maniobras de Epley son procedimientos seguros y funciona n bien para tratar el vértigo posicional paroxístico benigno.

Riesgos:

Estas maniobras no deberían realizarse en personas con problemas o lesiones de espalda o de columna.

A veces, la maniobra puede desplazar los residuos de un conducto auditivo interno a otro, lo que puede causar una clase distinta de vértigo.

Resumen: El vértigo posicional paroxístico benigno es un síndrome caracterizado por episodios cortos de vértigo que se asocian con los cambios rápidos de la posición de la cabeza. Es causado por partículas encontradas en los canales semicirculares del oído interno que siguen moviéndose cuando la cabeza ha dejado de moverse, provocando una sensación de movimiento que entra en conflicto con otra información sensorial.

La maniobra de Epley es una técnica que se usa para tratar dicha patología. Se realizan con ayuda de un médico o fisioterapeuta. Una sola sesión de 10 a 15 minutos puede ser lo necesario para paliarlo.

Palabras Clave: Vértigo posicional paroxístico benigno; canales semicirculares; Otorrinolaringología.

El Vértigo Periférico Paroxístico Benigno constituye la causa más frecuente de vértigo que se presenta en las consultas de atención primaria y en las consultas de otorrinolaringología.

Cuando se le practican movimientos de la cabeza firmemente en diferentes posiciones, los residuos (catalíticos) de cristal de calcio que causan el vértigo se salen del conducto semicircular y pasan a una zona del oído interno donde ya no producen los síntomas.

Se han practicado con éxito dos tipos de maniobras: la maniobra de Epley y la maniobra de Semont.

Nos centraremos en la maniobra de Epley, que se realiza del siguiente modo:

- a) El paciente se encuentra sentado, y el médico o fisioterapeuta gira la cabeza en forma horizontal 45 grados hacia el oído que se encuentra afectado. El paciente deberá agarrarse de los brazos del profesional para sostenerse.
- b) El médico inclinará al paciente hacia atrás, hacia una posición horizontal con la cabeza colgando y mantenida en su lugar a un giro de 45 grados. Un ataque de vértigo es probable que ocurra mientras los residuos se están desplazando hacia el vértice del conducto. Habrá que mantener en esta posición hasta que se detiene el vértigo, generalmente con una duración de un minuto.
- c) El médico girará la cabeza 90 grados hacia el oído que no está afectado.
- d) Posteriormente lo volverá a hacer girar hacia el lado del oído que no está afectado otros 60 grados, de modo que ahora esté mirando hacia el suelo. Los residuos deberían volver de nuevo al conducto, posiblemente causando otro ataque de vértigo. Se deberá permanecer en esta posición hasta que se detenga el vértigo, aproximadamente durante otro minuto.
- e) El médico ayudará al paciente a regresar a la posición de sedestación.

Las maniobras de Epley son procedimientos seguros y funcionan bien para tratar el vértigo posicional paroxístico benigno.

Los riesgos que pueden presentar son los siguientes:

- Estas maniobras no deberían realizarse en personas que presentan problemas o lesiones de espalda o de columna.
- A veces, al realizar esta maniobra puede desplazar los residuos de un conducto auditivo interno a otro, lo que puede causar una clase distinta de vértigo.

Bibliografía:

1. <https://rafabravo.wordpress.com/2012/05/06/las-modificaciones-de-la-maniobra-de-epley-para-el-vertigo-posicional-paroxistico-benigno/>
2. <http://tasc.net.au/epley-maneuver/>
3. <http://es.wikihow.com/hacer-la-maniobra-de-Epley>
4. <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/bppv/bppv-spanish2.htm>

Capítulo CXII

Medición índice tobillo–brazo en un paciente con factores de riesgo cardiovasculares

Autores:

Miriam Barranquero Saavedra

María José Cuadros Torres

María De Gracia Gijón Ruiz

María Del Pilar Núñez Jiménez

José Enrique Solís Montes

Paloma Solís Montes

MEDICIÓN ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN UN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

GLIÓN RUIZ, M^º DE GRACIA; NÚÑEZ JIMÉNEZ, M^º PILAR; SOLÍS MONTES, PALOMA; SOLÍS MONTES, J. ENRIQUE; CUADROS TORRES, M^º JOSÉ; BARRANQUERO SAAVEDRA, MIRIAM

INTRODUCCION

El Índice tobillo/brazo, es una prueba diagnostica complementaria, que junto con una anamnesis y exploración adecuadas, nos va a permitir evaluar el aporte arterial hacia MMII y valorar la existencia de Enfermedad Arterial Obstructiva Periférica (EAOP) en MMII, sobre todo en pacientes diabéticos. Es un método económico ,indoloro, no invasivo, fiable (sensibilidad 95%, especificidad 99%) y fácil de realizar con el debido adiestramiento.

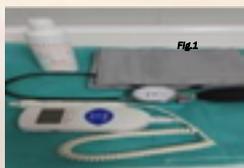
Nuestro caso: A.G.G., varón de 70 años de edad, asintomático, con HTA ,DM II (8 años evolución ambas) y Dislipemia (6 años evolución).

OBJETIVO

Detectar de forma precoz la existencia de EAOP en su fase asintomática y con ello, establecer las medidas preventivas adecuadas antes de que el daño vascular existente se haga sintomático.

MATERIAL

- Camilla de exploración.
- Manguito de presión para toma de TA.
- Doppler con sonda entre 4-8 MHz.
- Gel conductor de ultrasonidos (Fig.1)



METODOLOGÍA

PREPARACION

❖ Se recomienda la palpación previa para localizar las arterias. Miembro superior: arteria humeral (A) o radial (B), (fig.2). Miembro inferior: arteria tibial anterior (entre ambos maléolos) , tibial posterior (zona retromaleolar), peronea (maléolo externo) ó pedia (dorso del pie) (fig.3 a,b,c).El paciente debe de estar en reposo al menos 15 min. (preferiblemente decúbito supino).El gel conductor debe aplicarse entre la piel y la sonda (45º aprox).



INTERVENCIONES

Toma presión sistólica en MMSS

- ❖ Insuflar el manguito 20 mmHg por encima del valor de presión en la que se captó el último ruido arterial.
- ❖ Desinflar lentamente (2mmHg/seg) hasta escuchar el primer sonido arterial sostenido. Registrar el valor.
- ❖ Repetir lo mismo en el otro brazo y utilizar el mayor valor para el ITB.

Toma presión sistólica en MMII

- ❖ Colocar el manguito por encima del tobillo.
- ❖ La técnica es igual que en miembro superior, teniendo en cuenta la localización arterial y que cada extremidad inferior será evaluada independientemente.
- ❖ Registrar valores obtenidos

CÁLCULO E INTERPRETACION DE RESULTADOS

$$ITB = \frac{TA \text{ sistólica miembro inferior}}{TA \text{ sistólica mayor de ambos MMSS}}$$

$$\left. \begin{array}{l} TA \text{ (MSD)} = 150 \text{ mmHg} \\ TA \text{ (MSI)} = 140 \text{ mmHg} \end{array} \right\} TAS_{\text{mayor}} = 150 \text{ mmHg}$$

$$TA \text{ (MID)} = 120 \text{ mmHg}$$

$$TA \text{ (MII)} = 140 \text{ mmHg}$$

$$ITB_{\text{MID}} = \frac{120}{150} = 0.8 \quad ITB_{\text{MII}} = \frac{140}{150} = 0.93$$

Según los Estadios Clínicos de Fontaine (tabla1), nuestro paciente presenta un MII normal, mientras que el MID se sitúa en Grado I, en el cual el paciente está sin clínica o tiene síntomas inespecíficos.



RECOMENDACIONES DE LA GUÍA TASC II para la determinación de ITB

- ❖ Todos los pacientes con síntomas en las piernas con en ejercicio
- ❖ Todos los pacientes de entre 50 y 69 años que presenten FRCV (especialmente DM o tabaquismo)
- ❖ Todos los pacientes ≥ 70 años, con independencia del estado de los FR.
- ❖ 4. Todos los pacientes con una puntuación de riesgo Framingham de 10-20%

Tabla 1. Estadios Clínicos de la Fontaine

GRADOS	INDICE T/B	CLINICA
NORMAL	0.9-1.3	Normal
GRADO I	0.75-0.9	Sin clínica o síntomas inespecíficos
GRADO IIa	0.6-0.75	Claudicación no incapacitante > 200 metros
GRADO IIb	0.4-0.6	Claudicación incapacitante < 200 metros
GRADO III	0.25-0.4	Dolor en reposo
GRADO IV	<0.25	Isquemia grave, lesiones tróficas(ulceración y gangrena)

CONTRAINDICACIONES

- ❖ Flebitis
- ❖ Linfangitis
- ❖ Sospecha de trombosis venosa profunda o superficial
- ❖ Heridas abiertas localizadas en la zona de colocación del transductor
- ❖ Inmovilizaciones rígidas de las extremidades: yesos, férulas, etc

CONCLUSIONES

El ITB es una herramienta utilizada para evaluar el aporte arterial hacia MMII. Un resultado ITB menor de 0,9 es diagnóstico de EAOP, incluso teniendo en cuenta que más del 80% de los sujetos no presentan sintomatología. Además, un ITB disminuido, está asociado a una mayor incidencia de complicaciones coronarias y cerebrovasculares y un mayor riesgo de mortalidad (cardiovascular). Por lo tanto, nuestro paciente presenta un ITB_{MID} < 0,9 que, además de diagnóstico de EAOP, es sinónimo de alto riesgo cardiovascular, por lo que requerirá tratar intensivamente los factores de riesgo que posee nuestro paciente.

VIII CONGRESO INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
CIUDAD REAL, 19 Y 20 DE NOVIEMBRE DE 2015

Resumen: El Índice Tobillo-Brazo (ITB) es una prueba diagnóstica complementaria útil para valorar la presencia y severidad de Enfermedad Arterial Obstructiva Periférica (EAOP), que puede dar lugar a la aparición de úlceras crónicas, claudicación intermitente, isquemia y amputación de miembros.

En nuestro estudio, tenemos un varón de 70 años asintomático con hipertensión, diabetes mellitus II y dislipemia, obteniendo como resultado la afectación con Grado I de uno de sus miembros. De ahí, la importancia de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para detectarla en su fase asintomática y poder establecer medidas preventivas contundentes antes de que el daño vascular sea sintomático.

Palabras Clave: efecto doppler; factores de riesgo; isquemia.

Introducción:

La enfermedad arterial obstructiva periférica (EAOP) es una patología bastante frecuente en personas de edad avanzada, que puede dar lugar a la aparición de úlceras crónicas y Claudicación Intermitente (CI). Además, está relacionada con patologías frecuentes como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes y/o Dislipemias. Cursa en su inicio con una fase asintomática (silente) de larga duración, seguida de una fase sintomática clínica (normalmente súbita), afectando principalmente a hombres. La ausencia/disminución de pulsos periféricos o CI, son indicativos de EAOP.

Su diagnóstico precoz es muy importante para llevar a cabo un tratamiento preventivo y reducir la elevada morbilidad que esta enfermedad puede llegar a producir, llegando incluso a la amputación de Miembros Inferiores (MMII) y aumentando la posibilidad de que el paciente presente un evento coronario o cerebrovascular. La presencia de EAOP es un buen predictor de riesgo cardiovascular.

El diagnóstico de EAOP es principalmente clínico, mediante anamnesis y exploración física, pero se confirma con una prueba complementaria entre la que destaca el Índice de YAO o Índice Tobillo –Brazo. Con el paciente en estudio, A.G.G., varón de 70 años de edad, asintomático, que presenta factores de riesgo de HTA (15 años de evolución), Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales (15 años evolución y mal controlada) y Dislipemia (15 años evolución), utilizamos esta herramienta para evaluar el aporte arterial hacia MMII.

Es una prueba que presenta un buen rendimiento por ser sencilla e indolora, económica, no invasiva, gran especificidad (99%) y gran sensibilidad (95%).

Objetivo:

Se pretende realizar un diagnóstico precoz de EAOP en el sujeto a estudio en su fase asintomática y establecer medidas preventivas para potenciar al máximo sus cuidados y evitar la aparición de graves complicaciones cardiovasculares, utilizando para ello el ITB.

Material:

Camilla de exploración.

Manguito de presión para toma de TA.

Doppler con sonda de 8 MHz.

Gel conductor de ultrasonidos.

Metodología:

Preparación: Es recomendable iniciar la exploración mediante una palpación previa para localizar las arterias de las extremidades donde se van a tomar las presiones. Extremidad superior: arteria radial, cubital o humeral; Extremidades inferiores: arteria tibial anterior (entre ambos maléolos), tibial posterior (zona retromaleolar), peronea (maléolo externo) ó pedia (dorso del pie, ausente en el 10% de la población por la existencia del síndrome de Allan).

El paciente debe de estar en reposo (preferiblemente decúbito supino) al menos 15 minutos antes de la prueba.

El gel conductor debe aplicarse entre la piel y la sonda con suavidad y con un grado de inclinación aproximado de 45°.

Intervenciones:

Tomar la presión sistólica en ambas arterias humerales. Insuflaremos el manguito hasta 20 mmHg por encima del valor de presión en la que se captó el último ruido arterial audible.

Después desinflaremos lentamente (2 mmHg/segundo) hasta escuchar el primer sonido arterial sostenido mediante el efecto doppler. Obtenemos así, el valor de presión sistólica.

Registramos el mayor valor de ambas mediciones, para posteriormente realizar el cálculo.

Tomar la presión sistólica en ambos MMII, colocando el manguito por encima del tobillo, podemos localizar cualquiera de las arterias anteriormente citadas, aunque se usan principalmente la arteria tibial anterior o la posterior.

La técnica es la misma que en el miembro superior, teniendo en cuenta que cada extremidad inferior será evaluada independientemente.

Cálculo e interpretación de resultados:

Una vez obtenidas las presiones, aplicaremos la fórmula del ITB para obtener el resultado. El numerador será la presión sistólica del miembro inferior y el denominador, la presión sistólica del miembro superior (teniendo en cuenta que hay que coger el valor de presión braquial más alta de ambas mediciones).

El resultado del ITB del Miembro Inferior Izquierdo (MII) es 0.93, y el resultado del ITB del

Miembro Inferior Derecho (MID) es 0.8. Para la interpretación de estos resultados, usaremos la tabla con los estadios de Fontaine, que tiene los siguientes valores:

Normal (ITB = 0.9 - 1.3) dará una clínica normal, Grado I (ITB= 0.75 - 0.9) no presentaría clínica o síntomas inespecíficos, Grado IIa (ITB=0.6 - 0.75) presentaría claudicación no incapacitante a 200-600 metros, Grado IIb (ITB = 0.4 - 0.6)presentaría claudicación incapacitante a 50-200 metros, Grado III (ITB = 0.25 - 0.4) presentaría dolor en reposo y el Grado IV (ITB <0.25) indicaría isquemia grave, lesiones tróficas (ulceración y gangrena).

Por tanto, el sujeto en estudio presenta un ITB en MII normal y un ITB en MID con Grado I.

Contraindicaciones:

Flebitis

Linfangitis

Sospecha de trombosis venosa profunda o superficial

Heridas abiertas localizadas en la zona de colocación del transductor

Inmovilizaciones rígidas de las extremidades: yesos, férulas, etc.

Recomendaciones de la guía TASC II para la determinación de ITB:

Todos los pacientes con síntomas en las extremidades inferiores durante el ejercicio.

Todos los pacientes de entre 50 y 69 años que presenten factores de riesgo cardiovasculares (especialmente DM o tabaquismo).

Todos los pacientes ≥ 70 años, con independencia del estado de los factores de riesgo.

Todos los pacientes con una puntuación de riesgo Framingham de 10-20%.

Conclusiones:

El índice de YAO o Índice tobillo-brazo se nos presenta como una prueba exploratoria, barata, no invasiva, fiable (sensibilidad 95%, especificidad 99%), fácil de realizar con el debido adiestramiento y muy práctica sobre todo en pacientes diabéticos.

Los valores obtenidos en nuestro paciente, nos muestra un ITB normal en MII, y un ITB disminuido en MID, lo que es diagnóstico de EAOP y está asociado a una mayor incidencia de complicaciones coronarias y cerebrovasculares, y un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular. Requiere, por tanto, un control exhaustivo para evitar su progresión, tomando una serie de medidas cautelares tales como reducir colesterol sanguíneo, disminuir los valores de TA y glucemias o una optimización del tratamiento antiagregante.

Además de unos cuidados de enfermería encaminados a optimizar la educación sanitaria y la adhesión por parte de nuestro paciente a las medidas farmacológicas, dietéticas y actividad física.

Bibliografía:

1. LAHOZ C, MOSTAZA JM. Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en la estratificación del riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59:647-9
2. MOSTAZA JM, VICENTE I, CAIROLS M, CASTILLO J, GONZALEZ-JUANATEY JR, POMAR JL, LAHOZ C. Índice tobillo –brazo y riesgo vascular. *Med Clin* 2003; 121 (2):68-73
3. GUINDO J, MARTÍNEZ-RUIZ MD, GUSI G, PUNTI J, BERMÚDEZ P, MARTÍNEZ-RUBIO A. Métodos diagnósticos de la enfermedad arterial periférica. Importancia del índice tobillo-brazo como técnica de criba”. *Rev Esp Cardiol* 2009; 09 (Supl.D): 11-17
4. ROLDÁN C, CAMPO C, SEGURA DE LA MORENA J, FERNÁNDEZ L, GUERRERO L, RUILOPE LM. Impacto del índice tobillo-brazo sobre la estratificación del riesgo cardiovascular de pacientes hipertensos. *Hipertensión* 2004; 21(2):66-70

Capítulo CXIII

Método Finger-Feeder

Autores:

María Herrera Del Campo

Ángela Monteagudo García

María Teresa Tapiador Aceñero



MÉTODO FINGER - FEEDER.

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN. CIUDAD REAL 19 Y 20 DE NOVIEMBRE DE 2015

INTRODUCCIÓN:

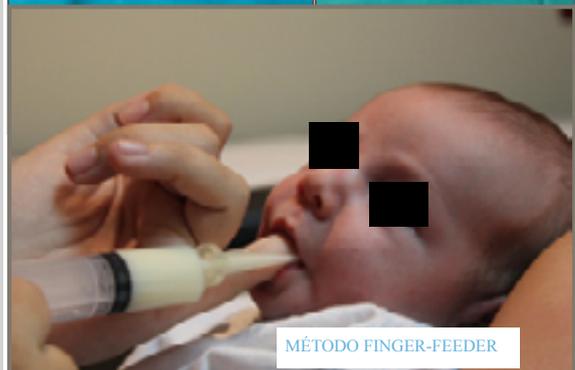
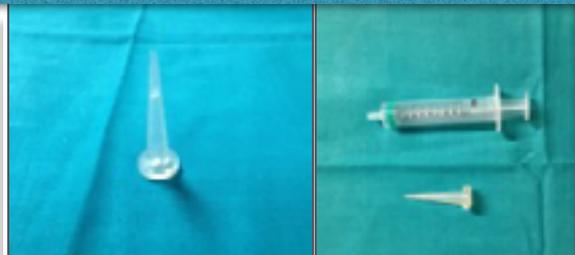
El sistema de alimentación dedo-jeringa o finger-feeder es un método de suplementación que permite alimentar a los recién nacidos (a término o prematuros) con dificultades para la lactancia, contribuye al desarrollo de la succión y no interfiere con la lactancia. También es útil para la administración de medicación.

OBJETIVO:

El objetivo principal es enseñar a los bebés sin reflejo de succión el comportamiento de succión correcto, cuando aparecen dificultades de lactancia materna. Ya que el uso del dedo sirve para realizar un ejercicio de fisioterapia de la succión, controlando la correcta posición de labios y lengua, manteniendo su boca abierta y enseñando al bebé la forma correcta de succionar.

MATERIAL Y METODOLOGIA:

1. Es muy importante lavarse convenientemente las manos y asegurarse de que las uñas estén cortas.
2. El bebé debe estar sentado en posición vertical o semivertical.
3. El Finger-Feeder es una boquilla flexible de silicona suave que se une a una jeringa para aumentar la longitud de esta y poder mantenerla en la boca del bebé sin hacerle daño, se coloca en una jeringa de 10 o 20 ml.
4. Introducir el dedo meñique o el dedo índice en la boca del bebé (para simular el pezón) de forma que la yema del dedo toque ligeramente el paladar duro superior de la boca del bebé. Deslizar después el dedo lentamente hacia el paladar blando. La uña deberá estar descansando sobre la lengua del bebé. Si el bebé no empieza a succionar con el estímulo del paladar, seguramente sí lo hará cuando empecemos a administrar leche lentamente por la comisura de su boca.
5. Introducir cuidadosamente la jeringa cargada con leche materna con el Finger-Feeder junto al dedo, en la comisura de la boca del bebé (no por el centro), hasta que llegue aproximadamente a la altura de la mitad de la primera falange (si el pequeño ha sellado y posicionado bien los labios, no debería quedar demasiado espacio alrededor del dedo).
6. Es importante que la jeringa se llene con una cantidad de leche superior a la que toma el lactante para evitar que éste pueda tragar aire si se vacía la jeringa.
7. Cuando el bebé comience a chupar notarás una sensación de succión en la uña del dedo y sentirás que éste es absorbido con fuerza hacia el interior de la boca del lactante. Sin embargo, esta presión se reducirá tan pronto como el bebé empiece a tragar. Los movimientos alternativos que realiza el bebé para succionar y tragar la leche se han de suceder de forma rítmica.
8. Al tiempo que el bebé succiona, el suplemento se introduce por la comisura de la boca del bebé, de tal modo que el pequeño controla la succión en todo momento y relaciona succión con alimentación.
9. El Finger-Feeder se debe limpiar y esterilizar antes de utilizarlo por primera vez y después de cada utilización. La esterilización se puede realizar hirviéndolo en agua durante 5 minutos o en un esterilizador con acción vapor.



MÉTODO FINGER-FEEDER

CONCLUSIONES:

- La extracción y suplementación frecuente con leche materna extraída durante los primeros días permite el estímulo suficiente de la mama y la alimentación del recién nacido en los casos en los que no mama con frecuencia y en los casos en los que el bebé no se engancha. Tras unos días de lactancia materna diferida, el bebé se vuelve más enérgico y continúa con la lactancia directa al pecho.
- La suplementación con dedo-jeringa representa una auténtica fisioterapia de la succión, ya que la lengua se mueve del mismo modo que durante la succión al pecho.
- Cuando aparecen dificultades de lactancia, técnicas como la suplementación dedo-jeringa permiten continuar con la misma mientras se superan las dificultades.

BIBLIOGRAFIA:

- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC; 2003
- Documento sobre lactancia materna a demanda. Comité de lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. 2013.

Resumen: El sistema de alimentación dedo-jeringa o finger-feeder es un método de suplementación que permite alimentar a los recién nacidos (a término o prematuros) con dificultades para la lactancia materna, contribuye al desarrollo de la succión y no interfiere con la lactancia. También es útil para la administración de medicación vía oral.

Palabras Clave: prematuro; lactancia; succión.

Objetivo:

El objetivo principal es enseñar a los bebés sin reflejo de succión el comportamiento de succión correcto, cuando aparecen dificultades de lactancia materna. Ya que el uso del dedo sirve para realizar un ejercicio de fisioterapia de la succión, controlando la correcta posición de labios y lengua, manteniendo su boca abierta y enseñando al bebé la forma correcta de succionar.

Material y metodología:

Es muy importante lavarse convenientemente las manos y asegurarse de que las uñas estén cortas.

El bebé debe estar sentado en posición vertical o semivertical.

El Finger-Feeder es una boquilla flexible de silicona suave que se une a una jeringa para aumentar la longitud de esta y poder mantenerla en la boca del bebé sin hacerle daño, se coloca en una jeringa de 10 o 20 ml, preferiblemente de 10ml.

Introducir el dedo meñique o el dedo índice en la boca del bebé (para simular el pezón) de forma que la yema del dedo toque ligeramente el paladar duro superior de la boca del bebé. Deslizar después el dedo lentamente hacia el paladar blando. La uña deberá estar descansando sobre la lengua del bebé. Si el bebé no empieza a succionar con el estímulo del paladar, seguramente sí lo hará cuando empecemos a administrar leche lentamente por la comisura de su boca.

Introducir cuidadosamente la jeringa cargada con leche materna con el Finger-Feeder junto al dedo, en la comisura de la boca del bebé (no por el centro), hasta que llegue aproximadamente a la altura de la mitad de la primera falange (si el pequeño ha sellado y posicionado bien los labios, no debería quedar demasiado espacio alrededor del dedo).

Es importante que la jeringa se llene con una cantidad de leche superior a la que toma el lactante para evitar que éste pueda tragar aire si se vacía la jeringa.

Cuando el bebé comience a chupar notarás una sensación de succión en la uña del dedo y sentirás que éste es absorbido con fuerza hacia el interior de la boca del lactante. Sin embargo, esta presión se reducirá tan pronto como el bebé empieza a tragar. Los movimientos alternativos que realiza el bebé para succionar y tragar la leche se han de suceder de forma rítmica.

Al tiempo que el bebé succiona, el suplemento se introduce por la comisura de la boca del bebé, de tal modo que el pequeño controla la succión en todo momento y relaciona succión con alimentación.

El Finger- Feeder se debe limpiar y esterilizar antes de utilizarlo por primera vez y después de cada utilización. La esterilización se puede realizar hirviéndolo en agua durante 5 minutos o en un esterilizador con acción vapor.

Conclusiones:

La extracción y suplementación frecuente con leche materna extraída durante los primeros días permite el estímulo suficiente de la mama y la alimentación del recién nacido en los casos en los que no mama con frecuencia y en los casos en los que el bebé no se engancha. Tras unos días de lactancia materna diferida, el bebé se vuelve más enérgico y continúa con la lactancia directa al pecho.

La suplementación con dedo-jeringa representa una auténtica fisioterapia de la succión, ya que la lengua se mueve del mismo modo que durante la succión al pecho.

Cuando aparecen dificultades de lactancia, técnicas como la suplementación dedo-jeringa permiten continuar con la misma mientras se superan las dificultades.

Bibliografía:

1. Rocio Martin-Gil Parra. El sistema dedo- jeringa. Lactísima. 26 mar. 2013. Disponible en : consultamedicadelactancia.blogspot.com
2. La farmacia del bebe. Medela Finger Feeder. Disponible en: www.lafarmaciadelbebe.eu.
3. Documento sobre lactancia materna a demanda. Comité de lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. 2013.
4. Daluson JA, et al. Cochrane Database Syst. Rev. 2012. Succión no nutritiva para la promoción de la estabilidad fisiológica y la nutrición en los niños prematuros.

Capítulo CXIV

Modelo de valoración de constantes en pacientes hospitalizados en el Reino Unido

Autores:

Inés Yolanda Castillo García

María José De La Blanca Baena

José Miguel Gómez Gutiérrez

María Montserrat Montero Trujillo

MODELO DE VALORACIÓN DE CONSTANTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN REINO UNIDO

INTRODUCCIÓN

Todos los pacientes ingresados en un hospital se consideran en riesgo de desarrollar un problema crítico secundario a su motivo de ingreso, por lo que es necesario el control de constantes vitales de manera regular.

En el sistema de salud en Reino Unido se implantó el uso rutinario en la asistencia diaria de pacientes hospitalizados de una escala de alerta temprana : NEWS (National Early Warning Score), con los siguientes **objetivos**:

- Garantizar la seguridad del paciente.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Unificar criterios y cumplir directrices.
- Mejorar el reconocimiento y rescatar a pacientes con deterioro / riesgo de deterioro.
- Evitar complicaciones.
- Optimizar los recursos.
- Identificar de forma temprana un evento potencialmente grave y actuar de manera adecuada en el mismo evitando/reduciendo la probabilidad de complicaciones incluyendo paro cardíaco y muerte.

OBJETIVOS

Recordar a los profesionales de la salud implicados en el cuidado del paciente la importancia de una valoración adecuada y periódica de las signos vitales en pacientes hospitalizados, para evitar complicaciones mayores y asegurar la salud de los mismos.

Promover el conocimiento de otros modelos de valoración en la práctica clínica de los profesionales de salud, a fin de adquirir una visión más amplia de estos conceptos que pueda ayudar a una mejora en la asistencia diaria de los pacientes.

Observation chart for the National Early Warning Score (NEWS)

METODOLOGÍA

- ✓ Equipo sanitario: Enfermera, Auxiliar y Médico.
- ✓ Equipo para toma de constantes: Esfigmomanómetro, estetoscopio, pulsioxímetro, termómetro, reloj con segundero, linterna de bolígrafo, glucómetro (variable).
- ✓ Gráfica estandarizada para registro y bolígrafo.

- NAME (NOMBRE)
- D.O.B. (FECHA DE NACIMIENTO)
- ADMISSION DATE (FECHA DE INGRESO)
- DATETIME (FECHA/HORA)
- RESP.RATE(FREC. RESPIRATORIA)
- SPO2 (SATURACIÓN DE O2)
- INSPIRED O2 % (O2 INSPIRADO %)
- TEMP (TEMPERATURA)
- BLOOD PRESSURE (TENSIÓN ARTERIAL)
- HEART RATE (FREC. CARDÍACA)
- LEVEL OF CONSCIOUSNESS (NIVEL DE CONSCIENCIA)
- ALERT (ALERTA), V/P/U (RESPONSE TO VOICE/PAIN/UNRESPONSIVE)
- RESPONDE A LA VOZ/DOLOR/NO RESPONDE
- BLOOD SUGAR (GLUCEMIA CAPILAR)
- PAIN SCORE (ESCALA DE DOLOR)
- URINE OUTPUT (PRODUCCIÓN DE ORINA)
- MONITORING FREQUENCY (FRECUENCIA DE CONTROL)
- ESCALATION PLAN, Y/N/NA (SUIR EN LA ESCALA DE ACTUACIÓN, SI/NO/NO APLICABLE)
- INITIALS (INICIALES)

INTERVENCIONES

El paciente a su ingreso será valorado por la Enfermera responsable de su cuidado empleando, entre otras, esta escala que será también utilizada de manera periódica durante su hospitalización.

Esta valoración completa será registrada en un documento estandarizado que constará de:

- Encabezado para datos personales del paciente.
- Puntuación de parámetros fisiológicos.
- Frecuencia Respiratoria.
- Saturación de Oxígeno.
- Uso de Oxígeno suplementario en lpm.
- Temperatura.
- Tensión arterial.
- Frecuencia cardíaca.
- Nivel de conciencia.
- Parámetros variables: Control orina / Control de deposiciones / Escala de dolor / Control de glucosa, que se registrará en una gráfica adjunta reflejando fecha/día y firma de la persona responsable de la toma.

Puntuación	Frecuencia de monitorización de constantes vitales	Actuación
0	Mínimo c/12h	Continuar monitorización rutinaria.
1-4	Mínimo c/4-6h	Informar a la Enfermera responsable, la cual decidirá si aumentar la frecuencia de monitorización o se requiere la actuación de otro personal clínico.
5 o más / 3 en un solo parámetro	Incrementar frecuencia a un mínimo de cada hora	La Enfermera responsable informará de manera urgente a algún miembro del equipo médico a cargo.
7 ó más	Monitorización continua	<ul style="list-style-type: none"> • La Enfermera responsable informará de manera urgente al equipo médico a cargo (al menos al residente del último año). • El paciente será valorado también por los equipos de cuidados críticos (equipo de Enfermería especializado). • Considerar el traslado a un área de cuidados más especializados.

Inconvenientes detectados:

La organización de los sistemas de salud difieren de unos países a otros, por lo que su aplicación requeriría adaptaciones.

En determinadas áreas el uso de esta escala podría ser inadecuado por el tipo de paciente, por lo que precisaría una adaptación de parámetros:

- UCI
- Pediatría
- Maternidad
- Pacientes psiquiátricos, neurológicos y terminales
- Altas programadas

Cada parámetro fisiológico equivale a una puntuación en la escala, por lo que al finalizar cada toma se hará un recuento según el cual se determinará la situación del paciente e intervención:
 0-2: estable. 3-4: Deterioro potencial. 5 :Deterioro. 6: Problema crítico.

CONCLUSIÓN

El seguimiento de un protocolo de toma de constantes estandarizado por parte de los profesionales de Enfermería facilita el reconocimiento de cambios fisiológicos de un paciente con un problema crítico o inminente, de manera que se pueda actuar precoz y adecuadamente para mantener la salud del mismo.

BIBLIOGRAFÍA: Goldhill DR, McNarry AF "Physiological abnormalities in early warning scores are related to mortality in adult inpatients". Br J Anaesth. (2004) 92 (6): 882-884. Disponible en : <http://bjao.oxfordjournals.org/content/92/6/882.full.pdf>
 RCP: Royal College of Physicians . National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012 (Review date 2015)
 Disponible en : www.rcplondon.ac.uk/resources/national-early-warning-score-news

Resumen: Los pacientes ingresados en un hospital se consideran en riesgo de desarrollar un problema crítico secundario a su motivo de ingreso, por lo que es necesario el control periódico de constantes vitales.

En el sistema de salud de Reino Unido se implantó el uso diario en la asistencia de pacientes hospitalizados, de una escala de valoración: NEWS (National Early Warning Score) (Escala Nacional de Alerta Temprana), cuyo principal objetivo es identificar de forma temprana un evento potencialmente grave y actuar adecuadamente en el mismo evitando/reduciendo la probabilidad de complicaciones, incluyendo paro cardíaco y muerte, garantizando la seguridad del paciente.

Palabras Clave: Valoración de constantes vitales; Prevención de complicaciones; Escala de valoración NEWS.

Objetivos:

Recordar a los profesionales de la salud implicados en el cuidado del paciente la importancia de una valoración adecuada y periódica de los signos vitales en pacientes hospitalizados, para evitar complicaciones mayores y asegurar la salud de los mismos.

Promover el conocimiento de otros modelos de valoración en la práctica clínica de los profesionales de salud, a fin de adquirir una visión más amplia de estos conceptos, que pueda ayudar a una mejora en la asistencia diaria de los pacientes.

Metodología:

Equipo sanitario: Enfermera, Auxiliar de Enfermería y Médico.

Equipo para toma de constantes: Esfigmomanómetro, estetoscopio, pulsioxímetro, termómetro, reloj con segundero, linterna de bolígrafo, glucómetro (variable).

Gráfica estandarizada para registro y bolígrafo.

Intervención:

El paciente a su ingreso será valorado por la Enfermera responsable de su cuidado, empleando la escala de valoración que será utilizada de manera periódica durante su hospitalización. Esta evaluación completa será registrada en un documento estandarizado que constará de:

Datos personales del paciente, datos referentes a la fecha de ingreso y de cada toma (día y hora).

Puntuación de parámetros fisiológicos: Frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, uso de Oxígeno suplementario en litros por minuto, temperatura, tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Nivel de conciencia (escala estandarizada: 1.- Alerta, 2.- Responde a la Voz, 3.- Responde al Dolor, 4.- No responde)

Datos variables: Control orina y frecuencia de medición / Control de deposiciones / Escala de dolor / Control de glucosa, que se registrará en una gráfica adjunta reflejando fecha/día y firma de la persona responsable de la toma.

Cada parámetro fisiológico equivale a una puntuación en la escala, por lo que al finalizar cada toma se hará un recuento, según el cual se determinará la situación del paciente e intervención.

Se fijará un margen de puntuación para unificar criterios. Teniendo en cuenta la escala de valoración NEWS implantada en Reino Unido, a modo de ejemplo se podría estimar la siguiente puntuación y equivalencia: 0-2: Estable. 3-4: Deterioro potencial. 5 :Deterioro. 6: Problema crítico. Una vez determinada la puntuación obtenida se definirá la frecuencia de monitorización así como el tipo de actuación a llevar a cabo. Y continuando con dicho modelo, las posibles actuaciones a seguir según el valor obtenido en cada toma serían:

Puntuación = 0: Frecuencia de monitorización mínima cada 12 horas. Actuación: requerirá continuar con una valoración rutinaria.

Puntuación 1-4: Frecuencia de monitorización mínima cada 4-6 horas. Actuación: informar a la Enfermera responsable, la cuál decidirá si aumentar la frecuencia de control de constantes o la actuación de otro personal clínico.

Puntuación 5 ó más / 3 en un solo parámetro: Incrementar la frecuencia de monitorización mínimo cada hora. Actuación: informar de manera urgente por parte de la Enfermera responsable a algún médico a cargo.

Puntuación 7 ó más: Monitorización continua. Actuación: la Enfermera responsable informará de manera urgente al equipo médico a cargo. El paciente será valorado también por los equipos de cuidados críticos y se considerará el traslado del mismo a un área de cuidados más especializados (según criterios médicos del equipo).

Inconvenientes detectados:

La organización de los sistemas de salud difieren de unos países a otros, por lo que su aplicación requeriría adaptaciones. En determinadas áreas el uso de esta escala podría ser inadecuado por el tipo de paciente, por lo que precisaría una adaptación de parámetros (UCI, Pediatría, Maternidad, pacientes psiquiátricos, neurológicos, en situación terminal, altas programadas)

Conclusión:

El seguimiento de un protocolo de toma de constantes estandarizado por parte de los profesionales de Enfermería facilita el reconocimiento de cambios fisiológicos de un paciente con un problema crítico o inminente, de manera que se pueda actuar precoz y adecuadamente para mantener la salud del mismo.

Bibliografía:

1. Goldhill DR, McNarry AF. Physiological abnormalities in early warning scores are related to mortality in adult inpatients". *Br.J.Anaesth.* 2004; 92 (6): 882-884. Disponible en : <http://bj.oxfordjournals.org/content/92/6/882.full.pdf>
2. RCP: Royal College of Physicians . National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012 (Review date 2015). Disponible en : www.rcplondon.ac.uk/resources/national-early-warning-score-news
3. Chatterjee M, Moon J, Murphy R, McCrea D. "The "OBS" chart: a evidence base approach to re-design of the patient observation chart in a district general hospital setting" . *Post grad Med J.* 2005 Oct; 81(960): 663-666. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743374/>
4. Franklin C, Mathew J. "Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event". *Crit Care Med* . 1994 Feb; 22(2):244-7. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8306682>

Capítulo CXV

Morbilidad del recién nacido

Autores:

Ángela Almarcha Lanzarote

Ana María Cabezali Lozano

Nuria Infante Torres

Laura López Garrido

EPIDEMIOLOGIA DEL RECIÉN NACIDO

Factores asociados a la hospitalización prolongada

Introducción

El conocimiento de la epidemiología del Recién Nacido (RN) es de gran interés desde el punto de vista clínico, para la planificación sanitaria, gestión de recursos y comparación de estándares de calidad asistencial. Con frecuencia los centros hospitalarios desconocen esta información.

Describir la morbilidad que presenta el recién nacido y los factores asociados a una estancia hospitalaria prolongada.

Objetivo

Metodología

- ➔ Estudio observacional descriptivo sobre 1750 recién nacidos en la Gerencia entre el 1 de noviembre de 2013 y el 31 de julio de 2015. No existen criterios de exclusión.
- ➔ Fuentes de información: Historias clínicas de los RN.
- ➔ Análisis estadístico: Estadística descriptiva por medio de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y promedio y desviación típica y mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas. Estadística inferencial a través de las pruebas Ji Cuadrado de Pearson y Kruskal Wallis.

Tabla 1. Características de la población a estudio

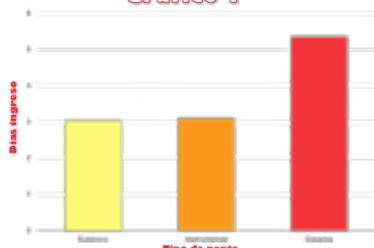
Variables a estudio	Porcentaje (Frecuencia absoluta)	Porcentaje sobre el total de ingresados (Frecuencia absoluta)
Servicio		
Tocoginecología	82,5% (1444)	
Neonatología	11,9% (207)	
UCINP	5,7% (99)	
Tipo de parto		
Eutócico	66,6% (1164)	
Instrumental	7,2% (126)	
Cesárea	26,2% (458)	
Sexo		
Hombre	53,5% (937)	
Mujer	46,5% (816)	
Motivo de ingreso		
Prematuridad	4,5% (79)	27,9% (79)
Distrés respiratorio	3,9% (69)	24,4% (69)
Bajo peso neonatal	2,3% (40)	14,1% (40)
Cesárea materna	1,7% (29)	10,3% (29)
Hipoglucemia	0,7% (13)	4,6% (13)
Riesgo de infección	0,6% (10)	3,5% (10)
Otras patologías	2,4% (43)	15,2% (43)

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a una estancia hospitalaria prolongada

Variables a estudio	Promedio de días de estancia hospitalaria (Desviación típica)	Mediana (Rango intercuartílico)	Valor p
Tipo de parto			
Eutócico	3,1 (4,12)	2,00 (1)	p < 0,001
Instrumental	3,1 (2,18)	2,00 (1)	
Cesárea	5,4 (7,48)	3,00 (1)	
Edad gestacional			
<28 SG	42,3 (26,23)	48,00 (50)	p < 0,001
28 – 31 SG	36,3 (18,67)	44,00 (25)	
32 – 36 SG	10,4 (8,09)	8,00 (11)	
37 – 41 SG	2,9 (1,91)	2,00 (31)	
> 41 SG	2,7 (0,98)	3,00 (6)	
Peso al nacimiento			
< 1.000 gr	54,5 (27,58)	54,50 (39)	p < 0,001
1.000 – 1.500 gr	39,1 (18,13)	44,50 (29)	
1.500 – 2.500 gr	9,7 (7,94)	7,00 (11)	
2.500 – 3.999 gr	2,8 (1,59)	2,00 (1)	
> 4.000 gr	2,9 (1,27)	3,00 (1)	

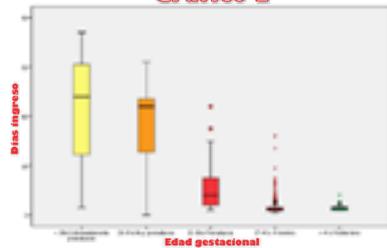
Resultados

Gráfico 1



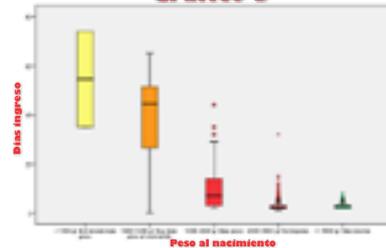
En el gráfico 1 podemos observar que la estancia media de los RN nacidos por cesárea es mayor que los nacidos por parto eutócico.

Gráfico 2



En este gráfico podemos observar cómo a menor edad gestacional de los RN, mayor duración de la estancia hospitalaria.

Gráfico 3



En el gráfico 3 podemos observar que a menor peso al nacimiento, mayor duración de la estancia hospitalaria, a excepción de los RN macrosómicos, que tienen una estancia hospitalaria media mayor que los RN con normopeso.

Conclusiones

- ➔ La prematuridad es el motivo de ingreso más frecuente, seguido del distrés respiratorio y el bajo peso neonatal.
- ➔ La cesárea se asocia a una mayor duración de la estancia hospitalaria de los recién nacidos, debido a la necesidad de más días de ingreso de sus madres.
- ➔ La duración de la estancia hospitalaria es inversamente proporcional a la edad gestacional y al peso al nacer, es decir, a menor edad gestacional y peso al nacer, más días de ingreso. A excepción de los RN macrosómicos, cuya duración de la hospitalización es mayor que un RN normopeso.

Resumen: Conocer la epidemiología del recién nacido tiene gran importancia, desde el punto de vista clínico, a la hora de la planificación sanitaria, la gestión de recursos y a la hora de comparar estándares clínicos de calidad asistencial. A pesar de ello, es una información que los centros hospitalarios desconocen con frecuencia. Por ello recogimos datos de 1750 Recién nacidos de la gerencia de atención integrada de Alcázar de san Juan, mediante un estudio observacional descriptivo, obteniéndose resultados estadísticamente significativos en la relación entre: días de ingreso-tipo de parto, días de ingreso-edad gestacional y entre días de ingreso-peso al nacimiento.

Palabras Clave: Epidemiology; Infant, Newborn; Hospitalization.

Introducción:

El conocimiento de la epidemiología del Recién Nacido (RN) es de gran interés desde el punto de vista: Clínico, planificación sanitaria, gestión de recursos y comparación de estándares de calidad asistencial. Con frecuencia los centros hospitalarios desconocen esta información.

Objetivos:

Describir la morbilidad que presenta el recién nacido y los factores asociados a una estancia hospitalaria prolongada.

Metodología:

Es un estudio observacional descriptivo con una muestra de:

- 1750 RN en la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan 1 de noviembre 2013 al 31 de julio 2015.
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: RN muertos (al tratarse de un estudio de morbilidad).
- FUENTES DE INFORMACIÓN: Historias clínicas de los RN

Análisis estadístico:

Estadística descriptiva:

- Variables Cualitativas: frecuencias absolutas y relativas.
- Variables Cuantitativas: desviación típica, mediana y rango intercuartílico.

Estadística Inferencial:

- Variables Cualitativas: Ji Cuadrado de Pearson
- Variables Cuantitativas: Kruskal Wallis.

Resultados:

Características de la población a estudio:

- Servicio de ingreso: Tocoginecología: 82,5%; Neonatología: 11,9%; Ucip: 5,7%.
- Tipo de parto: Eutócico: 66,6%; Cesárea: 26,2%; Instrumental: 7,2%.
- Sexo: Hombre: 53,5%; Mujer: 46,5%.
- Motivos de ingreso (en porcentaje del total de ingresos): Prematuridad: 27,9%; Distrés respiratorio: 24,4%; Bajo peso neonatal: 14,1%; Cesárea materna: 10,3%; Hipoglucemia: 4,6%; Riesgo de infección: 3,5%; Otras patologías: 15,2%.
- Relación tipo de parto-días de ingreso. ($p < 0.001$). En días de hospitalización promedio: Cesárea: 3 días; Instrumental: 2 días; Eutócico: 2 días.
- Relación edad gestacional-días de ingreso ($p < 0.001$). En días de hospitalización promedio: < 28 SG: 48 días.; 28-31 SG: 44 días; 32-36 SG: 8 días; 37-41 SG: 2 días; > 41 SG: 3 días.
- Relación peso al nacimiento-días de ingreso ($P < 0.001$). En días de hospitalización promedio: < 1000 gr: 54,50 días; 1000-1500 gr: 44.50 días; 1500-2000 gr: 7 días; 2500-3999 gr: 2 días; > 4000 gr: 3 días.

Bibliografía:

1. Pérez Zamudio R, López Terrones CR, Rodríguez Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol Med Hosp Infant Mex 2013; 70(4):299-303.
2. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 6th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2007.
3. Ceriani Cernadas JM, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P, Cores Ponte FA. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch Argent Pediatr 2010;108(1):17-23.

Capítulo CXVI

NANDA-NIC-NOC del paciente con cateterización de Swan Ganz

Autores:

María Del Carmen García Fernández

María Gema García Fernández

José Miguel Pacheco Salgado

Amadeo Puebla Martín

María Pilar Rubio Serrano

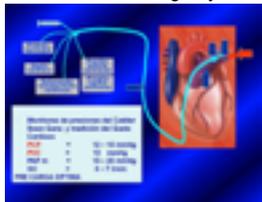
Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero

NANDA-NIC-NOC DEL PACIENTE CON CATETERIZACIÓN DE SWAN GANZ

Autores:

INTRODUCCIÓN

El swan ganz es un tipo de catéter que se inserta en el corazón derecho hasta la arteria pulmonar para vigilar el flujo sanguíneo y la actividad cardíaca en pacientes críticos. El catéter mide 110 cm de largo y consta de 4 luces independientes:



OBJETIVO

Estandarizar un plan de cuidados para el entrenamiento de enfermería en los cuidados que requieren un catéter tipo swan ganz, siguiendo las normas de asepsia.



METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en MedlinePlus de los artículos publicados con las palabras claves: swan, swan ganz, cateterización de swan ganz, cateterismo cardiaco derecho; posteriormente se procede a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ¹	RESULTADOS ²	INTERVENCIONES ENFERMERAS ³
NANDA 000476. Deterioro de la integridad cutánea	NOC 1101. Integridad tisular: piel, membrana mucosas	NIC 1870 Cuidados de catéter. 3590 Vigilancia de la piel
NANDA 00132. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (inserción catéter)	NOC 1605. Control del dolor.	NIC 1400. Manejo del dolor.
NANDA 00092 Intolerancia la actividad	NOC 0005 Tolerancia de la actividad	NIC 4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación
NANDA 00004 Riesgo de infección: Procedimientos invasivos. Agentes farmacológicos.	NOC 0703 Estado infeccioso 1902 Control del riesgo	NIC 6540 Control de las infecciones. 6550 Protección contra infecciones 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
NANDA 4040 Cuidado cardíaco.	NOC 0400 Eficacia bombeo cardíaco. 1914 Control de riesgos: Salud cardiovascular	NIC 4210 Monitorización hemodinámica invasiva. 4250 Gestión shock.

COMPLICACIONES POSIBLES	INTERVENCIONES ³
Infecciones	NIC 6650 Vigilancia 3440 Cuidados del sitio de incisión 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
Disminución o aumento del gasto cardíaco	NIC 4044 Cuidados cardíacos: agudos 4040 Cuidados cardíacos.

CONCLUSIONES

La inserción de un catéter venoso tipo swan ganz es una técnica utilizada en el manejo del paciente críticos. Este plan unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados, minimizando los riesgos de infección nosocomial asociados a la manipulación, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2007-2008. Elsevier; 2007
2. Morread S, Jonson M, Maas M L, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier; 2009.
3. Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier; 2009

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE, CIUDAD REAL DEL 19 AL 20 DE NOVIEMBRE 2015

Resumen: *Objetivo: Estandarizar un plan de cuidados para el entrenamiento de enfermería en los cuidados que requieren un catéter tipo swan ganz, siguiendo las normas de asepsia. Se realiza una revisión bibliográfica en MedlinePlus de los artículos publicados con las palabras claves: Swan, Swan Ganz, cateterización de Swan Ganz, cateterismo cardiaco derecho.*

Los principales diagnósticos enfermeros son: Deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección y cuidado cardiaco. Este plan de cuidados, unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados, minimizando los riesgos de infección nosocomial, proporcionando una asistencia basada en la evidencia científica.

Palabras Clave: *Planificación de atención al paciente; Diagnósticos de enfermería; Cate-
terismo de Swan Ganz.*

Introducción:

El Swan Ganz es un tipo de catéter que se inserta en el corazón derecho de los pacientes, hasta la arteria pulmonar. Su función principal es vigilar el flujo sanguíneo y la actividad cardíaca en pacientes críticos.^{1,2}

Las indicaciones por las que se inserta en los pacientes son:

- Presiones anormales en las arterias del corazón.
- Quemaduras.
- Cardiopatía congénita.
- Insuficiencia cardiaca.
- Enfermedad renal.
- Válvulas cardíacas con escape.
- Shock.
- Vigilar complicaciones y respuesta al tratamiento en un ataque cardiaco.
- Tamponamiento cardíaco.
- Hipertensión pulmonar.
- Miocardiopatía restrictiva.

El catéter mide 110 cm de largo y consta de 4 luces independientes:

- I. Luz distal: la punta del catéter queda en la arteria pulmonar. Mide la presión arterial pulmonar (PAP) y la presión capilar pulmonar (PCP) cuando el balón está inflado. Esta indicada para la extracción de sangre y proporciona valores de la saturación venosa mixta.

- II. Luz proximal: está a 30 cm de la punta distal del catéter, queda en la aurícula derecha. Mide la presión venosa central (PVC) y por esta luz se pueden infundir sueros. Es la luz indicada para la inyección del suero fisiológico frío que permite medir el gasto cardiaco (GC)
- III. Luz de inflado del balón: se infla con 1,5 cc de aire. Su función es ocluir la arteria pulmonar y proporcionar los valores de PCP.
- IV. Luz Termistor: es el sensor de la temperatura, localizado a 4 cm de la punta distal del catéter. Monitoriza la temperatura central del paciente y con ella se determina el GC por termodilución.

Los valores que indican una precarga óptima en la monitorización de presiones del catéter swan ganz y medición del gasto cardiaco:

- PCP es la presión de enclavamiento capilar pulmonar entre 4 y 12 milímetros de mercurio (mmHg)
- PVC entre 0 y 7 mmHg.
- Presión arterial media (PAM) entre 82 y 102 mmHg.
- Presión arterial pulmonar media (PAPM) entre 4 y 13 mmHg.
- GC entre 5 y 7 l/min.
- Índice Cardiaco (IC) entre 2,8 y 4,2 litros por minuto por metro cuadrado l/min/m², es el área de la superficie corporal.
- Resistencias sistémica (RVT) entre 1200 y 1500 dimensión por segundo partido de centímetros a la quinta potencia (dym x seg/cm⁵)
- Resistencias pulmonares (RVP) entre 100 y 300 dym x seg/cm⁵.

Objetivo:

Estandarizar un plan de cuidados para el entrenamiento de enfermería en los cuidados que requieren un catéter tipo swan ganz, siguiendo las normas de asepsia.

Metodología:

Se realiza una revisión bibliográfica en MedlinePlus de los artículos publicados con las palabras claves: swan, swan ganz, cateterización de swan ganz, cateterismo cardiaco derecho; posteriormente se procede a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

Plan de cuidados enfermero:

Los principales diagnósticos enfermeros (NANDA)³, asociados a las intervenciones (NIC)⁴ requeridas y los objetivos (NOC)⁵ que requiere un paciente con una cateterización con un swan ganz son:

1. NANDA 000476. Deterioro de la integridad cutánea.

NOC 1101. Integridad tisular: piel, membrana mucosas .

NIC 1870. Cuidados de catéter.

NIC 3590. Vigilancia de la piel

2. NANDA 00132. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (inserción catéter).

NOC 1605. Control del dolor.

NIC 1400. Manejo del dolor.

3. NANDA 00092. Intolerancia a la actividad.

NOC 0005. Tolerancia de la actividad.

NIC 4046. Cuidados cardíacos: rehabilitación.

4. NANDA 00004. Riesgo de infección producido por:

Procedimientos invasivos.

Agentes farmacológicos.

NOC 0703. Estado infeccioso.

NOC 1902. Control del riesgo.

NIC 6540. Control de las infecciones.

NIC 6550. Protección contra infecciones.

NIC 2440. Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

5. NANDA 4040. Cuidado cardíaco.

NOC 0400. Eficacia bombeo cardíaco.

NOC 1914. Control de riesgos: Salud cardiovascular.

NIC 4210. Monitorización hemodinámica invasiva.

NIC 4250. Gestión shock.

Las principales complicaciones asociadas a este tipo de catéteres y sus intervenciones enfermeras serían:

Infecciones.

NIC 6650. Vigilancia.

NIC 3440. Cuidados del sitio de incisión.

NIC 2440. Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

Disminución o aumento del gasto cardíaco.

NIC 4044. Cuidados cardíacos: agudos.

NIC 4040. Cuidados cardíacos.

Discusión:

Como su propia definición indica un plan de cuidados es: un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

En este caso en concreto estamos hablando de una técnica empleada en pacientes críticos, por lo que es fundamental contar con planes de cuidados estandarizados que nos proporcionen un marco científico de conocimiento, actitud, comportamiento y actuación en el marco de los profesionales de enfermería.

Conclusiones:

La inserción de un catéter venoso tipo swan ganz es una técnica utilizada en el manejo del paciente críticos. Este plan unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados, minimizando los riesgos de infección nosocomial asociados a la manipulación, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

Bibliografía:

1. Davidson CJ, Bonow RO. Cardiac catheterization. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 20.
2. Kern M. Catheterization and angiography. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 55
3. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2007-2008. Elsevier; 2007.
4. Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier; 2009
5. Morread S, Jonson M, Maas M L, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier; 2009.

Capítulo CXVII

Neumonía zero: NAV (neumonía asociada a la ventilación mecánica) en UCI

Autores:

María Dolores Delgado Bernades

Ana Pilar Torres Conde

Esther Vicente Montes



NEUMONIA ZERO: NAV (Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica) en UCI

El desarrollo de la NAV conlleva un aumento de la estancia del paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y supone un aumento de la morbimortalidad y de los costes asociados.

OBJETIVOS:

- Reducir la incidencia de NAV en UCI promoviendo y reforzando la practica clínica estandarizada con efectividad demostrada.
- Formar al personal de enfermería de UCI sobre la importancia de la prevención de riesgos asociados al manejo de la ventilación mecánica.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una búsqueda de literatura en las bases de datos Science Direct, Pubmed, Scielo de los años 2.009-2.015, utilizando como descriptores: neumonía, NAV, ventilación mecánica, bacteriemia, neumonía zero.

INTERVENCIONES:

						
Formación del manejo adecuado de la vía aérea. Nivel de evidencia alto.	Higiene de manos en el manejo de la vía aérea. Nivel de evidencia alto.	Presión del neumotaponamiento por encima de 20cm H2o. Nivel de evidencia moderado	Higiene bucal con clorhexidina (0,12-0,2%) cada 6-8 horas. Nivel de evidencia moderado.	Evitar posición de decúbito supino a 0º. Nivel de evidencia moderado	Disminuir el tiempo de ventilación mecánica. Nivel de evidencia bajo.	Evitar cambios innecesarios de tubuladuras ni tubos endotraqueales. Nivel de evidencia alto

- En relación al manejo de la vía aérea la enfermera deberá hacer una adecuada selección de la sonda y duración de la aspiración, finalizando con una aspiración orofaríngea.
- No debemos olvidar la estricta higiene de manos antes y después de manipular la vía aérea.
- Mantener el cabecero elevado en la higiene bucal previo control de la presión del neumotaponamiento.
- Uso de protocolos de desconexión de la ventilación mecánica, cambio de tubuladoras y humidificadores .

CONCLUSIONES:

La mayoría de los estudios observados destacan la reducción de cerca del 60% en la tasa de NAV solamente en aquellas UCI en las que enfermería había realizado más del 95% de las medidas antes descritas, por ello la formación de enfermería tiene relación directa con los resultados en seguridad de los pacientes.

A pesar de las recomendaciones y la evidencia de la implantación de las intervenciones para prevenir la NAV, por parte de las distintas sociedades científicas, el seguimiento es limitado y desigual.

Resumen: El desarrollo de la NAV conlleva un aumento de la estancia del paciente en la UCI suponiendo un aumento de la morbimortalidad y costes asociados.

Objetivos: reducir la incidencia de NAV en UCI reforzando la práctica clínica estandarizada y formando a enfermería en el manejo de la ventilación mecánica.

Los estudios observados destacan la reducción del 60% en la tasa de NAV en aquellas UCI en se había realizado más del 95% de las medidas descritas. A pesar de las recomendaciones y la evidencia de la implantación de las intervenciones para prevenir la NAV el seguimiento es limitado y desigual.

Palabras Clave: neumonía zero; bacteriemia; ventilación mecánica.

Uno de los problemas de mayor consecuencia y efecto en los hospitales españoles son las infecciones nosocomiales (IN), la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la infección más importante que se contrae en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

El desarrollo de la NAV conlleva un aumento de la estancia del paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y supone también un incremento de la morbimortalidad y de los costes asociados.

La mortalidad global de la NAV está comprendida entre 24% y 76%, y la mortalidad atribuida entre un 13,5% y 17,5% llevando a incrementar la estancia de los pacientes con ventilación mecánica entre un 7,3 y 9,6 días.

Cerca del 50% de todas infecciones nosocomiales en la UCI están causadas por la NAV, donde los microorganismos que la producen son por orden de frecuencia Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Acinetobacter Baumannii, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae y Haemophilus influenzae, variando la etiología en función del desarrollo de la NAV.

A pesar de todos los trabajos realizados, protocolos, guías de cuidados la NAV sigue siendo una de las infecciones más difíciles de evitar y diagnosticar precozmente. Estos dos factores son claves para disminuir tanto los costes sanitarios y sociales como la morbimortalidad de los pacientes con dicha patología.

Objetivos:

Reducir la incidencia de NAV en UCI promoviendo y reforzando la práctica clínica estandarizada, imponiendo protocolos y guías clínicas con efectividad demostrada.

Formar al personal de enfermería de UCI sobre la importancia de la prevención de riesgos asociados al manejo de la ventilación mecánica.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda de literatura en las bases de datos Science Direct, Pubmed, Scielo de los años 2.009-2.015, utilizando como descriptores: neumonía, NAV, ventilación mecánica, bacteriemia, neumonía zero.

Resultados:

Debido a la lábil situación de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos, éstos poseen una susceptibilidad aumentada para adquirir infecciones nosocomiales. Identificar los factores relacionados con dichas infecciones es una de las labores más eficaces para la elaboración de actuaciones preventivas.

Los potenciales factores de riesgo de la NAV se dividen en factores extrínsecos relacionados con el manejo de los enfermos en uci como la nutrición enteral, broscoscopia, periodos de otoño e invierno, antibióticos previos, antiácidos e inhibidores H₂, broncoaspiración, relajantes maculares, sondaje nasogástricos, intubación urgente después de un traumatismo entre otros; y los factores extrínsecos relacionados a la VM y accesorios como son la presión de taponamiento del balón del tubo <20cm H₂O, traqueostomía, reintubación, duración de la VM, cabeza en decúbito supino menor de 30º, y cambio de las tubuladuras de la VM en periodos menores de 48h. Sin olvidar la importancia de los factores de riesgo intrínsecos de NAV como la obesidad, edad mayor de 65 años, enfermedades respiratorias crónicas, broncoaspiración, tabaquismo, inmunosupresores, infecciones de vías respiratorias, trastornos de conciencia como el coma, y enfermedades cardiovasculares y caquetizantes.

Para disminuir la incidencia de la NAV se deben llevar a cabo 7 medidas de obligada cumplimiento para los profesionales responsables del proyecto de Neumonía Zero:

Formación del manejo adecuado de la vía aérea (aspiración de secreciones bronquiales). Nivel de evidencia alto, recomendación fuerte.

Higiene de manos con productos de base alcohólica en el manejo de la vía aérea. Nivel de evidencia alto, recomendación fuerte.

Presión del neumotaponamiento por encima de 20cm H₂O. Nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte.

Higiene bucal con clorhexidina (0,12-0,2%) cada 6-8 horas. Nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte.

Evitar posición de decúbito supino a 0º, sobretudo en pacientes con nutrición enteral (30-45º, excepto contraindicación). Nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte.

Disminuir el tiempo de ventilación mecánica (disponer de protocolos destete, sedación y ventilación no invasiva). Nivel de evidencia bajo, recomendación fuerte.

Evitar cambios innecesarios de tubuladuras, tubos endo-traqueales y humidificadores. (cambio de tubuladuras en un tiempo no menor de 7 días y humidificadores no menor a 48 horas). Nivel de evidencia alto, recomendación fuerte.

Se deben de realizar tres medidas específicas opcionales altamente recomendables como son la aspiración continua de secreciones supraglóticas a baja presión y controlando su funcionamiento correcto cada ocho horas (nivel de evidencia alto, recomendación fuerte); descontaminación selectiva del tubo digestivo completa u orofaríngea, la cual es la única medida demostrada que reduce la mortalidad (nivel de evidencia alto, recomendación fuerte), y por último la administración de antibióticos sistémicos de dos días durante la intubación en pacientes con un nivel de conciencia disminuido (nivel de evidencia alto, recomendación fuerte).

Sin olvidar nuestro segundo objetivo, se debe mejorar la cultura de seguridad (actitud de la unidad frente al problema de la seguridad del paciente) aumentando los conocimientos y la formación de los profesionales de las unidades de cuidados intensivos, una vez realizada, se debe identificar los errores y analizarlos para mejorar la práctica habitual.

Conclusiones

La concienciación de los profesionales de que las infecciones nosocomiales son eludibles y prevenibles es la base para reducir su incidencia. El trabajo realizado durante los últimos años en cuanto a sensibilización de los profesionales sobre este tema, ha tenido un impacto positivo en la disminución de las cifras de morbilidad y coste sanitario.

La mayoría de los estudios observados destacan la reducción de cerca del 60% en la tasa de NAV solamente en aquellas UCI en las que enfermería había realizado más del 95% de las medidas antes descritas, por ello la formación de enfermería tiene relación directa con los resultados en seguridad de los pacientes.

A pesar de las recomendaciones y la evidencia de la implantación de las intervenciones para prevenir la NAV, por parte de las distintas sociedades científicas, el seguimiento es limitado y desigual.

Por último hacemos mención al trabajo realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con un programa de seguridad del paciente realizado entre 2011 y 2012, en el que participo el 80% de las UCIS que hay en España financiadas por éste, con un descenso de la mortalidad y de la incidencia. El proyecto ha evitado 52.277 estancias hospitalarias y ha ahorrado 163 millones de euros. Tras el éxito de este programa, el Ministerio puso en marcha el proyecto "Resistencia Zero" para evitar las resistencias a los antibióticos en las UCI, durante 2014 y 2015.

Bibliografía:

1. Miguel-Roig C, Pico-Segura P, Huertas-Linero C, Pastor- Martínez M. Cuidados de Enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Revisión sistemática. *Enferm Clin.* 2006;16(5):244-52.
2. Martín Delgado M.C., Gordo-Vidal F.. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España: Algo más que palabras. *Med. Intensiva* [revista en la Internet]. 2011 Mayo; 35(4): 201-205. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400001&lng=es
3. Pérez Morales Ledys, Barletta Castillo Jorge, Quintana Hernández Hidaleisy, Reyes Rodríguez Idalmis, Otero Espino Neisy. Estudio clínico, epidemiológico y microbiológico de pacientes con neumonía asociada a la ventilación mecánica ingresados en salas de cuidados intensivos. *Medisur* [revista en la Internet]. 2012 Ago; 10(4): 268-278. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000400001&lng=es
4. Crespo, M. S., Martín, M. L. M., Salinas, C. M., & del Toro, T. R. (2013). Neumonía asociada a ventilación mecánica. Influencia de la aplicación de medidas enfermeras preventivas en pacientes críticos. *Metas de enfermería*, 16(10), 3.

Capítulo CXVIII

Nivel de información: pacientes ingresados para intervenciones quirúrgicas y grado ansiedad

Autores:

Agustín García Valenciano

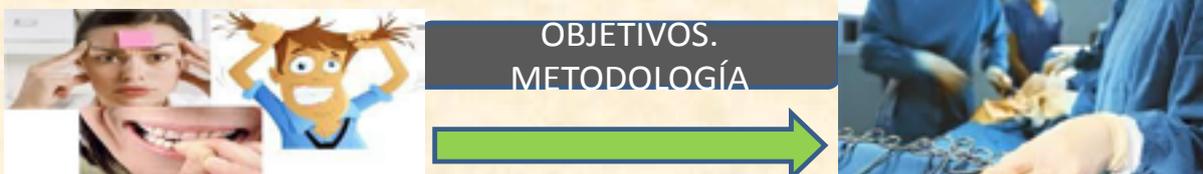
Juan Antonio González Serrano

NIVEL DE INFORMACIÓN: PACIENTES INGRESADOS PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y GRADO DE ANSIEDAD.

AUTORES:

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y estrés es una sensación normal que dependiendo de cómo se actúe y lo sufra el paciente puede ayudarlo o no en su proceso de recuperación. Cada paciente lo vive y sufre de forma diferente y es cuando el personal de enfermería debe afrontar como un reto a vencer, enfocado de forma particular a cada paciente, proporcionándole toda la información posible sobre su acto quirúrgico. Si el grado es intenso y de aspectos negativos se hará más largas las estancias hospitalarias, con mayor necesidad de tratamientos, cuidados y por lo tanto más perjudicial para el individuo y mayor coste sanitario.



- Identificar las necesidades y garantizar una educación adecuada al paciente y familia.
- Disminuir el grado de ansiedad de los pacientes programados para intervenciones quirúrgicas, mediante la información adecuada por todo el equipo multidisciplinar. de profesionales

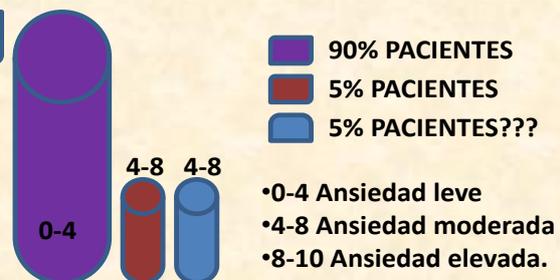
Metodología: Búsqueda bibliográfica sobre la actuación enfermera sobre la ansiedad del paciente quirúrgico. Y cuestionarios sobre la información obtenida de la intervención a realizar y en el postoperatorio una escala de grado de ansiedad del 0 al 10.(0-4 leve, 4-8 moderada, 8-10 elevada).

RESULTADOS



- 80% Información disminuye ansiedad
- 15% no influye.
- 5% confían en diós.

% DE LA INFORMACIÓN QUIRÚRGICA EN 50 PACIENTES ESTUDIADOS Y COMO INFLUYE EN LA ANSIEDAD.



- 0-4 Ansiedad leve
- 4-8 Ansiedad moderada
- 8-10 Ansiedad elevada.

PACIENTE POSTQUIRÚRGICOS. VALORADOS CON UNA ESCLA DEL 0 AL 10 SEGÚN LA INFORMACIÓN OBTENIDA.

CONCLUSIONES : La mayoría expresaban su satisfacción general y agradecimiento, ya que les había aliviado y tranquilizado los niveles de ansiedad antes de la cirugía. Siendo de gran aceptación la educación pre-quirúrgica de forma individualizada en cada caso en el resultado de los encuestados. La intención del estudio es disminuir el grado de ansiedad para favorecer la recuperación del paciente y así acortar el periodo de estancia hospitalaria postquirúrgico. Y que el paciente se enfrente ante otra posible intervención de forma lo más agradable y segura posible.

BIBLIOGRAFÍA: Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Hospital Reina Sofía. Base de datos Medline y Pubmed. Pozuelo Paje s.Enfermería de quirófano: conceptos fundamentales, Barcelona 1998

Resumen: *La ansiedad y estrés es una sensación normal que dependiendo de cómo se actúe y lo sufra el paciente puede ayudarlo o no en su proceso de recuperación. Cada paciente lo vive y sufre de forma particular a cada paciente, proporcionándole toda la información posible sobre su acto quirúrgico. Si el grado es intenso y de aspectos negativos se hará más largas las estancias hospitalarias, con mayor necesidad de tratamientos, cuidados y por lo tanto más perjudicial para el individuo y mayor coste sanitario.*

Palabras Clave: *surgical procedures; operative; anxiety; inpatients.*

Realizada búsqueda bibliográfica sobre la actuación enfermera sobre la ansiedad del paciente quirúrgico. Y cuestionario sobre la información obtenida de la intervención a realizar y en el post-operatorio una escala de grado de ansiedad del 0 al 10. (0-4 ansiedad leve, 4-8 moderada, 8-10 elevada). El objetivo del estudio es identificar las necesidades y garantizar una educación adecuada al paciente y familia. Disminuir el grado de ansiedad de los pacientes programados para intervenciones quirúrgicas, mediante la información adecuada por todo el equipo multidisciplinar.

La mayoría expresaban su satisfacción general y agradecimiento, ya que les había aliviado y tranquilizado los niveles de ansiedad antes de la cirugía. Siendo de gran aceptación la educación pre-quirúrgica de forma individualizada en cada caso en el resultado de los encuestados. La intención del estudio es disminuir el grado de ansiedad para favorecer la recuperación del paciente y así acortar el periodo de estancia hospitalaria post-quirúrgica, y que el paciente se enfrente ante otra posibles intervención de forma lo más agradable y segura posible.

Bibliografía:

1. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Reina Sofía. Base de datos medline y pubmed. Pozuelo paje.s. Enfermería de quirófano: conceptos fundamentales. Barcelona 1998.

Capítulo CXIX

Obesidad: cirugía bariátrica

Autores:

Juan Espadas Barba

Sandra García Escuderos

Dominga Herrera Cruz

Noemí Morales Clemente

Ana María Peña De La Cruz

Elena María Sánchez Gaitán

OBESIDAD: CIRUGÍA BARIÁTRICA

INTRODUCCIÓN

- Según la OMS, la obesidad es la epidemia del siglo XXI. Es una de las primeras causas de mortalidad prevenible, y cada vez aparece en edades más tempranas.
 - La obesidad mórbida (IMC ≥ 40) es una enfermedad crónica y multifactorial que se asocia a importantes problemas de salud que afectan a la calidad de vida.
 - Cuando fracasan los tto convencionales, la cirugía bariátrica ofrece una alternativa eficaz de tratamiento.

OBJETIVOS

- Concienciar sobre la importancia de la enfermedad y las comorbilidades asociadas.
 - Dar información acerca de las posibilidades quirúrgicas cuando fallan los mecanismos de prevención.
 - Proporcionar unos cuidados eficientes y seguros al paciente en el postoperatorio de la cirugía bariátrica.
 - Prevenir, detectar y tratar los riesgos potenciales tras la cirugía.

OBESIDAD MÓRBIDA

- HTA, DM2, SAOS
- ALTERACIONES OSTEOARTICULARES
- DISLIPEMIA
- COMORBILIDADES MENORES
- ENFERMEADES CORONARIAS

INDICACIONES CIRUGÍA BARIÁTRICA

SEEDO 2007

- Edad 18-60 años
- IMC ≥ 40 o ≥ 35 con comorbilidades mayores asociadas
- Evolución de la obesidad > 5 años con ausencia de trastornos endocrinos y fracasos de tto convencionales.
- Estabilidad psicológica y capacidad para entender los mecanismos de la cirugía para la pérdida de peso.
- Compromiso de adhesión al tratamiento y consentimiento informado.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

RESTRICTIVAS PURAS	MIXTAS (restrictivas-malabsortivas)	MALABSORTIVAS PURAS (en desuso)
GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA 	BY-PASS GÁSTRICO 	BY-PASS YEYUNO CÓLICO
BANDA GÁSTRICA (ajustable o no) 	DERIVACIÓN BILIO-PANCREÁTICA (Scopinaro) 	BY-PASS YEYUNO ILEAL
GASTRECTOMÍA LINEAL O TUBULAR 	CRUCE DUODENAL 	

PROCESO ENFERMERO POSTOPERATORIO

NANDA	NOC	NIC
0132 DOLOR AGUDO r/c agentes físicos y lesivos	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgesia
0004 RIESGO DE INFECCIÓN r/c procedimientos invasivos	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso 1102 Curación de la herida por 1ª intención 1842 Conocimiento: control de la infección	6540 Control de infecciones 6610 Identificación de riesgos 6550 Protección contra las infecciones 3660 Cuidados de las heridas
0100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QX r/c obesidad, procedimiento quirúrgico prolongado e infección postoperatoria de la zona quirúrgica	2303 Recuperación posterior al procedimiento 0703 Severidad de la infección 1309 Capacidad personal de recuperación	3440 Cuidados del sitio de incisión 6540 Control de infecciones 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
0197 RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL r/c cirugía abdominal, cambio en la alimentación, disminución de la circulación gastrointestinal y sedentarismo.	0501 Eliminación intestinal 1015 Función gastrointestinal 0602 Hidratación 0404 Perforación tisular: órganos abdominales 0005 Tolerancia de la actividad	0440 Entrenamiento intestinal 1570 Manejo del vómito 0450 Manejo del estreñimiento/impactación 0460 Manejo de la diarrea
0002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES r/c incapacidad para digerir o ingerir alimentos o para absorber los nutrientes.	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y líquidos 1802 Conocimiento: dieta 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable	5246 Asesoramiento nutricional 5614 Enseñanza: dieta prescrita 1100 Manejo de la nutrición 1050 Alimentación
0162 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD	1305 Modificación psicosocial: cambio de vida 1209 Motivación 1602 Conducta de fomento de la salud	5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje 5510 Educación sanitaria 5270 Apoyo en la toma de decisiones
0079 INCUMPLIMIENTO r/c conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto y continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	3001 Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados 3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza 1813 Conocimiento: régimen terapéutico 1601 Conducta de cumplimiento	6650 Vigilancia 4420 Acuerdo con el paciente 5240 Asesoramiento 4480 Facilitar la autorresponsabilidad

CONCLUSIONES

- Actualmente la actuación de enfermería debe dirigirse más a prevenir la obesidad y al fomento de la salud, debido a la morbimortalidad de esta enfermedad y su preocupante tendencia ascendente.
 - La educación sanitaria es fundamental en las personas operadas de cirugía bariátrica, ya que deben adoptar una autodisciplina de hábitos de vida saludables para lograr la efectividad de esta intervención.
 - Además de la pérdida de peso, el éxito de esta cirugía conlleva reducir la TA, los niveles de colesterol, el abandono de la CPAP, aumento de la autoestima, y una mejora general de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

*Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad.
 *Revisión bibliográfica de interrelaciones NANDA-NOC-NIC.

Resumen: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es la epidemia del siglo XXI y una de las primeras causas de mortalidad prevenible.

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica, multifactorial, asociada a importantes comorbilidades, y la cirugía bariátrica es una alternativa eficaz de tratamiento cuando fallan los convencionales. Es fundamental proporcionar unos cuidados eficientes y seguros al paciente en el postoperatorio de dicha cirugía para evitar complicaciones. La actuación de enfermería debe dirigirse a la educación sanitaria para fomentar la salud y prevenir la obesidad debido a su morbimortalidad y su alarmante tendencia ascendente en la población.

Palabras Clave: Obesidad mórbida; Índice masa corporal; Cirugía bariátrica.

La obesidad se caracteriza por un exceso de grasa corporal y es considerada por la OMS como la epidemia del siglo XXI, ya que su prevalencia va en aumento. Debido a sus múltiples comorbilidades es una de las primeras causas de mortalidad prematura y prevenible.

Cuando el índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 hablamos de obesidad mórbida. Se trata de una enfermedad crónica y multifactorial fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, que va asociada a importantes problemas de salud que afectan en mayor o menor grado a la calidad de vida del paciente, llegando a incapacitarlo para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Llegados a este punto, la cirugía bariátrica se ofrece como una alternativa eficaz de tratamiento para estos pacientes cuando fracasan los convencionales. Para tratar a estos pacientes se persiguen fundamentalmente cuatro objetivos:

1. Concienciar sobre la importancia que tiene la enfermedad y las múltiples comorbilidades asociadas, como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), dislipemia, alteraciones osteoarticulares, enfermedades coronarias y cerebrovasculares, y algunos tipos de cáncer.
2. Dar información completa y detallada al paciente y a los familiares acerca de las posibilidades quirúrgicas cuando fallan los mecanismos de prevención y los tratamientos previos.
3. Proporcionar unos cuidados eficientes y seguros al paciente en el postoperatorio de la cirugía bariátrica para obtener los mejores resultados tras la intervención.
4. Formación del personal sanitario para saber prevenir, detectar y tratar los riesgos potenciales tras la cirugía y evitar así posibles complicaciones posteriores que podrían influir negativamente en la recuperación del paciente.

No todos los pacientes con obesidad mórbida son idóneos para una intervención de cirugía bariátrica. En el documento de consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) publicado en 2007, se establecen los criterios para la selección de los pacientes candidatos a este tipo de cirugía:

- Deben tener una edad comprendida entre 18 y 60 años
- Tener un $IMC \geq 40$ o ≥ 35 con comorbilidades mayores asociadas susceptibles de mejorar.

- Evolución de la obesidad mórbida superior a 5 años y existencia de fracasos continuados de tratamientos convencionales.
- Ausencia de trastornos endocrinos causantes de la enfermedad y de adicciones a alcohol o drogas.
- Estabilidad psicológica y ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores, retraso mental y trastornos del comportamiento alimentario.
- Capacidad para entender los mecanismos de pérdida de peso con la cirugía y de comprender que el objetivo no es alcanzar el peso ideal.
- Se requiere la firma del consentimiento informado y un compromiso por parte del paciente de observar las normas de seguimiento tras la intervención.
- Las mujeres en edad fértil deben evitar el embarazo al menos durante el primer año tras la cirugía.

Dentro de la cirugía bariátrica, las técnicas quirúrgicas se pueden agrupar en tres categorías:

- Restrictivas puras: la gastroplastia vertical anillada, la banda gástrica (ajustable o no) y la gastrectomía lineal o tubular.
- Mixtas (restrictivas-malabsortivas): la derivación biliopancreática (o técnica de Scopinaro), el cruce duodenal y el bypass gástrico, que es actualmente la técnica de referencia en la cirugía bariátrica.
- Malabsortivas puras: bypass yeyuno-cólico y bypass yeyuno-ileal, que se encuentran actualmente en desuso.

El plan de cuidados de enfermería en el postoperatorio de la cirugía bariátrica se basa en la taxonomía nanda-noc-nic, la interrelación de los diagnósticos de enfermería Nanda (relacionados con los eventos reales y potenciales que pueden producirse tras la intervención quirúrgica) y los objetivos (Noc) e intervenciones (Nic) a realizar para detectar, prevenir y tratar dichos eventos.

Los diagnósticos postoperatorios de la cirugía se detallan a continuación:

NANDA 0132 Dolor agudo r/c agentes físicos y lesivos.

NOC 1605 Control del dolor. 2102 Nivel del dolor.

NIC 1400 Manejo del dolor. 2210 Administración de analgesia.

NANDA 0004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

NOC 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso. 1102 Curación de la herida por primera intención. 1842 Conocimiento: control de la infección.

NIC 6540 Control de infecciones. 6610 Identificación de riesgos. 6550 Protección contra las infecciones. 3660 Cuidados de las heridas.

NANDA 0100 Retraso en la recuperación quirúrgica r/c obesidad, procedimiento quirúrgico prolongado e infección postoperatoria de la zona quirúrgica.

NOC 2303 Recuperación posterior al procedimiento. 0703 Severidad de la infección. 1309 Capacidad personal de recuperación.

NIC 3440 Cuidados del sitio de incisión. 6540 Control de infecciones. 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

NANDA 0197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c cirugía abdominal, cambio en la alimentación, disminución de la circulación gastrointestinal y sedentarismo.

NOC 0501 Eliminación intestinal. 1015 Función gastrointestinal. 0602 Hidratación. 0404 Perfusión tisular: órganos abdominales. 0005 Tolerancia de la actividad.

NIC 0440 Entrenamiento intestinal. 1570 Manejo del vómito. 0450 Manejo del estreñimiento/ impactación. 0460 Manejo de la diarrea.

NANDA 0002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c. Incapacidad para digerir o ingerir alimentos o para absorber los nutrientes.

NOC 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y líquidos. 1802 Conocimiento: dieta. 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable.

NIC 5246 Asesoramiento nutricional. 5614 Enseñanza: dieta prescrita. 1100 Manejo de la nutrición. 1050 Alimentación.

NANDA 0162 Disposición para mejorar la gestión de la salud.

NOC 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida. 1209 Motivación. 1602 Conducta de fomento de la salud.

NIC 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje. 5510 Educación sanitaria. 5270 Apoyo en la toma de decisiones.

NANDA 0079 Incumplimiento r/c conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto y continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados.

NOC 3001 Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados. 3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza. 1813 Conocimiento: régimen terapéutico. 1601 Conducta de cumplimiento.

NIC 6650 Vigilancia. 4420 Acuerdo con el paciente. 5240 Asesoramiento. 4480 Facilitar la autorresponsabilidad.

Actualmente la tendencia en la actuación de enfermería debe dirigirse más a prevenir la obesidad y al fomento de la salud, debido a la importante morbimortalidad que presenta esta enfermedad y la preocupante tendencia ascendente que se observa en edades cada vez más tempranas. Los programas de prevención de la obesidad han de difundir consejos dietéticos, fomentar el ejercicio físico y procurar cambios saludables en los hábitos de vida de la población.

La educación sanitaria es fundamental en los pacientes que han sido operados de cirugía bariátrica, porque ésta es sólo el principio de una nueva forma de vida, ya que deben adoptar una autodisciplina de vida saludable para lograr la total efectividad de la cirugía.

Pero el éxito de la cirugía bariátrica no es sólo conseguir la pérdida de peso, conlleva también la reducción de la tensión arterial, de los niveles de colesterol, el abandono de la CPAP (de uso frecuente en estos pacientes), aumento de la autoestima personal y una mejora general de la calidad de vida.

Bibliografía:

1. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B, Grupo Colaborativo de la SEEDO. Med Clin (Barc). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. 2007 Feb 10; 128(5):184-96
2. Burdiles P, Guzmán S, Csendes A, Awad W. Obesidad y cirugía bariátrica. 1ª edición. Mediterráneo. 2012
3. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier Mosby. 2007
4. Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey J, Moorhead S, Maas ML, Swanson E. Interrelaciones Nanda, Noc, Nic: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª edición. España. Elsevier. 2007

Capítulo CXX

Obtención de muestra de sangre venosa y manejo de los tubos

Autores:

José Vicente Amores Zamora

María Victoria García López

Carmen Molero Bastante

María Molero Bastante

Laura Suarez-Bárcena González



Obtención de Muestra de Sangre Venosa y Manejo de los Tubos

SATSE

INTRODUCCIÓN

La extracción de sangre venosa es un procedimiento invasivo habitual en la práctica enfermera que implica una serie de pasos: información al paciente sobre la técnica, preparación del material, del paciente y de la propia enfermera, obtención de la muestra y finalización del proceso.

Si cada uno de estos pasos no se lleva a cabo de manera correcta existe un alto riesgo de falsear las muestras y obtener resultados erróneos en su posterior análisis, lo que aumentaría los costes y la iatrogenia. Por ello, la enfermera debe tener especial cuidado en el desarrollo de técnica de obtención de la muestra sanguínea y en el manejo de los tubos donde se recoge para prevenir y minimizar los errores.



OBJETIVO

Conocer las recomendaciones existentes sobre la obtención de muestras de sangre venosa y el correcto manejo de los tubos donde se recogen

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática de artículos, guías y protocolos de distintos hospitales y laboratorios obtenidos de una búsqueda bibliográfica en la web

RESULTADOS

AC: anticoagulante

RECOMENDACIÓN	Nº DE DOCUMENTOS
Desinfección de la zona de punción (movimientos circulares de dentro a fuera, dejar secar antiséptico)	4
Torniquete por encima del punto de punción no más de 1 minuto (altera parámetros, produce hemólisis). Descomprimir 3 minutos y volver a aplicar	6
Si el tubo de pruebas de coagulación con citrato tiene que ser el primero descargar 5ml (evitar que aire de la palomilla altere proporción entre AC y muestra sanguínea y contaminación de la muestra por tromboplastina tisular)	2
Llenar los tubos hasta consumir todo el vacío para evitar proporciones inadecuadas entre AC y muestra sanguínea	5
No destapar los tubos para evitar derrames (el tapón puede saltar por excesiva presión al volverlo a cerrar)	2
Homogeneizar mezcla en tubos con AC (invertir suavemente varias veces)	7
Homogeneizar todos los tubos	1
No agitar tubos violentamente por riesgo de hemólisis	4
No mover tubos sin AC para evitar hemólisis	1
Brazo con vía con perfusión <ul style="list-style-type: none"> Evitar (muestra diluida) Parar perfusión al menos 2 minutos Toma de muestra por debajo de la vía 	2

Orden de llenado de los tubos

RECOMENDACIÓN	Nº DE DOCUMENTOS
1.Hemocultivos 2.Análisis de suero (sin AC) 3.Pruebas de coagulación (AC citrato) 4.Resto de tubos con AC: 5.Heparina de litio 6.EDTA 7.Otros 8.Gasometría arterial (AC heparina sódica)	5
1.Hemocultivos 2.Pruebas de coagulación 3.Análisis de suero 4.Tubos con AC heparina 5.Tubos con AC EDTA 6.Resto de tubos	4
Sistema de vacío 1.Pruebas de coagulación 2.Análisis de suero 3.Tubos con AC EDTA 4.Resto de tubos	1
Jeringa y aguja 1. Pruebas de coagulación 2. Tubo con AC EDTA 3. Análisis de suero 4. Resto de tubos	



Extracción a través de vía venosa periférica ya implantada

RECOMENDACIÓN	Nº DE DOCUMENTOS
No obtener muestra (resultados erróneos)	1
Desechar varios mililitros de sangre	3
Para estudios de coagulación no usar salvo en el momento de implantación	1



BIBLIOGRAFIA

- Laboratorio de bioquímica. Toma de muestras. Complejo Hospitalario de Soria
- Extracción de sangre de vena periférica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Protocolo de extracción venosa. En: Manual de calidad Laboratorio clínico. Hospital Regional Universitario Carlos Haya; 2009
- Sistema de extracción de sangre. Recomendaciones de manipulación. Vacuette
- Deschka M. La extracción de sangre en la práctica. Guía para extractores de sangre. 3ª ed. Stuttgart (Alemania): SARSTEDT
- Guía del laboratorio del servicio de hematología y hemoterapia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2011
- Extracción de sangre venosa. En: Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario «Reina Sofía»; 2010
- Martínez Sesma A, Gil Arbiol MÁ, Pérez Pejenaute F. Extracción de sangre: revisión bibliográfica y recomendaciones. Nursing. 2008;26(6):62-4
- Moral Jiménez J, Mesa Fernández E, Conde Anguita MÁ. Importancia del orden de llenado de los tubos de muestras sanguíneas por Enfermería. Nure Investigación. Octubre de 2011
- Sistema de extracción de sangre para el diagnóstico in vitro. Vacuette; 2005
- Sistemas preanalíticos. Catálogo de productos para recolección de muestra venosa, arterial y de orina. BD Diagnósticos

CONCLUSIONES

La sangre venosa es la muestra sanguínea por excelencia y son las enfermeras las responsables de su obtención.

Con el objetivo de evitar resultados erróneos en el análisis de dichas muestras, la extracción debe llevarse a cabo de forma metódica y precisa. Por ello es imprescindible conocer las recomendaciones existentes.

Con esta revisión sistemática se ha evidenciado que las pautas cambian según sea su origen, especialmente en lo referido al orden de extracción de los tubos y a la extracción de la muestra sanguínea a través de un catéter venoso periférico.

Al no haber consenso, consideramos que si no existe un protocolo o guía de actuación en el centro o institución donde trabaje la enfermera, la mejor opción será adoptar las recomendaciones más repetidas.

Queda propuesto para trabajos futuros comprobar si se cumplen o no estas pautas.

Resumen: La extracción de sangre venosa es un procedimiento invasivo que llevan a cabo las enfermeras. De su correcta ejecución depende el éxito de la técnica y la corrección de los resultados obtenidos en el posterior análisis de la muestra. Por ello, es fundamental que se lleve a cabo siguiendo unas pautas precisas. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de los protocolos y recomendaciones existentes sobre la realización de las extracciones sanguíneas, recogiendo datos sobre cómo se debe preparar el campo y manejar los tubos.

Palabras Clave: Recolección de muestras de sangre; Manejo de especímenes; Enfermería.

Introducción:

La extracción de sangre venosa es un procedimiento invasivo habitual en la práctica enfermera que implica una serie de pasos: información al paciente sobre la técnica, preparación del material, del paciente y de la propia enfermera, obtención de la muestra y finalización del proceso.

Si cada uno de estos pasos no se lleva a cabo de manera correcta existe un alto riesgo de falsear las muestras y obtener resultados erróneos en su posterior análisis, lo que aumentaría los costes y la iatrogenia. Por ello, la enfermera deberá tener especial cuidado en el desarrollo de técnica de obtención de la muestra sanguínea y en el manejo de los tubos donde se recoge para prevenir y minimizar los errores.

Objetivos:

Conocer las recomendaciones existentes sobre la obtención de muestras de sangre venosa y el correcto manejo de los tubos donde se recogen

Material y método:

Revisión sistemática de artículos, guías y protocolos de distintos hospitales y laboratorios obtenidos de una búsqueda bibliográfica en la web

Resultados:

A continuación expondremos las recomendaciones más destacadas recogidas a través de la revisión sistemática, indicándose entre corchetes [] el porcentaje de artículos en los que aparecen:

Desinfección de la zona de punción (movimientos circulares de dentro a fuera, dejar secar antiséptico) [36%]

Torniquete por encima del punto de punción no más de 1 minuto (altera parámetros, produce hemólisis). Descomprimir 3 minutos y volver a aplicar [55%]

Orden de llenado de tubos:

Recomendación I [46%]: 1º Hemocultivos, 2º Análisis de suero (sin anticoagulante – AC), 3º Pruebas de coagulación (AC citrato), 4º Resto de tubos con AC (1º Heparina de litio, 2º EDTA, Otros), 5º Gasometría arterial (AC heparina sódica)

Recomendación II [36%]: 1º Hemocultivos, 2º Pruebas de coagulación, 3º Análisis de suero, 4º Tubos con AC heparina, 5º Tubos con AC EDTA, 6º Resto de tubos

Recomendación III [9%]: Con sistema de vacío: 1º Pruebas de coagulación, 2º Análisis de suero, 3º Tubos con AC EDTA, 4º Resto de tubos; con jeringa y aguja: 1º Pruebas de coagulación, 2º Tubo con AC EDTA, 3º Análisis de suero, 4º Resto de tubos

Si el tubo de pruebas de coagulación con citrato tiene que ser el primero descargar 5ml (evitar que aire de la palomilla altere proporción entre AC y muestra sanguínea y contaminación de la muestra por tromboplastina tisular) [18%]

Llenar los tubos hasta consumir todo el vacío para evitar proporciones inadecuadas entre AC y muestra sanguínea [46%]

Homogeneizar mezcla en tubos con AC (invertir suavemente varias veces) [63%]

No mover tubos sin AC para evitar hemólisis [9%]

No agitar tubos violentamente por riesgo de hemólisis [36%]

Conclusiones:

La sangre venosa es la muestra sanguínea por excelencia y son las enfermeras las responsables de su obtención.

Con el objetivo de evitar resultados erróneos en el análisis de dichas muestras, la extracción debe llevarse a cabo de forma metódica y precisa. Por ello es imprescindible conocer las recomendaciones existentes.

A través de esta revisión sistemática se ha evidenciado que las pautas cambian según sea su origen, especialmente en lo referido al orden de extracción de los tubos y a la extracción de la muestra sanguínea a través de un catéter venoso periférico.

Dado que no hay un consenso, consideramos que si no existe un protocolo o guía de actuación en el centro o institución donde trabaje la enfermera, la mejor opción sería adoptar las recomendaciones más repetidas.

Bibliografía:

1. Sistema de extracción de sangre. Recomendaciones de manipulación. Vacuette. Recuperado a partir de: https://www.gbo.com/fileadmin/user_upload/Downloads/Brochures/Brochures_Preanalytics/Spanish/980105_Handhabungsempfehlungen_rev03_0411_es_small.pdf
2. Deschka M. La extracción de sangre en la práctica. Guía para extractores de sangre [Internet]. 3a ed. Stuttgart (Alemania): SARSTEDT; Recuperado a partir de: https://www.sarstedt.com/fileadmin/user_upload/99_Literatur/Spanisch/492_MarcDeschka_BE_ES_0114.pdf
3. Pérez Zenni J, Ríos Tamayo R, García Ruiz A, Jurado Chacón M. Guía del laboratorio del servicio de hematología y hemoterapia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2011. Recuperado a partir de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/hematologia/ficheros/guia_del_lshh.pdf
4. Martínez Sesma A, Gil Arbiol MÁ, Pérez Pejenaute F. Extracción de sangre: revisión bibliográfica y recomendaciones. Nursing (Lond). 2008;26(6):62-4.
5. Sistema de extracción de sangre para el diagnóstico in vitro. Vacuette; 2005. Disponible en: https://www.gbo.com/fileadmin/user_upload/Downloads/IFU_Instructions_for_Use/IFU_Instructions_for_Use_Preanalytics/Spanish/980200_IFU_VenousBloodCollection_rev15_ES.pdf

Capítulo CXXI

Optimización del tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular

Autores:

Antonia Rianza García

Ángel Santiago García Sánchez

Julia García Calvo

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

AUTORES:

INTRODUCCIÓN

La Fibrilación Auricular (FA) afecta al 4,4% de la población de 40 años y al 17,7% de los mayores de 80. Esta arritmia multiplica hasta por cinco las probabilidades de padecer un ictus, para evitarlo es necesario que el paciente esté tratado con fármacos anticoagulantes, que evitan la formación de trombos.

Los anticoagulantes clásicos son la antivitamina K (AVK) como el conocido Sintrón® o la Warfarina sódica. Aunque estos fármacos son eficaces en el tratamiento, también ofrecen unos niveles de anticoagulación variables por lo que el paciente no se encuentra bien controlado durante todo el tiempo.

OBJETIVO

Conocer la idoneidad de la anticoagulación de los pacientes anticoagulados por Fibrilación Auricular adscritos a nuestro centro.

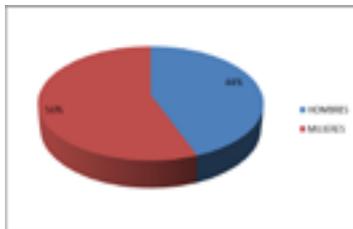


Figura 1

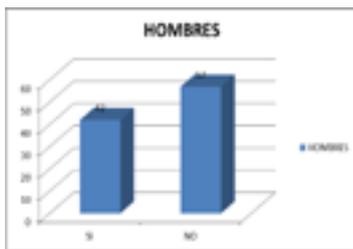


Figura 2

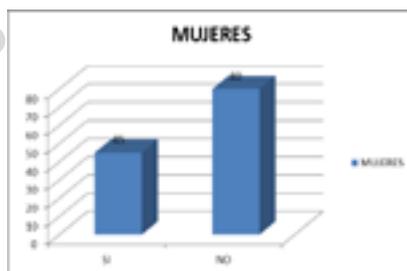
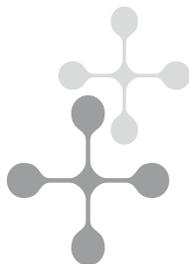


Figura 3



MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado en un centro de salud con una población adscrita de 26000 pacientes. Se incluyeron pacientes con FA valvular y no valvular en tratamiento con Sintrón® y que eran revisados en las consultas ambulatorias durante los meses de Enero-Agosto 2015.

Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas y los 4 últimos INR capilares. Se consideró inestabilidad de INR si igual o más del 50% de los valores estaban fuera de rango.

Análisis de datos

En primer lugar se utilizó porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En segundo lugar se realizó estadística inferencial, (Chi²) para variables cualitativas y Test de U de Mann Whitney para las variables cuantitativas.

Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% (p>0,05). Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 224 pacientes de los cuales el 44,2% (99) fueron hombres frente a un 55,8% (125) que fueron mujeres, p= 0,4. Figura 1.

La edad media de los hombres fue de 76,6±10,5 IC 95% (74,5-78,7) y de las mujeres 80±8,7 IC 95% (78,4-81,6), p= 0,01.

El tiempo medio de tratamiento con Sintrón® se situó en 81,3±52,1 meses en los hombres con un mínimo de 4 meses y un máximo de 280 meses de tratamiento. En las mujeres el tiempo medio de tratamiento fue de 77,6±53,2 con un mínimo de 6 meses y un máximo de 282 meses, p= 0,4.

Se objetivó una inestabilidad global del INR del 61,2%. Los datos por sexo pueden verse en la figura 2 y 3.

El resto de resultados por sexo y test pueden verse desde la figura 4 a 7. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de inestabilidad entre hombres y mujeres p=0,3.

CONCLUSIONES

El 61,2% de los pacientes de nuestra muestra con FA en tratamiento con Sintrón® se encuentra fuera de rango.

Estos datos son una muestra de la necesidad de mejorar el control de los pacientes estableciendo estrategias de análisis de los motivos que influyen en la inestabilidad del INR.

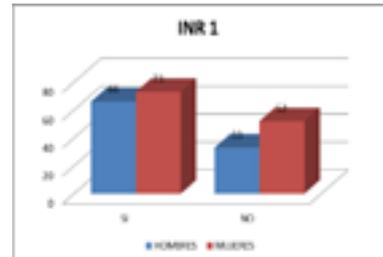


Figura 4

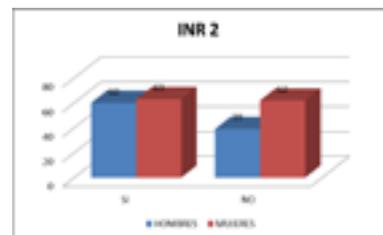


Figura 5

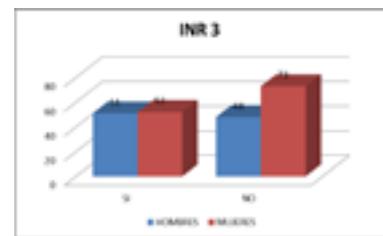


Figura 6

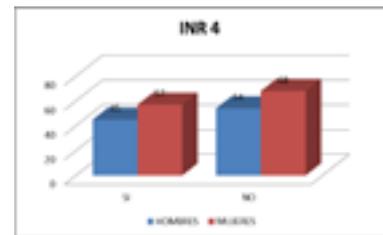


Figura 7

Resumen: La Fibrilación Auricular (FA) afecta al 4,4% de la población de 40 años y al 17,7% de los mayores de 80. Esta arritmia multiplica hasta por cinco las probabilidades de padecer un ictus, siendo necesario que el paciente esté tratado con fármacos anticoagulantes, que evitan la formación de trombos.

Se realizó un estudio transversal y prospectivo en un centro de salud (población adscrita: 26.000) para conocer la idoneidad de los pacientes anticoagulados por fibrilación auricular, obteniéndose que un 61,2% de los pacientes se encontraba fuera de rango, lo que indica la necesidad de establecer estrategias para mejorar su control.

Palabras Clave: Anticoagulación; Fibrilación Auricular; Atención Primaria.

Introducción:

La Fibrilación Auricular (FA) afecta al 4,4% de la población de 40 años y al 17,7% de los mayores de 80. Esta arritmia multiplica hasta por cinco las probabilidades de padecer un ictus, para evitarlo es necesario que el paciente esté tratado con fármacos anticoagulantes, que evitan la formación de trombos.

Los anticoagulantes clásicos son la antivitamina K (AVK) como el conocido Sintrón® o la Warfarina sódica. Aunque estos fármacos son eficaces en el tratamiento, también ofrecen unos niveles de anticoagulación variables por lo que el paciente no se encuentra bien controlado durante todo el tiempo.

Objetivos:

Conocer la idoneidad de la anticoagulación de los pacientes anticoagulados por Fibrilación Auricular adscritos a nuestro centro.

Material y métodos:

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado en un centro de salud con una población adscrita de 26000 pacientes. Se incluyeron pacientes con FA valvular y no valvular en tratamiento con Sintrón® y que eran revisados en las consultas ambulatorias durante los meses de Enero-Agosto 2015.

Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas y los 4 últimos INR capilares. Se consideró inestabilidad de INR si igual o más del 50% de los valores estaban fuera de rango.

En primer lugar, se utilizó porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En segundo lugar, se realizó estadística inferencial, (Chi2) para variables cualitativas y Test de U de Mann Whitney para las variables cuantitativas).

Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS 22.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p > 0,05$). Se solicitó autorización al centro para la realización del estudio.

Resultados:

Se obtuvo una muestra total de 224 pacientes de los cuales el 44,2% (99) fueron hombres frente a un 55,8% (125) que fueron mujeres, $p=0,4$.

La edad media de los hombres fue de $76,6+10,5$ IC 95% (74,5-78,7) y de las mujeres $80+8,7$ IC 95% (78,4-81,6), $p=0,01$.

El tiempo medio de tratamiento con Sintrón® se situó en $81,3+52,1$ meses en los hombres con un mínimo de 4 meses y un máximo de 280 meses de tratamiento. En las mujeres el tiempo medio de tratamiento fue de $77,6+53,2$ con un mínimo de 6 meses y un máximo de 282 meses, $p=0,4$.

Se objetivó una inestabilidad global del INR del 61,2%. Se relación los datos por sexo y resultados del test de los pacientes registrados, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas de inestabilidad entre hombres y mujeres $p=0,3$.

Conclusiones:

El 61,2% de los pacientes de nuestra muestra con FA en tratamiento con Sintrón® se encuentra fuera de rango.

Estos datos son una muestra de la necesidad de mejorar el control de los pacientes estableciendo estrategias de análisis de los motivos que influyen en la inestabilidad del INR.

Bibliografía:

1. Fuentes López E, Martín Auriol F, Salgado Ordóñez A. Sánchez Silvestre, F. Martos Crespo, J.A. González Correa. Evaluación del tratamiento antitrombótico en la fibrilación auricular crónica no valvular. *Aten Primaria*, 22 (1998), pp. 172–175.
2. Sobrequés J, Espinasa, J, Cebrià J. Efectividad de un programa de intervención para mejorar el tratamiento anticoagulante oral de los pacientes con fibrilación auricular crónica en un área básica de salud. *Aten Primaria*, 30 (2002), pp. 588–5893.
3. Lloyd-Jones D, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasan RS, et-al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2004; 110:1042-6.

Capítulo CXXII

Papel de enfermería en la promoción del ejercicio físico en el mayor

Autores:

Verónica Calero Muñoz

Encarnación Clemente Nieto

María José Ladero Torrijos

Beatriz Manzano Silva

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL MAYOR

Introducción

Debido a que el número de personas mayores en España se incrementa y que ha sido altamente contrastado que el envejecimiento activo es clave para conseguir una población mayor sana; el papel de enfermería en la promoción de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias no farmacológicas con la que cuentan las instituciones. De todos es conocido que la actividad física es equivalente a salud, pues la misma pone en marcha todos los mecanismos fisiológicos del organismo humano, mejora la circulación y el ritmo cardíaco, logrando la disminución del esfuerzo para el resultado final de la misma contribuyendo a mantener y mejorar el metabolismo, a combatir algunas enfermedades propias de la inactividad y mantiene a la persona en un óptimo estado psíquico.

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 revistas de enfermería: Rol de Enfermería, Enfermería Clínica y Metas en Enfermería. Se incluyeron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas narrativas, metanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran la importancia de la promoción del ejercicio físico en personas mayores por enfermería, siendo este el principal criterio de inclusión. No hubo limitación de tiempo en la búsqueda realizada.

Palabras clave:

Ejercicio Físico, efecto favorable, adulto mayor, deporte, calidad de vida, beneficio- ejercicio – anciano- enfermería, ejercicio- promoción- anciano, ejercicio y salud.



Bibliografía

- Scharli Martha, La actividad física en la tercera edad. Editorial Paidotribo; España 2000
- Bencomo Pérez Lazaro, La cultura física y la motricidad en el adulto mayor. Bibliografía complementaria de la Maestría: Longevidad Satisfactoria, Cuba 2006.
- Kate Woolf-May, PhD, Prescripción de ejercicio: fundamentos fisiológicos. Guía para profesionales de la salud, del deporte y del ejercicio físico.
- Profesor Germán Insúa-Profesor Diego Madoo- Profesor Mariano Salinas, La actividad física y sus beneficios en la tercera edad.
- Camiña Fernández, F.; Cancela Carral, J.Mª y Romo Pérez, V. (2001). La prescripción del ejercicio físico para personas mayores. Valores normativos de la condición física. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 1 (2) p. 136-154.

Objetivos

- Destacar los efectos que tiene sobre la salud del mayor la práctica de ejercicio físico regular.
- Conocer los efectos beneficiosos del ejercicio físico en la tercera edad.
- Importancia del papel de enfermería en la educación sanitaria sobre beneficios del ejercicio controlado en personas mayores.
- Motivar a las personas mayores a realizar ejercicio diariamente.
- Determinar la relación entre el ejercicio físico y la calidad de vida en el anciano.



Resultados

Ejercicios importantes para la tercera edad

- ✓ Las actividades de resistencia; que aumentan el ritmo cardíaco y la respiración, previniendo o retrasando algunas enfermedades.
- ✓ Los ejercicios de fortalecimiento; que hacen que los adultos mayores obtengan la fuerza necesaria para hacer las cosas que necesitan o les guste.
- ✓ Los ejercicios de equilibrio; que les ayudan a prevenir caídas.
- ✓ Los ejercicios de estiramiento; ayudan a conservar el cuerpo fuerte y flexible.

Recomendaciones de actividad física

- ✓ Se recomienda una actividad física regular (de 3 hasta 4 veces por semana) de duración moderada (de 20 hasta 30 minutos) y de una intensidad suficiente (de 70% hasta 85%) para obtener efectos de acondicionamiento, minimizando los riesgos de la actividad física.
- ✓ Poner atención sobre todo en los grupos musculares más importantes (extensores de rodillas, extensores de caderas, flexores de codos, etc.).
- ✓ Realizar movimientos dinámicos con preferencia sobre los estáticos.
- ✓ Realizar los movimientos lentamente, efectuando todo el recorrido articular sin ayudarse de otras partes del cuerpo al final del movimiento.
- ✓ Empezar la sesión de calentamiento, con pequeños estiramientos de dificultad progresiva.
- ✓ Los primeros 10 minutos de la sesión se deben dedicar a calentar los diferentes grupos musculares y los 5 últimos minutos se dedican a estiramientos y relajación
- ✓ La resistencia utilizada puede ser mediante discos, sacos de arena, elásticos o cualquier utensilio doméstico que pueda ser una resistencia a vencer pero no excesiva para evitar lesiones.
- ✓ Exhalar en el levantamiento e inhalar durante el descenso del movimiento o de la barra o de cualquier resistencia empleada.
- ✓ Mantener la respiración durante el levantamiento puede provocar una elevada tensión arterial en estos individuos.
- ✓ Realizar de dos a tres series por grupo muscular.

Beneficios del ejercicio

Fisiológicos

- ✓ Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como la arteriosclerosis y la hipertensión.
- ✓ Ayuda a mantener el peso ideal y disminuir la prevalencia de obesidad.
- ✓ Reduce la incidencia de algunos tipos de cáncer (especialmente los de mama, colon y páncreas) y mejora la recuperación física y emocional tras la superación del mismo.
- ✓ Ayuda a mantener un balance nutricional y metabólico más adecuado, reduciendo el riesgo de síndrome metabólico.
- ✓ Retrasa la resistencia a la insulina asociada con el envejecimiento por lo que la incidencia diabetes tipo II en este grupo poblacional se reduce.

Aparato locomotor

- ✓ Previene la aparición de osteoporosis.
- ✓ Mejora la capacidad de hacer esfuerzo sin fatiga.
- ✓ Previene la atrofia muscular.
- ✓ Disminuye las caídas en ancianos, por tanto disminuyen las lesiones y fracturas y mejora la calidad de vida.

Respuesta inmunológica

- ✓ Incrementa el efecto de las vacunas.
- ✓ Aumenta la capacidad de aprovechamiento de oxígeno.
- ✓ Facilita la digestión, favorece el tránsito intestinal y regula hábitos de evacuación, previniendo el estreñimiento.

Beneficios sociales

- ✓ Fomenta la sociabilidad.
- ✓ Aumenta la autonomía, la integración social y la autoestima.
- ✓ Ayuda a afrontar problemas y conseguir retos.
- ✓ Distrae de problemas diarios.

Beneficios psicológicos

- ✓ Disminuye el estrés mental, gracias a la liberación de endorfinas que producen bienestar psíquico.
- ✓ Mejora la capacidad psicomotora del individuo, aumentando la autonomía personal.
- ✓ Mejora la apariencia física, contribuyendo a una relación positiva con el propio cuerpo.
- ✓ Mejora la calidad del sueño y disminuye el insomnio.
- ✓ Incrementa y conserva la función cognitiva.
- ✓ Protege frente al riesgo de desarrollar demencia o Alzheimer.
- ✓ Incrementa la capacidad de decisión y sentimientos de autoeficacia.

Conclusiones

La actividad física regular puede ayudar a muchos adultos mayores a mejorar su salud; aun cuando sean realizadas a un nivel moderado. El hábito del ejercicio físico puede prevenir o retrasar una variedad de enfermedades e incapacidades asociadas con el envejecimiento.

Resumen: Debido a que el número de personas mayores en España se incrementa y que ha sido altamente contrastado que el envejecimiento activo es clave para conseguir una población mayor sana, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente con el objetivo de destacar los efectos de la actividad física regular en adultos mayores. El hábito del ejercicio físico puede prevenir o retrasar una variedad de enfermedades e incapacidades asociadas con el envejecimiento.

Palabras Clave: Ejercicio Físico; Efecto favorable; Adulto mayor.

Introducción:

Debido a que el número de personas mayores en España se incrementa y que ha sido altamente contrastado que el envejecimiento activo es clave para conseguir una población mayor sana; el papel de enfermería en la promoción de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias no farmacológicas con la que cuentan las instituciones. De todos es conocido que la actividad física es equivalente a salud, pues la misma pone en marcha todos los mecanismos fisiológicos del organismo humano, mejora la circulación y el ritmo cardíaco, logrando la disminución del esfuerzo para el resultado final de la misma contribuyendo a mantener y mejorar el metabolismo, a combatir algunas enfermedades propias de la inactividad y mantiene a la persona en un óptimo estado psíquico.

Objetivos:

Destacar los efectos que tiene sobre la salud del mayor la práctica de ejercicio físico regular.

Conocer los efectos beneficiosos del ejercicio físico en la tercera edad.

Importancia del papel de enfermería en la educación sanitaria sobre beneficios del ejercicio controlado en personas mayores.

Material y métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO Y búsqueda manual en revistas de enfermería: Rol de Enfermería, Enfermería Clínica y Metas en Enfermería. Se incluyeron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas narrativas, metanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran la importancia de la promoción del ejercicio físico en personas mayores por enfermería, siendo este el principal criterio de inclusión. No hubo limitación de tiempo en la búsqueda realizada.

Resultados:

Se recomienda una actividad física regular (de 3 hasta 4 veces por semana) de duración moderada (de 20 hasta 30 minutos) y de una intensidad suficiente (de 70% hasta 85%) para obtener efectos de acondicionamiento, minimizando los riesgos de la actividad física.

Poner atención sobre todo en los grupos musculares más importantes (extensores de rodillas, extensores de caderas, flexores de codos, etc.). Realizar movimientos dinámicos con preferencia sobre los estáticos; realizar los movimientos lentamente, efectuando todo el recorrido articular sin ayudarse de otras partes del cuerpo al final del movimiento.

Empezar la sesión de calentamiento, con pequeños estiramientos de dificultad progresiva. Los primeros 10 minutos de la sesión se deben dedicar a calentar los diferentes grupos musculares y los 5 últimos minutos se dedican a estiramientos y relajación. La resistencia utilizada puede ser mediante discos, sacos de arena, elásticos o cualquier utensilio doméstico que pueda ser una resistencia a vencer, pero no excesiva para evitar lesiones.

Exhalar en el levantamiento e inhalar durante el descenso del movimiento o de la barra o de cualquier resistencia empleada. Mantener la respiración durante el levantamiento puede provocar una elevada tensión arterial en estos individuos. Realizar de dos a tres series por grupo muscular.

Beneficios fisiológicos: Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como la arterioesclerosis y la hipertensión; ayuda a mantener el peso ideal y disminuir la prevalencia de obesidad; reduce la incidencia de algunos tipos de cáncer (especialmente los de mama, colon y páncreas) y mejora la recuperación física y emocional tras la superación del mismo; ayuda a mantener un balance nutricional y metabólico más adecuado, reduciendo el riesgo de síndrome metabólico y retrasa la resistencia a la insulina asociada con el envejecimiento por lo que la incidencia diabetes tipo II en este grupo poblacional se reduce.

A nivel del aparato locomotor, previene la aparición de osteoporosis; mejora la capacidad de hacer esfuerzo sin fatiga; previene la atrofia muscular; disminuye las caídas en ancianos, por tanto, disminuyen las lesiones y fracturas y mejora la calidad de vida; mejora la respuesta inmunológica ante infecciones; incrementa el efecto de las vacunas; aumenta la capacidad de aprovechamiento de oxígeno y facilita la digestión, favorece el tránsito intestinal y regula hábitos de evacuación, previniendo el estreñimiento.

Beneficios psicológicos: Disminuye el estrés mental, gracias a la liberación de endorfinas que producen bienestar psíquico; mejora la capacidad psicomotora del individuo, aumentando la autonomía personal; mejora la apariencia física, contribuyendo a una relación positiva con el propio cuerpo; mejora la calidad del sueño y disminuye el insomnio; incrementa y conserva la función cognitiva; protege frente al riesgo de desarrollar demencia o Alzheimer e incrementa la capacidad de decisión y sentimientos de autoeficacia.

Beneficios sociales: Fomenta la sociabilidad, aumenta la autonomía, la integración social y la autoestima, ayuda a afrontar problemas y conseguir retos, y distrae de problemas diarios.

Conclusiones:

La actividad física regular puede ayudar a muchos adultos mayores a mejorar su salud; aun cuando sean realizadas a un nivel moderado. El hábito del ejercicio físico puede prevenir o retrasar una variedad de enfermedades e incapacidades asociadas con el envejecimiento.

Bibliografía:

1. Valencia C, Lopez-Alzate E, Tirado E, Zea-Herrera MD, Lopera F, Rupprecht R, Oswald WD. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. REV NEUROL 2008; 46 (8): 465-47.
2. Avila JA, Aguilar N, Melano C. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica. Gac Méd Méx 2008;144 (3): 255-262.
3. American Diabetes Association. Physical activity/exercise and diabetes mellitus. Diabetes Care. 2003;26(Suppl. 1): s73-7.

Capítulo CXXIII

Pérdida de peso en recién nacidos normales con lactancia materna durante la estancia hospitalaria

Autores:

Ángela Almarcha Lanzarote

Ana María Cabezali Lozano

Nuria Infante Torres

Laura López Garrido

PÉRDIDA DE PESO EN RECIÉN NACIDOS NORMALES CON LACTANCIA MATERNA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La pérdida de peso del neonato durante los primeros días es fisiológica en la mayoría de los casos. Sin embargo, es una de las grandes preocupaciones de los padres y este temor puede inducir a un abandono de la lactancia materna de forma precoz.

OBJETIVO

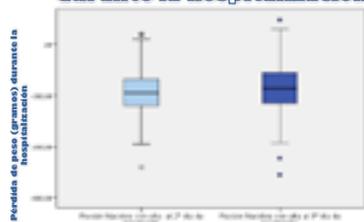
Conocer la pérdida de peso en los recién nacidos (RN) que inician lactancia materna (LM) y su relación con diversos factores asociados.

METODOLOGÍA

- Estudio de cohortes retrospectivo sobre 994 recién nacidos en la Gerencia no patológicos que inician lactancia materna entre el 1 de noviembre de 2013 y el 31 de julio de 2015.
- Criterios de exclusión:** RN < 37 semanas de gestación, < 2.500 gr de peso al nacer y estancia hospitalaria mayor o menor de 2 o 3 días. Tras criterios de exclusión, muestra N = 909.
- Fuentes de información:** Historias clínicas de los RN.
- Análisis estadístico:** Estadística descriptiva por medio de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y media con desviación estándar para variables cuantitativas. Para la estadística inferencial se emplearon las pruebas de Ji cuadrado para variables cualitativas y análisis de la varianza para cuantitativas. Se realiza análisis multivariante para control de confusión.

RESULTADOS

Gráfico 1: Pérdida de peso del RN en gramos durante la hospitalización



RN con otro al 2º día de nacimiento: Media = -183,19 y SD = 80,97. RN con otro al 3º día de nacimiento: Media = -167,86 y SD = 90,08. Los RN con estancia de 3 días presentan menores pérdidas de peso que los que están solo 2 días de forma cruda.

Gráfico 2: Porcentaje de pérdida de peso del RN durante la hospitalización



Sólo un 1,8% de los RN tienen una pérdida superior al 10% durante la estancia hospitalaria.

Tabla 1. Factores asociados a la pérdida de peso superior al 7%

Variables a estudio	Porcentaje (Frecuencia absoluta)		Valor p	Análisis multivariante (Valor p)
	≤ 7%	> 7%		
Días de ingreso	2 días	70,2% (402)	0,018	0,124
	3 días	77,4% (260)		
Tipo de parto	Eutócico	72,2% (556)	0,369	0,714
	Cesárea	75,9% (104)		
Lactancia al alta	Materna	66,6% (377)	p<0,001	p<0,001
	Mixta	82,7% (268)		
	Artificial	89,5% (17)		

El cambio de alimentación durante la estancia hospitalaria a lactancia mixta o artificial se asocia con menores porcentajes de pérdida de peso > 7% durante la hospitalización al realizar análisis multivariante.

Tabla 2. Factores asociados a la pérdida de peso superior al 10%

Variables a estudio	Porcentaje (Frecuencia absoluta)		Valor p	Análisis multivariante (Valor p)
	≤ 10%	> 10%		
Días de ingreso	2 días	98,4% (564)	0,570	0,921
	3 días	97,9% (329)		
Tipo de parto	Eutócico	98,3% (757)	0,681	0,714
	Cesárea	97,8% (134)		
Lactancia al alta	Materna	97,5% (552)	0,108	0,153
	Mixta	99,4% (322)		
	Artificial	100% (19)		

Ni la duración de la hospitalización, ni el tipo de parto, ni el tipo de alimentación se asocian con mayores pérdidas de peso superiores al 10% al realizar análisis multivariante.

Tabla 3. Motivos de abandono de lactancia materna y su relación con la pérdida de peso durante la hospitalización

Motivos de abandono de lactancia materna	Porcentaje (Frecuencia absoluta)	Media	Intervalo de confianza
No especificado en registro	12,74% (45)	5,15	-5,81 / -4,48
Decisión materna	39,65% (136)	4,43	-4,85 / -4,01
Patología durante la hospitalización posterior al ingreso	2,62% (9)	4,03	-6,55 / -1,51
Pérdida ponderal	16,03% (55)	6,03	-6,64 / -5,42
Escasez de calostro	26,82% (92)	4,37	-4,86 / -3,88
Dificultad de agarre al pecho	1,16% (4)	3,95	-7,68 / -0,22
RN macrosómico	0,58% (2)	1,49	-17,36 / 14,37

Hay 55 y 92 RN que abandonan la lactancia materna por pérdida de peso y escasez de calostro, respectivamente. Dichos valores medios son inferiores al 7%.

CONCLUSIONES

- La pérdida de peso mayor del 7% se presenta en el 27 % de los RN, pero sólo un 1,8% presenta pérdidas superiores al 10%.
- Aunque aparentemente aparece una pérdida superior en los niños con una estancia menor, probablemente se deba a un cambio en el tipo de alimentación. Con todo, la pérdida de peso mayor del 10% es muy simbólica y no se justifica el abandono de la lactancia materna por pérdida ponderal o escasez de calostro, porque los valores de pérdida media son inferiores a los recomendados.
- Estos resultados pueden reforzar a los profesionales y a las familias para seguir con la lactancia materna, reduciendo su temor a que el RN se encuentre en peligro ya que los casos en los que está justificado el cambio de alimentación por pérdida excesiva son escasos.

Resumen: *Objetivo: Conocer la pérdida de peso (PP) de los recién nacidos (RN) que inician lactancia materna (LM) durante la estancia hospitalaria y su relación con diversos factores. Metodología: Estudio de cohortes retrospectivo sobre 994 RN no patológicos. Conclusiones: La PP mayor del 7% se presenta en el 27,2% de los RN, pero sólo un 1,8% presenta pérdidas superiores al 10%. Aunque aparece una pérdida superior en niños con una estancia menor, puede deberse a un cambio de alimentación. Con todo, la PP mayor del 10% es simbólica y no se justifica el abandono precoz de la LM.*

Palabras Clave: *Pérdida de peso; Recién nacido; Lactancia materna.*

Introducción:

La pérdida de peso del recién nacido durante los primeros días de vida es fisiológica en la mayoría de los casos, sin embargo, una pérdida de peso excesiva puede provocar una gran preocupación y ansiedad en los padres, siendo una de las razones más comunes por las que se suspende la lactancia materna de forma precoz.

Objetivo:

Conocer la pérdida de peso de los recién nacidos que inician lactancia materna durante la estancia hospitalaria y su relación con diversos factores asociados.

Metodología:

Estudio de cohortes retrospectivo sobre 994 recién nacidos no patológicos de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan que inician lactancia materna entre el 1 de noviembre de 2013 y el 31 de julio de 2015.

Los criterios de exclusión fueron los recién nacidos pretérmino (menores de 37 semanas de gestación), recién nacidos de bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) y con una estancia hospitalaria menor de 2 días o mayor de 3 días. Tras los criterios de exclusión, la muestra es de 909 recién nacidos. Las fuentes de información fueron las historias clínicas de los recién nacidos.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva por medio de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y media con desviación estándar para variables cuantitativas. Para la estadística inferencial se emplearon las pruebas de Ji cuadrado para variables cualitativas y análisis de la varianza para cuantitativas. Se realizó análisis multivariante para el control de confusión.

Resultados:

Los recién nacidos con una estancia hospitalaria de 3 días presentan menores pérdidas de peso que aquellos que están sólo 2 días ingresados (167,86 gr y 183,19 gr, respectivamente).

Con respecto al porcentaje de pérdida de peso del recién nacido durante la hospitalización, se destaca que sólo un 1,8% de los recién nacidos tienen una pérdida superior al 10%. Un 27,2% de los recién nacidos presentan una pérdida mayor del 7%.

El cambio de alimentación durante la estancia hospitalaria de lactancia materna a lactancia mixta o artificial se asocia con menores porcentajes de pérdida de peso mayor del 7% al realizar análisis multivariante ($p < 0,001$). Sin embargo, ni la duración del ingreso del recién nacido, ni el tipo de parto (eutócico o cesárea) ni el tipo de alimentación se asocian con pérdidas de peso superiores al 10 % al realizar análisis multivariante.

En cuanto al motivo de abandono de la lactancia materna durante la hospitalización, hay 92 y 55 recién nacidos que abandonan la lactancia materna por escasez de calostro y por pérdida de peso, respectivamente. Sin embargo, este abandono no estaría justificado ya que los valores medios de la pérdida de peso están por debajo del 7% (escasez de calostro: 4,37% y pérdida de peso: 6,03%). Ninguno de los demás motivos de abandono estudiados estarían justificados porque todos producen pérdidas de peso menores del 7%.

Conclusiones:

La pérdida de peso mayor del 7% se presenta en el 27,2% de los recién nacidos, pero sólo un 1,8% presenta pérdidas superiores al 10%.

Aunque aparentemente aparece una pérdida superior en los niños con una estancia menor, probablemente se deba a un cambio de alimentación. Con todo, la pérdida de peso mayor del 10% es muy simbólica y no se justifica el abandono de la lactancia materna por pérdida ponderal o escasez de calostro, porque los valores de pérdida media son inferiores a los recomendados.

Los resultados de nuestro estudio pueden reforzar a los profesionales y a las familias para seguir con la lactancia materna, reduciendo su temor a que el recién nacido se encuentre en peligro, ya que los casos en los que está justificado el cambio de alimentación por pérdida excesiva son escasos.

Bibliografía:

1. Flaherman VJ, Beiler JS, Cabana MD, Paul IM. Relationship of newborn weight loss to milk supply concern and anxiety: the impact on breastfeeding duration. *Matern Child Nutr.* 2015 Mar 18.
2. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015. 135:e16.
3. Preer GL, Newby PK, Philipp BL. Weight loss in exclusively breastfed infants delivered by cesarean birth. *J Hum Lact.* 2012 May; 28(2):153-8.
4. Mulder PJ, Johnson TS, Baker LC. Excessive weight loss in breastfed infants during the postpartum hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010 Jan-Feb; 39(1):15-26.
5. Flaherman VJ, Kuzniewicz MW, Li S, Walsh E, McCulloch CE and Newman TB. First-day weigh loss predicts eventual weight nadir for breastfeeding newborns. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2013 Nov;98(6):F488-92.

Capítulo CXXIV

Pesadillas y terrores nocturnos en la edad infantil

Autores:

Cristina Baena Matas

Nieves Hervás Cuadra

M^a Teresa Moreno Hernández

Sergio Rodríguez Serrano

Almudena Sánchez-Elípe Muñoz

Ricardo Tejeda Serrano

PESADILLAS Y TERRORES NOCTURNOS EN LA EDAD INFANTIL

Introducción:

Las pesadillas son sueños largos y elaborados que provocan una intensa ansiedad o terror, que termina con el despertar del niño. Cuando se despierta, puede describir lo que soñaba. Suelen aparecer en la segunda mitad de la noche, hacia el amanecer y predominan entre los 8 y 10 años.

En los terrores nocturnos el niño grita y llora angustiosamente en medio de un sueño, manifestando miedo intenso, siendo muy difícil despertarlo. No suele recordar lo acontecido. Se suelen producir en la primera mitad de la noche y duran de uno a diez minutos. Suelen predominar en niños entre los 4 y los 7 años

Objetivo:

Revisar la bibliografía existente sobre las actuaciones de enfermería a seguir en las pesadillas y los terrores nocturnos en la infancia.



Material y Métodos:

Revisión de las principales bases de datos: Cuiden, Pubmed, TripDataBase, Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron: childhood, night terrors, dreams, nightmares, Sleep Terror Disorder. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios descriptivos, revisiones sistemáticas y metanálisis que abordaran los terrores nocturnos y pesadillas, siendo este el principal criterio de inclusión.

Resultados:

Tras la eliminación de duplicidades y de artículos que no se ajustaban al criterio de inclusión, se seleccionaron 13 artículos de los que se realizó un análisis de las actividades a realizar por los profesionales y dirigidas a los niños que pueden verse en los cuadros de abajo:

Pesadillas

Los padres deben centrarse en tranquilizar al niño y darle seguridad si se despierta.

NO debemos llevarlo a la cama de los padres porque los acostumbramos

Tampoco debemos hablar del contenido del sueño en el momento ni encender la luz.

Evitar la excitación excesiva: programas violentos, historias de miedo...

Si el contenido del sueño se repite con frecuencia, investigar qué le provoca la ansiedad, tratar de hablar sobre ellos y serenarlo.

Terrores Nocturnos

No producen sufrimiento en el niño, ni son debidos a psicopatología ni a acontecimientos terribles en sus vidas.

Cuando ocurran, los padres deben centrarse en estar junto al niño, intentar tranquilizarle y dejarlo dormir al terminar el episodio.

Normalizar las pautas de sueño

Suelen desaparecer en la adolescencia

Conclusiones:

El criterio para consultar a un especialista suele ser que alguna de las dos perturbaciones afecten a las actividades habituales del niño o estén produciendo un malestar significativo. Es importante realizar EpS dirigida a los padres, incidiendo en las diferentes actuaciones a realizar durante la aparición de los trastornos del sueño.

Resumen: Las pesadillas son sueños largos y elaborados que provocan ansiedad y despiertan al niño. En los terrores nocturnos manifiesta miedo intenso, siendo muy difícil despertarlo.

Objetivo: Revisar la bibliografía existente sobre las actuaciones de enfermería a seguir en las pesadillas y los terrores nocturnos en la infancia. **Metodología:** Revisión de las principales bases de datos en ciencias de la salud. **Resultados:** Se seleccionaron 13 artículos y se recogieron las principales intervenciones a realizar con respecto a los terrores nocturnos y las pesadillas en la edad infantil.

Conclusiones: Es importante que enfermería realice educación para la salud dirigida a padres.

Palabras Clave: Sueños (dreams); Enfermería psiquiátrica (Psychiatric Nursing); Terrores nocturnos (night terrors).

Introducción:

Las pesadillas son sueños largos y elaborados que provocan una intensa ansiedad o terror, que termina con el despertar del niño. Cuando se despierta, puede describir lo que soñaba. Suelen aparecer en la segunda mitad de la noche, hacia el amanecer y predominan entre los 8 y 10 años. La presencia de pesadillas de manera esporádica es algo completamente normal y no debe alarmar a los padres. En ocasiones, puede estar relacionado con algo que ha causado inquietud en el niño: programa de televisión, historias de miedo, angustias de los padres. Los niños inseguros son más propensos. También son más frecuentes en niños sometidos a un estrés psicológico y social intenso.

En los terrores nocturnos el niño grita y llora angustiosamente en medio de un sueño, manifestando miedo intenso, siendo muy difícil despertarlo. No suele recordar lo acontecido. Se suelen producir en la primera mitad de la noche y duran de uno a diez minutos. Suelen predominar en niños entre los 4 y los 7 años. Son más frecuentes en niños que en niñas. Llegar a la noche demasiado cansado puede provocar un sueño muy profundo, donde se producen los terrores nocturnos. También suele haber antecedentes familiares de terrores nocturnos o sonambulismo. Sólo en algunos casos muy poco probables, están relacionados con problemas psicológicos del niño.

Objetivos:

Revisar la bibliografía existente sobre las actuaciones de enfermería a seguir en las pesadillas y los terrores nocturnos en la infancia

Material y métodos:

Revisión de las principales bases de datos: Cuiden, Pubmed, TripDataBase, Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron: childhood, night terrors, dreams, nightmares, Sleep Terror Disorder, psychiatric nursing .

Se incluyeron ensayos clínicos, estudios descriptivos, revisiones sistemáticas y metanálisis que abordaran los terrores nocturnos y pesadillas, siendo este el principal criterio de inclusión.

Resultados:

Tras la eliminación de duplicidades y de artículos que no se ajustaban al criterio de inclusión, se seleccionaron 13 artículos de los que se realizó un análisis de las actividades a realizar por los profesionales y dirigidas a los niños que pueden verse a continuación:

Intervenciones en las pesadillas:

Cuando ocurre una pesadilla los padres deben centrarse en tranquilizar al niño y darle seguridad si se despierta.

NO debemos llevarlo a la cama de los padres porque los acostumbramos y estropeamos el buen hábito del sueño. Tampoco debemos hablar del contenido del sueño en el momento ni encender la luz. El contenido lo comentaremos durante el día.

Evitar la excitación excesiva: programas violentos, historias de miedo...

Si el contenido del sueño se repite con frecuencia, investigar qué le provoca la ansiedad, tratar de hablar sobre ellos y serenarlo.

Intervenciones en los terrores nocturnos:

Lo primero que hay que saber es que no producen sufrimiento en el niño, ni son debidos a psicopatología ni a acontecimientos terribles en sus vidas. Cuando ocurran, los padres deben centrarse en estar junto al niño, intentar tranquilizarle (aunque suele ser inútil) y dejarlo dormir al terminar el episodio.

Normalizar las pautas de sueño: evitar que llegue excesivamente cansado a la noche; una pequeña siesta suele ser útil.

Suelen desaparecer en la adolescencia.

Conclusiones:

El criterio para consultar a un especialista suele ser que alguna de las dos perturbaciones afecten a las actividades habituales del niño o estén produciendo un malestar significativo.

Es importante que la enfermería de psiquiatría infanto-juvenil y/o pediátrica realice educación para la salud dirigida a los padres, incidiendo en las diferentes actuaciones a realizar durante la aparición de los trastornos del sueño.

Bibliografía:

1. Aldana A; Samudio D; Irala E y Rodas N. Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana. *Pediatr.* 2006; 33(1):20-25.
2. Sierra Freire JC; Sánchez Gómez AI; Miró Morales E; Buena Casal G. El niño con problemas de sueño. Ediciones Pirámide. 2004; ISBN: 978-84-368-1869-7 84-368-1869-5.
3. Nikolopoulou M; St James-Roberts I. Preventing sleeping problems in infants who are at risk of developing them. *Arch Dis Child* 2003;88(2):108-111.
4. Pin Arboledas G; Lluch Roselló A; Borja Paya F. El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *An Esp Pediatr.* 1999; 50:247- 252.
5. Moore M; Allison D; Rosen CL. A Review of Pediatric Nonrespiratory Sleep Disorders *Chest.* 2006; 130:1252-1262.

Capítulo CXXV

Pioderma gangrenoso

Autores:

Cristina Aparicio Hernández

Rosa María Calatrava Muñoz

María Reyes Mora Hidalgo

PIODERMA GANGRENOSO

INTRODUCCIÓN

El Pioderma gangrenoso es un trastorno inflamatorio de la piel poco frecuente, de etiología autoinmune, caracterizado por úlceras necróticas de aparición espontánea, post trauma o cirugía, de progreso tórpido, crónico y destructivo a piernas, glúteos, abdomen y brazos, afectando en 90,9% a mujeres y 9,1% a hombres entre 40 y 50 años que padecen Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn y/o Artritis. Precisan un tratamiento sistémico para evitar su progresión y las secuelas al paciente, descartando otras enfermedades sistémicas autoinmunes. Nuestros objetivos tratan de informar al paciente sobre su patología, establecer un plan de cuidados estandarizado hasta su curación, tratamiento precoz e implicar al paciente para cumplir el tratamiento y su cuidado.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 46 años, con aparente picadura de mosquito infectada y antecedentes de Colitis Ulcerosa de 20 años de evolución con episodios agudos anuales de deposiciones muco-sanguíneas, acompañadas de gran debilidad física y astenia confirmada tras analítica alterada. En la exploración presenta pápula negruzca con borde eritematoso con dolor a la palpación en 1/3 inferior de pierna derecha (**Foto 1**). Tras varios días sin tratamiento, aparece con úlcera abierta con base necrótica, tejido esfacelar blando con abundante exudado sero purulento, piel perilesional eritematosa y crepitación en algunas zonas (**Foto 2**).

Diagnósticos enfermeros (NANDA)

- 047- Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea
- 182- Disposición para mejorar el autocuidado
- 046- Deterioro de la Integridad Cutánea
- 118- Trastorno de la Imagen Corporal
- 004- Riesgo de Infección
- 146- Ansiedad
- 132- Dolor

Resultados (NOC)

- 1102- Curación de las heridas
- 1805- Conocimiento de la enfermedad
- 1402- Control de la ansiedad
- 2000- Calidad de vida
- 1605- Control del dolor
- 1902- Control del riesgo
- 1205- Autoestima

Actividades (NIC)

- 3660- Cuidados de las heridas
- 6540- Control de infecciones
- 5602- Enseñanza del proceso
- 5820- Disminución de la ansiedad
- 0480- Facilitar la responsabilidad
- 6610- Identificación de riesgos
- 5400- Potenciación de la autoestima
- 1400- Manejo del dolor
- 3584- Cuidados de la piel
- 5510- Educación sanitaria
- 1800- Ayuda al autocuidado
- 5270- Apoyo emocional

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras un periodo en curas de 3 meses y 17 días el Pioderma Gangrenoso evoluciona favorablemente y sin complicaciones tras aplicar el tratamiento correctamente en el este paciente

El diagnostico precoz y los tratamientos tópico y sistémico (antibióticos y corticoides) adecuado es fundamental en estos pacientes, para el control de la enfermedad y evitar la cronicidad y recidiva de las úlceras.

El correcto diagnóstico y el plan de cuidados estandarizado logra buenos resultados en el tratamiento de este tipo de lesiones

VIII Congreso de Investigación SATSE
19 y 20 de Noviembre de 2015
Ciudad Real



(Foto 1)



(Foto 2)



(Foto 3)



(Foto 4)

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

- Explicar al paciente el protocolo de cura a seguir.
- Lavado de manos higiénico y colocación de guantes estériles
- Retirada de apósitos anteriores, apreciando exudado, piel perilesional, lecho y tejido necrótico, mal olor, coloración y vascularización, etc.
- Limpiar la herida con suero fisiológico, después se aplica solución de clorhexidina acuosa al 1% y secar con gasas estériles (**Foto 3**).
- Desbridamiento mecánico de áreas necrosadas y enzimático para el licuado esfacelar con posterior uso de apósitos estériles de alginato cálcico para absorción del excesivo exudado, compresas estériles y vendaje oclusivo. (**Foto 4**).
- En sucesivas curas pautadas cada 48 horas se utiliza apósitos de espuma de poliuretano con plata junto con un vendaje oclusivo (**Foto 5 y 6**).
- Posteriormente, se aconseja que se hidrate la zona con crema y aceites para regeneración tisular. (**Foto 7**).



(Foto 5)



(Foto 6)



(Foto 7)

Resumen: *Pioderma gangrenoso es un trastorno inflamatorio de la piel poco frecuente de etiología autoinmune, caracterizado por úlceras necróticas postraumáticas, de progreso tórpido, crónico y destructivo en piernas, glúteos, abdomen y brazos, en pacientes con Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn y/o Artritis.*

Informaremos al paciente sobre su patología, estableceremos un plan de cuidados y el tratamiento precoz. Transcurridos 3 meses y 17 días, obtenemos buenos resultados tras aplicar el tratamiento.

El correcto diagnóstico precoz, plan de cuidados y los tratamientos tópico y sistémico adecuados son fundamentales para controlar la enfermedad, evitar cronicidad y lograr buenos resultados en este tipo de lesiones.

Palabras Clave: *Pioderma Gangrenoso; Úlcera Necrótica; Cuidados de Enfermería.*

El Pioderma gangrenoso es un trastorno inflamatorio de la piel poco frecuente, de etiología autoinmune, caracterizado por úlceras necróticas de aparición espontánea, post trauma o cirugía, de progreso tórpido, crónico y destructivo a piernas, glúteos, abdomen y brazos, afectando en 90,9% a mujeres y 9,1% a hombres entre 40 y 50 años que padecen Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn y/o Artritis. Precisan un tratamiento sistémico para evitar su progresión y las secuelas al paciente, descartando otras enfermedades sistémicas autoinmunes.

Nuestros objetivos tratan de informar al paciente sobre su patología, establecer un plan de cuidados estandarizado hasta su curación, tratamiento precoz e implicar al paciente para cumplir el tratamiento y su cuidado.

Observación clínica:

Varón de 46 años, con aparente picadura de mosquito infectada y antecedentes de Colitis Ulcerosa de 20 años de evolución con episodios agudos anuales de deposiciones muco-sanguíneas, acompañadas de gran debilidad física y astenia confirmada tras analítica alterada. En la exploración presenta pápula negruzca con borde eritematoso con dolor a la palpación en 1/3 inferior de pierna derecha. Tras varios días sin tratamiento, aparece con úlcera abierta con base necrótica, tejido esfacelar blando con abundante exudado sero purulento, piel perilesional eritematosa y crepitación en algunas zonas.

Diagnósticos enfermeros (NANDA)

047- Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea

182- Disposición para mejorar el autocuidado

046- Deterioro de la Integridad Cutánea

118- Trastorno de la Imagen Corporal

004- Riesgo de Infección

146- Ansiedad

132- Dolor

Resultados (NOC)

- 1102- Curación de las heridas
- 1805- Conocimiento de la enfermedad
- 1402- Control de la ansiedad
- 2000- Calidad de vida
- 1605- Control del dolor
- 1902- Control del riesgo
- 1205- Autoestima

Actividades (NIC)

- 3660- Cuidados de las heridas
- 6540- Control de infecciones
- 5602- Enseñanza del proceso
- 5820- Disminución de la ansiedad
- 0480- Facilitar la responsabilidad
- 6610- Identificación de riesgos
- 5400- Potenciación de la autoestima
- 1400- Manejo del dolor
- 3584- Cuidados de la piel
- 5510- Educación sanitaria
- 1800- Ayuda al autocuidado
- 5270- Apoyo emocional

Plan de cuidados enfermero:

- Explicar al paciente el protocolo de cura a seguir.
- Lavado de manos higiénico y colocación de guantes estériles.
- Retirada de apósitos anteriores, apreciando exudado, piel perilesional, lecho y tejido necrótico, mal olor, coloración y vascularización, etc.
- Limpiar la herida con suero fisiológico, después se aplica una solución de clorhexidina acuosa al 1% y se seca con gasas estériles.
- Desbridamiento mecánico de áreas necrosadas y enzimático para el licuado esfacelar con posterior uso de apósitos estériles de alginato cálcico para absorción del excesivo exudado, compresas estériles y vendaje oclusivo).
- En sucesivas curas pautadas cada 48 horas se utiliza apósitos de espuma de poliuretano con plata junto con un vendaje oclusivo.
- Posteriormente, se aconseja que se hidrate la zona con crema y aceites para regeneración tisular.

Discusión y conclusiones:

Tras un periodo en curas de 3 meses y 17 días el Pioderma Gangrenoso evoluciona favorablemente y sin complicaciones tras aplicar el tratamiento correctamente en el este paciente El diagnóstico precoz y los tratamientos tópicos y sistémicos (antibióticos y corticoides) adecuado es fundamental en estos pacientes, para el control de la enfermedad y evitar la cronicidad y recidiva de las úlceras.

El correcto diagnóstico y el plan de cuidados estandarizado logra buenos resultados en el tratamiento de este tipo de lesiones.

Bibliografía:

1. Ferrándiz-Pulido C, García-Patos Briones V. La dermatología en la práctica diaria Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento. *Piel*. 2008;23(1):24-9.
2. Cadavid M, Palacios CP, Molina AL, Gómez LM, Restrepo R. Pioderma gangrenoso: reporte de caso. *Medicina UPB*. 2012; 31(1):59-62.
3. Aróstegui J. I.: Manifestaciones cutáneas en las enfermedades autoinflamatorias sistémicas. *Piel*. 2009; 24 (3): 139-145.
4. Hadi A.; Lebwohl M.: Clinical features of pyoderma gangrenosum and current diagnostic trends. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2010; 64 (5): 950-953.

Capítulo CXXVI

Plan de cuidados de enfermería ante un paciente con ACV

Autores:

Sagrario Beldad Peco

Raquel López Ciudad

María José López Martínez

María José Palencia Escobar

María Dolores Valencia Ruiz

PLAN DE CUIDADOS ANTE UN PACIENTE CON ACV

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cerebrovasculares (ACV) son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Son una de las causas más frecuente de muerte.

Su manifestación **aguda** se conoce como **ICTUS**, y su presentación suele ser súbita. El 80-85% de los ACV suelen ser de origen isquémico.

RESULTADO

OBJETIVOS

Establecer un **plan de cuidados** de enfermería usando la metodología NANDA/NIC/NOC dirigida a pacientes con accidentes cerebrovasculares.

MÉTODO

Se realizó revisión bibliográfica en las principales bases de datos, elaborándose un plan de cuidados usando la metodología NANDA/NIC/NOC incluyéndose los posibles factores de riesgo.

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	FACTORES DE RIESGO	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RESULTADOS (NOC)
00031 Limpieza ineficaz de vías aéreas. 00039 Riesgo de aspiración.	- Retención de secreciones - Secreciones bronquiales	3140 Manejo de vías aéreas 3250 Mejora de la tos 0840 Cambio de posición 3230 Fisioterapia respiratoria	- Colocar al paciente en posición de máximo potencial ventilatorio y eliminar secreciones (tos o succión.) - Enseñar a toser y realizar respiraciones profundas. - Colocar en posición terapéutica y elevar cabecero de la cama. - Administrar aerosolterapia y broncodilatadores s/p	0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de vías respiratorias
00103 Deterioro de la deglución.	- Deterioro neuromuscular - Aumento presión intracraneal	1860 Terapia de deglución 3200 Precauciones para evitar la aspiración	- Enseñar al cuidador a alimentar, vigilar y cambios de posición, cuidados bucales y medidas para evitar ahogos. - Vigilar nivel de conciencia, reflejo, tos y capacidad deglutiva. Incorporación 90°. Comprobar sonda antes de alimentación y evitar alimentación sin residuos abundantes.	1010 Estado de deglución
00011 Estreñimiento. 00021 Incontinencia urinaria total. 00014 Incontinencia fecal	- Disminución actividad física - Disfunción neurológica - Pérdida control esfínter rectal	0450 Manejo del estreñimiento/impacción 0590 Manejo de la eliminación urinaria	- Vigilar signos y síntomas de estreñimiento. Comprobar movimientos intestinales y administrar enema s/p.	0503 Eliminación urinaria 0501 Eliminación intestinal
00085 Deterioro movilidad física.	- Deterioro neuromuscular y cognitivo.	0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular 6490 Prevención de caídas	- Determinar limitaciones de movimiento y actuar sobre la función. Colaborar con fisioterapia en un programas de ejercicios.	0208 Movilidad
00093 Fatiga	- Ansiedad.	0180 Manejo de la energía	- Observar y registrar nº de horas de sueño del paciente, administración y efecto de los sedantes y vigilar aparición de fatiga física y emocional.	0006 Energía psicomotora de los sedantes
00123 Desatención unilateral.	- Deterioro neuromuscular y cognitivo.	2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	- Observar respuestas anómalas (sensorial, visual y auditiva). Mantener extremidades afectas en posición correcta. Animar al paciente a mover parte afecte e incluir a la familia en la rehabilitación. - Mantener intimidad del paciente mientras se viste y ayudar con cordones y cremalleras s/p.	0300 Autocuidados: AVD 0204 Consecuencias de la inmovilidad fisiológica
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	- Inmovilidad. - Incontinencia.	3540 Prevención de la UPP 0840 Cambio de posición	- Utilizar Escala de Braden para la valoración. Vigilar zonas enrojecidas. Aplicar protocolo. Enseñar al cuidador signos de rotura de la piel. - Animar a participar en los cambios posturales. Colocar en posición terapéutica y colocar objetos de uso frecuente al alcance.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
00155 Riesgo de caídas.	- Alteración del estado mental - Deterioro de la percepción	6499 Prevención de caídas 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio	- Identificar factores de riesgo de caídas. Ayudar a la deambulación, controlando la marcha, equilibrio y cansancio del paciente. Colocar objetos al alcance del paciente. - Ayudar a establecer objetivos realistas. Determinar capacidad del paciente para participar en las actividades de equilibrio. Proporcionar dispositivos de ayuda (apoyo) al realizar ejercicios.	1909 Conductas de prevención de caídas
00004 Riesgo de infección.	- Procedimientos invasivos - Agentes farmacológicos	6540 Control de las infecciones 6550 Protección contra infecciones	- Precauciones universales de infección y asegurar técnicas de cuidados adecuadas. - Observar grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Técnicas de aislamiento s/p. Enseñar a evitar infecciones.	0703 Severidad de la infección
00051 Deterioro de la comunicación verbal.	- Disminución de la actividad cerebral.	5820 Disminución de la ansiedad		0902 Comunicación
00074 Afrontamiento familiar comprometido.	- Desorganización familiar - Cambio de roles temporales - Continuidad de cuidados en su domicilio.	7140 Apoyo a la familia 7040 Apoyo al cuidador principal: facilitar el aprendizaje	- Asegurar a la familia que se le brindan los mejores cuidados posibles. Determinar la carga psicológica para la familia. Ofrecer esperanza realista. No emitir juicios. - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. Enseñar técnicas de cuidados para mejorar la seguridad del paciente.	2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
00102 Déficit de autocuidado: alimentación.	- Deterioro cognitivo y neuromuscular	1860 Terapia de deglución 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación		0303 Autocuidado: comer
00108 Déficit de autocuidado: Baño/higiene.	- Deterioro cognitivo y neuromuscular - Dificultad para percibir una parte corporal.	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	- Proporcionar los objetos personales deseados. Facilitar que el paciente se pueda asear solo. Proporcionar ayuda hasta que el paciente pueda asumir su autocuidado.	0305 Autocuidado: higiene
00045 Deterioro de la mucosa oral.	- Dieta absoluta más de 24h	1710 Mantenimiento de la salud bucal		1100 Higiene bucal

CONCLUSIONES

Una adecuada atención a través de un **plan de cuidados** de enfermería a los pacientes que sufren un ACV, puede hacer disminuir las repercusiones negativas en los pacientes y favorecer una mejor y rápida inclusión a su vida diaria, favoreciendo así su **calidad de vida** y la de sus familiares (cuidadores).

BIBLIOGRAFÍA

- Manual CTO de Enfermería. 4ªed. Madrid: McGraw-Hill, 2007.
- Jiménez Murillo, L.; Montero Pérez, F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ªed. Madrid: Elsevier, 2014.
- Hospital General de Ciudad Real (en línea). Plan de cuidados al paciente con ACV. [Consulta: 08/Octubre/2015]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidados-paciente-acv.pdf>



Resumen: Debido a que las enfermedades cerebrovasculares (ACV) son una de las causas más frecuentes de muerte, hemos querido dar a conocer la importancia de elaborar un adecuado Plan de Cuidados de Enfermería, teniendo en cuenta; los diagnósticos (NANDA), factores de riesgo, intervenciones (NIC), actividades de enfermería y resultados (NOC), para una adecuada atención a los pacientes con ACV, disminuyendo así las repercusiones negativas en dichos pacientes y favoreciendo su calidad de vida y la de sus familiares (cuidadores).

Palabras Clave: Plan de cuidados; Accidente cerebrovascular; Calidad de vida.

Introducción:

Las Enfermedades Cerebrovasculares (ACV) son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Son una de las causas más frecuente de muerte. Su manifestación aguda se conoce como ICTUS, y su presentación suele ser súbita. El 80-85% de los ACV suelen ser de origen isquémico.

Objetivos:

Establecer un plan de cuidados de enfermería usando la metodología NANDA/NIC/NOC dirigido a pacientes con accidentes cerebrovasculares.

Método:

Se realizó revisión bibliográfica en las principales bases de datos, elaborándose un plan de cuidados usando la metodología NANDA/NIC/NOC incluyéndose los posibles factores de riesgo.

Resultado:

DIAGNÓSTICOS NANDA:

00031 Limpieza ineficaz de vías aéreas.

00039 Riesgo de aspiración.

00103 Deterioro de la deglución.

00011 Estreñimiento.

00021 Incontinencia urinaria total.

00014 Incontinencia fecal

00085 Deterioro movilidad física.

00093 Fatiga

00123 Desatención unilateral.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00155 Riesgo de caídas.

- 00004 Riesgo de infección.
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal.
- 00074 Afrontamiento familiar comprometido.
- 00102 Déficit de autocuidado: alimentación.
- 00108 Déficit de autocuidado: Baño/higiene.
- 00045 Deterioro de la mucosa oral.

Factores de riesgo:

- Retención de secrecciones
- Secreciones bronquiales
- Deterioro neuromuscular
- Aumento presión intracraneal
- Disminución actividad física
- Disfunción neurológica
- Pérdida control esfínter rectal
- Deterioro neuromuscular y cognitivo.
- Ansiedad.
- Deterioro neuromuscular y cognitivo.
- Inmovilidad.
- Incontinencia.
- Alteración del estado mental
- Deterioro de la percepción
- Procedimientos invasivos
- Agentes farmacológicos
- Disminución de la actividad cerebral.
- Desorganización familiar
- Cambio de roles temporales
- Continuidad de cuidados en su domicilio.
- Deterioro cognitivo y neuromuscular
- Deterioro cognitivo y neuromuscular
- Dificultad para percibir una parte corporal.
- Dieta absoluta más de 24h

Intervenciones NIC:

3140 Manejo de vías aéreas

3250 Mejora de la tos

0840 Cambio de posición
3230 Fisioterapia respiratoria
1860 Terapia de deglución
3200 Precauciones para evitar la aspiración
0450 Manejo del estreñimiento/impactación
0590 Manejo de la eliminación urinaria
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
6490 Prevención de caídas
0180 Manejo de la energía
2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
3540 Prevención de la UPP
0840 Cambio de posición
6499 Prevención de caídas
0222 Terapia de ejercicios: equilibrio
6540 Control de las infecciones
6550 Protección contra infecciones
5820 Disminución de la ansiedad
7140 Apoyo a la familia
7040 Apoyo al cuidador principal: facilitar el aprendizaje
1860 Terapia de deglución
1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
1710 Mantenimiento de la salud bucal

Actividades de enfermería:

- Colocar al paciente en posición de máximo potencial ventilatorio y eliminar secreciones (tos o succión.)
- Enseñar a toser y realizar respiraciones profundas.
- Colocar en posición terapéutica y elevar cabecero de la cama.
- Administrar aerosolterapia y broncodilatadores s/p
- Enseñar al cuidador a alimentar, vigilar y cambios de posición, cuidados bucales y medidas para evitar ahogos.
- Vigilar nivel de conciencia, reflejo, tos y capacidad deglutiva. Incorporación 90º. Comprobar sonda antes de alimentación y evitar alimentación sin residuos abundantes.

- Vigilar signos y síntomas de estreñimiento. Comprobar movimientos intestinales y administrar enema s/p.
- Determinar limitaciones de movimiento y actuar sobre la función. Colaborar con fisioterapia en un programa de ejercicios.
- Observar y registrar nº de horas de sueño del paciente, administración y efecto de los sedantes y vigilar aparición de fatiga física y emocional.
- Observar respuestas anómalas (sensorial, visual y auditiva). Mantener extremidades afectas en posición correcta. Animar al paciente a mover parte afecta e incluir a la familia en la rehabilitación.
- Mantener intimidad del paciente mientras se viste y ayudar con cordones y cremalleras s/p.
- Utilizar Escala de Braden para la valoración. Vigilar zonas enrojecidas. Aplicar protocolo. Enseñar al cuidador signos de rotura de la piel.
- Animar a participar en los cambios posturales. Colocar en posición terapéutica y colocar objetos de uso frecuente al alcance.
- Identificar factores de riesgo de caídas. Ayudar a la deambulación, controlando la marcha, equilibrio y cansancio del paciente. Colocar objetos al alcance del paciente.
- Ayudar a establecer objetivos realistas. Determinar capacidad del paciente para participar en las actividades de equilibrio. Proporcionar dispositivos de ayuda (apoyo) al realizar ejercicios.
- Precauciones universales de infección y asegurar técnicas de cuidados adecuadas.
- Observar grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Técnicas de aislamiento s/p. Enseñar a evitar infecciones.
- Asegurar a la familia que se le brindan los mejores cuidados posibles. Determinar la carga psicológica para la familia. Ofrecer esperanza realista. No emitir juicios.
- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. Enseñar técnicas de cuidados para mejorar la seguridad del paciente.
- Proporcionar los objetos personales deseados. Facilitar que el paciente se pueda asear solo. Proporcionar ayuda hasta que el paciente pueda asumir su autocuidado.

Resultados NOC:

0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de vías respiratorias

1010 Estado de deglución

0503 Eliminación urinaria

0501 Eliminación intestinal

0208 Movilidad

0006 Energía psicomotora

0300 Autocuidados: AVD

0204 Consecuencias de la inmovilidad fisiológica

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

1909 Conductas de prevención de caídas
0703 Severidad de la infección
0902 Comunicación
2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos
2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
0303 Autocuidado: comer
0305 Autocuidado: higiene
1100 Higiene bucal

Conclusiones:

Una adecuada atención a través de un plan de cuidados de enfermería a los pacientes que sufren un ACV, puede hacer disminuir las repercusiones negativas en los pacientes y favorecer una mejor y rápida inclusión a su vida diaria, favoreciendo así su calidad de vida y la de sus familiares (cuidadores).

Bibliografía:

1. Manual CTO de Enfermería. Vol II. 4ªed. Madrid: McGrawHill, 2007. P. 429-430.
2. Jimenez Murillo,L; Montero Pérez,FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ªed. Madrid: Elsevier, 2014.
3. Hospital General de Ciudad Real (en línea). Plan de cuidados al paciente con ACV. [Consulta: 08/Octubre/2015]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidados-paciente-acv.pdf>

Capítulo II

Plan de cuidados de enfermería ante un paciente con EPOC

Autores:

Sagrario Beldad Peco

Raquel López Ciudad

María José López Martínez

María José Palencia Escobar

María Dolores Valencia Ruiz

Rosa Lucía Valencia Ruiz

PLAN DE CUIDADOS ANTE UN PACIENTE CON EPOC

INTRODUCCIÓN

El EPOC (Enfermedad Obstructiva crónica) es una enfermedad crónica y progresiva, caracterizada por una disminución de flujo en las vías aéreas.

Agrupar varias enfermedades pulmonares: la **bronquitis obstructiva crónica** (tos y expectoración +3m/año, en 2 o más años consecutivos) y el **enfisema pulmonar** (agrandamiento de los espacios aéreos acompañado por destrucción alveolar).

Principales causas: Tabaco, polución y profesión (minería, plásticos, algodón...)

OBJETIVOS

Establecer un **plan de cuidados** de enfermería usando la metodología NANDA/NIC/NOC dirigido a pacientes con accidentes cerebrovasculares.

MÉTODO

Se realizó revisión bibliográfica en las principales bases de datos, elaborándose un plan de cuidados usando la metodología NANDA/NIC/NOC incluyendo los posibles factores de riesgo.

RESULTADO

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	FACTORES DE RIESGO	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
00030 Deterioro del intercambio gaseoso	- Cambios de la membrana alveolo-capilar. - Desequilibrio ventilación-perfusión.	3140 Manejo de las vías aéreas 3350 Monitorización respiratoria 3320 Oxigenoterapia	0802 Signos vitales 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	- Tabaquismo - Mucosidad excesiva - EPOC	2300 Administración de medicación 3230 Fisioterapia respiratoria 3140 Manejo de las vías aéreas	0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas
00032 Patrón respiratorio ineficaz	- Fatiga de los músculos respiratorios - Ansiedad	3230 Fisioterapia respiratoria	0403 Estado respiratorio: Ventilación
00092 Intolerancia a la actividad	- Desequilibrio entre los aportes y demandas de O ₂ .	0180 Manejo de energía 1800 Ayuda con el autocuidado	0005 Tolerancia a la actividad
00004 Riesgo de infección	- Enfermedad crónica - Alteración de las defensas primarias. - Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso	0703 Severidad de la infección 1101 Integridad tisular de piel y membranas mucosas
00015 Riesgo de estreñimiento	- Actividad física insuficiente, cambios ambientales y falta de intimidad.	0430 Manejo intestinal 0450 Manejo del estreñimiento/impactación	0501 Eliminación intestinal
00146 Ansiedad	- Amenaza en el estado de salud - Amenaza de muerte	5820 Disminución de la ansiedad 1850 Mejorar el sueño	1402 Autocontrol de la ansiedad
00095 Insomnio	- Ansiedad - Malestar físico	1850 Mejorar el sueño 5820 Disminución de la ansiedad	0003 Descanso 0004 Sueño
00109 Déficit de Autocuidado: Vestir/acicalamiento	- Malestar - Debilidad	1802 Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal	0302 Autocuidados: Vestir
00108 Déficit de Autocuidado: Baño/Higiene	- Disminución o falta de motivación - Debilidad y cansancio	1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene	0301 Autocuidados: Baño 0305 Autocuidados: Higiene
00045 Deterioro de la mucosa oral	- Irritantes químicos (uso habitual de inhaladores) - Efectos secundarios de la medicación	1710 Mantenimiento de la salud bucal	1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas
00126 Conocimientos deficientes, sobre régimen terapéutico y cuidados para la salud	- Falta de interés en el aprendizaje - Interpretación errónea de la información	5602 Enseñanza: Proceso de la enfermedad 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos	1813 Conocimiento régimen terapéutico 1808 Conocimiento medicación

CONCLUSIONES

Una adecuada atención a través de un **plan de cuidados** de enfermería a los pacientes que sufren EPOC, puede prevenir recaídas, disminuir las repercusiones negativas en los pacientes y aumentar la calidad de vida de estos, así como aumentar la supervivencia de las personas diagnosticadas de EPOC y prevenir complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual CTO de Enfermería. 4ªed. Madrid: McGrawHill, 2007.
- Bennasar Veny,M; Gómez Salgado,J. Atención al paciente con alteraciones respiratorias, cardiovasculares y neurológicas. Madrid: Fuden, 2008.
- Hospital General de Ciudad Real (en línea). Plan de cuidados al paciente con ACV. [Consulta: 12/Octubre/2015].
- Disponible en: <http://www.hguocr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidados-paciente-epoc.pdf>



Resumen: Debido a que el EPOC (enfermedad obstructiva crónica) es una de las más frecuentes en nuestra sociedad, hemos querido dar a conocer la importancia de la elaboración de un adecuado Plan de Cuidados de Enfermería, teniendo en cuenta; los diagnósticos NANDA, factores de riesgo, las intervenciones NIC y los resultados NOC, para así adecuar la atención por parte de enfermería de estos pacientes con EPOC, previniendo recaídas, disminuyendo las repercusiones negativas en los pacientes y aumentando su calidad de vida, así como aumentando también su supervivencia y previniendo futuras complicaciones.

Palabras Clave: Plan de cuidados; EPOC; Calidad de vida.

Introducción:

El EPOC (Enfermedad Obstructiva crónica) es una enfermedad crónica y progresiva, caracterizada por una disminución de flujo en las vías aéreas.

Agrupar varias enfermedades pulmonares: la bronquitis obstructiva crónica (tos y expectoración +3m/año, en 2 o más años consecutivos) y el enfisema pulmonar (agrandamiento de los espacios aéreos acompañado por destrucción alveolar). Principales causas: Tabaco, polución y profesión (minería, plásticos, algodón...).

Objetivos:

Establecer un plan de cuidados de enfermería usando la metodología NANDA/NIC/NOC dirigido a pacientes con accidentes cerebrovasculares.

Método:

Se realizó revisión bibliográfica en las principales bases de datos, elaborándose un plan de cuidados usando la metodología NANDA/NIC/NOC incluyendo los posibles factores de riesgo.

Resultado:

Diagnósticos NANDA:

00030 Deterioro del intercambio gaseoso

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

00032 Patrón respiratorio ineficaz

00092 Intolerancia a la actividad

00004 Riesgo de infección

00015 Riesgo de estreñimiento

00146 Ansiedad

00095 Insomnio

00109 Déficit de Autocuidado: Vestir/acicalamiento

00108 Déficit de Autocuidado: Baño/Higiene

00045 Deterioro de la mucosa oral

00126 Conocimientos deficientes, sobre régimen terapéutico y cuidados para la salud

Factores de riesgo:

Cambios de la membrana alveolo-capilar.

Desequilibrio ventilación-perfusión.

Tabaquismo

Mucosidad excesiva

EPOC

Fatiga de los músculos respiratorios

Ansiedad

Desequilibrio entre los aportes y demandas de O₂.

Enfermedad crónica

Alteración de las defensas primarias.

Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.

Actividad física insuficiente, cambios ambientales y falta de intimidad.

Amenaza en el estado de salud

Amenaza de muerte

Ansiedad

Malestar físico

Malestar

Debilidad

Disminución o falta de motivación

Debilidad y cansancio

Irritantes químicos (uso habitual de inhaladores)

Efectos secundarios de la medicación

Falta de interés en el aprendizaje

Interpretación errónea de la información

Intervenciones NIC:

3140 Manejo de las vías aéreas

3350 Monitorización respiratoria

3320 Oxigenoterapia

2300 Administración de medicación

3230 Fisioterapia respiratoria

3140 Manejo de las vías aéreas
3230 Fisioterapia respiratoria
0180 Manejo de energía
1800 Ayuda con el autocuidado
2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
0430 Manejo intestinal
0450 Manejo del estreñimiento/impactación
5820 Disminución de la ansiedad
1850 Mejorar el sueño
1850 Mejorar el sueño
5820 Disminución de la ansiedad
1802 Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal
1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene
1710 Mantenimiento de la salud bucal
5602 Enseñanza: Proceso de la enfermedad
5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos

Resultados NOC:

0802 Signos vitales
0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso
0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas
0403 Estado respiratorio: Ventilación
0005 Tolerancia a la actividad
0703 Severidad de la infección
1101 Integridad tisular de piel y membranas mucosas
0501 Eliminación intestinal
1402 Autocontrol de la ansiedad
0003 Descanso
0004 Sueño
0302 Autocuidados: Vestir
0301 Autocuidados: Baño
0305 Autocuidados: Higiene
1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas
1813 Conocimiento régimen terapéutico
1808 Conocimiento medicación

Conclusiones:

Una adecuada atención a través de un plan de cuidados de enfermería a los pacientes que sufren EPOC, puede prevenir recaídas, disminuir las repercusiones negativas en los pacientes y aumentar la calidad de vida de estos, así como aumentar la supervivencia de las personas diagnosticadas de EPOC y prevenir complicaciones.

Bibliografía:

1. Manual CTO de Enfermería. Vol I. 4ªed. Madrid: McGrawHill, 2007. P. 297-299.
2. Bennasar Veny,M; Gómez Salgado,J. Atención al paciente con alteraciones respiratorias, cardiovasculares y neurológicas. Madrid: Fuden, 2008.
3. Hospital General de Ciudad Real. Plan de cuidados al paciente con EPOC. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidados-paciente-epoc.pdf>

Capítulo CXXVIII

Plan de cuidados de enfermería en el paciente colostomizado

Autores:

María Isabel Ballesteros Benito

Sandra García Morales

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO

INTRODUCCIÓN

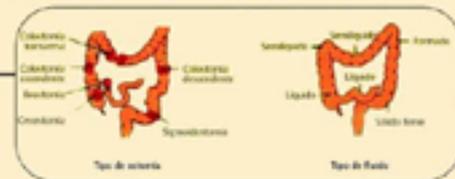
Una colostomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se crea una abertura artificial o estoma en la parte exterior del abdomen. Mediante esta cirugía se modifica la forma con la que el cuerpo elimina las heces.

Se distinguen varios tipos de colostomías:

- Según el tiempo de permanencia: definitiva y temporal
- Según la localización

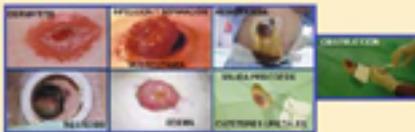
Entre las causas más frecuentes de colostomías podemos encontrar:

- Cáncer de colon, recto y ano.
- Oclusión u obstrucción intestinal.
- Diverticulitis.
- Traumatismos ano rectales.
- Causas congénitas.
- Otras: infección perianal, fistulas...



Complicaciones mas frecuentes

Complicaciones inmediatas



Complicaciones tardías



OBJETIVOS

- + Realizar los cuidados de enfermería al paciente ostomizado en las distintas fases del proceso.
- + Prevención y detección precoz de complicaciones.
- + Proporcionar al paciente y familia una educación sanitaria adecuada y completa para fomentar el autocuidado y reinserción social.
- + Ayuda en el afrontamiento y adaptación a la nueva situación del paciente.
- + Apoyar y orientar a los profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria que trabajan con estos pacientes. .
- + Mejorar la eficiencia en la gestión del material de ostomía, distribuyendo a los pacientes las bolsas y demás material de ostomía desde el centro de salud.

METODOLOGÍA

La educación del paciente sobre el cuidado del estoma es más eficaz si se incluye antes de la cirugía. Esta estrategia reduce el tiempo postoperatorio, el ingreso hospitalario y la carga de trabajo en Atención Primaria. Se realiza una valoración integral del paciente basada en 11 patrones funcionales. Para ello se debe recoger información tanto del propio usuario como de la familia, mediante entrevista, observación y examen físico, para luego organizar la información y validarla.

CONCLUSIÓN

Es fundamental realizar un cuidado individualizado que considere al paciente ostomizado desde todas las perspectivas: biológica, psicológica y social, para conseguir un buen afrontamiento y una buena adaptación a la nueva situación.

BIBLIOGRAFÍA

- www.aecp-es.org
- www.aecc.es
- www.estomaterapia.es
- www.asociaciondeostomizados.com

INTERVENCIONES

PATRONES FUNCIONALES

PATRONES FUNCIONALES	NIC
- Percepción/ manejo de la salud	0480 Cuidado de la ostomía 4540 Manejo de la infección
- Nutricional/ metabólico	1100 Manejo de la nutrición
- Eliminación	0420 Irrigación intestinal 0440 Manejo de la diarrea 0450 Manejo del estreñimiento/impacción
- Actividad/ ejercicio	1800 Ayuda al autocuidado 4480 Manejo ambiental
- Sueño/ descanso	1850 Fomento del sueño 4480 Manejo ambiental
- Cognitivo /perceptual	5614 Enseñanza dieta prescrita 2380 Manejo de la medicación 4482 Manejo ambiental. Confort 5510 Educación sanitaria 5610 Enseñanza pre quirúrgica
- Auto percepción/auto concepto	5220 Potenciación de la imagen corporal 5820 Diminución de la ansiedad 4920 Escucha activa
- Rol/ relaciones	5270 Apoyo emocional 4920 Escucha activa 5220 Potenciación de la imagen corporal
- Sexualidad/ reproducción	5400 Potenciación de la autoestima 5370 Potenciación de roles 5248 Asesoramiento sexual
- Adaptación/ tolerancia al estrés	5820 Diminución de la ansiedad 5270 Apoyo emocional
- Valores y creencias	4470 Ayuda en la modificación de sí mismo 5100 Potenciación de la socialización 5430 Grupo de apoyo 5440 Aumentar los sistemas de apoyo

Resumen: Es fundamental realizar un cuidado individualizado que considere al paciente ostomizado desde todas las perspectivas: biológica, psicológica y social, para conseguir un buen afrontamiento y una buena adaptación a la nueva situación, a su nueva vida. Así como establecer un plan de cuidados y una educación sanitaria adecuada y completa al paciente y familia en las diferentes fases del proceso, lo que fomentará el autocuidado, independencia y reinserción social.

Palabras Clave: Estoma; Autocuidado; Independencia.

Una colostomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se crea una abertura artificial o estoma en la parte exterior del abdomen. Mediante esta cirugía se modifica la forma con la que el cuerpo elimina las heces. Se distinguen varios tipos de colostomías:

Según el tiempo de permanencia:

- Temporal: cuando es necesario que una porción del intestino grueso esté en reposo durante un tiempo determinado. Una vez resuelto el problema se revierte la colostomía y se restablece el normal funcionamiento del intestino.
- Definitiva: se produce como consecuencia de la extirpación de una parte del intestino grueso, siendo por tanto irreversible el normal funcionamiento del mismo.

Según la localización:

- Ileostomía: en el íleon; heces de consistencia líquida.
- Cecostomía: en el ciego; heces de consistencia líquida.
- Colostomía ascendente: en el colon ascendente; heces de consistencia semilíquida.
- Colostomía transversa: en el colon transversal; heces de consistencia semilíquida.
- Colostomía descendente: en el colon descendente; heces formadas.
- Sigmoidostomía: en el sigma o colon sigmoide; heces sólidas, firmes.

Entre las causas más frecuentes de realización de colostomías podemos encontrar: cáncer de colon, recto y ano, oclusión u obstrucción intestinal, diverticulitis, traumatismos anorrectales, causas congénitas, infección perianal y fístulas entre otros.

Algunas de las complicaciones que se pueden dar son:

- Inmediatas (en las primeras horas tras la cirugía): dermatitis, infección, edema, necrosis, hemorragia u obstrucción.
- Tardías (semanas o meses después de la cirugía): dermatitis, estenosis, granulomas, hernias periestomales, fístulas, retracción, prolapso y úlceras o escoriaciones de la mucosa.

Los objetivos a conseguir por parte del profesional de enfermería en este tipo de pacientes son múltiples, todos enfocados a la consecución de un objetivo final: lograr la independencia del paciente en el cuidado de su estoma y una buena adaptación a su nueva situación.

Para ello se realizarán los cuidados adecuados en las distintas fases del proceso, lo que permitirá hacer una prevención y detección precoz de complicaciones, se proporcionará al paciente y familia una educación sanitaria adecuada y completa, apoyo y orientación a los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria que trabajan con estos pacientes y mejorar la eficiencia en la gestión del material de ostomías, distribuyendo a los pacientes las bolsas y demás material de ostomía desde el centro de salud.

La gerencia de atención primaria detecta como área de mejora la necesidad de ofrecer atención integral a este tipo de pacientes tras el alta hospitalaria, para lo que se crean las consultas de ostomías, en las cuales tiene lugar diversas actividades: difusión del servicio y captación de pacientes, una primera consulta donde se llevará a cabo una valoración completa y posterior registro del paciente, consultas sucesivas donde primará la educación sanitaria hasta que el paciente sea autónomo en el manejo de su estoma, actividades de docencia e investigación, colaboración con asociaciones, etc.

La educación del paciente sobre el cuidado del estoma es más eficaz si se incluye antes de la cirugía. Esta estrategia reduce el tiempo postoperatorio, el ingreso hospitalario y la carga de trabajo en atención primaria.

Las intervenciones y cuidados de enfermería se realizarán haciendo una valoración integral del paciente basada en los once patrones funcionales de Marjory Gordon. Para ello se debe recoger información tanto del propio usuario como de la familia, mediante entrevista, observación y examen físico, para posteriormente organizarla y validarla.

Es fundamental realizar un cuidado individualizado que considere al paciente ostomizado desde todas las perspectivas: biológica, psicológica y social, para conseguir un buen afrontamiento y una buena adaptación a la nueva situación.

Bibliografía:

1. Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia. www.estomaterapia.es/documentacion/
2. Asociación Española de Coloproctología. www.aecp-es.org/index.php/hojas-informativas.html
3. Asociación Española Contra el Cáncer. www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/Cancerdecolon.aspx

Capítulo CXXVIX

Plan de cuidados de enfermería en la ictericia neonatal

Autores:

Laura Delgado Novalbos

Juan Angel Isabel Morales

María Dolores Mendoza Garrido

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ICTERICIA NEONATAL

OBJETIVOS

- La ictericia es la coloración amarilla de la piel, causada por un exceso de bilirrubinemia, presentándose alrededor de un 50% de los recién nacidos debido principalmente a la inmadurez de los órganos, que no son capaces de expulsarla de forma adecuada y se va acumulando en su sangre.
- Las causas que pueden provocar la ictericia son las siguientes:
 - ✓ Hiperbilirrubinemia por inmadurez o ictericia fisiológica.
 - ✓ Enfermedad hemolítica por incompatibilidad sanguínea, debido al grupo y RH.
 - ✓ Infecciones
 - Infecciones agudas, especialmente Gram (-)
 - Infecciones crónicas: toxoplasmosis, citomegalovirus, lúas congénita, herpes y rubeola.
 - ✓ Hemorragias internas
 - Hemorragias superficiales: petequias, equimosis, hematomas.
 - Hemorragias profundas: intracraneal, masivas abdominales o masivas torácicas.
 - ✓ Causas metabólicas
 - Transitorias: administración de drogas como el cloranfenicol o de hormonas como el 3 alfa, Z o beta pregnapodio de la leche materna.
 - Permanentes: galactosemia, hipotiroidismo, síndrome de Crigler Najjar.
 - ✓ Causas obstructivas
 - Hepatitis neonatal
 - Atresia de vías biliares
- La presencia de una ictericia no fisiológica conlleva un ingreso del neonato más prolongado que en el caso de un bebé sano, lo que provoca diferentes trastornos en el núcleo familiar a nivel psicológico, organizativo y físico, así como una barrera importante tanto para el establecimiento del lazo materno-filial tan importante en las primeras horas tras el parto así como para el establecimiento de la lactancia materna en caso de que así lo hubiera decidido la madre, por la restricción de horarios de visitas y/o la mecanización en la monitorización y mantenimiento de signos vitales.
- Por tanto, con este plan de cuidados pretendemos realizar una actuación completa tanto hacia el neonato como también al núcleo familiar, que se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad ante la incertidumbre tanto del proceso de enfermedad como de su rol en la participación o ausencia de la misma en los cuidados del nuevo miembro de la familia.

METODOLOGÍA

- En primer lugar se ha realizado una recopilación de datos acerca de la enfermedad para poder llevar a cabo un completo plan de cuidados con intervención no solamente en el propio neonato, sino también en el entorno familiar, que también resultan afectados ante el proceso de enfermedad y hospitalización del bebé.
- Posteriormente hemos procedido a identificar los diagnósticos de enfermería para poder llevar a cabo un plan de cuidados estandarizado y que abarque todos los campos del núcleo familiar.

INTERVENCIONES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA NIC
Ictericia neonatal (00230) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del recién nacido (118) • Función renal (504) • Estado cardiopulmonar (414) • Estado respiratorio (415) • Equilibrio electrolítico y ácido-base (600) • Hidratación (602) • Signos vitales (802) • Estado nutricional: ingestión alimentaria y del líquidos (1008) • Control de síntomas (1608) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del recién nacido (6880) • Monitorización de signos vitales (6680) • Fototerapia: neonato (6924) • Interpretación de datos de laboratorio (7690) • Intervención en caso de crisis (6160)
Lactancia materna ineficaz relacionado con anomalías en el lactante manifestado por insuficiente oportunidad de succionar los pechos (00104)	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de la lactancia materna: lactante (1000) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento en la lactancia (5244) • Ayuda en lactancia materna (1054) • Fomentar el acercamiento (6710) • Succión no nutritiva (6900)
Riesgo del nivel de glucemia inestable relacionado con el estado de salud física (00179)	<ul style="list-style-type: none"> • Control de síntomas (1608) • Control del riesgo (1902) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia (6650) • Análisis de la situación sanitaria (6520) • Manejo de la nutrición (1100) • Identificación de riesgos (6610)
Interrupción de procesos familiares relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro de la familia manifestado por cambios en la participación en la toma de decisiones (00060)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar durante el tratamiento (2609) • Afrontamiento de los problemas de la familia (2600) • Normalización de la familia (2604) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la implicación familiar (7110) • Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) • Facilitar las visitas (7560) • Intercambio de información de cuidados de salud (7960) • Apoyo a la familia (7140) • Asesoramiento (5240) • Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) (7104)
Riesgo de proceso de maternidad ineficaz relacionado con conocimientos deficientes. (00227) 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605) • Ejecución del rol de padres (2211) • Conocimiento: cuidados en la enfermedad (1824) • Conocimiento: régimen terapéutico (1813) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la implicación familiar (7110) • Educación sanitaria (5510) • Escucha activa (4920) • Facilitar la presencia de la familia (7170) • Intercambio de información de cuidados de salud (7960) • Cuidados del lactante (6820) • Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses) (5655) • Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses) (5640) • Fomentar la normalización familiar (7200) • Guías del sistema sanitario (7400) • Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540)

CONCLUSIONES

- Habitualmente en el medio hospitalario, la enfermería se centra en el cuidado exclusivo del paciente, sin tener en cuenta la situación de vulnerabilidad en la que queda su círculo familiar ante un suceso inesperado como es el ingreso de un recién nacido.
- Un plan de cuidados claro y sencillo, nos ayuda a los profesionales a organizar nuestro tiempo y recursos de una forma más eficaz, permitiendo una mejor atención tanto la física del paciente, como de las necesidades de su entorno.
- La ictericia neonatal, pese a ser bastante común, puede suponer un gran estrés y provocar un déficit de cuidados por parte del núcleo familiar debido a una información insuficiente dada por parte de los profesionales sanitarios, así como la impaciencia o falta de tiempo para resolver todas las dudas que puedan plantear.

Resumen: La ictericia neonatal, pese a ser una patología más o menos habitual dependiendo de sus diferentes causas, no por ello deja de ser una situación en el entorno familiar, provocando estrés e inseguridad donde ese entorno había estado planeando felicidad y unidad, por tanto los cuidados de enfermería no solamente han de centrarse en el neonato, sino también en la familia, ayudando en lo posible y facilitando su inmersión en nuestro plan de cuidados en la medida de lo posible, así como brindando nuestro apoyo, ayuda e intentar solventar las ayudas que puedan ir surgiendo durante el proceso de recuperación.

Palabras Clave: Ictericia Neonatal; Atención de Enfermería; Planificación de Atención al Paciente.

La ictericia es la coloración amarilla de la piel, causada por un exceso de bilirrubinemia, presentándola alrededor de un 50% de los recién nacidos debido principalmente a la inmadurez de los órganos, que no son capaces de expulsarla de forma adecuada y se va acumulando en su sangre. Las causas que pueden provocar la ictericia son las siguientes:

- Hiperbilirrubinemia por inmadurez o ictericia fisiológica.
- Enfermedad hemolítica por incompatibilidad sanguínea, debido al grupo y RH.
- Infecciones:
 - Infecciones agudas, especialmente Gram (-).
 - Infecciones crónicas: toxoplasmosis, Citomegalovirus, Lúas Congénita, Herpes y Rubéola.
- Hemorragias internas:
 - Hemorragias superficiales: petequias, equimosis, hematomas.
 - Hemorragias profundas: intracraneal, masivas abdominales o masivas torácicas.
- Causas metabólicas:
 - Transitorias: administración de drogas como el cloranfenicol o de hormonas como el 3 alfa, Z o beta pregnapediote de la leche materna.
 - Permanentes: galactosemia, hipotiroidismo, síndrome de Crigler Najjar.
- Causas obstructivas:
 - Hepatitis neonatal.
 - Atresia de vías biliares.

La presencia de una ictericia no fisiológica conlleva un ingreso del neonato más prolongado que en el caso de un bebé sano, lo que provoca diferentes trastornos en el núcleo familiar a nivel psicológico, organizativo y físico, así como una barrera importante tanto para el establecimiento del lazo materno-filial tan importante en las primeras horas tras el parto así como para el establecimiento de la lactancia materna en caso de que así lo hubiera decidido la madre, por la restricción de horarios de visitas y/o la mecanización en la monitorización y mantenimiento de signos vitales.

Por tanto, con este plan de cuidados pretendemos realizar una actuación completa tanto hacia el neonato como también al núcleo familiar, que se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad ante la incertidumbre tanto del proceso de enfermedad como de su rol en la participación o ausencia de la misma en los cuidados del nuevo miembro de la familia.

Metodología:

En primer lugar se ha realizado una recopilación de datos acerca de la enfermedad para poder llevar a cabo un completo plan de cuidados con intervención no solamente en el propio neonato, sino también en el entorno familiar, que también resultan afectados ante el proceso de enfermedad y hospitalización del bebé.

Posteriormente hemos procedido a identificar los diagnósticos de enfermería para poder llevar a cabo un plan de cuidados estandarizado y que abarque todos los campos del núcleo familiar.

Intervenciones:

Se han identificado cinco diagnósticos de enfermería, para los cuales se han relacionado unos resultados esperados y unas intervenciones.

Para el diagnóstico “Ictericia neonatal (00230)”, se han establecido los siguientes resultados esperados (NOC):

- Adaptación del recién nacido (118).
- Función renal (504).
- Estado cardiopulmonar (414).
- Estado respiratorio (415).
- Equilibrio electrolítico y ácido-base (600).
- Hidratación (602).
- Signos vitales (802).
- Estado nutricional: ingestión alimentaria y del líquidos (1008).
- Control de síntomas (1608).

Para estos resultados, se han establecido los siguientes cuidados de enfermería (NIC):

- Cuidados del recién nacido (6880).
- Monitorización de signos vitales (6680).
- Fototerapia: neonato (6924).
- Interpretación de datos de laboratorio (7690).
- Intervención en caso de crisis (6160).

Para el diagnóstico “Lactancia materna ineficaz relacionado con anomalías en el lactante manifestado por insuficiente oportunidad de succionar los pechos (00104)”, se han establecido el siguiente resultado esperado (NOC):

- Establecimiento de la lactancia materna: lactante (1000).

Para este resultado, se han establecido los siguientes cuidados de enfermería (NIC):

Asesoramiento en la lactancia (5244).

Ayuda en lactancia materna (1054).

Fomentar el acercamiento (6710).

Succión no nutritiva (6900).

Para el diagnóstico "Riesgo del nivel de glucemia inestable relacionado con el estado de salud física (00179)", se han establecido los siguientes resultados esperados (NOC):

Control de síntomas (1608).

Control del riesgo (1902).

Para estos resultados, se han establecido los siguientes cuidados de enfermería (NIC):

Vigilancia (6650).

Análisis de la situación sanitaria (6520).

Manejo de la nutrición (1100).

Identificación de riesgos (6610).

Para el diagnóstico "Interrupción de procesos familiares relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro de la familia manifestado por cambios en la participación en la toma de decisiones (00060)", se han establecido los siguientes resultados esperados (NOC):

Apoyo familiar durante el tratamiento (2609).

Afrontamiento de los problemas de la familia (2600).

Normalización de la familia (2604).

Para estos resultados, se han establecido los siguientes cuidados de enfermería (NIC):

Fomentar la implicación familiar (7110).

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).

Facilitar las visitas (7560).

Intercambio de información de cuidados de salud (7960).

Apoyo a la familia (7140).

Asesoramiento (5240).

Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) (7104).

Para el diagnóstico "Riesgo de proceso de maternidad ineficaz relacionado con conocimientos deficientes (00227)", se han establecido los siguientes resultados esperados (NOC):

Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605).

Ejecución del rol de padres (2211).

Conocimiento: cuidados en la enfermedad (1824).

Conocimiento: régimen terapéutico (1813).

Para estos resultados, se han establecido los siguientes cuidados de enfermería (NIC):

- Fomentar la implicación familiar (7110).
- Educación sanitaria (5510).
- Escucha activa (4920).
- Facilitar la presencia de la familia (7170).
- Intercambio de información de cuidados de salud (7960).
- Cuidados del lactante (6820).
- Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses) (5655).
- Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses) (5640).
- Fomentar la normalización familiar (7200).
- Guías del sistema sanitario (7400).
- Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540).

Conclusiones:

Habitualmente en el medio hospitalario, la enfermería se centra en el cuidado exclusivo del paciente, sin tener en cuenta la situación de vulnerabilidad en la que queda su círculo familiar ante un suceso inesperado como es el ingreso de un recién nacido.

Un plan de cuidados claro y sencillo, nos ayuda a los profesionales a organizar nuestro tiempo y recursos de una forma más eficaz, permitiendo una mejor atención tanto la física del paciente, como de las necesidades de su entorno.

La ictericia neonatal, pese a ser bastante común, puede suponer un gran estrés y provocar un déficit de cuidados por parte del núcleo familiar debido a una información insuficiente dada por parte de los profesionales sanitarios, así como la impaciencia o falta de tiempo para resolver todas las dudas que puedan plantear.

Bibliografía:

1. Rodríguez Miguélez, J.M.; Figueras Aloy, J. Ictericia Neonatal. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. AEP. 2008.
2. Jiménez Chamorro, A.; Muñoz Gil, I.M.; Lorés Ganaza, M.C. Cuidados de Enfermería en el Neonato con Ictericia. Editorial Bubok. 2012.
3. Watchko JF. Neonatal indirect hyperbilirubinemia and kernicterus. In: Gleason CA, Devaskar SU. Avery's Diseases of the Newborn. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 79.
4. Buescher JJ, Bland H. Care of the newborn. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Medicine. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 22.

Capítulo CXXX

Plan de cuidados de enfermería para pacientes trasplantados de riñón

Autores:

Beatriz Díaz Hidalgo

Beatriz Domínguez Tapiador

Alicia Fernández Melero

Cristina Lavín Expósito

Milagros Moya García

Resumen: Los cuidados de enfermería en el postoperatorio en TxR es fundamental, por lo que la utilización de una metodología para valorar y detectar los problemas debe convertirse en una norma de enfermería. el método de V.H. nos lleva la preparación de un plan por escrito contribuyendo a la continuidad de los cuidados.

NANDA, NIC, NOC. (NNN) permite a la enfermería: Tener una guía para poder individualizar y planificar sus cuidados sin obviar ninguno. Evaluar los resultados (NOC) mejora la continuidad de cuidados mediante la comunicación con los demás profesionales a través de los informes de continuidad de cuidados.

Palabras Clave: trasplante renal; plan de cuidados; educación sanitaria.

Introducción:

El trasplante Renal (TxR), es una práctica cada vez más frecuente y el tratamiento más idóneo en pacientes con insuficiencia renal crónica. Los cuidados de enfermería en el postoperatorio del TxR son fundamentales, cubren las necesidades básicas del individuo, favoreciendo la supervivencia del injerto y detectando posibles complicaciones. además, una terapia inmunosupresora continua que conlleva diversos efectos secundarios. las primeras horas post-intervención quirúrgica requieren una vigilancia intensiva continuada. por ello, se aplica un Plan de Cuidados integral, específico e individualizado con el propósito de ayudarle en su proceso de curación, recuperación e incorporación a la vida cotidiana.

Objetivo general:

Adaptar el Plan de Cuidados Estándar en el post Trasplante Renal Mediato a las necesidades reales de los pacientes. Llevando una educación sanitaria desde el primer momento del trasplante, ya que de ello depende la supervivencia del nuevo órgano

Metodología:

El período inmediato es crítico, el paciente debe ser vigilado, hasta que los principales efectos de la anestesia desaparezcan. Debe estar aislado (en la medida de lo posible) de 5 a 10 días por el alto riesgo de infección debido al tratamiento inmunoterapia, respetando la asepsia estrictamente.

Anotaremos en la gráfica de enfermería todo el equipo que el paciente lleva: Sueros, sondas (vesical, nasogástrica,...), drenajes (contenido y cantidad), examinar estado circulatorio (TA, Fc, PVC, Ta, FR, color de las mucosas), las constantes deben tomarse cada 15', durante las primeras horas, posteriormente cada 6-8 horas.

Debemos de estar atentos de las posibles alteraciones que pudiesen surgir, actuaremos lo antes posible y anotaremos.

Intervención:

En días sucesivos se debe establecer un plan de cuidados según las necesidades de Virginia Henderson(describo 5 de las 14 necesidades).

1. Necesidad respiratoria: Debido a la incomprensión y a la inmovilidad puede desarrollar neumonía y atelectasias, importante el levantamiento precoz y ejercicios respiratorios.

Fisioterapia respiratoria: reducir el riesgo de infecciones respiratorias, enseñando a toser y respirar de forma eficaz, sujetándole la herida. Se le proporciona un incentivador y se le estimula para que realice los ejercicios,

Deambulacion: movilización precoz. En las primeras 24 horas animamos al paciente a hacer ejercicios con las extremidades inferiores y realizamos cambios posturales. Salvo contraindicación se levanta a las 24-48 horas y caminar según lo tolere.

2. Necesidad de comer y beber: dieta absoluta hasta que tenga peristaltismo intestinal con las restricciones que su situación clínica (dieta de un paciente trasplantado renal). Los líquidos orales serán libres pero controlados

Reposición de líquidos I.V. se repone la misma cantidad de líquidos que la diuresis de la hora anterior con suero Glucosalino.

3. Necesidad de eliminación: juzgar la función de eliminación por el aspecto de las heces. El paciente puede tener diarreas provocadas por los inmunosupresores, explicar al paciente.

Referente a la eliminación urinaria se anotará la salida de forma horaria, así como sus características. Se harán balances cada 24 horas de las entradas de líquidos parenterales y enterales con las salidas (orina y redones).

4. Necesidades de higiene y aseo personal: Los primeros días se hará en la cama, pero en el momento en que pueda asearse solo. Vigilar la integridad de la piel y curar la herida quirúrgica

5. Necesidad descanso y sueño: hacer más agradable el transcurso del día, aumentar su sensación de bienestar. La eliminación de factores irritantes.

Según la Taxonomía Nanda encontramos los siguientes diagnósticos:

00028 riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos:

NOC: Equilibrio hídrico (0601)

NIC (intervenciones): Manejo de líquidos (4120); Terapia intravenosa (4200)

00148 TEMOR:

NOC Control del miedo (1404)

NIC Asesoramiento (5240); Enseñanza pre-quirúrgica (5610); Relajación muscular progresiva (1460)

Riesgo de infección:

NOC Control del riesgo (1902): Control de infecciones (6540); Cuidado del sitio de incisión (3440); Cuidados del catéter urinario (1876)

NIC Curación de la herida (1102): Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440)

00146 ansiedad

NOC: 1402 Control de la ansiedad

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad; 7310 Cuidados de enfermería al ingreso; 5610 Enseñanza pre-quirúrgica; 00085 deterioro de la movilidad física.

NOC Posición corporal inicial (0203); Realización del traslado (0210)

NIC Cambio de posición (0840): Terapia de ejercicios: deambulación (0221); 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico; 1808 Conocimiento: medicación; 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita; 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos; 5246 Asesoramiento nutricional; 7376 Planificación del alta

Deterioro de la eliminación urinaria (00016):

NOC Control de riesgo: proceso infeccioso.

NIC 1876 Cuidados del catéter urinario

Dolor agudo:

NOC Control del dolor (1605); Manejo del dolor (1400)

NIC Administración de analgésicos (2210); Relajación muscular progresiva (1460)

Riesgo de náuseas:

NOC Control del síntoma (1608)

NIC Manejo de las náuseas (1450)

Riesgo de alteración del patrón del sueño:

NOC Nivel de comodidad (2100); Sueño (0004)

NIC Fomentar el sueño (1850)

Educación sanitaria postrasplante:

Si la evolución es buena, a las 48-72 horas se inicia el programa educativo donde se les explica el tratamiento haciendo hincapié en los inmunosupresores y sus efectos. Se programara, mínimo 6 auto-administraciones de ciclosporina. Antes del alta, se le explica control en su domicilio, vigilando los siguientes síntomas: Fiebre, vómitos., diarrea, dolor en la zona del injerto, edemas, disminución de la diuresis, fatiga., hipertensión arterial, etc.

En caso de presentársele algunos de estos síntomas, se pondrá en contacto con el Servicio de Nefrología.

Conclusión:

El papel de la enfermera en el postrasplante es muy variado. Desde hacer la valoración y diagnóstico, programar los objetivos y planificar las actividades, a llevar a cabo los protocolos establecidos en la Unidad. Estando siempre atenta a cualquier complicación para detectarla de forma precoz, manteniendo actualizado los registros de enfermería, colaborando con el resto del equipo. La educación sanitaria debe ser considerada como una medida de cuidados básicos y antes del alta evaluar para comprobar si se han cumplido los objetivos y el paciente / familia son capaces de realizar los autocuidados, muy importantes en los trasplantados para la supervivencia de ese órgano.

Bibliografía:

1. Cuidados de enfermería en el postrasplante renal M.^º José Puga Mira. Mar Miramontes González. Dolores Souto Martínez y Equipo de Enfermería Unidad de Hospitalización y Trasplante Renal. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.
2. Cuidados de enfermería en el trasplante renal basados en el modelo de Virginia Henderson – 1º trimestre 1.996. autores: Sofía Ferrero Hidalgo h.g.t.i.p. Badalona 1996.
3. Protocolo de atención de enfermería al receptor de un trasplante renal en una unidad de diálisis. Noelia Manzano Gutiérrez, Sara Sánchez Castro Nure Investigación, nº 24, Septiembre-Octubre 06.

Capítulo II

Plan de cuidados de hipertensión en diálisis

Autores:

Beatriz Domínguez Tapiador

Alicia Fernández Melero

Cristina Lavín Expósito

Milagros Moya García

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL, 19 Y 20 NOVIEMBRE 2015.



PLAN DE CUIDADOS DE HIPERTENSIÓN EN LA DIÁLISIS.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial es muy común en la IRC. La mayoría de los pacientes antes de comenzar a ser tratados con diálisis sufren esta patología. Las causas son la incapacidad de excretar sodio, tono vascular elevado, arterosclerosis, calcificaciones vasculares y sobrecarga de volumen.

P-A. SISTÓLICA PREHD: > 10 mmHg

P.A.SISTÓLICA POSTHD: <7 mmHg.

La P.A. óptima en diálisis debe ser la más baja que sea bien tolerada y sin episodios de hipotensión intraHD.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Paciente de 55 años y 7 años en HD. En las últimas sesiones se observa en la toma de la T.A. : PREHD (168 / 95 mmHg), durante el tratamiento la media de las T.A. tomada cada hora es de 150/ 87 mmHg y T.A. POSTHD (140/82 mmHg). Refiere cefalea en domicilio.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

NANDA (DIAGNÓSTICO)	NOC (OBJETIVO)	NIC (INTERVENCIONES)
00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C EXCESO DE APORTE DE LÍQUIDOS Y Na M/P EDEMAS, DISNEA Y APORTES SUPERIORES A LAS PÉRDIDAS.	3009 GRADODE LA PERCEPCIÓN POSITIVA DE LA AYUDA ENFERMERA PARA REALIZAR ACTIVIDADES EMOCIONALES.	4120 MANEJO DE LÍQUIDOS (E.P.S. vigilar signos vitales, 1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS:ALIMENTACIÓN.(anotar la ingesta, realizar una selección de comidas ,proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir el autocuidado
00023 RETENCIÓN URINARIA R/C AUSENCIA DE DIÚRESIS M/P EDEMAS.	0601 EQUILIBRIO DE AGUA EN LOS COMPARTIMENTOS INTRACELULARES Y EXTRACELULARES DEL ORGANISMO.	4130 MONITRIZACIÓN DE LÍQUIDOS(vigilar el estado de hidratación, vigilar ingresos y egresos) 0590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA. (Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria, enseñar al paciente a registrar la producción urinaria)
0085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R7C DETERIORO MUSCULOESQUELÉTICO M/P CAMBIOS EN AL MARCHA	1300 RECONCILIACIÓN CON LAS CIRCUNSTANCIAS DE SALUD	0221 TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN (animar al paciente a que esté levantado, ayudar al paciente en la deambulación)
00079 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO R/C COMPLEJIDAD Y FUERZAS MOTIVACIONALES	1209 MOTIVACIÓN 1601CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO	4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD (abstenerse de discutir con el paciente sobre los límites establecidos) 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMERDAD (describir el proceso de enfermedad)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Paciente sobrehidratado y que ha perdido masa muscular debido al deterioro de la movilidad. Esto nos indica que su peso seco ha disminuido y por lo tanto habrá que pautar una mayor UF durante la diálisis, pautar sesiones de HD más largas o más frecuentes (ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES). Con estas medidas y la puesta en marcha del P.A.E. descrito se conseguirá que el paciente normalice su T.A. y evitar los riesgos asociados a la HTA. Se debe diferenciar de la crisis antihipertensiva que se puede producir durante la sesión, debido a una UF excesiva. Respondiendo el sistema renina/angiotensina con un efecto hipertensor.

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20NN%20INTERACT.pdfhttps://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20NN%20INTERACT.pd

Tratamiento de la hipertensión arterial en los enfermos con insuficiencia terminal en hemodiálisis. Marian Goicoechea, Soledad García de Vinuesa, Francisco Gómez Campedrá, José Luño.

Manual de diálisis (4ªed.) - John T. Daugirdas
Páginas: 880, Edición: 0004, Tapa blanda, Lippincott Williams & Wilkins

Complicaciones intradiálisis. Doc. No. ES_CI_09_55

Nefrología. Vol. XVIII. Num. 6 1998.

<http://www.senefro.org>.

Premio Sorín de Investigación en Técnicas de diálisis.

Taxonomía NANDA,NIC,NOC. 2010.

Resumen: Se describe la relación entre la insuficiencia renal crónica y la hipertensión en los pacientes en diálisis. Se trata de un caso clínico, de un paciente que lleva 7 años en hemodiálisis. En éste se observa cómo la pérdida de masa muscular del paciente debida a un deterioro de la movilidad física, ha influido en una pérdida del peso del paciente. Traduciéndose en un aumento de la T.A. Por ello, se plantea un plan de cuidados de enfermería estandarizado y una serie de actividades interdependientes con el médico.

Palabras Clave: hipertensión; diálisis; enfermería.

Introducción:

La hipertensión arterial es muy común en la IRC. La mayoría de los pacientes antes de comenzar a ser tratados con diálisis sufren esta patología. Las causas son la incapacidad de excretar sodio, tono vascular elevado, arterosclerosis, calcificaciones vasculares y sobrecarga de volumen. La diferencia entre P. A. SISTÓLICA PREHD y P.A.SISTÓLICA POSTHD puede llegar a ser de 10mm de mercurio.

La P.A. óptima en diálisis debe ser la más baja que sea bien tolerada y sin episodios de hipotensión intraHD.

Observación clínica:

Paciente de 55 años y 7 años en HD. En las últimas sesiones se observa en la toma de la T.A. PREHD (168 / 95 mmhg), durante el tratamiento la media de las T.A. tomada cada hora es de 150/87 mmhg y T.A. Y POSTHD (140/82 mmhg). Refiere cefalea en domicilio. Ha sufrido una caída y lleva un mes con movilidad reducida.

Plan de cuidados enfermero:

C.1. NANDA (diagnóstico):00026. Exceso de volumen de líquidos r/c exceso de aporte de líquidos y na m/p edemas, disnea y aportes superiores a las pérdidas.

C.1 NOC (resultados de enfermería):3009 grado de la percepción positiva de la ayuda enfermera para realizar actividades emocionales.

C.1. NIC (intervención de enfermería):4120 manejo de líquidos (E.P.S. vigilar signos vitales); 1803 ayuda con los autocuidados: alimentación.(anotar la ingesta, realizar una selección de comidas proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir el autocuidado)

C.2. NANDA :00023 retención urinaria r/c ausencia de diuresis m/p edemas.

C.2. NOC: 0601 equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.

C.3. NIC:4130 monitorización de líquidos(vigilar el estado de hidratación, vigilar ingresos y egresos); 0590 manejo de la eliminación urinaria. (Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria, enseñar al paciente a registrar la producción urinaria).

C.3. NANDA: 0085 deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético m/p cambios en al marcha.

C.3. NOC: 1300 reconciliación con las circunstancias de salud.

C.3. NIC: 0221 terapia de ejercicios: ambulación (animar al paciente a que esté levantado, ayudar al paciente en la deambulación)

C.4. NANDA: 00079 incumplimiento del tratamiento r/c complejidad y fuerzas motivacionales.

C.4. NOC: 1209 motivación; 1601 conducta de cumplimiento.

C.4. NIC: 4480 facilitar la autorresponsabilidad (abstenerse de discutir con el paciente sobre los límites establecidos); 5602 enseñanza: proceso de enfermedad (describir el proceso de enfermedad)

Discusión y conclusiones:

Paciente sobrehidratado y que ha perdido masa muscular debido al deterioro de la movilidad, secundario a una caída. Esto nos indica que su peso seco ha disminuido y por lo tanto habrá que pautar una mayor UF durante la diálisis, pautar sesiones de HD más largas o más frecuentes (actividades interdependientes). Con estas medidas y la puesta en marcha del P.A.E. descrito se conseguirá que el paciente normalice su T.A. y evitar los riesgos asociados a la HTA.

Se debe diferenciar de la crisis antihipertensiva que se puede producir durante la sesión, debido a una UF excesiva. Respondiendo el sistema renina/angiotensina con un efecto hipertensor.

Bibliografía:

1. Rev Soc Esp Enferm Nefrol v.7 n.2 Madrid abr.-jun. 2004.
2. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 16 abril 2012 de M. Johnson.

Capítulo CXXXII

Plan de cuidados del paciente con desprendimiento de retina

Autores:

Gema María García Fernández

María Del Carmen García Fernández

José Miguel Pacheco Salgado

Amadeo Puebla Martín

María Pilar Rubio Serrano

Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA

AUTORES:

INTRODUCCIÓN

La retina es el tejido transparente en la parte posterior del ojo que lo ayuda a ver las imágenes enfocadas en éste por la córnea y el cristalino. Un desprendimiento de retina se produce cuando esta capa del ojo se separa de posición normal en la parte posterior del ojo. Los síntomas del desprendimiento de retina que pueden manifestar los pacientes son: Destellos de luz brillante, especialmente en la visión periférica, visión borrosa, moscas volantes en el ojo y el más grave, sombra o ceguera en una parte del campo visual de un ojo. Existen principalmente 2 tipos: desprendimiento por desgarro o perforación y desprendimiento por tracción. El tratamiento en la mayoría de los casos es quirúrgico.

OBJETIVO

Estandarizar un plan de cuidados para el entrenamiento de enfermería en los cuidados que requieren un paciente que sufre un desprendimiento de retina

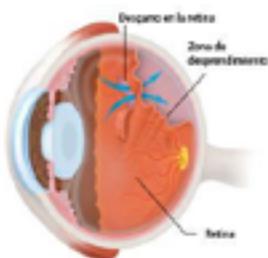
METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en MedlinePlus de los artículos publicados con las palabras claves: *desprendimiento de retina y retinal detachment*, posteriormente se procede a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).



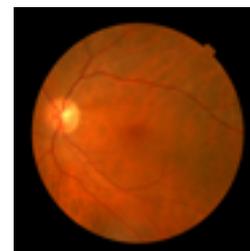
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA¹	RESULTADOS NOC²	INTERVENCIONES ENFERMERAS NIC³
00038 Riesgo de traumatismo Relacionado con mala visión	1902 Control del riesgo 1912 Caídas	6486 Manejo ambiental: Seguridad 6490 Prevención de caídas
00126 Conocimientos deficientes relacionado con falta de exposición	1808 Conocimiento de la medicación 1813 Conocimiento del régimen terapéutico	5602 Enseñanza del proceso de enfermedad 5616 Enseñanza de los medicamentos prescritos
00146 Ansiedad relacionado con cambio en el estado de salud	1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
00148 Temor relacionado con falta de familiaridad con la experiencia ambiental	1404 Autocontrol de la ansiedad	5380 Potenciación de la seguridad



REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS INTERVENCIONES ENFERMERAS NIC³

1400 Manejo del dolor
2310 Administración de medicación: Oftálmica
2930 Preparación quirúrgica
6650 Vigilancia
7680 Ayuda a la exploración



CONCLUSIÓN

Los planes estandarizados unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados enfermeros, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2007-2008. Elsevier; 2007
2. Morread S, Jonson M, Maas M L, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier; 2009.
3. Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier; 2009

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL DEL 19 AL 20 DE NOVIEMBRE DEL 2015

Resumen: *Objetivo: Estandarizar un plan de cuidados para el entrenamiento de enfermería en los cuidados que requieren un paciente que sufre un desprendimiento de retina.*

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica en MedlinePlus de los artículos publicados con las palabras claves: desprendimiento de retina y retinal detachment , posteriormente unificados según el proceso de atención de enfermería (PAE).

Plan de cuidados: Los principales diagnósticos enfermeros son: riesgo de traumatismo, conocimientos deficientes, ansiedad y temor.

Conclusión: Los planes estandarizados unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados enfermeros, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

Palabras Clave: *Planificación de atención al paciente; Diagnósticos de enfermería; Desprendimiento de retina.*

Introducción:

La retina es el tejido transparente situada en la parte posterior del ojo que ayudan a ver las imágenes enfocadas en éste por la córnea y el cristalino. Se puede asemejar a una cámara fotográfica 1,2.

Un desprendimiento de retina se produce cuando esta capa del ojo se separa de su posición normal en la parte posterior. Los tipos de desprendimiento son:

- El tipo más común de desprendimiento de retina se debe a un desgarro o perforación, que ocasiona que los fluidos oculares se filtren. Esto causa la separación de la retina de los tejidos subyacentes. Casi siempre es producido por una afección llamada desprendimiento de vítreo posterior, también puede ser causado por un traumatismo y una miopía muy grave. Un antecedente familiar de desprendimiento de retina también incrementa el riesgo.
- Otro tipo de desprendimiento de retina se denomina desprendimiento por tracción. Este tipo ocurre en personas con diabetes no controlada, que tienen antecedentes de cirugía de retina o que tienen inflamación crónica de esta.

Las circunstancias que incrementan el riesgo de un desprendimiento de retina son: Miopía; cirugía previa de catarata; glaucoma; traumas oculares severos; desprendimiento de retina previo en el otro ojo; historia familiar de desprendimiento de retina; zonas débiles en la retina que puede diagnosticar el oftalmólogo con un fondo de ojo.

Los síntomas del desprendimiento de retina que pueden manifestar los pacientes son:

- Destellos de luz brillante, especialmente en la visión periférica.
- Visión borrosa.
- Moscas volantes en el ojo.
- El más grave, sombra o ceguera en una parte del campo visual de un ojo.

Las pruebas que pueden indicar al oftalmólogo un desprendimiento de retina son:

- Angiofluoresceinografía, que usando una sustancia intravenosa tinte los vasos sanguíneos de los ojos y con una cámara especial se puede observar el flujo de sangre en la retina.
- Tonometría, que indica la Presión intraocular del ojo (PIO), siendo los valores normales entre 10 y 20 milímetros de mercurio (mmHg), oscila durante todo el día
- Oftalmoscopia, para examinar la parte posterior del ojo, incluida la retina.
- Prueba de refracción, que indica la prescripción de gafas.
- Visión cromática.
- Agudeza visual, para determinar las letras más pequeñas que se pueden ver.
- Examen con lámpara de hendidura, en la cual se revisan las estructuras en la parte frontal del ojo.
- Ecografía del ojo.

La mayoría de los pacientes con un desprendimiento de retina necesitará cirugía, la cual se puede realizar ya sea inmediatamente o después de un corto período de tiempo. Algunos tipos de cirugía de desprendimiento de retina se pueden realizar en a consulta del oftalmólogo, como son:

- La utilización de láseres para sellar los desgarros o agujeros en la retina antes de que se produzca un desprendimiento de retina.
- Si es un pequeño desprendimiento de retina, el médico puede colocar una burbuja de gas en el ojo. Esto se conoce como retinopexia neumática que ayuda a la retina a flotar de nuevo en su lugar. El agujero se sella con un láser.

Los desprendimientos de retina más graves requieren cirugía en quirófano. Estos procedimientos abarcan:

- Introflección o indentación escleral para empujar suavemente la pared del ojo hacia arriba contra la retina.
- Vitrectomía para extraer el gel o el tejido cicatricial que tira de la retina, empleada para los desprendimientos o desgarros más grandes.
- La cirugía puede ayudar a recuperar algo de la visión en el peor de los casos o la visión integral.
- La complicación asociada al desprendimiento es la pérdida de la visión o incluso la ceguera.

Objetivo:

Estandarizar un plan de cuidados para el entrenamiento de enfermería en los cuidados que requieren un paciente que sufre un desprendimiento de retina

Metodología:

Se realiza una revisión bibliográfica en MedlinePlus de los artículos publicados con las palabras claves: desprendimiento de retina y retinal detachment , posteriormente se procede a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

Plan de cuidados estandarizado:

Los principales diagnósticos enfermeros (NANDA)³, asociados a las intervenciones (NIC)⁴ requeridas y los objetivos (NOC)⁵ que requiere un paciente que ha sufrido un desprendimiento de retina son:

NANDA 00038. Riesgo de traumatismo relacionado con mala visión

NOC 1902. Control del riesgo; 1912. Caídas

NIC 6486. Manejo ambiental: Seguridad; 6490. Prevención de caídas

NANDA 00126. Conocimientos deficientes relacionado con falta de exposición

NOC 1808. Conocimiento de la medicación; 1813. Conocimiento del régimen terapéutico

NIC 5602. Enseñanza del proceso de enfermedad; 5616. Enseñanza de los medicamentos prescritos

NANDA 00146. Ansiedad relacionado con cambio en el estado de salud

NOC 1402. Autocontrol de la ansiedad

NIC 5820. Disminución de la ansiedad

NANDA 00148. Temor relacionado con falta de familiaridad con la experiencia ambiental

NOC 1404. Autocontrol de la ansiedad

NIC 5380. Potenciación de la seguridad

Discusión:

El desprendimiento de retina no es una patología vital pero que si puede provocar graves trastornos en los pacientes que van desde una disminución en la visión hasta una ceguera.

Es fundamental contar con un proceso enfermero que nos permita crear planes de cuidados centrados en las necesidades humanas. Debemos tratar a nuestros pacientes como un individuo único que necesita unos cuidados de enfermería concretos, no sólo enfocadas en su enfermedad sino en el conjunto del individuo.

Un plan de cuidados, en este caso del paciente con desprendimiento de retina, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, de modo que se pueda ofrecer unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

Conclusión:

Los planes estandarizados unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados enfermeros, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

Bibliografía:

1. American Academy of Ophthalmology Retina Panel. Preferred Practice Pattern Guidelines. Posterior vitreous detachment, retinal breaks, and latic degeneration. San Francisco, Ca: American Academy of Ophthalmology; 2013. Accessed August 29, 2013.
2. Connolly BP, Regillo CD. Rhegmatogenous retinal detachment. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. Duane's Ophthalmology on DVD-ROM - 2013 Edition
3. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2007-2008. Elsevier; 2007
4. Morread S, Jonson M, Maas M L, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier; 2009.
5. Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier; 2009

Capítulo CXXXIII

Plan de cuidados del paciente portador de fístula arteriovenosa (FAVI) o injerto para hemodiálisis: complicaciones en domicilio-sangrado por lugar de punción

Autores:

Héctor Campos Rodríguez De Guzmán

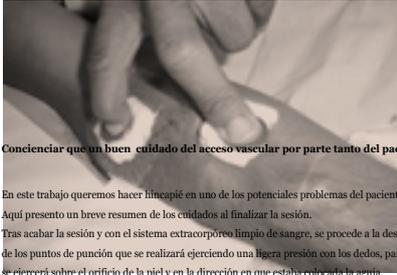
Tania Cerro López

Aurora Molina Moreno

José Miguel Segovia Félix

VIII Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real, 19 y 20 Noviembre 2015

Plan de Cuidados del paciente portador de fistula arterio-venosa (FAVI) o injerto para hemodiálisis: COMPLICACIONES EN DOMICILIO- SANGRADO POR LUGAR DE PUNCIÓN



OBJETIVO
Concienciar que un buen cuidado del acceso vascular por parte tanto del paciente como del personal, disminuye en gran medida re-sangrado, y en caso de presentarse saber actuar y que alteraciones puede o podemos encontrarlos.

INTRODUCCIÓN
En este trabajo queremos hacer hincapié en uno de los potenciales problemas del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis con acceso vascular interno FAVI: el sangrado, o mejor dicho re-sangrado por el punto de punción en el domicilio. Aquí presento un breve resumen de los cuidados al finalizar la sesión.

Tras acabar la sesión y con el sistema extracorpóreo limpio de sangre, se procede a la desconexión de las líneas y a retirada de las agujas. Esta ha de realizarse cuidadosamente a fin de evitar desgarros con la punta de la aguja. Tras retirar las agujas procedemos a la hemostasia de los puntos de punción que se realizará ejerciendo una ligera presión con los dedos, para evitar las pérdidas hemáticas sin llegar a ocluir el flujo sanguíneo. Para ejercer la presión hay que tener en cuenta que existe un desfase entre el orificio de la piel y el del vaso, y la presión se ejercerá sobre el orificio de la piel y en la dirección en que estaba colocada la aguja.

Se recomienda un tiempo de hemostasia mínimo de 10-15 min o bien hasta que se haya formado un coágulo estable en el sitio de punción. Este tiempo puede variar de un paciente a otro, dado que puede estar influido por el tipo de acceso vascular, su estado y factores propios del paciente (alteraciones de la coagulación, destreza del paciente, punciones complicadas, etc...). Para favorecer la formación del coágulo, la presión ha de ser continua, sin interrupciones hasta comprobar que es completa.

Tiempos largos de sangrado (más de 20 min) de forma periódica en punciones no complicadas pueden indicar alteraciones del acceso vascular, un lugar de punción no adecuado (zona de piel deteriorada, punciones muy cercanas, etc.) o unos tiempos de coagulación prolongados.

Cuando se presentan sangrados prolongados se puede poner en la torunda agentes que favorecen la coagulación, como espumas hemostáticas de gelatina (Espongostan Film®) y esponjas hemostáticas de colágeno (Hemostop®). Otra opción es impregnar la torunda con Amchafibrin®. También se hemos podido comprobar la eficacia en el uso de una pastilla de Almax® o Paracetamol. Revisar estudios o eficacia.

Sobre todo al inicio del uso de un acceso vascular o cuando las punciones venosa y arterial esta alejadas y el paciente no pueda ocluir ambas zonas a la vez, la hemostasia la realizara por separado, uno a uno, y primero realizara la hemostasia del punto más proximal (retorno), ya que de no hacerse así, al comprimir el otro punto se aumentaría la presión dentro del acceso, lo que favorecería el posible sangrado. Debe evitarse el uso de pinzas o torniquetes especiales para realizar la hemostasia de las punciones, en todo caso nunca han de utilizarse en los accesos protésicos.

La hemostasia en las primeras punciones ha de realizarse siempre por personal de enfermería experto, ya que la pared vascular todavía es muy frágil y hay riesgo de formación de hematomas. Posteriormente, se educará al paciente para que realice su propia hemostasia.

Relación de necesidades básicas alteradas según modelo de Virginia Henderson

- | | |
|--|---|
| <p>1- Respirar normalmente: la respiración se puede volver más rápida y superficial en función del volumen perdido por el sangrado</p> <p>2- Comer y beber de forma adecuada: mantienen unas restricciones en la dieta: ingesta de líquidos, sal, fósforo, calcio, potasio, etc...</p> <p>3- Eliminar los desechos corporales: estos pacientes tienen alterados tanto la diuresis por la IRC, como el patrón intestinal. Pueden presentar estreñimiento por el control de la ingesta y la alteración en la distribución de los líquidos.</p> <p>4- Moverse y mantener la postura adecuada: tras el tratamiento pueden salir con la TA baja y más si existe un sangrado importante. Sería conveniente que tras el tratamiento no realizaran ninguna actividad. Buenas opciones serían descansar tumbado o sentado</p> <p>5- Dormir y descansar:</p> <p>6- Elegir la ropa adecuada: elegir ropa cómoda, teniendo en cuenta que no comprima ni dificulte la manipulación del acceso vascular.</p> <p>7- Mantener la temperatura corporal adecuada: presentara piel fría y temperatura por debajo de la normal, si la pérdida sanguínea es importante.</p> <p>8- Mantener la higiene corporal: aparte de la higiene diaria, una buena higiene con agua y jabón del brazo portador del acceso, valorando si existe cualquier alteración. Retirar los apósitos al día siguiente del tratamiento con cuidado de no retirar la costra, aprovechando durante la higiene, para mojar el apósito y retirarlo con más facilidad.</p> | <p>9- Evitar los peligros del entorno: tener cuidado con animales, tener el domicilio sin obstáculos que puedan llevar a caídas y golpes en el acceso vascular, que podrían producir desde hemorragias importantes hasta disfunción de dicho acceso.</p> <p>10- Comunicación con los otros: puede encontrarse mareado o atargado, por la hipotensión asociada al tratamiento y por el sangrado. Presentar cierto grado de alteración cognitiva.</p> <p>11- Actuar con arreglo a la fe</p> <p>12- Trabajar para sentirse realizado</p> <p>13- Participar de formas de entretenimiento</p> <p>14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad (conocimientos): saber que en caso de acudir a urgencias el brazo portador del acceso vascular no debe ser vendado. Realizar una presión manual con una torunda de gasa o mediante pizca de hemostasia (poco recomendado a favor de la supervivencia del acceso). Si tiene alguna duda preguntar al personal de enfermería o medico, respecto a los cuidados del acceso vascular</p> |
|--|---|

NANDA (DIAGNOSTICOS)	NOC (OBJETIVOS)	NIC (INTERVENCIONES)
<p>Dominio I Promoción de la salud Clase 2 Gestión de la salud Diagnostico 00043 PROTECCIÓN INEFICAZ. Disminución de la capacidad para autoprotgerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones, relacionado con alteraciones de la coagulación, deterioro de la cicatrización y debilidad. Factores relacionados: - Perfiles hematológicos anormales (p.ej., anemia, coagulación). - Medicamentos (p.ej., anticoagulantes, trombolíticos) - Efectos secundarios del tratamiento</p>	<p>3102 Autocontrol: enfermedad crónica 310204 Sigue las precauciones recomendadas 310205 Busca información sobre métodos para prevenir complicaciones 310206 Controla signos y síntomas de las complicaciones 310212 Realiza procedimiento prescrito 310223 Busca ayuda para el autocuidado 310232 Utiliza estrategias para prevenir complicaciones 310246 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades 310248 Obtiene asesoramiento del profesional sanitario según sea necesario</p>	<p>5520 Facilitar el aprendizaje - Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender - Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente - Establecer la información en una secuencia lógica - Simplificar las instrucciones - Repetir la información importante 4010 Prevención de hemorragias - Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas</p>
<p>Dominio V Percepción/Cognición Clase 4 Cognición Diagnostico 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con seguimientos inexacto de las instrucciones y comportamientos inadecuados Factores relacionados: - Mala interpretación de la información - Falta de interés en el aprendizaje - Incapacidad para recordar - Poca familiaridad con los recursos para obtener la información</p>	<p>1805 Conocimiento: conducta sanitaria 180512 Estrategias para reducir el riesgo de lesiones accidentales 1857 Conocimiento: manejo de la enfermedad renal 185705 Factores de riesgo de complicaciones 185706 Signos y síntomas de complicaciones 185711 Estrategias para reducir el riesgo de sangrado 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos 181409 Acciones apropiadas durante las complicaciones 1806 Conocimiento: recursos sanitarios 180602 Cuando contactar con un profesional sanitario 180603 Medidas de urgencia 180604 Recursos para la asistencia urgente 180608 Como contactar con los servicios sanitarios</p>	<p>7910 Consulta - Identificar el propósito de la consulta - Proporcionar conocimientos técnicos a quienes solicitan ayuda - Implicar a los que solicitan la ayuda en todo el proceso de consulta - Preparar un informe final de recomendaciones 4020 Disminución de la hemorragia - Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas 4240 Mantenimiento del acceso para diálisis - Enseñar al paciente a evitar la compresión mecánica del lugar de acceso periférico - Enseñar al paciente a cuidar el lugar de acceso de diálisis 6240 Primeros auxilios - Instruir a las personas a pedir ayuda, si es necesario</p>
<p>Dominio XI Seguridad/Protección Clase 2 Lesión física Diagnostico 00206 RIESGO DE SANGRADO Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud Factores de Riesgo: - Conocimientos deficientes - Antecedentes de caída - Coagulopatías esenciales - Trauma - Efectos secundarios relacionados con el tratamiento</p>	<p>3108 Autocontrol: enfermedad renal 310833 Realiza el procedimiento correcto para cuidado del lugar de acceso de diálisis 310834 Controla el tiempo de coagulación 310835 Utiliza estrategias para prevenir el sangrado 310836 Toma precauciones con el brazo de la fistula 0409 Coagulación sanguínea 040901 Formación del coágulo 040902 Sangrado 1105 Integridad del acceso para hemodiálisis 110508 Hemorragia local</p>	<p>4020 Disminución de la hemorragia - Identificar la causa de la hemorragia - Aplicar presión directa 4240 Mantenimiento del acceso para diálisis - Evitar la compresión mecánica de los lugares de acceso periférico 6240 Primeros auxilios - Aplicar cuidados adecuados, presión digital para reducir la hemorragia</p>

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión destacar que debido al gran volumen sanguíneo y elevada presión que se crea en el trayecto del acceso vascular, cualquier herida o golpe puede provocar un sangrado importante con repercusión hemodinámica importante. Seguir los cuidados mencionados y preguntar cualquier duda al personal del servicio de hemodiálisis, puede evitar esta complicación. Para estos pacientes se puede decir que "la fistula es su vida", si conseguimos que lo entiendan así, puede favorecer a que se impliquen de manera activa en los cuidados del acceso.

Dr. Aurora Quero Rufán, Coordinación. T. Heather Herdman, PhD, RN, Editor. NANDA International. Nursing Diagnosis: Definition & Classification, 2012-2014. Terceira edição. São Paulo, 17-21. 08021 Barcelona, España. 2014 Elsevier España, S.L. Nursing Outcomes Classification (NOC), 2ª Ed. Traducción de García, 17-21. 08021 Barcelona, España. 2014 Elsevier España, S.L. Nursing Interventions Classification (NIC), 4ª Ed. Traducción de García, 17-21. 08021 Barcelona, España. Virtual Nursing University Autónoma de Guerrero. Metodología del proceso enfermero: planificación, ejecución y evaluación de cuidados de enfermería. <http://www.elsevier.es/es/ebook-9788494447808>

Resumen: En este trabajo hemos querido hacer hincapié en uno de los potenciales problemas del paciente con enfermedad renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis con acceso vascular interno FAVI: el sangrado, o mejor dicho re-sangrado por el punto de punción en el domicilio.

Hemos realizado una valoración de este problema de salud, cuales son los puntos clave donde incidir y que tareas vamos a llevar a cabo con el paciente y entorno, o por ellos cuando la situación así lo requiera. Básicamente actividades basadas en el adiestramiento del uso y cuidados del acceso vascular y de educación para la salud.

Palabras Clave: Fistula arteriovenosa; Sangrado; Hemostasia.

Introducción:

En este trabajo queremos hacer hincapié en uno de los potenciales problemas del paciente con IRC en hemodiálisis con acceso vascular interno FAVI: el sangrado, o mejor dicho re-sangrado por el punto de punción en el domicilio. Aquí presento un breve resumen de los cuidados al finalizar la sesión.

Tras acabar la sesión y con el sistema extracorpóreo limpio de sangre, se procede a la desconexión de las líneas y a retirada de las agujas. Esta ha de realizarse cuidadosamente a fin de evitar desgarros con la punta de la aguja. Tras retirar las agujas procedemos a la hemostasia de los puntos de punción que se realizará ejerciendo una ligera presión con los dedos, para evitar las pérdidas hemáticas sin llegar a ocluir el flujo sanguíneo. Para ejercer la presión hay que tener en cuenta que existe un desfase entre el orificio de la piel y el del vaso, y la presión se ejercerá sobre el orificio de la piel y en la dirección en que estaba colocada la aguja.

Se recomienda un tiempo de hemostasia mínimo de 10-15 min o bien hasta que se haya formado un coágulo estable en el sitio de punción. Este tiempo puede variar de un paciente a otro, dado que puede estar influido por el tipo de acceso vascular, su estado y factores propios del paciente (alteraciones de la coagulación, destreza del paciente, punciones complicadas, etc...). Para favorecer la formación del coágulo, la presión ha de ser continua, sin interrupciones hasta comprobar que es completa. Tiempos largos de sangrado (más de 20') de forma periódica en punciones no complicadas pueden indicar alteraciones del acceso vascular, un lugar de punción no adecuado (zona de piel deteriorada, punciones muy cercanas, etc.) o unos tiempos de coagulación prolongados.

Cuando se presentan sangrados prolongados se puede poner en la torunda agentes que favorecen la coagulación, como espumas hemostáticas de gelatina (Espingostan Film®) y esponjas hemostáticas de colágeno (Hemostop®). Otra opción es impregnar la torunda con Amchafibrin®. También se hemos podido comprobar la eficacia en el uso de una pastilla de Almax® o Paracetamol. Revisar estudios o eficacia.

Con los primeros usos de la fistula o cuando las punciones venosa y arterial esta alejadas y el paciente no pueda ocluir ambas zonas a la vez, la hemostasia la realizara por separado, uno a uno, y primero realizara la hemostasia del punto más proximal (retorno), ya que de no hacerse así, al comprimir el otro punto se aumentaría la presión dentro del acceso, lo que favorecería el posible sangrado. Se debe evitar el uso de pinzas o torniquetes especiales para realizar la hemostasia de las punciones, en todo caso nunca han de utilizarse en los accesos protésicos.

La hemostasia en las primeras punciones ha de realizarse siempre por personal de enfermería experto, ya que la pared vascular todavía es muy frágil y hay riesgo de formación de hematomas. Posteriormente, se educará al paciente para que realice su propia hemostasia.

Objetivo:

Concienciar que un buen cuidado del acceso vascular por parte tanto del paciente como del personal, y en caso de presentarse el sangrado, saber actuar y conocer las posibles complicaciones.

Material y Metodo:

Este plan de cuidados, es una descripción de un problema de salud real y/o potencial, de una población determinada: pacientes con IRC cuyo acceso vascular es una fistula arteriovenosa en uso para diálisis. Necesidades básicas Virginia Henderson:

- Respirar normalmente: la respiración se puede volver más rápida y superficial en función del volumen perdido por el sangrado.
- Comer y beber de forma adecuada: mantienen unas restricciones en la dieta: ingesta de líquidos, sal, fosforo, calcio, potasio, etc.
- Eliminar los desechos corporales: estos pacientes tienen alterados tanto la diuresis por la IRC, como el patrón intestinal. Pueden presentar estreñimiento por el control de la ingesta y la alteración en la distribución de los líquidos.
- Moverse y mantener la postura adecuada: tras el tratamiento pueden salir con la TA baja y más si existe un sangrado importante. Sería conveniente que tras el tratamiento o realizaran ninguna actividad. Buenas opciones serían descansar tumbado o sentado.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada: elegir ropa cómoda, teniendo en cuenta que no comprima ni dificulte la manipulación del acceso vascular.
- Mantener la temperatura corporal adecuada: presentara piel fría y temperatura por debajo de la normal, si la pérdida sanguínea es importante.
- Mantener la higiene corporal: aparte de la higiene diaria, una buena higiene con agua y jabón del brazo portador del acceso, valorando si existe cualquier alteración. Retirar los apósitos al día siguiente del tratamiento con cuidado de no retirar la costra, aprovechando durante la higiene, para mojar el apósito y retirarlo con más facilidad.
- Evitar los peligros del entorno: tener cuidado con animales, tener el domicilio sin obstáculos que puedan llevar a caídas y golpes en el acceso vascular, que podrían producir desde hemorragias importantes hasta disfunción de dicho acceso.
- Comunicación con los otros: puede encontrarse mareado o aletargado, por la hipotensión asociada al tratamiento y por el sangrado. Presentar cierto grado de alteración cognitiva.
- Actuar con arreglo a la fe.
- Trabajar para sentirse realizado.
- Participar de formas de entretenimiento.

- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad (conocimientos): saber que en caso de acudir a urgencias el brazo portador del acceso vascular no debe ser vendado. Realizar una presión manual con una torunda de gasa o mediante pinza de hemostasia (poco recomendado a favor de la supervivencia del acceso). Si tiene alguna duda preguntar al personal de enfermería o médico, respecto a los cuidados del acceso vascular.

Diagnósticos de Enfermería encontrados (relaciones NANDA-NOC-NIC):

00043 Protección ineficaz.

3102 Autocontrol: enfermedad crónica.

5520 Facilitar el aprendizaje/4010 Prevención de hemorragias.

00126 Conocimientos deficientes.

1805 Conocimiento: conducta sanitaria/1857 Conocimiento: manejo de la enfermedad renal/1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos/1806 Conocimiento: recursos sanitarios.

7910 Consulta/6240 Primeros auxilios/4020 Disminución de la hemorragia/4240 Mantenimiento del acceso para diálisis.

00206 Riesgo de sangrado.

3108 Autocontrol: enfermedad renal/0409 Coagulación sanguínea/1105 Integridad del acceso para hemodiálisis.

4020 Disminución de la hemorragia/4240 Mantenimiento del acceso para diálisis/6240 Primeros auxilios.

Conclusión:

A modo de conclusión destacar que debido al gran volumen sanguíneo y elevada presión que se crea en el trayecto del acceso vascular, cualquier herida o golpe puede provocar un sangrado importante con repercusión hemodinámica importante. Seguir los cuidados mencionados y preguntar cualquier duda al personal del servicio de hemodiálisis, puede evitar esta complicación.

Para estos pacientes se puede decir que “la fistula es su vida”, si conseguimos que lo entiendan así, puede favorecer a que se impliquen de manera activa en los cuidados del acceso.

Bibliografía:

1. Dra. Aurora Quero Rufián, Coordinación. T. Heather Herdman, PhD, RN, Editor. NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014.
2. Travessera de Gràcia, 17-21- 08021 Barcelona, España.
3. 2014 Elsevier España, S.L. Nursing Outcomes Classification (NOC). 5ª Ed. Travessera de Gràcia, 17-21- 08021 Barcelona, España.
4. 2014 Elsevier España, S.L. Nursing Interventions Classification (NIC). 6ª Ed. Travessera de Gràcia, 17-21- 08021 Barcelona, España.
5. Virtual.uagro.mx Universidad Autónoma de Guerrero. Metodología del proceso enfermero aplicado a planes de cuidados de enfermería. <http://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-cuidados-las-fistulas-arteriovenosas-intervenciones-13147525>.

Capítulo CXXXIV

Plan de cuidados en el paciente con distress respiratorio agudo

Autores:

María Dolores Baos Aranda

Lucía Díaz López

Sheila Díaz Molina

María Del Rosario Gormaz Sevilla

Luisa López De La Reina Mateos De La Higuera

Rocío Sánchez Gómez

PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO

Es una enfermedad sistémica de comienzo agudo, dinámico y explosivo, como resultado de una reacción inflamatoria difusa y severa del parénquima pulmonar a nivel de la membrana de la unidad alveolo-capilar, ante una agresión, con pérdida de la compartimentación, ocasionando un incremento de la permeabilidad con la formación de un edema exudativo rico en proteínas.

Causa de falta respiratoria aguda muy grave.

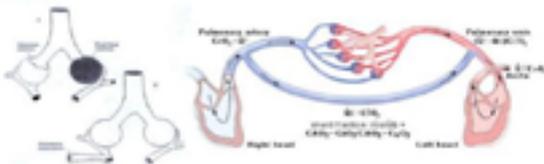
DEFINICIÓN DE SEGÚN DEL SDRA			
	Leve	Moderado	Grave
Tiempo de inicio	Inicio dentro de una semana de conocido el daño clínico o nuevo deterioro de los síntomas respiratorios.		
Imagen torácica*	Opacidades bilaterales, no explicables por derrame, atelectasia pulmonar o nódulos.		
Origen del edema	Fallo respiratorio no explicable completamente por una insuficiencia cardíaca o por sobrecarga de líquidos. Necesita evaluación objetiva (p.ej. Ecocardiograma) para excluir edema cardiogénico si no existe factor de riesgo presente.		
Hipoxemia Ratio PaO ₂ /FiO ₂	≥200 con PEEP/CPAP ≥5	≥300+100, con PEEP ≥5	≥400, con PEEP ≥5

*Radiografía de tórax o tomografía axial computarizada
 CPAP: Presión positiva continua en la vía aérea
 FiO₂: Fracción inspirada de oxígeno
 PaO₂: Presión parcial arterial de oxígeno
 PEEP: Presión positiva al final de la espiración



Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)

- Con la progresión de la enfermedad, el trabajo respiratorio aumenta notablemente.
- El pulmón se torna rígido y está dificultada su insuflación.
- Se incrementa el consumo de oxígeno por el consumo de sangre.
- Se produce alteración del intercambio gaseoso e hipoxia profunda.
- El intercambio es aún más comprometido por el colapso alveolar → Debido a los anomalías en la elaboración de tenacivitas.
- Si la lesión del epitelio alveolar es intensa, la separación epitelial desorganizada lleva a la fibrosis.



Causas sistémicas	Causas pulmonares
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo • Sepsis • Pancreatitis • Shock • Transfusiones múltiples • Coagulación intravascular diseminada • Quemaduras extensas • Sobredosis de fármacos • Púrpura trombocitopénica trombótica • Síndrome cardiopulmonar • Traumatismo craneal • Paracetamol 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de contenido gástrico • Embolia grasa, aérea o de líquido amniótico • Tuberculosis miliar • Neumonía difusa • Neumonía eosinófila • Abogamiento • Inhalación de gases tóxicos • Toxicidad de oxígeno • Contusión pulmonar • Radiación • Exposición a grandes alturas • Expansión o reperfusion pulmonar

Cuidados de enfermería

- ➔ Vigilar los parámetros de la ventilación mecánica, patrón respiratorio, intercambio de gases, estado hemodinámico, permeabilidad de la vía aérea, grado de conciencia y necesidad de sedación.
- ➔ Con los cambios posturales intentar mejorar la ventilación y oxigenación. Intentar practicar el tratamiento decúbito prono.
- ➔ Plantearse aspirar secreciones ya que puede conllevar consecuencias como alteraciones hemodinámicas y desaturación.
- ➔ Administrar medicación y fluidos según pauta médica. Tener en cuenta que en estos pacientes los fluidos han de estar restringidos en la medida de lo posible.
- ➔ Reducir aquellos factores que aumentan el consumo de oxígeno como fiebre, convulsiones o movilizaciones.
- ➔ Evitar la aparición de complicaciones como aspiraciones, atelectasias y úlceras.

Conclusiones

La mejor estrategia ventilatoria es aquella que mantiene un mayor porcentaje de tejido pulmonar abierto y, a la vez, evita una excesiva hiperpresión y sobredistensión pulmonar.

Alrededor de un tercio de las personas con SDRA muere por esta enfermedad.

Los supervivientes por lo general recuperan su función pulmonar normal, pero muchas personas sufren daño pulmonar permanente (usualmente leve), pérdida de memoria u otros problemas de calidad de vida después de recuperarse.



Figura 4. Algoritmo de manejo del paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Traducción de los Principios de Medicina Interna de Sabatini (2008) y de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Española de Neumología (2008).

VIII CONGRESO DE INVESTIGACION DE ENFERMERIA

Resumen: El síndrome del distress respiratorio agudo (SDRA) es un tipo de daño pulmonar inflamatorio agudo y difuso que tiene como consecuencia el incremento de la permeabilidad vascular pulmonar y la disminución del tejido pulmonar aireado. La presentación clínica incluye hipoxemia, alteraciones radiológicas bilaterales, incremento del espacio muerto fisiológico y una disminución de la distensibilidad pulmonar.

Es una condición clínica, que pese a los avances tecnológicos, continúa teniendo alta mortalidad. El tratamiento sigue siendo, fundamentalmente, de "soporte", por lo que la ventilación mecánica es la herramienta más importante para tratar a los pacientes con SDRA.

Palabras Clave: Síndrome de Distress Respiratorio Agudo; Ventilación Mecánica; Cuidados Enfermeros.

El síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) fue descrito por Ashbaugh y Petty en 1967. Es un cuadro clínico con comienzo agudo, dinámico y explosivo como resultado de una reacción inflamatoria difusa y severa del parénquima pulmonar. El daño ocurre a nivel de la membrana alveolar (unidad alvéolo-capilar) ocasionado por una alteración de la permeabilidad capilar, con la formación de un edema exudativo.

El SDRA se caracteriza en su comienzo, por un daño agudo de la membrana alvéolo capilar con aumento de la permeabilidad vascular. De esta forma, la alteración inicial consiste en la ocupación alveolar por un líquido rico en proteínas. Esta ocupación reduce la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso. A medida que el SDRA progresa, se producen fenómenos vasculares que alteran significativamente el intercambio gaseoso. La situación se agrava por la aparición de zonas con nula ventilación debido al desarrollo de atelectasias en diferentes áreas del pulmón y, en definitiva al shunt intrapulmonar. Todos estos factores configuran el cuadro de hipoxemia refractaria al aumento de la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) característica de esta entidad clínica.

Podemos distinguir entre causas sistemáticas y pulmonares. Dentro de las causas sistemáticas destacamos:

- Traumatismo
- Sepsis
- Shock
- Transfusiones múltiples
- Coagulación intravascular diseminada
- Quemaduras extensas
- Sobredosis de fármacos
- Púrpura trombocitopénica trombótica
- Traumatismo craneal
- Paraquat

Causas pulmonares:

- Aspiración de contenido gástrico
- Embolia grasa, aérea o de líquido amniótico
- Tuberculosis miliar
- Neumonía difusa
- Neumonía eosinófila
- Ahogamiento
- Inhalación de gases tóxicos
- Toxicidad de oxígeno
- Contusión pulmonar
- Radiación
- Exposición a grandes alturas
- Expansión o reperfusión pulmonar

Existen dos formas de presentación clínica. Una con aparición inmediata de taquipnea, insuficiencia respiratoria grave e infiltrados radiológicos alveolares, difusos y bilaterales, la segunda de carácter menos agudo, pudiendo existir un periodo de latencia en el que sólo habrá discreta taquipnea y gradiente alvéolo arterial aumentado.

En la exploración física destaca un aumento del trabajo respiratorio, con utilización de la musculatura accesoria, taquipnea, taquicardia y sudación. La auscultación respiratoria suele revelar estertores húmedos bilaterales. Los hallazgos físicos restantes dependerán de la enfermedad que haya desencadenado el SDRA. En la RX originalmente pueden apreciarse infiltrados intersticiales bilaterales de predominio basal y, posteriormente, infiltrados alveolares bilaterales. Puede haber, además, derrame pleural bilateral. El dato analítico más característico es la presencia de insuficiencia respiratoria. En las fases iniciales del síndrome sólo se observa hipocapnia y aumento del gradiente alveoloarterial de oxígeno; en fases más avanzadas hay hipoxemia de gran intensidad, que responde parcialmente o no a la administración de oxígeno. Otros datos analíticos dependen de la enfermedad responsable y que desencadenó el SDRA.

El diagnóstico se basa principalmente en la clínica. Requiriéndose para el diagnóstico definitivo la presencia de insuficiencia respiratoria grave (PaO_2 menor 60 mmHg, con una fracción inspiratoria de oxígeno FiO_2 de 0,5 o bien un cociente PaO_2/FiO_2 inferior a 200) junto con una causa desencadenante y la existencia de infiltrados pulmonares bilaterales, después de descartar el edema pulmonar de origen cardiogénico.

El plan de tratamiento médico está centrado en tres áreas:

- De soporte, para proporcionar una oxigenación y una ventilación mecánica adecuada y así revertir la hipoxemia y expandir las unidades de intercambio gaseoso distales, de manera que se prevenga un colapso alveolar y de las vías aéreas con posterioridad.
- Terapéutica, para tratar las respuestas sistémicas producidas por los trastornos de la función pulmonar.
- Curativa, para determinar y tratar la causa de la lesión.

Plan de cuidados:

Dentro de los cuidados de enfermería en estos pacientes , destacamos:

- Vigilar los parámetros de la ventilación mecánica, patrón respiratorio, intercambio de gases, estado hemodinámico, permeabilidad de la vía aérea, grado de conciencia y necesidad de sedación.
- Con los cambios posturales intentar mejorar la ventilación y oxigenación. Intentar practicar el tratamiento decúbito prono.
- Plantearse aspirar secreciones ya que puede conllevar consecuencias como alteraciones hemodinámicas y desaturación.
- Administrar medicación y fluidos según pauta médica. Tener en cuenta que en estos pacientes los fluidos han de estar restringidos en la medida de lo posible.
- Reducir aquellos factores que aumentan el consumo de oxígeno como fiebre, convulsiones o movilizaciones.
- Evitar la aparición de complicaciones como aspiraciones, atelectasias y úlceras.

Conclusión:

La mejor estrategia ventilatoria es aquella que mantiene un mayor porcentaje de tejido pulmonar abierto y, a la vez, evita una excesiva hiperpresión y sobredistensión pulmonar.

Alrededor de un tercio de las personas con SDRA muere por esta enfermedad.

Los supervivientes por lo general recuperan su función pulmonar normal, pero muchas personas sufren daño pulmonar permanente (usualmente leve), pérdida de memoria u otros problemas de calidad de vida después de recuperarse. Los cuidados de enfermería son fundamentales en todo el proceso de recuperación de dichos pacientes.

Bibliografía:

1. P. Martín Escribano. A. López Encuentra (1999). Pautas de práctica clínica en Neumología. Madrid Idepsa.
2. Jeroni Ferrés, Vicente Plaza. Departamento de Neumología del H. Santa Creu y Sant Pau de Barcelona. Asma del adulto. Febrero 2000. Almirall Prodesfarma.
3. Susan F. Wilson, June M. Thompson (1996). Enfermería Clínica. Transtornos respiratorios. Edt. Mosby.

Capítulo CXXXV

Plan de cuidados en la insuficiencia arterial crónica

Autores:

Laura Zafra Chamorro

Mercedes Zafra Chamorro

PLAN DE CUIDADOS EN LA INSUFICIENCIA ARTERIAL CRÓNICA

La insuficiencia arterial crónica se define como una afectación oclusiva de las arterias de las EEII principalmente secundaria a aterosclerosis y que forma parte de una arteriopatía sistémica. Es una patología de difícil diagnóstico, ya que solo el 25% de los pacientes presenta síntomas, cuando aparece clínica, la obstrucción arterial es mayor del 70%.

OBJETIVOS

Aplicar un tratamiento integral.
Detectar y prevenir complicaciones y factores de riesgo.
Proporcionar confort y bienestar al paciente.

METODOLOGÍA

El plan va dirigido a todos los pacientes con riesgo o afectación de IAC para apoyarles y darles recursos para afrontar la enfermedad de forma eficaz. Para ellos nos hemos basado en la Taxonomía NANDA y las intervenciones enfermeras basadas en la CIE.

INTERVENCIONES

NANDA	NIC	NOC
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Integridad tisular. Detección de riesgos. Valoración de la perfusión tisular.	Valoración de la circulación, evitar lesiones. Vigilancia de la piel.
Dolor	Valorar el dolor. Ver nivel de comodidad y manifestaciones del dolor.	Control del dolor. Manejo terapéutico: toma de analgésicos.
Riesgo de intolerancia a la actividad	Fomento del ejercicio. Enseñar actividades y ejercicios adecuados.	Aumentar la actividad. Poder desarrollar sus ABVD dentro de sus limitaciones.
Riesgo de alteración del patrón del sueño.	Comodidad. Inducción al sueño.	Conseguir un patrón del sueño adecuado. Asegurar el descanso.
Conocimientos deficientes.	Cuidados de los pies. Enseñanza de la actividad/ejercicio, enseñanza de medicación prescrita	Conocimiento del paciente de conocimientos. Describir cuidados.
Temor/miedo.	Disminución de la ansiedad. Apoyo en la toma de decisiones. Potenciación de la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles.	El paciente expresará pensamientos positivos. Facilitar consulta telefónica para comunicación.
Trastornos de la imagen corporal.	Apoyo emocional. Potenciación de la imagen corporal. Cuidado especial en el paciente amputado.	Expresión de pensamientos positivos ante su nueva situación. Resolución de dudas. Teléfono.
Edema	Control y vigilancia.	Detectar, controlar y valorar de forma precoz signos y síntomas de edemas.
Infección	Cuidados de las heridas. Protección contra las infecciones.	Detectar de forma precoz signos y síntomas de infección.
Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador	Descanso. Conocimiento conductas sanitarias y recursos sanitarios.	Valorar el nivel de conocimientos. Conocer recursos sanitarios y comunitarios. Terapias de acuerdo a sus preferencias.

CONCLUSIONES

Las IAC constituyen un preocupante problema de salud con una elevada incidencia en la población provocando grandes repercusiones socioeconómicas y sanitarias, alterando la calidad de vida del paciente. Se debe abordar su atención desde una perspectiva integral que contemple la prevención y los factores de riesgo.

Resumen: La insuficiencia arterial crónica (IAC) se define como una afectación oclusiva de las arterias de las extremidades inferiores principalmente secundaria a aterosclerosis y que forma parte de una arteriopatía sistémica. Es una patología de difícil diagnóstico, ya que solo el 25% de los pacientes presenta síntomas, cuando aparece clínica, la obstrucción arterial es mayor del 70%, con la consiguiente hipoperfusión, hipoxemia y necrosis si no es restablecida la circulación, por lo que su diagnóstico como su tratamiento y cuidados precoces son vitales para evitar graves secuelas.

Palabras Clave: Insuficiencia; Arterial; Enfermería.

Objetivos:

Nuestros objetivos generales son desarrollar estrategias eficaces que permitan aumentar la calidad de vida de la persona afectada de IAC y de su familia, involucrándolos en el manejo de la situación compleja y cambiante, elaborando y aplicando planes de cuidados estandarizados ajustados a sus características. Objetivos específicos:

- Aplicar un tratamiento integral al paciente.
- Aumentar el flujo sanguíneo arterial de las extremidades del paciente.
- Calmar el dolor.
- Conseguir que el paciente modifique hábitos inadecuados.
- Detectar y prevenir complicaciones y factores de riesgo.
- Proporcionar al mayor confort y bienestar al paciente.
- Cuidados y prevención de úlceras cutáneas.

Metodología:

El plan va dirigido a todos los pacientes con riesgo o afectación de IAC para apoyarlos y darles recursos para afrontar la enfermedad de forma eficaz.

Para proporcionar cuidados de forma racional y lógica, en definitiva excelentes, se precisa por parte de las enfermeras la utilización del método científico, basándonos en los Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Resultados Esperados (NOC) e Intervenciones (NIC) tal y como establece el Real Decreto 1093/2010.

Intervenciones:

Nuestra intervención directa será atender al paciente con IAC o aquel de riesgo de padecerla. Dentro de nuestras intervenciones y resultados esperados será trabajar ante los posibles diagnósticos enfermeros que pueden presentar estos pacientes tales como:

- Dolor relacionado con la isquemia periférica que altera el bienestar del paciente. Debemos valorar el dolor en todos sus ámbitos, observando el nivel de comodidad del paciente y cuando se manifiesta el mismo. Para ello será necesario instruir al paciente en técnicas de movimiento y reposo para controlar el dolor y si fuera necesario se administrará analgesia.

- Deterioro de la integridad cutánea real o potencial relacionado con el trastorno circulatorio manifestado por la presencia de edemas, exudado, hemorragias y/o infección. Para el personal de enfermería es un reto recuperar o mantener la integridad cutánea; se debe realizar una prevención de la misma diariamente y mantener normas de higiene y tratamiento de las lesiones para evitar infecciones. Debemos valorar periódicamente la circulación de los miembros inferiores del paciente y también sus signos vitales.
- Falta de conocimiento de su enfermedad y manejo de autocuidado relacionado con falta de información. El paciente debe ser informado de la importancia de la actividad física, del proceso de su enfermedad y de los factores precipitantes de riesgo. Ofreceremos conocimientos para prevenir las úlceras por presión y/o los cuidados de heridas. Debemos recalcarle la importancia de seguir unos hábitos alimentarios adecuados, aconsejando una dieta pobre en grasas y estimulando el consumo de alimentos ricos en proteínas y vitaminas B y C.
- Temor al miedo relacionado con la propia enfermedad y/o a la posibilidad de pérdida de alguna extremidad. El personal de enfermería tiene que ayudar al paciente a controlar la ansiedad y el miedo. Para ello fomentaremos el afrontamiento eficaz, apoyándolo en la toma de decisiones. Facilitaremos comunicación telefónica para comunicación si fuera necesario.
- Trastorno de la imagen corporal relacionado con la pérdida del miembro, el cambio que ello supone en la apariencia personal y la respuesta por parte de los demás ante su aspecto. Ofreceremos apoyo emocional al paciente, potenciando la nueva imagen corporal del paciente, fomentando la expresión de pensamientos positivos ante su nueva situación.
- Riesgo de infección relacionado con la menor oxigenación tisular. Realizaremos el cuidado de la herida periódicamente y ofreceremos protección frente a las infecciones. Instruiremos al paciente en el autocuidado de la herida y en la detección precoz de signos y síntomas de infección.
- Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado con el deterioro músculo esquelético. Debemos fomentar ejercicios y actividades adaptados a sus necesidades y cuidados para así aumentar su actividad y permitir que pueda desarrollar sus actividades básicas de la vida diaria dentro de sus limitaciones.
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador relacionado con el cuidado de un familiar con importantes cuidados en el domicilio, duración de la necesidad de cuidado y falta de descanso del cuidador. El cuidador principal es fundamental en estos pacientes, debemos valorar su nivel de conocimientos al igual que sus recursos sanitarios y comunitarios. Debemos aceptar la expresión de emociones negativas y observar si hay indicios de estrés para fomentar en su caso la implicación de otro miembro familiar para aprovechar la oportunidad de servicios de relevo y que pueda descansar.

Conclusiones:

Las IAC constituyen un preocupante problema de salud con una elevada incidencia en la población provocando grandes repercusiones socio-económicas y sanitarias, alterando la calidad de vida del paciente. En el cuidado del paciente amputado es fundamental la labor realizada por un equipo multidisciplinar, donde juega un papel muy importante el personal de enfermería, tanto en el cuidado directo del paciente cubriendo sus necesidades de autocuidado mientras sea preciso, ejercitando al paciente sobre las mismas, detectando las posibles complicaciones que pueda presentar, así como aportando el apoyo emocional y de autoestima que sea necesario tanto al paciente como

a la familia. Estos cuidados tienen que ser aplicados por profesionales preparados y entrenados en el cuidado de este tipo de pacientes, todo ello dirigido a que éste se adapte cuanto antes a su nueva situación tanto en el ámbito laboral y social como en el familiar; por lo tanto para evitar graves secuelas es importante su abordaje y su atención desde una perspectiva integral y lo más tempranamente posible, contemplando la prevención y los factores de riesgo.

Bibliografía:

1. Arias J, Aller M.A, Arias J.I, Aldamendi I. Enfermería Médico Quirúrgica I. Madrid. Editorial Tébar; 2000.
2. NNN consult. Madrid, Elsevier. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
3. López Martín B, Pancorbo Hernández – Rico M.J. Capítulo 11: Amputación. Disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf
4. Fenton Tait M.C, León Román C.A. Temas de Enfermería Médico – Quirúrgica Primera parte. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2005. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/estvez/files/2011/05/completo.pdf>

Capítulo CXXXVI

Plan de cuidados en paciente sometido a cirugía de cataratas

Autores:

Félix José Rodríguez González

Jaime Vellido Garrido

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA DE CATARATAS

INTRODUCCION:

Se entiende como catarata a una opacificación del cristalino, que interfiere en forma progresiva con la agudeza visual.

Es la principal causa de ceguera en el mundo, la mitad de los casos de ceguera corresponden a esta entidad, pero se diferencia del resto en el tratamiento quirúrgico altamente efectivo que permite recuperar la visión en la mayoría de los pacientes, con una baja tasa de complicaciones.

A pesar de esto, la catarata continúa siendo un problema de salud pública en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, debido a la carencia de especialistas y a un incremento de la expectativa de vida de la población, lo que lleva a un aumento de la prevalencia de esta enfermedad, ligada al envejecimiento.

Entre los posibles factores que pueden acelerar la formación de cataratas se encuentran la diabetes, lesiones, inflamaciones en el ojo, antecedentes familiares, tabaquismo, demasiada exposición a la luz ultravioleta.

OBJETIVOS:

- Crear un protocolo estandarizado para pacientes sometidos a cirugía de cataratas, en el cual se unifiquen criterios de actuación.
- Protocolizar las intervenciones a seguir por profesionales de enfermería.
- Educación sanitaria.

CONCLUSIONES:

- La catarata es la principal causa de pérdida de visión en todo el mundo, sobre todo en gente de edad avanzada, y es la principal causa de ceguera curable.
- La única arma terapéutica es su extracción quirúrgica, asociada en la mayoría de los casos a un implante de lente artificial.
- Es una operación de alto índice de éxito y un bajo riesgo de complicaciones.
- La estandarización de los cuidados mejora la formación del personal de enfermería, elevando así la calidad asistencial y asegurando la continuidad de los cuidados.
- El plan de cuidados debe ir orientado a la atención prequirúrgica para facilitar la colaboración del paciente y familia a la convalecencia tras la intervención quirúrgica.

METODOLOGIA:

- Interrelaciones NANDA, NIC Y NOC.
- Revisión bibliográfica en página web del Servicio Andaluz de Salud, manual de planes de cuidados de Enfermería de la Junta de Castilla y León, Sanidad de Castilla y León (Sacyl).
- Sociedad española de Oftalmología (Oftalmoseo), y página web oficial de la OMS (Organización mundial de la salud).

INTERVENCIONES:

DIAGNOSTICO NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00038 RIESGO DE TRAUMATISMO. r/c: • Mala Visión.	-1902. Control del riesgo. -- 1912 Caídas. --1913 Severidad de la visión física.	-6486 Manejo ambiental: seguridad. -6490. Prevención de caídas.
00148 TEMOR r/c: • Respuesta aprendida. • Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante. m/p: • Aumento del pulso. • Informe de aumento de la tensión. • Informe de sentirse asustado.	- 1402. Autocontrol de la ansiedad.	-5618. Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.
00161. DISPOSICION PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS. m/p: • Explica su cto del tema. • Manifiesta interés en el aprendizaje.	-1808 Conocimiento (cto): medicación. - 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.	-5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito - 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.
COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones) -1020 Etapas en la dieta. -1400 Manejo del dolor. - 6650 Vigilancia.	
REQUERIMIENTOS TERAPEUTICOS	NIC (intervenciones) -2304 Administración de medicación: oral. -2310 Administración de medicación: oftálmica. -2930 Preparación quirúrgica. -4200 Terapia intravenosa (IV)	
ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACION	NIC (intervenciones) -7310 Cuidados de enfermería al ingreso. -1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación. -7370. Planificación del alta.	

Resumen: La catarata interfiere en forma progresiva con la agudeza visual. Es la principal causa de pérdida de visión en todo el mundo, sobre todo de edad avanzada, siendo curable mediante extracción quirúrgica, asociada en su mayoría, a un implante de lente artificial. Presenta alto índice de éxito y bajo riesgo de complicaciones.

La estandarización de los cuidados mejora la formación del personal enfermero, elevando la calidad asistencial y asegurando la continuidad de los cuidados. El plan de cuidados debe ir orientado a la atención prequirúrgica facilitando la colaboración del paciente y familia a la convalecencia tras la intervención quirúrgica.

Palabras Clave: Catarata; Diagnostico De Enfermería; Atención De Enfermería.

Se entiende como catarata a una opacificación del cristalino, que interfiere en forma progresiva con la agudeza visual. Es la principal causa de ceguera en el mundo, la mitad de los casos de ceguera corresponden a esta entidad, pero se diferencia del resto en el tratamiento quirúrgico altamente efectivo que permite recuperar la visión en la mayoría de los pacientes, con una baja tasa de complicaciones. A pesar de esto, la catarata continua siendo un problema de salud pública en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, debido a la carencia de especialistas y a un incremento de la expectativa de vida de la población, lo que lleva a un aumento de la prevalencia de esta enfermedad ligada al envejecimiento.

Entre los posibles factores que pueden acelerar la formación de cataratas se encuentran la diabetes, lesiones, inflamaciones en el ojo, antecedentes familiares, tabaquismo y una alta exposición a la luz ultravioleta. Los objetivos que se pretenden alcanzar con este plan de cuidados estandarizado son:

- Crear un protocolo estandarizado para pacientes sometidos a cirugía de cataratas, en el cual se unifiquen criterios de actuación.
- Protocolizar las intervenciones a seguir por profesionales de enfermería.
- Educación sanitaria.

El presente plan de cuidados es una propuesta de trabajo que pretende facilitar, unificar y mejorar el trabajo de las enfermeras que atienden al paciente en el hospital de día quirúrgico en él se desarrollan los problemas más frecuentes con los que se encuentra el paciente intervenido de cataratas. La metodología se basa en las interrelaciones NANDA, NIC y NOC.

Intervenciones:

Diagnóstico NANDA: 00038 Riesgo de traumatismo. r/c mala visión.

NOC (resultados): 1902 Control del riesgo; 1912 Caídas; 1913 Severidad de la lesión física.

NIC (intervenciones): 6486 Manejo ambiental: seguridad; 6490 Prevención de caídas.

Diagnóstico NANDA: 00148 Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej., hospitalización, procedimientos hospitalarios). m/p aumento del pulso, informes de aumento de la tensión e/o informes de sentirse asustado.

NOC (resultados): 1402 Autocontrol de la ansiedad.

NIC (intervenciones): 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

Diagnóstico NANDA: 00161 Disposición para mejorar los conocimientos. m/p explica su conocimiento del tema, manifiesta interés en el aprendizaje.

NOC (resultados) : 1808 Conocimiento: medicación.; 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.

NIC (intervenciones): 5612 Enseñanza actividad / ejercicio prescrito; 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

Complicaciones posibles

NIC (intervenciones): 1020 Etapas en la dieta; 1400 Manejo del dolor; 6650 Vigilancia.

Requerimientos terapéuticos:

NIC (intervenciones): 2304 Administración de medicación oral; 2310 Administración de medicación oftálmica; 2930 Preparación quirúrgica; 4200 Terapia intravenosa (IV)

Actividades derivadas de la hospitalización:

NIC (intervenciones): 7310 Cuidados de enfermería al ingreso; 1803 Ayuda con los autocuidados alimentación; 7370 Planificación del alta.

Como conclusiones generales podemos extraer las siguientes:

- La catarata es la principal causa de pérdida de visión en todo el mundo, sobre todo en gente de edad avanzada, y es la principal causa de ceguera curable.
- La única arma terapéutica es su extracción quirúrgica, asociada en la mayoría de los casos a un implante de lente artificial.
- Es una operación de alto índice de éxito y un bajo riesgo de complicaciones.
- La estandarización de los cuidados mejora la formación del personal de enfermería, elevando así la calidad asistencial y asegurando la continuidad de los cuidados.
- El plan de cuidados debe ir orientado a la atención prequirúrgica para facilitar la colaboración del paciente y familia a la convalecencia tras la intervención quirúrgica.

Bibliografía:

1. OftalmoSEO (sede Web). Madrid: Sociedad española de oftalmología. 2015(acceso el 15 de Septiembre de 2015). Disponible en: <http://www.oftalmoseo.com/patologias-frecuentes-2/catarata/>
2. Servicio andaluz de salud. Consejería de salud (sede Web). Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía, área de enfermería, planes de cuidados con NANDA-NOC-NIC. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfer
3. Organización mundial de la salud (sede Web). Ginebra (Suiza). Temas de salud: ceguera. Disponible en: <http://www.who.int/topics/blindness/es/>

Capítulo CXXXVII

Plan de cuidados en pacientes con nutrición enteral

Autores:

Rubén José Bernal Celestino

Francisca De La Morena Aguirre

María Del Carmen Heredia Villarreal

Silvia Muñoz Romera

Elisabet Navarro Aranda

Jacinto Ruiz García

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON NUTRICION ENTERAL

Autores:

Introducción:

Nutrición Enteral: aporte de nutrientes mediante fórmula definida al organismo a través de vía digestiva conociendo macronutrientes y micronutrientes. El 35% de los pacientes con alteraciones neurológicas presenta disfagia. La sintomatología y deterioro cognitivo plantea la necesidad de nutrición mediante SNG o gastrostomías según tiempo estimado de duración. La gastrostomía endoscópica percutánea es el tratamiento de elección en pacientes que requieran una alimentación enteral prolongada, siendo bien aceptada por el portador, al alterar en menor medida la imagen corporal que la inserción de una sonda nasogástrica y siendo de fácil manejo al personal o familiares a su cuidado. Asociada a un incremento de la mortalidad y morbilidad determinando complicaciones de vital importancia como la deshidratación, desnutrición y neumonía aspirativa.

Objetivos:

1. Mantener y mejorar el estado nutricional de los pacientes que son incapaces de ingerir por boca los nutrientes adecuados a sus necesidades metabólicas.
2. Mantener la seguridad y mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente.
3. Evitar complicaciones y detección precoz de las mismas.
4. Aumentar el grado de conocimiento del personal sanitario en pacientes portadores con patología neurológica de base

Material y método:

Personal implicado: Enfermera y técnicos en cuidados de enfermería.

Material:

Gasas estériles, solución salina estéril, solución antiséptica, guantes, pomadas antibióticas si se precisan, pinzas, sistemas de conexión, jeringas de distintos tamaños, esparadrapo hiperalérgico, protectores

Precauciones- Consideraciones al administrar la alimentación:

- Lavado de las manos con agua y jabón, y ponerse unos guantes
- Posición de Fowler en el momento de dar el alimento y hasta una hora después.
- Si sensación nauseosa o distensión abdominal, se recomienda medir el contenido gástrico, si éste es superior a 100 - 400cc, se suspende la administración
- Evitar la excesiva sedación del residente.
- La entrada del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos según la cantidad),
- Después de la administración hacer irrigaciones de la sonda con 30-50 cc de agua.
- Los envases de nutrición enteral, una vez abiertos, deben conservarse en frigorífico <24 h. Administrar la nutrición enteral a temperatura ambiente.
- En pacientes conscientes, administrar agua a demanda; en residentes que no lo estén, administrar el agua pautada sin coincidir con las tomas de nutrición.
- Cambio de sistemas dos veces por semana.
- No Administrar la medicación mezclándolas con la alimentación.
- No diluir la concentración de la nutrición, salvo indicación.
- En caso de obstrucción por restos de medicación o alimentación, administrar agua tibia para que se ablande.
- Cuidar la higiene bucal de los pacientes. Deben cepillarse los dientes y la lengua con pasta dentífrica 2 veces al día y enjuagues con agua o solución antiséptica.

Registro:

- Hora, frecuencia y tiempo de duración de la administración, procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento.
- Controles personales: peso, temperatura, diuresis y deposiciones.

Evaluación clínica:

- Periodicidad Mínimo trimestral. Además, cuando surjan complicaciones.
- Controles clínicos: Estado general, peso corporal, presión arterial, balance hídrico, medicación concomitante, aporte de energía y nutrientes (proteínas), talla (en niños).
- Datos antropométricos básicos: pliegue cutáneo del tríceps y circunferencia del brazo.
- Controles analíticos: Hemograma, glucemia, colesterol, proteínas plasmáticas, iones, creatinina, analítica básica de orina.
- Control de complicaciones y detección de problemas psicológicos. Detectar complicaciones (dieta, vía y método de administración) y establecer actuaciones.
- Revisión del tratamiento: Cambios en el tratamiento. Nuevas instrucciones escritas
- Fecha de próxima revisión.

Conclusiones:

La alta incidencia de la disfagia asociada a las alteraciones neurológicas determina la importancia de un tratamiento adecuado, ya que conlleva un incremento de la morbilidad y mortalidad. La gastrostomía endoscópica percutánea es el tratamiento de elección en pacientes que requieran una alimentación enteral prolongada, siendo bien aceptada por el portador, al alterar en menor medida la imagen corporal que la inserción de una sonda nasogástrica y siendo de fácil manejo. Esta atención requiere un enfoque multidisciplinar, siendo el papel de enfermería en el cuidado del paciente portador destacado entre las demás disciplinas. Los conocimientos sobre la patología de base del paciente, especialmente si se trata de una patología neurológica crónica y la técnica de la gastrostomía, junto con el mantenimiento y cuidados de la sonda y el estoma, son esenciales para desempeñar adecuadamente el rol de enfermería en el ejercicio de nuestra labor, proporcionando un plan de cuidados adecuado al paciente. El empleo de forma protocolizada de los procesos enfermeros, permite prestar una atención integral a las personas, unifica criterios, da continuidad a los cuidados y proporciona una comunicación más adecuada entre los profesionales de enfermería de los diferentes niveles asistenciales, mejorando así la calidad de nuestro trabajo.



Revisión y evaluación:

- Educación al paciente y/o cuidadores.
- Coordinación entre los niveles asistenciales.
- Suministro adecuado de fórmulas y material.

Observación de signos y síntomas de complicaciones:

- Presencia de más secreciones y características de secreciones.
- El paciente presenta fiebre superior a 38°.
- Pérdida de peso importante en una semana sin razón aparente.
- Estreñimiento durante más de dos días o diarrea, más de seis deposiciones líquidas al día.
- Hematoma en la pared abdominal o gástrica.
- Muestra la pared abdominal inflamada, dilatada y sensible. Náuseas o vómitos de más de 24 horas.
- Fuga del contenido gástrico al exterior o al conducto esofágico.
- Extracción accidental de la sonda

Complicaciones potenciales de mayor gravedad:

- Hemorragia digestiva.
- Neumonía aspirativa o broncoaspiración.
- Fascitis necrosante.
- Peritonitis.
- Aparición de fistula
- Alteraciones metabólicas

Intervenciones

Diagnóstico Enfermero Déficit de la capacidad crítica, relacionado con alteración del estado nutricional, lesiones neurológicas, trastorno de la conciencia, deterioro de la capacidad crítica por alteración de la conciencia, trastorno de la conciencia por alteración de la conciencia, trastorno de la conciencia por alteración de la conciencia.	Diagnóstico NANDA 0897-Manejo inadecuado del régimen terapéutico
Diagnóstico NOEL 0810- Manejo de la seguridad enteral	Características "Evaluación de la vía durante suficiente para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención"
Factores Relacionados "Alteración de la capacidad crítica" "Alteración de la conciencia" "Alteración de la conciencia por alteración de la conciencia"	Factores Relacionados "Déficit de conocimientos" "Higiencia" "Falta de conocimiento de estado de la salud"
Evaluación NIC 1810-Evaluación de la conciencia	Resultados NIC 1810- Conocimiento de estado
Indicadores 1810-1-Evaluación de la conciencia	Indicadores 1810-1-Evaluación de la conciencia
Evaluación NIC 1810-2-Evaluación de la conciencia	Intervención NIC 1260-Manejo del peso
Indicadores 1810-2-Evaluación de la conciencia	Indicadores 1260-1-Mantenimiento del peso corporal ideal del paciente.
Evaluación NIC 1810-3-Evaluación de la conciencia	Intervención NIC 4120-Manejo de líquidos
Indicadores 1810-3-Evaluación de la conciencia	Actividades 4120-1-Costar y pesar pautado, si procede. 4120-2-Controlar la ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede. 4120-3-Controlar resultados de laboratorio relacionados con la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, disminución del hematocrito, aumento de conductividad osmótica). 4120-4-Mantener el estado nutricional. 4120-5-Verificar el estado de hidratación (manchas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión oncotica arterial). 4120-6-Asesorar al paciente y a su familia sobre la importancia de la nutrición.
Evaluación NIC 1810-4-Evaluación de la conciencia	Intervención NIC 5240-Asesoramiento nutricional
Indicadores 1810-4-Evaluación de la conciencia	Actividades 5240-1-Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. 5240-2-Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
Evaluación NIC 1810-5-Evaluación de la conciencia	Intervención NIC 5250-Facilitar el aprendizaje
Indicadores 1810-5-Evaluación de la conciencia	Actividades 5250-1-Adaptar la información para que se adapte con el estilo de vida del paciente. 5250-2-Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente. 5250-3-Ajustar la información al nivel de conocimiento y comprensión del paciente. 5250-4-Reforzar la conducta cuando procede.



Resumen: La disfagia definida como dificultad para tragar o deglutir, sensación de no movilizar el bolo o deglución dolorosa tiene una alta incidencia en enfermos con lesiones o disfunción del sistema nervioso central. La sintomatología y el deterioro cognitivo que acompaña a estas enfermedades, puede determinar complicaciones de vital importancia. En estos casos se plantea la necesidad de administración de nutrición mediante sondas nasogástricas o gastrostomías.

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es el método de elección para asegurar la alimentación enteral, precisando una atención específica por parte de Enfermería para garantizar una correcta administración y seguridad del paciente.

Palabras Clave: Trastornos Deglución; Nutrición Enteral; Gastrostomía.

La disfagia tiene una alta incidencia en enfermos con alteraciones del sistema nervioso central, situándose en el 35% de los pacientes con alteraciones crónicas. Esto puede determinar desnutrición, deshidratación, problemas respiratorios y complicaciones de vital importancia como la aspiración. Es necesario entonces la administración de nutrición enteral mediante sondas nasogástricas o gastrostomías, dependiendo principalmente del tiempo estimado de duración.

Objetivos:

- Aumentar el conocimiento del personal de enfermería ante pacientes portadores de PEG.
- Actualizar los cuidados y facilitar una guía útil que permita identificar posibles problemas.
- Posibilitar el desarrollo de un plan de cuidados.
- Mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente, así como propiciar una rápida adaptación.
- Evitar complicaciones derivadas y conseguir su detección precoz en el caso de aparición.
- Determinar una atención individualizada logrando la aceptación y adopción de la rutina diaria por parte de cuidadores y familiares.

Material y métodos:

Para la consecución de los objetivos se diseña una revisión bibliográfica. Para ello se buscó documentación relacionada con el tema en las principales bases de datos biomédicas y de enfermería españolas e inglesas; así como webs de contenido científico, Google académico, etc.

Para los cuidados directos al estoma, sonda y la administración de nutrición enteral, se requerirá el siguiente material: gasas estériles, solución salina estéril, solución antiséptica, guantes, pomadas antibióticas (si se precisan), pinzas, sistemas de conexión, jeringas de distintos tamaños, esparadrapo hipoalergénico, protectores cutáneos, tijeras, agua, solución jabonosa y fórmulas de nutrición enteral.

Durante el proceso de atención al paciente se realizarán los diagnósticos de enfermería adecuados según la taxonomía NANDA como “deterioro de la integridad cutánea” y “manejo inefectivo del régimen terapéutico”.

Intervenciones de Enfermería:

Antes de realizar cualquier tipo de manipulación es importante realizar el lavado de las manos con agua y jabón, para evitar infectar o contaminar la zona y ponerse unos guantes.

- Cuidado del estoma
 - Comprobar todos los días que no existe irritación, inflamación o secreciones en el estoma.
 - Durante los primeros 15 días, limpiar la zona con una torunda, agua y jabón haciendo movimientos circulares hacia fuera sin apretar. Secar toda la zona y aplicar una solución antiséptica. A partir de la 3ª semana, lavar sólo con agua tibia y jabón.
 - El soporte externo puede levantarse o girarse ligeramente para poder limpiar mejor, pero nunca tirar de él. Es recomendable poner una gasa debajo para minimizar el riesgo de maceración o irritación.
- Cuidado de la sonda PEG
 - Verificar diariamente la colocación correcta de la sonda, que puede girar al menos 180º y que el soporte externo no presione en exceso la piel, si el soporte está demasiado ajustado, subir un poco para aumentar la distancia entre él y el estoma. En el caso de que la sonda esté pegada y no permita su movilización, girar y empujar con suavidad hacia la cavidad gástrica.
 - Dejar la sonda tapada después de su utilización.
 - Si tiene balón, se deberá comprobar que este no pierde volumen. Cada dos semanas, se aspirará el agua o aire que tenga y se anotará para ver si es constante.
 - Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con una torunda, agua tibia y jabón suave. Aclarar bien y secar.
 - Después de la administración de la fórmula o de medicamentos se infundirán por la sonda 50ml de agua. En caso de nutrición continua, realizar cada 4-6 horas.

Consideraciones a tener en cuenta al administrar la alimentación

- Se mantendrá al paciente en posición de Fowler al dar el alimento y hasta una hora después. Si aparece sensación nauseosa o distensión abdominal, medir el contenido gástrico, si éste es superior a 100 - 400cc, se suspenderá hasta un mayor vaciamiento gástrico, será necesario volver a introducirlo y se dejará en reposo dos horas.
- Evitar excesiva sedación del paciente.
- La entrada del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos según la cantidad), independientemente de si es administrado en bolo, por declive o en bomba de infusión.
- Los envases de nutrición enteral, una vez abiertos, deben conservarse en frigorífico. No mantener abiertos más de 24 horas.
- Es preferible administrar la nutrición enteral a temperatura ambiente.

- No se pasará el contenido de las botellas de nutrición enteral a reservorios, se conectará directamente el sistema a la botella de nutrición enteral. En pacientes conscientes, administrar agua a demanda; en aquellos que no lo estén, administrar el agua pautada sin coincidir con las tomas de nutrición.
- Los sistemas de nutrición enteral deben cambiarse dos veces por semana.
- Administrar la medicación antes o después de las comidas, no mezclándolas entre sí.
- No diluir la concentración de la nutrición, salvo indicación.
- Si durante la administración se percibe alguna resistencia que impide su introducción, puede deberse a restos de medicación o alimentación, en cuyo caso se puede administrar agua tibia para que dicha obstrucción se ablande.
- Cuidar la higiene bucal de los pacientes. Deben cepillarse los dientes y la lengua con pasta dentífrica 2 veces al día como mínimo intentando no tragar agua. Se recomiendan enjuagues con agua o solución antiséptica.

Control y vigilancia de complicaciones

- Presencia de más secreciones de lo habitual alrededor del tubo.
- Características de la secreciones, si son oscuras, sanguinolentas o presentan mal olor.
- El paciente presenta fiebre superior a 38º.
- Pérdida de peso importante en una semana sin razón aparente.
- Estreñimiento durante más de dos días que nos puede hacer pensar en un íleo paralítico, o diarrea de más de seis deposiciones líquidas al día.
- Hematoma en la pared abdominal o gástrica.
- Pared abdominal inflamada, dilatada y sensible que puede ser manifestación de un neumoperitoneo.
- Náuseas o vómitos de más de 24 horas.
- Fuga del contenido gástrico al exterior o al conducto esofágico.
- Extracción accidental de la sonda.
- Se deben realizar evaluaciones periódicas, así como un registro de las mismas.

Conclusiones:

- La alta incidencia de la disfagia determina la importancia de un tratamiento adecuado.
- La PEG es el tratamiento de elección en alimentación enteral prolongada, siendo bien aceptada por el portador, al alterar en menor medida la imagen corporal que la sonda nasogástrica y siendo de fácil manejo.
- Esta atención requiere un enfoque multidisciplinar, siendo el papel de enfermería destacado entre las demás disciplinas.

- Los conocimientos sobre la patología de base del paciente y la técnica, junto con el mantenimiento y cuidados de la sonda y el estoma, son esenciales, proporcionando un plan de cuidados adecuado al paciente.
- El empleo de forma protocolizada de los procesos enfermeros, permite prestar una atención integral, unifica criterios, da continuidad a los cuidados y proporciona una comunicación más adecuada entre los profesionales, mejorando así la calidad.

Bibliografía:

1. Asistente de Planes de Cuidados de Enfermería en Español. Consultado el 9 de Noviembre de 2013 <http://nanda.es/>
2. Ballesteros Valls, Jenifer, Sánchez Carretero, Sonia, Estrada Masllorens, Joan María; Sociedad Española de Enfermería Neurológica Plan de cuidados para el paciente con Parkinson en tratamiento con L-Dopa intraduodenal; 2011.
3. Calvo Bruzos, Socorro Coral; Gómez Candela, Carmen; Planas Vila, Mercedes. Manual de nutrición artificial domiciliaria. España: UNED – Universidad de Educación a Distancia; 2008.
4. González-Artacho, C., Alegría-Motte, C., Martínez-Cara, J.G.; Gastrostomía Endoscópica Percutánea: Revisión de nuestra experiencia en los últimos cuatro años. *Rapd Online* Vol.36. Nº4. Julio-Agosto 2013; (222-225).
5. Manual de Alimentación del Paciente Neurológico. Novartis. Sociedad Española de Enfermería Neurológica; (3-40).

Capítulo CXXXVIII

Plan de cuidados en un paciente portador de drenaje de Kehr o tubo en T

Autores:

Francisca Fernández Herreros

Cristina Gómez Moreno

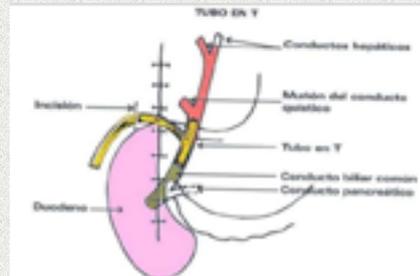
Elisa Moreno Molero

Ángela Sánchez Rodríguez De La Paz

PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE PARTADOR DE DRENAJE DE KEHR O TUBO EN T.

INTRODUCCIÓN

El Drenaje de Kehr es un sistema de drenaje por gravedad que consiste en un tubo de material flexible y blando (látex o silicona) en forma de T de diferentes calibres. Sus extremos más cortos sirven para canalizar la vía biliar, el extremo más largo sale al exterior a través de la pared abdominal por medio de una incisión.



INDICACIONES:

- Tras una Coledocotomía y exploración del conducto biliar.
- Realización de Colangiografía.
- Extracción de cálculos de la vía biliar.
- Drenar contenido biliar.
- Para evitar un aumento de la Presión Intracolestociana en Papiotomía (Secreción Ampolla de Vater).

OBJETIVOS

Realizar un Plan de Cuidados estandarizado, siguiendo la metodología NANDA, NIC, NOC que permita unos cuidados basados en la evidencia científica.

METODOLOGÍA

DIAGNÓSTICOS	NOC	NIC	ACTIVIDADES
00004 Riesgo de infección	0702 Estado inmune	6540 Control de infecciones	-Detectar signos/síntomas de infección. -Control de la Temperatura. -Exhaustiva higiene de manos. -Mantener sistema de drenaje cerrado. -Manipulación estéril del drenaje.
00132 Dolor agudo	1605 Control del dolor	1400 manejo del dolor	-Comprobar alergias. -Determinar características y grado de dolor (EVA) -Cumplir horario de pauta de analgésica. -Control de signos vitales antes y después de administración de analgésicos narcóticos. -Evaluar eficacia analgésica y registrar respuesta.
00046 Deterioro de la integridad cutánea.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	2316 Cuidados de la piel: tratamiento tópico. 6550 Protección contra las infecciones.	-Limpieza de punto de inserción con SF 0,9%, colocar apósito oclusivo. -Observar las características del líquido del drenaje. -Mantener la permeabilidad del drenaje. -Proporcionar los cuidados adecuados a la piel. -Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
00118 Trastorno de la imagen corporal.	1200 Imagen corporal	5400 Potenciación de la autoestima. 5220 Potenciación de la imagen corporal.	-Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. -Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. -Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede. -Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo.
00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	0800 Termorregulación	6680 Monitorización de los signos vitales 3990 Regulación de la temperatura	- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. - Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. -Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados.
00134 Náuseas	1618 Control de las náuseas y vómitos.	1450 Manejo de las náuseas. 1470 Manejo del vómito.	-Identificar factores (p.ej. obstrucción del drenaje) que puedan causar contribuir a las náuseas. -Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un periodo de 30 min, no se ha producido vómitos. -Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos. -Proporcionar apoyo físico durante el vómito. -Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control de vómitos. -Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de las ingestas. -Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
00126 Conocimientos deficientes sobre su enfermedad	1824 conocimiento cuidado de la enfermedad	5606 Enseñanza individual 5602 Enseñanza proceso de enfermedad 5616 Enseñanza medicamentos prescritos. 5614 Enseñanza dieta prescrita	-Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. -Instruir al paciente sobre cuales son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede. -Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. -Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica. -Determinar la secuencia de presentación de la información. -Incluir a familia/ser querido, si es posible. -Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento. -Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. -Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. -Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas
00146 Ansiedad	1302 Afrontamiento de problemas 1402 control de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad 2920 Escucha activa	-Crear un ambiente que facilite confianza. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

COMPLICACIONES:

- Obstrucción del catéter.
- Acodamiento o rotura del catéter.
- Salida de bilis o sangre alrededor del orificio del drenaje.

CONCLUSIONES

El manejo de un Plan de Cuidados estandarizado en el paciente portador de drenaje de Kehr orientará la actuación Enfermera a garantizar unos cuidados de calidad, eficaces y eficientes, así como facilitar la investigación y la docencia.

Resumen: El drenaje de Kehr es un sistema de drenaje por gravedad que consiste en un tubo de material flexible y blando (látex o silicona) en forma de T de diferentes calibres, con el fin de canalizar la vía biliar. Este tipo de drenaje es el más usado en la Cirugía Bilio-Pancreática.

Para abordar los cuidados del paciente portador de drenaje de Kehr se ha realizado un plan de cuidados estandarizado, siguiendo las clasificaciones NANDA, NIC y NOC, que orientará a la enfermera a garantizar unos cuidados basados en la evidencia clínica, cuidados que sean de calidad, eficaces y eficientes.

Palabras Clave: Drenaje Kehr; Diagnósticos Enfermeros; Plan De Cuidados.

Introducción:

El Drenaje de Kehr es un sistema de drenaje por gravedad que consiste en un tubo de material flexible y blando (látex o silicona) en forma de T de diferentes calibres. Sus extremos más cortos sirven para canalizar la vía biliar, el extremo más largo sale al exterior a través de la pared abdominal por medio de una incisión.

- Sus indicaciones son:
 - Se coloca tras una coledocotomía y exploración del conducto biliar.
 - Realización de colangiografía.
 - Extracción de cálculos de la vía biliar.
 - Drenaje del contenido biliar.
 - Para evitar un aumento de la presión intracolestociana en papilotomía (secreción ampolla de Vater).
- Complicaciones a tener en cuenta:
 - Obstrucción del catéter.
 - Acodamiento o rotura del catéter.
 - Salida de bilis o sangre alrededor del orificio del drenaje.

Objetivos:

Realizar un plan de cuidados estandarizado, siguiendo la metodología NANDA, NIC, NOC que permita unos cuidados basados en la evidencia científica.

Metodología:

De acuerdo con las manifestaciones que puede presentar un paciente portador de drenaje de Kehr y teniendo en cuenta las recomendaciones de las guías de práctica clínica se establecen los siguientes diagnósticos enfermeros, según la clasificación NANDA:

- Riesgo de infección (00004).

- NOC: Estado inmune (0702).
- NIC: Control de infecciones (6540).
- Actividades:
 - Detectar signos/síntomas de infección.
 - Control de la Temperatura.
 - Exhaustiva higiene de manos.
 - Mantener sistema de drenaje cerrado.
 - Manipulación estéril del drenaje.
- Dolor agudo (00132).
 - NOC: Control del dolor (1605)
 - NIC: Manejo del dolor (1400)
 - Actividades:
 - Comprobar alergias.
 - Determinar características y grado de dolor (EVA).
 - Cumplir horario de pauta de analgésica.
 - Control de signos vitales antes y después de administración de analgésicos narcóticos.
 - Evaluar eficacia analgésica y registrar respuesta.
- Deterioro de la integridad cutánea (00046).
 - NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
 - NIC: Cuidados de la piel: tratamiento tópico (2316); Protección contra las infecciones (6550).
 - Actividades:
 - Limpieza de punto de inserción con SF 0,9%, colocar apósito oclusivo.
 - Observar las características del líquido del drenaje.
 - Mantener la permeabilidad del drenaje.
 - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel.
 - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Trastorno de la imagen corporal (00118).
 - NOC: Imagen corporal (1200).
 - NIC: Potenciación de la autoestima (5400); Potenciación de la imagen corporal (5220).
 - Actividades:
 - Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.
 - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo.
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005).
 - NOC: Termorregulación (0800).
 - NIC: Monitorización de los signos vitales (6680); Regulación de la temperatura (3990).
 - Actividades:
 - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
 - Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
 - Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados.
- Náuseas (00134).
 - NOC: Control de las náuseas y vómitos (1618).
 - NIC: Manejo de las náuseas (1450); Manejo del vómito (1470).
 - Actividades:
 - Identificar factores (p ej. obstrucción del drenaje) que puedan causar o contribuir a las náuseas.
 - Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos, no se ha producido vómitos.
 - Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos.
 - Proporcionar apoyo físico durante el vómito.
 - Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control de vómitos.
 - Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de las ingestas.
 - Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
- Conocimientos deficientes sobre su enfermedad (00126).
 - NOC: Conocimiento cuidado de la enfermedad (1824).
 - NIC: Enseñanza individual (5606); Enseñanza proceso de enfermedad (5602); Enseñanza medicamentos prescritos (5616); Enseñanza dieta prescrita (5614).
 - Actividades:
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
 - Instruir al paciente sobre cuales son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.
 - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
 - Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica.

- Determinar la secuencia de presentación de la información.
 - Incluir a familia, si es posible.
 - Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
 - Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
 - Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- Ansiedad (00146).
- NOC: Afrontamiento de problemas (1302); Control de la ansiedad (1402).
 - NIC: Disminución de la ansiedad (5820); Escucha activa (2920).
 - Actividades:
 - Crear un ambiente que facilite confianza.
 - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Ayudarle a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Conclusiones:

El manejo de un Plan de Cuidados estandarizado en el paciente portador de drenaje de Kehr orientará la actuación Enfermera a garantizar unos cuidados de calidad, eficaces y eficientes, así como facilitar la investigación y la docencia.

Bibliografía:

1. Garran Diaz, M., Tarrazo Fernández A.B., Fernández Rodríguez, I. Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Universitario de Asturias. 4ª Edición.
2. Heather Herman, T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2012-2014. Elsevier.
3. Di Donato G.T., Cominetti L. Patient's problems in managing Kehr tube at home. 2005 Apr-Jun;24(2):81-2. Medline.

Capítulo CXXXIX

Plan funcional de educación terapéutica en diabetes infantil

Autora:

María José Sánchez Fernández

PLAN FUNCIONAL DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES INFANTIL

INTRODUCCIÓN:
 La educación terapéutica (ET) es la herramienta básica en el tratamiento de la diabetes tipo 1 (DM1) y adquiere especial relevancia en el primer año de su diagnóstico. El desarrollo de la ET a través de un plan funcional estructurado y programado, permite un mejor control y seguimiento de la Diabetes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) La Educación Terapéutica tiene como objetivo, formar a padres y niños en la autogestión de su diabetes.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Conseguir la autogestión de la DM1, a partir del primer año del diagnóstico.

Objetivos Específicos:

1. Formar, en diabetes, a padres y niños
2. Promover conductas y hábitos saludables.
3. Mejorar la adherencia al tratamiento
4. Optimizar el control metabólico.

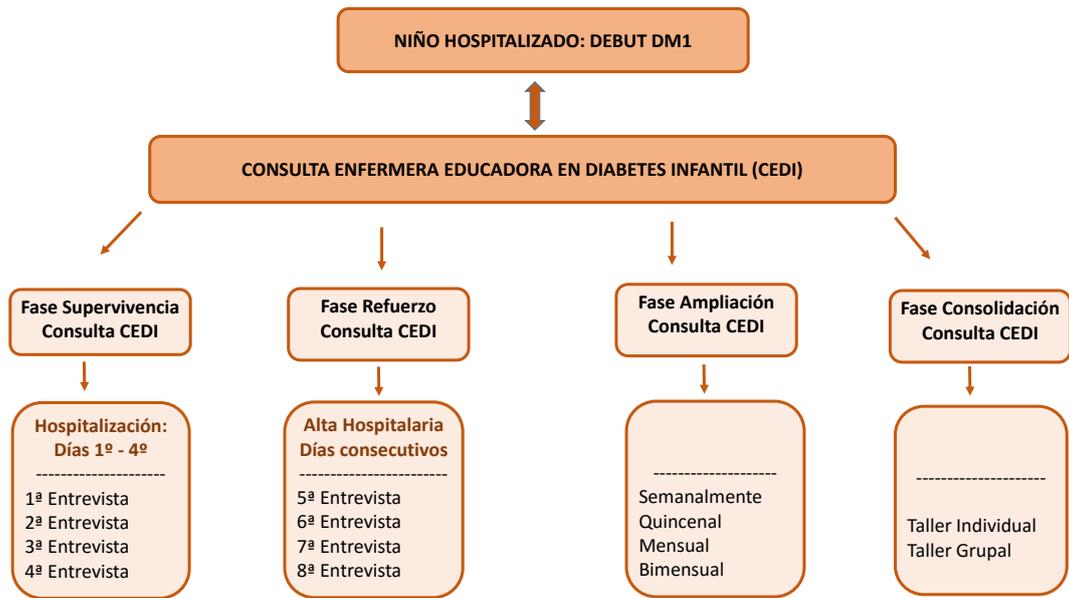
METODOLOGÍA:

La metodología del plan funcional tendrá una orientación cognitivo conductual (trabajaremos las cogniciones, pensamientos y conductas) con un abordaje eminentemente práctico y participativo. Se educa a nivel individual y grupal a través de talleres planificados y diseñados para responder a las necesidades del proceso de adaptación a la Diabetes.

TECNICAS / MATERIAL:

Para el desarrollo de este plan funcional, se requiere un espacio específico donde llevar a cabo la ET en diabetes. Nos serviremos de charlas monográficas de diabetes, con apoyo audiovisual, Role-playing, metaplán, técnicas de visualización, etc. Talleres donde trabajaremos las emociones, la normalización y desdramatización de la diabetes.

El desarrollo del proceso educativo se lleva a cabo a través del “DIAGRAMA de las CUATRO FASES de la ET en diabetes infantil”



RESULTADOS:
 Este proyecto piloto se inicia en el HGUCR en 2015 con una muestra de población (12 debut DM1) trabajando las fases de supervivencia y refuerzo, se han obtenido resultados favorables: mayor seguridad en autocontrol de diabetes, descenso de llamadas telefónicas a consulta, mejor control de la población infantil para su posterior seguimiento (estadísticas, estudios poblacionales, etc)

CONCLUSIONES:

- ❑ Los primeros pasos en la puesta en marcha de este plan funcional corroboran la importancia de la E.T. como herramienta básica y fundamental, en el tratamiento de la diabetes, que debe ser estructurada, sistemática, evaluable y adaptada a las necesidades de la población infantil.
- ❑ Como guía de trabajo, en el tratamiento de la diabetes, ayudaría a los profesionales que inician su labor en este campo, permitiría unificar criterios y compartir resultados .
- ❑ El plan funcional permite estructurar la ET, a través de cuatro etapas planificadas que conforman el proceso educativo. Utiliza una metodología que facilita la adquisición de los conocimientos y la adherencia al tratamiento.



14 DE NOVIEMBRE DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES

Resumen: El plan funcional es la estructura de la programación de una consulta de enfermera educadora en diabetes infantil (diabetes mellitus tipo 1). Contempla objetivos, metodología, técnicas, evaluación y coordinación con nuevas tecnologías adaptadas a la diabetes. Desarrolla un programa de educación terapéutica, herramienta básica en el tratamiento de la diabetes, que adquiere especial relevancia en el primer año de su diagnóstico.

El proceso educativo, que comienza con el debut diabético se consolida en un año, para continuar con un período de reeducación. Está organizado en 7 bloques temáticos que se desarrollan en cuatro fases: supervivencia, ampliación, refuerzo y consolidación.

Palabras Clave: Consulta; Educación; Diabetes.

Introducción:

El plan funcional responde a la necesidad de estructurar la programación de una consulta de enfermera educadora en diabetes infantil. Engloba los siguientes apartados:

- La educación en el debut diabético y la reeducación de niños de larga evolución.
- La gestión de recursos y coordinación con personal relacionado con el niño y su entorno (centros de salud, colegios, hospitales).
- Abordaje de nuevas tecnologías en el campo de la diabetes: microinfusores de insulina, calculador de bolo, aplicaciones de smartphone al campo de la diabetes, etc.
- Formación e implicación de personal sanitario, alumnos de enfermería y futuros enfermeros educadores.
- Coordinación con enfermería de atención primaria y hospitalaria.

Objetivos:

El Plan funcional se organiza en base a unos objetivos generales: reducir la estancia hospitalaria, prevenir ingresos hospitalarios, auto-gestionar la diabetes, etc. Cuenta con objetivos específicos y operativos que facilitarán el seguimiento y la consecución de los más generales.

Metodología:

Tendrá una orientación cognitivo-conductual, trabajaremos cogniciones (pensamientos, palabras, imágenes) y conductas (modificación de hábitos y conductas, bien por exceso o déficit) con un abordaje eminentemente práctico y participativo, necesario para la implicación directa del niño y la familia en la autogestión de su diabetes.

El plan funcional considera la educación terapéutica en diabetes como la herramienta básica para conseguir el empowerment (proceso que consiste en procurarle la educación y habilidades necesarias para convertirse en gestor de su propia diabetes, comprometiéndose plenamente en el proceso terapéutico). Se trabaja a nivel individual y grupal a través de talleres planificados y diseñados para responder a las necesidades del proceso de adaptación a la diabetes.

Técnicas y Material:

El desarrollo de este plan funcional requiere un espacio físico donde trabajar la educación terapéutica en diabetes. Utilizaremos charlas monográficas, con apoyo audiovisual, roleplay, metaplán, técnicas de visualización, etc.

Todas las técnicas utilizadas, tanto en la atención individual como en los talleres grupales, se adecuarán a las peculiaridades del grupo de trabajo, promoviendo un ambiente de respeto y aceptación de todos los miembros. Se buscará favorecer una expresión de dudas y experiencias enriquecedora, que se traduzca en una herramienta terapéutica para que niños y familias se conviertan en agentes activos en la resolución de problemas en relación a su diabetes. La utilización del espacio físico de la consulta, permitirá desvincular la diabetes del ingreso hospitalario, fomentar el ejercicio y las primeras interacciones con otros niños y familias.

Proceso Educativo:

Dentro del plan funcional, el proceso educativo es fundamental, pues es el motor de nuestro plan funcional. Se inicia con el debut diabético y se consolida y coordina con intervenciones de re-educación. Es un plan dinámico, abierto y flexible que nos permitirá incluir reajustes en función de las necesidades del proceso educativo.

El programa educativo se estructura en 7 bloques temáticos que contienen todos los conocimientos y habilidades necesarios para conseguir la autogestión de su diabetes. Estos bloques se trabajarán progresivamente a lo largo de las cuatro fases en la educación del debut diabético: supervivencia, refuerzo, ampliación y consolidación. Las cuatro fases, desarrolladas mediante entrevistas/sesiones, se adaptarán a la edad del paciente, su nivel madurativo y la evolución en su aprendizaje. El tiempo estimado para completar las cuatro fases es de un año.

El proceso educativo comienza cuando el niño ha debutado y se encuentra hospitalizado. En este momento el rol de la enfermera educadora consiste en establecer un vínculo directo con el niño y su familia. La enfermera educadora visita al niño en la planta de pediatría, es el momento de la presentación y la acogida, para conocer la fase de aceptación de su nueva realidad (negación, rebeldía, negociación, depresión y aceptación) así como su nivel sociocultural para acomodar, en todo momento, el proceso educativo a su situación.

Fase de supervivencia:

Todas las entrevistas de esta fase, se desarrollan en la consulta de la enfermera educadora. La consulta, adquiere así el valor terapéutico de desdramatizar y normalizar la situación de su debut. La fase de supervivencia, consta de 4 entrevistas con una dinámica común.

- Desarrollo de un tema específico de diabetes.
- Repaso de conceptos de la sesión anterior y resolución de dudas.
- Entrega de material didáctico y propuesta de tareas para la siguiente sesión.
- Despedida con mensaje positivo

La cuarta entrevista de esta fase, supone el alta por parte de la enfermera educadora, que en coordinación con el endocrino, valorará el alta hospitalaria.

Fase de refuerzo:

El niño, una vez obtenida el alta hospitalaria, viene a la consulta de la enfermera educadora, que sigue siendo su lugar de referencia para la diabetes. En esta fase afianzamos los aprendizajes de la fase de supervivencia y trabajamos con la gestión de un diario personal de su diabetes. Consta de cuatro entrevistas que mantienen la misma dinámica:

- Revisión del diario evolutivo de su diabetes.
- Repaso de conceptos y resolución de dudas
- Desarrollo de un tema específico en diabetes
- Entrega de material didáctico y propuesta de tareas para las siguiente sesión
- Despedida con mensaje positivo.

Esta fase de refuerzo resulta gratificante para el niño y la familia, pues comienzan a materializarse los resultados de su proceso de aprendizaje. Con esta cuarta entrevista finaliza el aprendizaje básico en diabetes (Kit de supervivencia).

Fase de ampliación:

Con una periodicidad cuatrimestral, profundiza en los conocimientos de las fases anteriores.

Fase de consolidación:

Supone la finalización del proceso educativo y la autogestión de su diabetes, enlazando con las consultas trimestrales (endocrino y educadora).

Resultados:

Este Proyecto piloto se inicia en el Hospital de Ciudad Real en 2015, con una muestra de 12 debuts, trabajando las fases de supervivencia y refuerzo, con resultados favorables: Mayor seguridad en autocontrol de diabetes. Reducción del número de llamadas telefónicas a consulta y mejor gestión de la población infantil para su posterior seguimiento (estadísticas, estudios poblacionales, etc.)

Conclusiones:

La importancia de la educación terapéutica como herramienta básica y fundamental en el tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 1, que deber ser programada, sistemática, continua, evaluable y adaptada a las necesidades de la población infantil.

Su utilización como guía de trabajo en el abordaje de la diabetes, ayudaría a los profesionales que inician su labor en este campo, permitiría unificar criterios y compartir resultados.

El plan funcional permite estructurar la educación terapéutica del proceso educativo a través de cuatro etapas planificadas en entrevistas individuales y/o grupales, facilitando el proceso de empowerment.

La Utilización de una metodología que facilite la adquisición de los conocimientos y se adapte a las características psicosociales de nuestra población, mejora la adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 1.

Bibliografía:

1. Dr. Hanas, Ragnar. "Diabetes tipo 1 en niños, adolescentes y adultos jóvenes".
2. Autores: Grupo de trabajo de diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (S.E.E.P) "Lo que debes saber sobre la diabetes en la edad pediátrica". 3ª Edición.
3. Dr. Figuerola, Dani. Jansá, Margarita DUE, Dra. Vázquez Clotilde. Flores, Miguel DUE, y otros. "Manual de Educación Terapéutica en Diabetes". Editorial Díaz de Santos.
4. Barrio, Raquel. Rodergas, Judit. Méndez Castedo, Pedro "ABC de la diabetes".
5. Angels López, Esther. Fuentes, Fernanda Concepción. Catalá Sucranes, Ana María "Programa de Educación Diabetológica basado en la teoría del Aprendizaje de Bandura. Metas de Enfermería" Vol. 15 Nº 4

Capítulo CXL

Planificación familiar: manejo enfermero del implante subcutáneo en mujeres en riesgo de exclusión social

Autores:

Erika Gómez Jerónimo

Helena Martínez Van Duijvenbode

Yesica María Ramos Camacho

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: MANEJO ENFERMERO DEL IMPLANTE SUBCUTANEO EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

MARTÍNEZ VAN DUIJVENBODE,H, RAMOS CAMACHO,Y, GÓMEZ JERÓNIMO,E.

INTRODUCCIÓN

• En nuestra sociedad existen grupos de población en riesgo de exclusión social, en el caso de las mujeres presentan un elevado riesgo de embarazos no deseados, excesivo número de hijos, abortos, uso de anticoncepción de emergencia, etc. desde edades muy tempranas. Como enfermeras de un centro de salud decidimos colaborar en la implementación de este método que posibilita el aumento de la calidad de salud de nuestras usuarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo durante el periodo de febrero a diciembre de 2014. Se realiza un curso para el manejo y uso del implante subcutáneo anticonceptivo. La captación se realiza a través de la consulta de planificación familiar del centro.

RESULTADOS

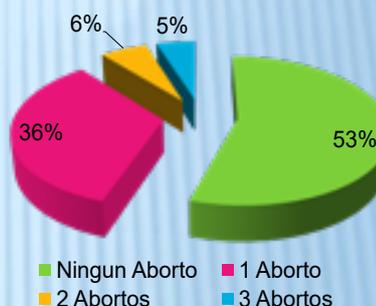
Se colocan 14 implantes. La media de edad fue de 28 años, comprendidas en un rango de 19 a 38 años. El nivel de estudio fue de 28% sin estudios, 26% con estudios primarios, 30% estudios secundarios y 16% con estudios universitarios. El número de hijos osciló entre 2.2 de media. Un 30% de las mujeres han tenido embarazos no deseados, con un máximo de 2 en la misma mujer.

Respecto a la tolerabilidad se analizó la presencia de efectos secundarios y retiradas prematuras del implante, obteniendo una tasa de continuidad del 100% en este periodo. Como efectos beneficiosos se ha apreciado que no se ha producido ningún embarazo mientras se ha utilizado el método y no se han presentado complicaciones en la inserción.

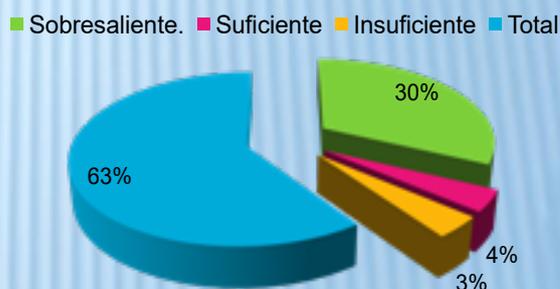
OBJETIVOS

- Conocer la contribución en la mejora de los cuidados de salud desde la colocación de los implantes.
- Capacitar al personal de enfermería que vaya a participar en la colocación de este método anticonceptivo.
- Colocación y seguimiento de los implantes subcutáneos anticonceptivos.
- Conocer su aceptabilidad y tolerabilidad

NÚMERO DE ABORTOS



GRADO DE SATISFACCIÓN



CONCLUSIONES

- Las mujeres han mejorado su salud con la implantación de este método anticonceptivo. Como se ha podido apreciar en la inexistencia de embarazos no deseados, no han abortado, no han recurrido a la píldora postcoital, etc.
- Como limitación se aprecia la necesidad de capacitar a más enfermeras/os que posibiliten la promoción y captación del método y mejoren la oferta.
- Se ha logrado que las usuarias participen voluntariamente en la mejora de sus cuidados, incluyendo la realización de todos los seguimientos

BIBLIOGRAFIA

- M1. Domínguez Úbeda V, et al. Estudio sobre la accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla. Aten Primaria. 2011. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.010.
- 2. Espinaco Garrido et al. Mujeres usuarias del implante subcutáneo contraceptivo en una población de exclusión social de un centro de salud de Sevilla. Hygia de Enfermería 2009; 72: 16-21.

Resumen: *En nuestra sociedad existen grupos de población en riesgo de exclusión social. En el caso de las mujeres, presentan un elevado riesgo de embarazos no deseados, excesivo número de hijos, abortos, uso de anticoncepción de emergencia, etc. desde edades muy tempranas. Como enfermeras de un centro de salud decidimos colaborar en la implementación de este método que posibilita el aumento de la calidad de salud de nuestras usuarias.*

Palabras Clave: *Salud Sexual Reproductiva; Implantes Subcutáneos Anticonceptivos; Calidad Asistencial.*

La varilla anticonceptiva, también conocida como Implanon NXT, es un implante hormonal subdérmico de tres años de duración, que se coloca con facilidad en la cara interna del brazo. Está indicado para mujeres entre 18 y 40 años que deseen o necesiten una anticoncepción de larga duración. Es una varilla pequeña de plástico, blanda y flexible, radiopaca y no biodegradable. Mide 4cm de longitud y 2mm de diámetro y contiene 68 miligramos del principio activo Etonogestrel.

Objetivos:

- Conocer la contribución en la mejora de los cuidados de salud desde la colocación de los implantes.
- Capacitar al personal de enfermería que vaya a participar en la colocación de este método anticonceptivo.
- Colocación y seguimiento de los implantes subcutáneos anticonceptivos.
- Conocer su aceptabilidad y tolerabilidad

Material y Métodos:

Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo durante el periodo de febrero a diciembre de 2014. Se realiza un curso para el personal enfermero sobre el manejo y uso del implante subcutáneo anticonceptivo. El curso se basa en charlas informativas y prácticas semanales con una duración total de dos meses. La captación poblacional se realiza a través de la consulta de planificación familiar del centro.

Resultados:

Se colocan 14 implantes sin incidencias de consideración. La media de edad de las mujeres fue de 28 años, comprendidas en un rango de 19 a 38 años. El nivel de estudios fue de un 28% sin estudios, un 26% con estudios primarios, un 30% estudios secundarios y un 16% con estudios universitarios. El número de hijos por mujer asistida está en una media de 2.2. Un 30% de las mujeres han tenido embarazos no deseados, con un máximo de 2 en la misma mujer.

Respecto a la interrupción voluntaria del embarazo obtenemos que un 18% de las mujeres lo han llevado a cabo al menos en una ocasión. Un total de un 68% afirma haber recurrido a la toma de la píldora postcoital. Respecto a la tolerabilidad se analizó la presencia de efectos secundarios y retiradas prematuras del implante, obteniendo una tasa de continuidad del 100% en este periodo. Como efectos beneficiosos se ha apreciado que no se ha producido ningún embarazo mientras se ha utilizado el método y no se han presentado complicaciones en la inserción.

Conclusiones:

- Las mujeres han mejorado su salud con la implantación de este método anticonceptivo. Ya que, como se ha podido apreciar en la inexistencia de embarazos no deseados, no han abortado, no han recurrido a la píldora postcoital, etc.
- Como limitación se aprecia la necesidad de capacitar a más enfermeras/os que posibiliten la promoción y captación del método y mejoren la oferta.
- Se ha logrado que las usuarias participen voluntariamente en la mejora de sus cuidados, incluyendo la realización de todos los seguimientos.

Bibliografía:

1. Domínguez Úbeda V, et al. Estudio sobre la accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla. *Aten Primaria*. 2011. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.010.
2. Espinaco Garridomj et al. Mujeres usuarias del implante subcutáneo contraceptivo en una población de exclusión social de un centro de salud de Sevilla. *Hygia de Enfermería* 2009; 72: 16-21.
3. Arribas Mir L, Rueda Lozano D, Agrela Cardona M, Cedeño Benavides T, Olvera Porcel C, Bueno Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptives implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception*. 2009; 80:457-62.
4. González Fernández Cristina, Fernández Revilla Javier Miguel. Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]*. 2011 Jun; 4(2): 146-149.

Capítulo CXLI

Plasmaféresis: hacia una vida depurada

Autores:

María Del Prado Díaz Marín

Antonio Maján Sesmero

Ana Isabel Torres García

PLASMAFERESIS

"HACIA UNA VIDA DEPURADA"

INTRODUCCION

Conocimiento por la intervención y resolución de un caso clínico llevado a cabo durante Marzo de 2015, en el Hospital Gregorio Marañón (Madrid, España) en los que participo el Doctor Anaya, Nefrólogo, junto a enfermeras/os de la unidad.

METODOLOGIA

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline y Pubmed, utilizando los términos: "plasmapheresis", "nursery"; y se contacta con el equipo sanitario de la unidad.

OBJETIVO GENERAL

-Dar a conocer esta técnica entre los profesionales de Enfermería.

OBJETIVO ESPECIFICO

-Mostrar la importancia que conlleva para los pacientes en sí.

Es un método de depuración extracorpórea empleado para extraer un componente dañino (p.e. cifras altas de triglicéridos) de la sangre para el tratamiento de algunas enfermedades, a través de un filtro, que separa el plasma de los otros componentes de la sangre y elimina éste, siendo sustituido por un líquido de reinfusión.

Colocar un catéter en vena cava inferior o femoral del paciente; la sangre pasa por la máquina que separa el plasma de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las células son devueltas al paciente. Dura aprox. 2 h. y es habitual que deba repetirse en varias ocasiones (la frecuencia vendrá determinada por la cantidad de sustancias a eliminar).

PRE

- Equipo necesario: Plasmaflo, máquina de hemodiálisis, guantes estériles, agujas, pinzas, suero, heparina, torundas, esparadrapo...
- Procedimiento: Lavado de manos, cebar todo con solución salina, descongelar el plasma de intercambio, conocer el estado clínico del paciente y tomarle constantes vitales.

DURANTE

- Mantener el flujo sanguíneo a 100-150 ml/min (nunca a más).
- Observación del funcionamiento y chequeo cada 15 min de la tensión arterial del paciente.
- Observación del paciente y constantes vitales.
- Hoja de control con todas las anotaciones.

POST

- Devolver toda la sangre de las líneas.
- Tomar constantes vitales y muestra del plasma de recambio para el estudio inmunológico.
- Pinzar líneas arterial y venosa, y proceder al lavado del plasmaflo.
- No levantar al paciente inmediatamente y pesarlo.
- Anotar en la historia clínica todo lo relacionado con el tratamiento.

EFFECTOS ADVERSOS

- Hipotensión: Posición Trendelenburg y soluciones hipertónicas.
- Náuseas y vómitos: Suspender momentáneamente el proceso disminuyendo la velocidad de extracción.
- Visión borrosa: Suspensión temporal del proceso, disminuir la velocidad del proceso.
- Sincope: Suspensión del proceso, retornando glóbulos rojos si fuera posible.

COMPLICACIONES

- Insuficiencia renal.
- Trombocitopenia.
- Enfermedad Vasculare Cerebral.

CONCLUSION

Como una hemodiálisis, tiene como objetivo lo mismo, eliminar o disminuir un componente dañino en sangre, que podría acarrear una enfermedad incluso la muerte. La prevalencia e incidencia de muchas enfermedades disminuiría si se amplía el conocimiento de dicha técnica, al igual que la mortalidad y morbilidad, aumentando así la esperanza de vida.

Desconocido en nuestro mundo en pleno siglo XXI, es tan importante el conocimiento de esta técnica, su proceso y su importancia, para pacientes a los cuales les puede evitar, mejorar o prolongar el valor más importante que tienen: LA VIDA.

Resumen: Recoge el procedimiento de una técnica muy poco usual en nuestro entorno: la plasmaféresis. Se intenta explicar en que consiste y los pasos que hay que seguir desde la figura de la enfermería. No se crea con el objetivo de explicar detalladamente el proceso, ya que eso pertenece a la medicina, disciplina en la que tampoco encontramos muy desarrollado este campo. La plasmaféresis separa el plasma de la serie roja para eliminar el componente en cuestión, una prevención secundaria a tener en cuenta en nuestra actualidad para mejorar la sanidad y la calidad de vida.

Palabras Clave: Plasmaféresis; Sangre; Diálisis.

Objetivos:

- Objetivo general: dar a conocer esta técnica entre los profesionales de Enfermería.
- Objetivo específico: mostrar la importancia que conlleva para los pacientes en sí.

Metodología:

El procedimiento fue descubierto por los autores de este estudio, con la intervención y resolución de un caso clínico llevado a cabo durante el mes de Marzo del año 2015, en el hospital Gregorio Marañón (Madrid, España). En este caso clínico participo el Doctor Fernando Anaya Fdez-Lomana, médico especializado en nefrología, junto a un equipo sanitario de la unidad (enfermeros/as y auxiliares).

A partir de ahí se fue estudiando y conociendo más sobre esta materia, hasta este preciso momento, en el cual surgió la idea de realizar un proyecto de conocimiento y divulgación sobre el mismo, y en concreto sobre el rol o el papel de enfermería en dicho procedimiento.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline y Pubmed, utilizando los términos: “plasmapheresis”, “nursery”; también se pone en contacto con el equipo sanitario de dicha unidad (en el caso anteriormente mencionado), para la obtención de algún escrito y/o protocolo de enfermería.

Intervenciones:

También llamada “recambio plasmático”. Es un método de depuración extracorpórea, empleado para extraer un componente dañino (p.e. cifras altas de triglicéridos) de la sangre para el tratamiento de algunas enfermedades, a través de un dispositivo médico (filtro), que separa el plasma de los otros componentes de la sangre y lo elimina (<15% volumen total del plasma), siendo simultáneamente sustituido por un líquido de reinfusión, que puede ser plasma humano fresco, solución de albúmina o plasmaproteínas liofilizadas .

Consiste en colocar un catéter en una vena (cava inferior o femoral preferiblemente) del paciente a través del cual se extrae la sangre que pasa por la máquina que separa el plasma de las células (glóbulos rojos, blancos y plaquetas). Las células son devueltas al paciente. El procedimiento dura aproximadamente 2 horas, es habitual que deba repetirse en varias ocasiones y la frecuencia de estas repeticiones viene determinada por el tipo y/o cantidad de sustancias a eliminar. Se realiza bajo supervisión del personal médico y de enfermería con experiencia en este tipo de procedimiento.

- Técnicas de enfermería pre-intervención

- Equipo necesario:
 - Plasmafló (plasma separador) y ramas arteriales y venosas.
 - Máquina de hemodiálisis.
 - Guantes estériles.
 - Solución salina fisiológica al 0,9% para cebado 1000 ml para reparación del circuito extracorpóreo en el retorno.
 - Equipo de venoclisis.
 - Líquido de sustitución: plasma humano fresco (según tratamiento médico).
 - Heparina sódica según protocolo.
 - Agujas, pinzas, torundas, esparadrapo...
- Procedimiento:
 - Lavado de manos.
 - Cerciorarse de la colocación del plasmafló y sus líneas de sangre, cebarlo todo con solución salina al 0,9%.
 - Descongelar 1 hora antes el plasma de intercambio y administrarlo a temperatura corporal.
 - Conocer el estado clínico del paciente, pesarlo, anotar, y medir sus signos vitales.
 - Colocación de guantes estériles para la preparación de la FAV o catéter, según proceder técnico.
 - Paciente en posición supina, con los pies ligeramente elevados.
 - Antes de iniciar, tomar muestra de sangre para estudio inmunológico.
 - Conectar paciente y empezar tratamiento.
 - Mantener el flujo sanguíneo a 100-150 ml/min (nunca a más)
 - Observación estricta del funcionamiento y chequeo cada 15 min de la tensión arterial del paciente.
 - Obtener entre 250-500 ml del plasma extraído antes de comenzar a fluir el nuevo; luego se repondrá de forma constante la misma cantidad.
 - Mantener el plasma a temperatura semejante al plasma.
 - Observación estricta del paciente: puede presentar escalofríos, náuseas, vómitos, etc.
 - Administrar solución con heparina sódica si procede, y nunca dejar al paciente solo.

- Mantener la misma postura en el paciente y llevar la hoja de control estricto con todas las anotaciones referentes hasta el momento.
- Devolver toda la sangre de las líneas y el filtro, hasta que se aclaren las fibras.
- Tomar constantes vitales y muestra del plasma de recambio para el estudio inmunológico.
- Pinzar líneas arterial y venosa, y proceder al lavado del plasmafló: lavarlo a presión con suero fisiológico por ambos extremos (las líneas también), después llenar con formol al 5 %, rotular el nombre del paciente, la fecha y el número del uso, e introducir el plasmafló y las líneas en nylon sellado y colocarlas en su sitio correspondiente.
- No levantar al paciente inmediatamente (esperar 10 min), pesarlo, y enviarlo a su habitación.
- Recogida de todo el material utilizado, el cual se descontaminará e higienizará.
- Anotar en la historia clínica todo lo relacionado con el tratamiento, con letra clara y legible, se firmará.

Efectos adversos:

La duración incrementa el riesgo en el paciente. Éstos se clasifican en:

- Leves: cuando son transitorios y responden a medidas inmediatas y tienen un pequeño significado clínico.
- Moderados: cuando causan molestia considerable al paciente, en donde no responden rápidamente a su manejo y provoca la interrupción momentánea del proceso.
- Severos: cuando el paciente se encuentra estable y de momento presenta sintomatología como taquicardia, vómito, vista nublada, requiriendo atención específica y suspensión definitiva del proceso.

Cuidados de enfermería en reacciones adversas:

- Hipotensión: posición Trendelenburg y soluciones hipertónicas.
- Náuseas: suspender momentáneamente el proceso.
- Vómito: suspensión temporal del proceso disminuyendo la velocidad de extracción.
- Visión borrosa: suspensión temporal del proceso, disminuir la velocidad del proceso, tomar constantes vitales.
- Síncope: suspensión del proceso, retornando glóbulos rojos si fuera posible.
- Estrés: preparación psicológica, distractor visual.

Complicaciones:

- Insuficiencia renal.
- Trombocitopenia.
- Enfermedad Vascular Cerebral.

Conclusiones:

Es evidente que la promoción de la salud y la prevención primaria son fundamentales para evitar en lo mayor de lo posible todo tipo de diagnósticos. La plasmaféresis actúa en el escalón de prevención secundaria. Como si de una hemodiálisis se tratara, este procedimiento, no tan diferente, tiene como objetivo lo mismo, eliminar o disminuir un componente dañino o excesivamente aumentado en sangre, que puede o podría acarrear una enfermedad incluso la muerte. La prevalencia e incidencia de muchas enfermedades disminuiría si se amplía el conocimiento de dicha técnica, al igual que la mortalidad y morbilidad, aumentando así la esperanza de vida.

Bibliografía:

1. "Manual de enfermería nefrourológica" Keine Hervorhebung (BVS Cuba-libros de autores cubanos). www.institutferran.org/documentos/consentimiento_plasmaferesis_compasiva
2. "Manual Aféresis terapéutica" Dr Fernando Anaya. "Aféresis terapéutica" Fernando Anaya, S.L. Capitel Ediciones, 2005.
3. Carpenito L. Diagnósticos de enfermería. 39ava Edición, Ed. Interamericana, 1990.

Capítulo CXLII

Presión negativa tópica en el cuidado de heridas (TPN)

Autores:

Carolina Martínez Gómez

Nuria María Terriza Cabrera

PRESIÓN NEGATIVA TÓPICA EN EL CUIDADO DE HERIDAS (TPN)



INTRODUCCIÓN

- La TP negativa tópica es una manera de actuar positivamente en el ambiente de la herida aplicando presión subatmosférica, acelerando el proceso de cicatrización de la misma.
- La mayoría de unidades proporcionan una gama de presiones negativas entre -40mmHg y -200mmHg. El grado de presión depende de la tolerabilidad del paciente y de la causa de la herida.

MECANISMO DE ACCIÓN

- Básicamente su mecanismo de acción es a tres niveles del proceso de curación de heridas:
- Remoción del excedente de líquido intersticial.
 - Transmisión del fuerzas mecánicas que estimulan la proliferación tisular.
 - Mantenimiento de un ambiente adecuado en la herida en cuanto a humedad y temperatura.

INDICACIONES

- Se puede considerar el uso de la TPN cuando la herida:
- No evoluciona hacia la cicatrización en el plazo previsto.
 - Produce exudado excesivo y difícil de controlar.
 - Está en un lugar incómodo o tiene un tamaño difícil, por lo que resulta dificultoso lograr un sellado eficaz con los apósitos tradicionales.
 - Requiere una reducción del tamaño para conseguir el cierre quirúrgico.
- Está indicada cuando el paciente precise una pauta de apósitos/tratamiento que se mantenga en su sitio y no necesite cambios frecuentes.

EFFECTOS BENEFICIOSOS

- Control exudado.
- Reducción de cambios de apósitos innecesarios.
- Reducción riesgo de infecciones.
- Rápida granulación, epitelización y contracción de la herida.
- Menos dolor en los cambios de apósito.
- Reduce el olor de la herida.
- Rehabilitación concurrente; no impide ni evita la fisioterapia o la movilización.
- Costes del tratamiento: la disminución de la frecuencia de cambios de apósito y el cierre mas rápido favorece la disminución de costes globales del tratamiento.



OBJETIVOS

- Promover el conocimiento del sistema de curación de heridas con la técnica de presión negativa tópica.
- Elaborar un Plan de cuidados de Enfermería en pacientes sometidos a TPN.

COMPONENTES DEL SISTEMA TPN

- Existen varios sistemas, pero la mayoría están formados por una Unidad base con bomba y apósito de gasa o espuma (relleno) que permite una distribución uniforme de Presión negativa en todo el lecho de la herida.
- Se emplea una lámina transparente sobre el relleno para crear un sello alrededor del drenaje. Se puede usar un puerto en lugar de un drenaje. Ambos conectan a un recipiente que está unido a la bomba.
- Los apósitos deben cambiarse generalmente cada 3-4 días.



DX DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON TERAPIA DE TPN

Deterioro de la integridad cutánea 00046.

- Resultados (NOC).
 - ✓ Curación de la herida: por segunda intención.
 - ✓ Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Intervenciones (NIC).
 - ✓ Vigilancia de la piel.
 - ✓ Manejo de presiones.
 - ✓ Cuidado de las heridas.

Riesgo de infección 00004.

- Resultados (NOC).
 - ✓ Curación de la herida por segunda intención.
- Intervenciones (NIC).
 - ✓ Control de infecciones.
 - ✓ Cuidado del drenaje cerrado.
 - ✓ Protección contra infecciones.
 - ✓ Vigilancia de la piel.

Dolor agudo 00132.

- Resultados (NOC).
 - ✓ Control del dolor.
 - ✓ Nivel del dolor.
- Intervenciones (NIC).
 - ✓ Administración de analgésicos.
 - ✓ Manejo del dolor.
 - ✓ Manejo ambiental: confort.

Ansiedad 00146.

- Resultados (NOC).
 - ✓ Nivel de ansiedad.
 - ✓ Autocontrol de la ansiedad.
- Intervenciones (NIC).
 - ✓ Disminución de la ansiedad.
 - ✓ Manejo ambiental.
 - ✓ Manejo de la conducta.

Hipertermia 00007.

- Resultados (NOC).
 - ✓ Signos vitales.
- Intervenciones (NIC).
 - ✓ Regulación de la temperatura.
 - ✓ Tratamiento de la fiebre.

CONCLUSIONES

- Durante los últimos años la TPN se ha convertido en una útil alternativa para el tratamiento de heridas (agudas o crónicas).
- Se trata de un método no invasivo que consigue mediante presiones negativas controladas, favorecer la cicatrización en un entorno húmedo y aislado, estimulando la neoangiogénesis y el crecimiento del tejido de granulación al mismo tiempo que elimina el exceso de líquidos, fluidos y exudados y disminuye la carga bacteriana de las heridas.
- Por todo esto la TPN ayuda a ofrecer una asistencia mas completa a los pacientes, disminuyendo sus tiempos de estancia hospitalaria optimizando recursos y evitando en muchos casos maniobras quirúrgicas más agresivas.

BIBLIOGRAFIA

- Henderson V, Timmons J, Hurd T, Deroo K, Maloney S, Sabo S. NPWT in everyday practice Made easy. Wounds International 2010.
- BIOMEDICINA, 2006, 2 (2) - 122-130 ISSN: 1510-9747.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. 2007.
- González Pérez J, Segarra Lorente M, March García JR, Martínez Aguilar E. Nuevos abordajes en la cicatrización de úlceras y heridas. 2012
- NANDA. Diagnósticos de enfermería: definición y clasificación 2005-2006 Madrid: Elsevier España SA 2005.

Resumen: La TPN es una manera de actuar positivamente en el ambiente de la herida aplicando presión sub-atmosférica y por tanto acelerando el proceso de curación de la misma. Esta terapia puede beneficiar a muchos pacientes en lo que se refiere al control de síntomas y a la cicatrización de las heridas. El control del exudado, reducción del olor y potenciación del tejido de granulación son las principales ventajas del tratamiento.

Palabras Clave: Terapia Presion Negativa Heridas; Úlcera Por Presión; Heridas; Traumatismos.

La TP negativa tópica es una manera de actuar positivamente en el ambiente de la herida aplicando presión subatmosférica, acelerando el proceso de cicatrización de la misma.

La mayoría de unidades proporcionan una gama de presiones negativas entre -40mmHg y -200mmHg. El grado de presión depende de la tolerabilidad del paciente y de la causa de la herida. Se puede considerar el uso de la TPN cuando la herida:

- No evoluciona hacia la cicatrización en el plazo previsto.
- Produce exudado excesivo y difícil de controlar.
- Está en un lugar incómodo o tiene un tamaño difícil, por lo que resulta dificultoso lograr un sellado eficaz con los apósitos tradicionales.
- Requiere una reducción del tamaño para conseguir el cierre quirúrgico.

Está indicada cuando el paciente precise una pauta de apósitos/tratamiento que se mantenga en su sitio y no necesite cambios frecuentes. Su mecanismo de acción es a tres niveles del proceso de curación de las heridas:

- Remoción del excedente de líquido intersticial.
- Transmisión de fuerzas mecánicas que estimulan la proliferación tisular.
- Mantenimiento de un ambiente adecuado en la herida en cuanto a humedad y temperatura.

Dentro de los efectos beneficiosos de esta terapia podemos encontrar:

- Control exudado.
- Reducción de cambios de apósitos innecesarios.
- Reducción riesgo de infecciones.
- Rápida granulación, epitelización y contracción de la herida.
- Menos dolor en los cambios de apósito.
- Reduce el olor de la herida.
- Rehabilitación concurrente; no impide ni evita la fisioterapia o la movilización.
- Costes del tratamiento: la disminución de la frecuencia de cambios de apósito y el cierre más rápido favorece la disminución de costes globales del tratamiento.

Podríamos dividir los objetivos de la terapia en:

- Objetivos a corto plazo:
 - Control del exudado de la herida.
 - Control del olor.
 - Alivio del dolor.
 - Eliminación del tejido esfacelado.
 - Prevención de las infecciones.
- Objetivos a largo plazo:
 - Reducción del área de la herida.
 - Reducción del volumen de exudado de la herida.
 - Producción de tejido de granulación sano.
 - Cierre de la herida por medios quirúrgicos o cicatrización por segunda intención.
 - Restablecimiento de la función física en el lugar de la herida.
- Objetivos específicos:
 - Promover el conocimiento del sistema de curación de heridas con la técnica de presión negativa tópica.
 - Elaborar un plan de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a tpn.

Componentes del sistema TPN:

Existen varios sistemas, pero la mayoría están formados por una unidad base con bomba y apósito de gasa o espuma (relleno), que permite una distribución uniforme de presión negativa en todo el lecho de la herida. Se emplea una lámina transparente sobre el relleno para crear un sello alrededor del drenaje. Se puede usar un puerto en lugar de un drenaje. Ambos conectan a un recipiente que está unido a la bomba.

Los apósitos deben cambiarse generalmente cada 3-4 días.

DX de enfermería más frecuentes en pacientes con terapia de TPN:

- Deterioro de la integridad cutánea 00046.
 - Resultados (NOC).
 - Curación de la herida: por segunda intención.
 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
 - Intervenciones (NIC).
 - Vigilancia de la piel.
 - Manejo de presiones.
 - Cuidado de las heridas.

- Riesgo de infección 00004.
 - Resultados (NOC).
 - Curación de la herida por segunda intención.
 - Intervenciones (NIC).
 - Control de infecciones.
 - Cuidado del drenaje cerrado.
 - Protección contra infecciones.
 - Vigilancia de la piel.
- Dolor agudo 00132.
 - Resultados (NOC).
 - Control del dolor.
 - Nivel del dolor.
 - Intervenciones (NIC).
 - Administración de analgésicos.
 - Manejo del dolor.
 - Manejo ambiental:confot.
- Ansiedad 00146.
 - Resultados (NOC).
 - Nivel de ansiedad.
 - Autocontrol de la ansiedad.
 - Intervenciones (NIC).
 - Disminución de la ansiedad.
 - Manejo ambiental.
 - Manejo de la conducta.
- Hipertermia 00007.
 - Resultados (NOC).
 - Signos vitales.
 - Intervenciones (NIC).
 - Regulación de la temperatura.
 - Tratamiento de la fiebre.

Conclusiones:

Durante los últimos años la TPN se ha convertido en una útil alternativa para el tratamiento de heridas (agudas o crónicas).

Se trata de un método no invasivo que consigue mediante presiones negativas controladas, favorecer la cicatrización en un entorno húmedo y aislado, estimulando la neoangiogénesis y el crecimiento del tejido de granulación, al mismo tiempo que elimina el exceso de líquidos, fluidos y exudados, y disminuye la carga bacteriana de las heridas.

Por todo esto la TPN ayuda a ofrecer una asistencia más completa a los pacientes, disminuyendo sus tiempos de estancia hospitalaria optimizando recursos y evitando en muchos casos maniobras quirúrgicas más agresivas.

Bibliografía:

1. Henderson V, Timmons J, Hurd T, Deroo K, Maloney S, Sabo S. NPWT in everyday practice Made easy. Wounds International 2010.
2. BIOMEDICINA, 2006, 2 (2) - 122-130 ISSN: 1510-9747.
3. NANDA. Diagnósticos de enfermería: definición y clasificación 2005-2006 Madrid: Elsevier España SA 2005.
4. European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. 2007.
5. González Pérez J, Segarra Lorente M, March García JR, Martínez Aguilar E. Nuevos abordajes en la cicatrización de úlceras y heridas. 2012

Capítulo CXLIII

Prevalencia y factores relacionados con el síndrome burnout en la enfermería oncológica

Autores:

Ricio José Cortez Salazar

Tibisay Yuribey Guevara Rangel

Lorena Hernández Zafra

PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME BURNOUT EN LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

INTRODUCCIÓN:

El burnout surge cuando se produce un estrés laboral crónico, donde las demandas del trabajo prevalecen sobre los recursos personales para afrontar dicho estrés.

Resulta importante conocer la prevalencia del síndrome burnout en los enfermeros oncológicos, pues además del sufrimiento personal, están las pérdidas económicas asociadas, debido al coste que suponen las numerosas bajas laborales debidas a trastornos mentales relacionados con el trabajo.

Síndrome tridimensional: Agotamiento emocional, Despersonalización, Falta de realización personal (Maslach y Jackson).



Síntomas asociados al síndrome burnout: Emocionales, Cognitivos, Conductuales, Sociales, Psicosomáticos.

OBJETIVOS:

-Determinar si los enfermeros que trabajan en oncología presentan mayor prevalencia de síndrome burnout.

-Conocer los factores por los que los enfermeros de los servicios de oncológica, resultan especialmente vulnerables a padecer este síndrome.

RESULTADOS:

-Ilona Ksiazek, et al; C. M. Martín Moreno, et al; Shelen S, et al; Nova Gómez, et al; Potter P, et al. Comparan la enfermería con otro tipo de especialidades sanitarias, y se puede comprobar que en todos ellos los enfermeros de oncología presentan mayores niveles de burnout en sus tres subescalas.

-Faria D. A, Maia E.M.; M. Teresa G.A., Susana M. A.; Potter P. et al; Afirman que a mayor **edad** y más **tiempo trabajado** en la institución, mayor aumento de la ansiedad laboral. Los estudios avalan la teoría de que después de 10 años de profesión puede existir un **periodo de sensibilización**. Magdalena Lagerlund, et al. Consideran que este periodo de sensibilización, ocurre en los primeros años de trabajo.

-El 80% de los estudios han encontrado una relación significativa entre el **sexo femenino** y el burnout.

-Margarita Chacón, et al; M. Teresa G.A., Susana M.A.; Idalmis I.O., Armando M.M., Idelmis C.H. La **formación** es muy importante para prevenir el burnout. Las enfermeras "generales" presentan mayor puntuación en el burnout que las enfermeras "especializadas".

-Fuentes estresantes en el lugar de trabajo:

-Poulsen et al.; Faria D.A, Maia E.M.; C. Bressi, et al; Shelen S. et al. Consideran la **carga de trabajo** como la principal causa de estrés en el lugar de trabajo, también los son el personal insuficiente para realizar las tareas y las pocas oportunidades de progreso laboral.

-Para los autores, Poulsen et al; Idalmis I.O.; Armando M.M.; Idelmis C.H.; Ilona Ksiazek, et al; C.Bressi, et al.; es la **baja remuneración salarial**.

- Nova Gómez, et al; C.Bressi, et al; Poulsen, et al. Consideran la **mala relación con los superiores** y las jerarquías rígidas. La tercera parte del personal de enfermería no siente reconocida su labor por parte de sus superiores.

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME BURNOUT: MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)



MATERIAL Y MÉTODO:

Diseño propuesto: Revisión bibliográfica.

Metodología de la revisión: Búsqueda realizada por dos revisores de manera independiente. Los desacuerdos en cuanto a la selección se resolverán por discusión. En la extracción de los datos se obtiene la información clave de todas las publicaciones seleccionadas y se reúne en una plantilla. Finalmente los estudios se analizarán para la descripción y la síntesis cualitativa de los resultados.

Estrategia de búsqueda: Scielo, Pubmed, Dialnet, Lilacs y Cochrane Plus.

Criterios de inclusión: Inglés y Español. Año de búsqueda 2000 a la actualidad.

Palabras clave:

En español: Desgaste profesional, estrés, enfermería, oncología.

En inglés: Burnout, stress, nursing, oncology.

Criterios de exclusión: Artículos no originales y más de 15 años.

CONCLUSIONES:

ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

- Alta prevalencia de síndrome burnout.
- Principalmente en mujeres.

PRINCIPALES FACTORES

- Años trabajados en la especialidad.
- Nivel de estudios especiales.
- Baja remuneración.
- Carga de trabajo.
- Jerarquías rígidas.

Resumen: *El síndrome burnout, se produce cuando se desequilibran las expectativas entre el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario y que se da especialmente en las unidades de oncología por la carga emocional del trabajo que realizan.*

Se ha encontrado una relación significativa entre el sexo femenino y el burnout, y parece ser que con el avance de la edad y el tiempo de trabajo, se puede promover a largo plazo un aumento de la ansiedad del sujeto. Las principales fuentes estresantes fueron: volumen de trabajo, falta de reconocimiento social de la profesión, pacientes complejos y la baja remuneración salarial.

Palabras Clave: *Agotamiento Profesional; Enfermería Oncológica; Oncología Médica.*

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, y es un término que se escucha comúnmente. El término burnout, tal vez sea menos conocido, pero está relacionado directamente con el estrés en el puesto de trabajo. El síndrome burnout surge cuando se produce un estrés laboral crónico, donde las demandas del trabajo prevalecen sobre los recursos personales para afrontar dicho estrés. De hecho los problemas que pueden ser solventados no llevan al burnout.

Dimensiones del burnout:

Cristina Maslach y Susan Jackson, entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y reducida realización personal (RP).

El agotamiento emocional es el estado de ánimo del trabajador y se entiende como una sensación de estar agotado emocionalmente por estar en contacto diariamente con los demás.

Se entiende como despersonalización, al sentimiento negativo hacia las personas destinatarias del trabajo, deshumanización debida al endurecimiento afectivo, lo que implica que se culpe a esas personas receptoras de cuidados, de los problemas propios del trabajo.

La falta de realización personal, es la decepción, el descontento con uno mismo y la insatisfacción con los resultados laborales.

Muchos estudios indican que los equipos de salud de las instituciones hospitalarias se encuentran en riesgo de estrés y tensión en el trabajo, en especial los de enfermería, destacados como la cuarta profesión más estresante en el sector público, y que la enfermería oncológica es una de las actividades que se caracteriza por presentar mayor estrés laboral dada la complejidad de las necesidades asistenciales que presenta el paciente oncológico.

El trabajador que presenta burnout, con el fin de controlar la situación, es capaz de desarrollar una serie de medidas de afrontamiento también llamadas coping. El coping fue definido como "un esfuerzo cognitivo y de comportamiento, realizado para dominar, tolerar o reducir las demandas externas e internas", realizando un esfuerzo cognitivo y de comportamiento frente a un evento que causa estrés. La forma con la que el individuo escoge sus estrategias de coping está determinada, en parte, por sus recursos internos y externos lo cuales incluyen salud, creencias, responsabilidad, soporte, habilidades sociales y recursos materiales.

Objetivos:

- Determinar si los enfermeros que trabajan en oncología presentan mayor prevalencia de síndrome burnout.
- Conocer los factores por los que los enfermeros de los servicios oncológicos resultan especialmente vulnerables a padecer este síndrome.

Método:

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se desarrolló una revisión bibliográfica realizando una búsqueda en las principales bases de datos nacionales e internacionales que son las siguientes: Scielo, Pubmed, Dialnet, Lilacs, y Cochrane Plus. Los criterios de inclusión fueron:

- Idioma en inglés y español.
- Año de búsqueda 2000 a la actualidad.
- Artículos que relacionen el burnout y enfermería en pacientes oncológicos.

Los criterios de exclusión fueron:

- Se excluyeron artículos no originales y artículos con más de quince años de publicación.

Resultados:

Tras la búsqueda realizada, teniendo en cuenta los objetivos planteados, se establece una comparación entre varios estudios sobre el síndrome de burnout, realizados en los años anteriormente mencionados. A continuación se extraen los resultados del análisis de los 15 estudios de investigación seleccionados:

- Son varios los estudios analizados en los que se comparan la enfermería con otro tipo de especialidades sanitarias, se puede comprobar que en todos ellos los enfermeros de oncología presentan mayores niveles de burnout en sus tres subescalas.
- Se ha encontrado una relación significativa entre el sexo femenino y el burnout.
- Los años trabajados, también son considerados como factor estresante, de manera que con el avance de la edad y el tiempo de trabajo en la institución se puede promover a largo plazo un aumento de la ansiedad del sujeto. Después de 10 años de profesión puede existir un periodo de sensibilización, donde tras este tiempo se ha producido la transacción de las expectativas idealistas del comienzo hacia la práctica cotidiana, viéndose que tanto las recompensas personales como las profesionales y las económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.
- Por otro lado hay autores que consideran que el periodo de sensibilización se correspondería con los primeros años de carrera, pues la poca experiencia, también es causante del deseo de abandonar el puesto de trabajo.
- El nivel de formación es importante para prevenir el burnout, así las enfermeras con menor nivel de estudios presentan mayor riesgo de padecer burnout. Las enfermeras "generales" presentan más puntuación en burnout que las enfermeras "especializadas".
- Se encontró una fuerte asociación entre la percepción de liderazgo y las enfermeras con más experiencia, enfermeras que percibían su educación adecuada para la atención del cáncer.

Las principales fuentes estresantes en el lugar de trabajo fueron:

- Volumen de trabajo, considerado como uno de los principales factores estresantes de la profesión, personal insuficiente para realizar las tareas y las pocas oportunidades de progreso laboral.
- Falta de reconocimiento social de la profesión.
- Pacientes complejos y de alta demanda y la relación con la muerte y enfermedad.
- Baja remuneración salarial.
- Relación con los superiores, considerando un importante factor de estrés la comunicación con los superiores, y las jerarquías rígidas.
- En el estudio se demuestra que no existe ninguna estrategia de afrontamiento universalmente más exitosa, así estrategias pasivas como ignorar el problema, pueden ser igualmente eficaces como mecanismos de afrontamiento más activos como quejarse a la gerencia.

Las principales estrategias activas fueron:

- La confrontación.
- La planificación.
- La reevaluación positiva.
- La búsqueda de apoyo social.
- Hablar con profesionales de salud mental.

Las principales estrategias pasivas fueron:

- Distanciamiento.
- Evitación o huida.
- Búsqueda de apoyo social.
- Autodistracción.
- Aceptación.

Los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema reflejan menos desgaste profesional que los individuos que utilizan estrategias de evitación o escape o centradas en la emoción.

Conclusiones:

- Actualmente existe una alta prevalencia de burnout en los profesionales de enfermería oncológica.
- El síndrome burnout tiene mayor prevalencia en mujeres que en hombres y que además aumenta con la edad y los años trabajados.
- Las enfermeras con niveles de estudios inferiores a la especialidad, presentan mayor prevalencia de síndrome burnout.

- Principales factores desencadenantes del burnout serían, baja remuneración salarial, falta de reconocimiento de la profesión, el paciente complejo y relacionado con la muerte, la relación con los superiores y la jerarquías rígidas.
- No existe un coping correcto o incorrecto, existe un coping efectivo o no.

Bibliografía:

1. Maicon Carlin , Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de psicología. [internet] 2010, [7 abril 2015] vol. 26, nº 1, 169-180. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3134263>.
2. Martínez Pérez, Anabella. El Síndrome Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. [internet] 2010. , [7 abril 2015] nº 112. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
3. C. M.Martín Montero,R.M. López Lorente, C. I. Fuentes González, E. García García, R. Ortega Trillo , A. D. Cortés Pendón, J. L. García Puche. Estudio comparativo del síndrome burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad. Med Pal. [Revisita en Internet]2000 [30 Mayo2015];7(3):85-93. Disponible en: <https://bddoc.csic.es:8180/detalles.html?id=258939&b-d=IME&tabla=docu>
4. Romana Albaladejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P Astasio, ME Calle y V Domínguez. Síndrome burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid .Rev. Esp. Salud Publica [Revista en Internet] 2004 .[30 Mayo 2015]; 78(.4).505-516. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008

Capítulo CXLIV

Prevención de caídas en residencias

Autora:

María Belén Martín Millán

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN RESIDENCIAS

Introducción

Las caídas suponen la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales en el mayor de 65 años. Suponen por tanto un importante problema de salud pública. En nuestra Residencia para Personas Mayores contabilizamos un total de 113 caídas durante el año 2012. El personal sanitario del SESCAM de la misma, comenzó a intervenir a principios del 2013 para frenar el número de caídas.

Material y métodos

En enero de 2013 comenzó a realizarse el Taller de Caídas. Dicho taller se divide en 3 fases:

-Análisis de las caídas sucedidas en el mes anterior.

-Puesta en común de manera grupal junto a los residentes que sufrieron una caída en ese mes.

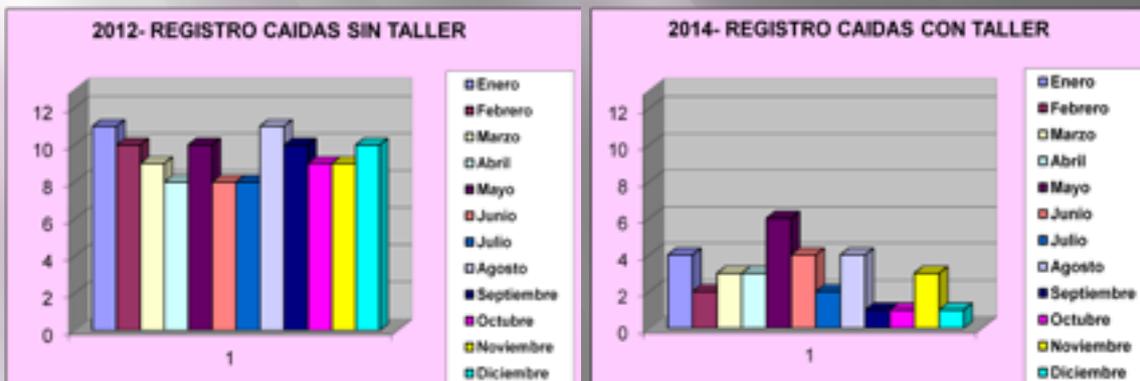
-Prácticum.

Cuando se produce una caída en la residencia, DUE lo registra en el programa informático y al día siguiente es evaluada por los departamentos de terapia ocupacional, fisioterapia y enfermería.

Objetivo

Ayudar a reducir el número de caídas en las personas mayores institucionalizadas de esta residencia a través de la educación sanitaria para aumentar su bienestar.

Resultados



Conclusiones

- Con educación sanitaria ayuda a reducir el índice de caídas.
- Los residentes se sienten más seguros a la hora de la deambulacion, al hacer las transferencias, etc... desde que se realiza el Taller de Caídas en esta residencia.
- El hecho de involucrarse les genera una mayor percepción en su autocuidado.
- La disminución de caídas conlleva una reducción del coste sanitario.

Resumen: Las caídas suponen la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales en el mayor de 65 años. Esto hace que suponga un importante problema de salud pública. Dado el elevado número de caídas en nuestra residencia durante el año 2012, en enero de 2013 se inició un taller para intentar disminuir el número de caídas en los usuarios institucionalizados en nuestro centro.

Finalizado el estudio concluimos que con educación sanitaria se ayuda a reducir el índice de caídas, que residentes se sentían más seguros en la deambulaci3n y que esto supone un importante descenso en el gasto sanitario.

Palabras Clave: Caídas; Residencia; Prevenci3n.

Durante el a3o 2012, en los registros habituales llevados a cabo en nuestra residencia nos dimos cuenta del elevado n3mero de caídas de los usuarios, pese a estar nuestros residentes en un entorno adaptado y rodeados de sanitarios. Nos dimos entonces cuenta que en ellos recae gran parte de la responsabilidad en su autogesti3n, especialmente en los pacientes que tenían conservadas las capacidades cognitivas.

Es entonces cuando decidimos la fisioterapeuta del centro, la terapeuta ocupacional y la enfermera del turno de las mañanas llevar a cabo un taller cuyo objetivo era claro; ayudar a reducir el n3mero de caídas en las personas mayores institucionalizadas en nuestro centro a trav3s de la educaci3n sanitaria para aumentar su bienestar y reducir el gasto sanitario asociado que conllevan las caídas.

Las características de nuestro centro son un n3mero de 46 residentes en r3gimen completo (que pernoctan en la residencia) y 20 usuarios de el centro de día (sólo pasan en la residencia unas 9-10 horas al día durante sólo los días laborables). Dado que estos últimos pacientes pernoctan en sus domicilios particulares, pasan los días festivos y fines de semana en sus hogares, y cada uno tiene sus adaptaciones particulares; se decidió no incluirlos en el estudio, aunque sí se les permitió acudir a los talleres educativos para beneficiarse de sus enseñanzas.

En enero de el 2013 se inicia el taller con la frecuencia de uno al mes, en el que se invitaba a todos los residentes con las capacidades cognitivas conservadas .

Cada taller consiste en tres bloques.

- Análisis de las caídas sucedidas en el mes anterior. Se explica a los residentes como han sucedido las caídas en el mes anterior; cuales han sido las circunstancias en que sala han ocurrido, en qué momento de el día, si llevaba puesto o no calzado, si ha perdido el equilibrio, si ha sido un tropiezo, si ha sido fruto de un mareo o vértigo, etc. (previo consentimiento de los residentes para el relato).
- Puesta en común de manera grupal junto con los propios residentes que sufren la caída el mes anterior. Se realiza una sesi3n de brainstorming para entre todos decidir qué se podría haber hecho para evitarlo, que le podría haber ayudado a no caerse, que pueden hacer si otra vez se ven en esa situaci3n, etc.

- Practicum. Los trabajadores implicados enseñamos técnicas en cada sesión con un voluntario (residente) para simular una caída y enseñarles como levantarse desde el suelo, se les enseña a como levantarse de la cama, a fijar la silla de ruedas antes de iniciar una transferencia, etc.

Desde entonces, cuando se produce una caída el enfermero/a del turno lo registra en un programa informático y al día siguiente entre la fisioterapeuta, la terapeuta ocupacional y la enfermera valoran la caída; donde se ha producido, en que circunstancias, si ese paciente es reincidente o no, etc. Se procede de esta manera durante todo el mes para evaluar esas caídas antes de la sesión del mes siguiente.

De este modo, y con la práctica de un taller mensual se empezó a notar paulatinamente una reducción en el número de caídas en nuestra residencia. De tal modo que, como se ve en los gráficos de el poster, el número de caídas descendió significativamente después de un año de talleres (doce sesiones) en el año 2014.

Actualmente se sigue realizando el taller con éxito y las conclusiones finales para los profesionales que los realizamos han sido varias que se enumeran a continuación:

- Con educación sanitaria se ayuda a reducir el numero de caídas en los pacientes institucionalizados.
- Los residentes que acuden asiduamente a los talleres manifiestan sentirse más seguros a la hora de la deambulación y al hacer las transferencias, desde que se realiza el taller mensual de educación para la prevención de caídas.
- El hecho de involucrarse les genera una mayor percepción de su autocuidado por tanto de su autoestima.
- La disminución de las caídas conlleva una reducción del coste sanitario.
- Pesamos que estos resultados se podrían llevar a el ámbito de atención primaria para hacer talleres a los cupos de cada profesional, junto con el fisioterapeuta de el centro para evitar gran número de caídas en cada zona básica e salud.

Bibliografía:

1. www.enfermeriajw.cl/pdf/premacai.pdf, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/
2. www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema253.pdf
3. www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf

Capítulo CXLV

Prevención de la infección de localización quirúrgica

Autores:

Noelia Bolaños Martín

José Carlos Cantero Rivero

Virginia Cantero Rivero

Cristina González Arévalo

Saúl Nieto Aparicio

María José Sánchez-Camacho González-Carrato

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Introducción

Definimos herida como el resultado de una agresión mecánica, la cuál puede ser consecuencia de una intervención quirúrgica o un traumatismo, siendo ésta el producto de cualquier acción que al ejercerse sobre el organismo produce una solución de continuidad de los tejidos.

Podemos clasificarlas en función de la relación entre la existencia de agentes patógenos y la herida:

- > Limpia: herida quirúrgica que carece de la presencia de contenido gastrointestinal, genitourinario y/o respiratorio.
- > Limpia-contaminada: herida quirúrgica en la que está presente contenido gastrointestinal, genitourinario y/o respiratorio, pero que no muestra signos de inflamación e infección.
- > Contaminada: heridas quirúrgicas en las que no se existe técnica aséptica y/o se produce un escape del contenido visceral.
- > Sucia: herida quirúrgica altamente séptica en la que hay presencia de inflamación, pus o perforación visceral.

Objetivos

- Valorar y tener capacidad de adelantarse a posibles complicaciones.
- Prevenir y controlar los riesgos de infección en la zona intervenida.
- Identificar la existencia de infección en la herida quirúrgica .
- Enseñar al paciente y a la familia los cuidados de la herida tras el alta hospitalaria, así como la identificación de signos y síntomas de infección, y con quién deben contactar en caso de que se produzca dicha complicación.
- Comprender la importancia que han adquirido como infección nosocomial en los últimos años.

Metodología

Se ha realizado un análisis mediante la búsqueda bibliográfica acerca de la prevención de la infección de localización quirúrgica, utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Medline Plus, Google académico, Biblioteca Cochrane Plus y manuales FUDEN durante el periodo comprendido entre 2010-2015.

Durante el análisis de los datos obtenidos, se han priorizado aquellos estudios cuyo contenido estaba centrado en el cuidado de la herida quirúrgica de los pacientes sometidos a una intervención y la prevención de infecciones.



Intervenciones

FASE PREOPERATORIA

- Ducha con povidona yodada y clorhexidina.
- Rasurado de la zona quirúrgica con maquinillas de cabezal eléctrica y lo más próximo posible a la realización de la intervención.
- Profilaxis antibiótica de 15-30 min antes de la operación, con antibióticos de amplio espectro y recomendado únicamente en cirugía limpia con prótesis o implantes, limpia-contaminada y contaminada. En cirugía sucia se administrara de manera terapéutica.

FASE INTRAOPERATORIA

- Lavado quirúrgico de manos.
- Vestimenta y guantes quirúrgicos.
- Preparación de la piel con antiséptico previo a la intervención.
- Preparación del campo estéril.
- Técnica quirúrgica adecuada.
- Manejo de portadores entre el personal quirúrgico.
- Cubrir la incisión con un apósito adecuado al final de la intervención.

FASE POSTOPERATORIA

- Lavado de manos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Utilizar una técnica aséptica durante el procedimiento (usar paño estéril si fuese necesario).
- Utilizar suero fisiológico para la limpieza de la herida.
- No utilizar antisépticos de forma rutinaria, a no ser que sea imprescindible.
- Ocluir la herida con un apósito o, si procede, dejarla al descubierto a partir de las 48h.
- No utilizar agentes antimicrobianos tópicos en heridas cicatrizadas por primera intención.
- No utilizar soluciones cloradas y gasas, ni antisépticos de mercurio para las heridas por cierre de segunda intención.

CUIDADOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

- Valorar la herida si está descubierta o el apósito si está ocluida al menos cada 8h.
- Realizar el aseo personal con agua y jabón neutro sobre la herida a partir de las 48h, siempre que la herida sea por primera intención.
- Sujetar adecuadamente la herida quirúrgica cuando haga esfuerzos para evitar dehiscencias.
- Cambiar de apósito si éste se humedece o queda empapado por sangre u otros fluidos.
- Usar de ropa ancha para evitar presión sobre la incisión.
- Seguir las recomendaciones de enfermería para la cura de la herida.
- Acudir a su centro de salud para retirarse la sutura o grapas según las indicaciones del médico.
- Avisar al profesional sanitario en caso de aumento de dolor, enrojecimiento, inflamación, sangrado, aumento del tamaño o profundidad, cambio en el color, olor, cantidad y aspecto del drenaje (si lo hubiese).

Conclusión

- Según el estudio EPINE 2015 los tres microorganismos más frecuentemente implicados en infecciones nosocomiales son *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*, por lo que los profesionales de la salud deben poner en práctica todas las medidas que eviten la proliferación de estos gérmenes.
- El personal sanitario debe conocer y realizar de la manera más exacta posible las técnicas asépticas para el control de las infecciones en las heridas quirúrgicas.
- Es de gran relevancia el conocimiento que debe poseer enfermería para detectar los signos y síntomas de infección en este tipo de heridas.
- Una alta tasa de estas infecciones se desarrolla en el medio extrahospitalario, por lo que la educación sanitaria a estos pacientes y/o familiares adquiere una gran relevancia.
- La prevención de las infecciones en las heridas quirúrgicas ha cobrado mayor importancia en los últimos años debido a que el estudio EPINE demuestra un incremento en el número de infecciones nosocomiales de procedencia quirúrgica.

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE C.REAL

Resumen: El incremento de infecciones nosocomiales de procedencia quirúrgica hace que este aspecto cobre gran relevancia en el ámbito sanitario. Enfermería juega un papel crucial en el cuidado de estas heridas, siendo la variabilidad aportada por dichos profesionales un inconveniente cuando las técnicas no se basan en la evidencia científica.

La correcta utilización de los agentes antisépticos, así como una actuación adecuada durante el proceso quirúrgico, conseguirían reducir el alto porcentaje de infecciones que causan un aumento del gasto sanitario y de la morbimortalidad. Por estos motivos se hace necesaria la protocolización estándar para el manejo de este tipo de lesiones.

Palabras Clave: Herida Quirúrgica; Infección; Cuidados.

Introducción:

Definimos herida como el resultado de una agresión mecánica, la cuál puede ser consecuencia de una intervención quirúrgica o un traumatismo, siendo ésta el producto de cualquier acción que al ejercerse sobre el organismo produce una solución de continuidad de los tejidos.

Podemos clasificar las heridas quirúrgicas en función de la relación entre la existencia de agentes patógenos y la herida:

- Limpia: herida quirúrgica que carece de la presencia de contenido gastrointestinal, genitourinario y/o respiratorio.
- Limpia-contaminada: herida quirúrgica en la que está presente contenido gastrointestinal, genitourinario y/o respiratorio, pero que no muestra signos de inflamación e infección.
- Contaminada: heridas quirúrgicas en las que no se existe técnica aséptica y/o se produce un escape del contenido visceral.
- Sucia: herida quirúrgica altamente séptica en la que hay presencia de inflamación, pus o perforación visceral.

Objetivos:

- Valorar y tener capacidad de adelantarse a posibles complicaciones.
- Prevenir y controlar los riesgos de infección en la zona intervenida.
- Identificar la existencia de infección en la herida quirúrgica.
- Enseñar al paciente y a la familia los cuidados de la herida tras el alta hospitalaria, así como la identificación de signos y síntomas de infección, y con quién deben contactar en caso de que se produzca dicha complicación.
- Comprender la importancia que han adquirido estas heridas como causa de infección nosocomial en los últimos años.

Metología:

Se ha realizado un análisis mediante la búsqueda bibliográfica acerca de la prevención de la infección de localización quirúrgica, utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Medline Plus, Google académico, Biblioteca Cochrane Plus y manuales FUDEN durante el periodo comprendido entre 2010-2015.

Durante el análisis de los datos obtenidos, se han priorizado aquellos estudios cuyo contenido estaba centrado en el cuidado de la herida quirúrgica de los pacientes sometidos a una intervención y la prevención de infecciones.

Intervenciones:

- Fase preoperatoria:
 - Ducha con povidona yodada y clorhexidina.
 - Rasurado de la zona quirúrgica con maquinillas de cabezal eléctrica y lo más próximo posible a la realización de la intervención.
 - Profilaxis antibiótica de 15-30 min antes de la operación, con antibióticos de amplio espectro y recomendado únicamente en cirugía limpia con prótesis o implantes, limpia-contaminada y contaminada. En cirugía sucia se administrara de manera terapéutica.
- Fase intraoperatoria:
 - Lavado quirúrgico de manos.
 - Vestimenta y guantes quirúrgicos.
 - Preparación de la piel con antiséptico previo a la intervención.
 - Preparación del campo estéril.
 - Técnica quirúrgica adecuada.
 - Manejo de portadores entre el personal quirúrgico.
 - Cubrir la incisión con un apósito adecuado al final de la intervención.
- Fase postoperatoria:
 - Lavado de manos.
 - Colocarse guantes no estériles.
 - Utilizar una técnica aséptica durante el procedimiento (usar paño estéril si fuese necesario).
 - Utilizar suero fisiológico para la limpieza de la herida.
 - No utilizar antisépticos de forma rutinaria, a no ser que sea imprescindible.

- Ocluir la herida con un apósito o, si procede, dejarla al descubierto a partir de las 48h.
 - No utilizar agentes antimicrobianos tópicos en heridas cicatrizadas por primera intención.
 - No utilizar soluciones cloradas y gasas, ni antisépticos de mercurio para las heridas por cierre de segunda intención.
- Cuidados tras el alta hospitalaria:
- Valorar la herida si está descubierta o el apósito si está ocluida al menos cada 8h.
 - Realizar el aseo personal con agua y jabón neutro sobre la herida a partir de las 48h, siempre que la herida sea por primera intención.
 - Sujetar adecuadamente la herida quirúrgica cuando haga esfuerzos para evitar dehiscencias.
 - Cambiar de apósito si éste se humedece o queda empapado por sangre u otros fluidos.
 - Usar de ropa ancha para evitar presión sobre la incisión.
 - Seguir las recomendaciones de enfermería para la cura de la herida.
 - Acudir a su centro de salud para retirarse la sutura o grapas según las indicaciones del médico.
 - Avisar al profesional sanitario en caso de aumento de dolor, enrojecimiento, inflamación, sangrado, aumento del tamaño o profundidad, cambio en el color, olor, cantidad y aspecto del drenaje (si lo hubiese).

Conclusión:

Según el estudio EPINE 2015 los tres microorganismos más frecuentemente implicados en infecciones nosocomiales son *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*, por lo que los profesionales de la salud deben poner en práctica todas las medidas que eviten la proliferación de estos gérmenes.

El personal sanitario debe conocer y realizar de la manera más exacta posible las técnicas asépticas para el control de las infecciones en las heridas quirúrgicas. Es de gran relevancia el conocimiento que debe poseer enfermería para detectar los signos y síntomas de infección en este tipo de heridas.

Una alta tasa de estas infecciones se desarrolla en el medio extrahospitalario, por lo que la educación sanitaria a estos pacientes y/o familiares adquiere una gran relevancia.

La prevención de las infecciones en las heridas quirúrgicas ha cobrado mayor importancia en los últimos años debido a que el estudio EPINE demuestra un incremento en el número de infecciones nosocomiales de procedencia quirúrgica.

Bibliografía:

1. Cutillas Chico E, Díaz Jiménez C, Díaz Portillo J, Delgado Bueno J, Domínguez Fernández JM, León Rivera F, López Barba J, Martínez Bagur ML. Guía para la prevención de la infección de herida quirúrgica y post-quirúrgica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Guirao Garriga X, Arias Díaz J, editores. Infecciones quirúrgicas: Guías clínicas de la asociación española de cirujanos. Madrid: ARÁN; 2006.
3. MedlinePlus. Cuidado de heridas quirúrgicas cerradas [serial online] octubre 2014; 1 (1): [9 pantallas]. Disponible en URL: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000738.htm>
4. Velázquez Mendoza JD, García Celedón SH, Velázquez Morales CA, Vázquez Guerrero MA, Vega Malagón AJ. Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal. Cir. gen, Marzo 2011; 33 (1): 32-37.

Capítulo CXLVI

Prevención de la plagiocefalia

Autores:

Pilar Carlos Arenas

Encarnación López Muela

Laura Torres Montiel

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN CIUDAD REAL

PREVENCIÓN DE LA PLAGIOCEFALIA POSTURAL

INTRODUCCIÓN

La **PLAGIOCEFALIA POSTURAL** o **POSICIONAL** es la deformidad craneal producida por fuerzas mecánicas externas que actúan sobre la sutura lambdoidea o la región posterior del cráneo, bien sea durante la vida intrauterina o posteriormente.

en 1992 se desarrolló una campaña de divulgación para intentar disminuir el número de casos de "muerte súbita del lactante" (back to Sleep recomendando que los niños durmieran boca arriba, como resultado algunas estadísticas destacan que ha disminuido la incidencia en un 50%, sin embargo se ha multiplicado el número de bebés con plagiocefalia posicional



Tipos de plagiocefalia postural

OBJETIVOS

La plagiocefalia se ha convertido en el primer motivo de consulta de neurocirugía pediátrica, de ahí, la importancia de identificar precozmente la plagiocefalia posicional para poner en práctica las medidas conservadoras que evitan o hagan disminuir la deformidad craneal

La prevención efectiva de la plagiocefalia solo se debe concebir mediante intervenciones en las consultas de pediatría de atención primaria

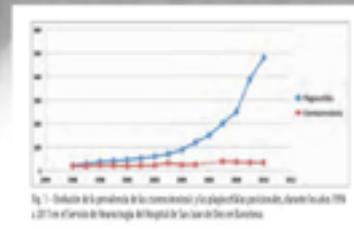


Fig. 1. Evolución de la incidencia de la escoliosis y la plagiocefalia posicional. Desde el año 1990 a 2010 en el Centro de Investigación del Hospital de San Carlos de Sevilla-Barcelona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos, revistas de pediatría y búsquedas en abanico. Las palabras claves: plagiocefalia postural, prevención, tratamiento

CONCLUSIONES

La prevención debe ser el primer paso, es la forma mas barata, segura y eficaz

El diagnóstico precoz y la educación a los padres para que tomen parte activa en las medidas de tratamiento conservador, reduce el número de tratamiento ortésicos que suponen un elevado coste y eficiencia a veces limitada

RESULTADOS (PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN)

- Colocar al niño en posición prono mientras permanece despierto y bajo vigilancia, (tummy time: tiempo de juego o de barriguita) de 30 a 60 min. al día
- Durmiendo en supino, cambiar de lado el apoyo de la cabeza alternativamente
- Realizar cambios en la posición de la cuna en la habitación
- Precaución con las sillas con cabezal muy ajustado, evitar las presiones constantes en el occipucio
- El uso de cojines de soporte del cráneo diseñados para reducir la presión no (existen ningún estudio comparativo que demuestre su efectividad)
- Tener con frecuencia al niño en brazos

Prevención de la plagiocefalia

Ejercicios para corregir la torticolis

Tratamiento casco ortosico

Cirugía

Estiramientos de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio. Se recomienda en cada cambio de pañal repitiendo cada ejercicio 3 veces alternativamente a cada lado. Los ejercicios con una duración de 2 min

Los cascos moldeadores consiste en la aplicación de una presión moderada sobre el contorno craneal y evitar el apoyo sobre la deformidad.

La cirugía en casos de plagiocefalia posicional sigue siendo controvertida y solo se realiza en casos muy severos donde ha fallado otros procedimientos

Bibliografía:

www.AEPED.ES

Libro blanco de la muerte súbita infantil (DR. Isabel Izquierdo.

Ediciones Ergon

Pastor Gómez, A M García Torel; Posición para dormir y

deformidades para compresión de los pediatras

A. Panero López, A. Hernández Merino, García Pérez; Plagiocefalia

sin sinostosis y posición durante el sueño. Revista pediatría Atención

Primaria. Volumen I Nº4 octubre/diciembre 1999.

Resumen: *La plagiocefalia postural se entiende por la deformidad craneal producida por la aplicación constante de fuerzas de presión sobre la parte posterior del cráneo. La plagiocefalia se ha convertido en el primer motivo de consulta de neurocirugía pediátrica, por ello la importancia de prevenir e identificar precozmente, para poner en práctica medidas que eviten o disminuyan la deformidad craneal.*

La importancia de la prevención efectiva se basa en intervenciones en consulta de pediatría en atención primaria, en la educación sanitaria a los padres para que tomen parte activa y reducir de esta forma otros tratamientos de elevado coste y eficiencia limitada.

Palabras Clave: *Plagiocefalia; Prevención; Tratamiento.*

A la plagiocefalia postural o posicional se la conoce como la deformidad craneal producida por fuerzas mecánicas externas que actúan sobre la sutura lambdoidea o la región posterior del cráneo, bien sea durante la vida intrauterina o posteriormente.

En 1992 se desarrolló una campaña (Back to Sleep) de divulgación para intentar disminuir el número de casos de “muerte súbita del lactante”, recomendando que los niños durmieran boca arriba. Como resultado algunas estadísticas destacan que ha disminuido la incidencia de muerte súbita en un 50%, sin embargo se ha multiplicado el número de bebés con plagiocefalia posicional.

Las causas que producen la plagiocefalia durante la vida intrauterina son: posiciones fetales prolongadas, embarazos múltiples, anomalías uterinas, tamaño grande del feto y/o partos con fórceps o ventosas, entre otras.

Después del nacimiento son numerosas las causas que pueden ocasionar dicha deformidad por moldeamiento: una posición elegida por el bebé sin razón, el apoyo de la cabeza en la región occipital de un lado o bilateral durante el sueño, la utilización de “carritos” portadores de bebés que hacen que el niño esté apoyado siempre la cabeza de la misma forma. Otras causas pueden ser la presencia de tortícolis, estrabismo o incluso lesiones cerebrales.

También es frecuente el mecanismo de carácter mixto, es decir niños que ya nacen con asimetría craneal producida dentro del útero o durante el parto y que durante las primeras semanas de vida empeoran por asociarse a los factores ya citados.

Al convertirse la plagiocefalia en uno de los principales motivos de acudir a consulta de neurocirugía pediátrica, el objetivo es la importancia de prevenir e identificar precozmente la presencia de plagiocefalia posicional para de este modo poner en práctica las medidas conservadoras que evitan o hagan disminuir dicha deformidad craneal.

La prevención efectiva de la plagiocefalia solo debe ser concebida mediante intervenciones en consultas de pediatría de atención primaria, educando a los padres, para que tomen parte activa en el tratamiento.

Para diagnosticar este problema basta en al mayor parte de los casos con una simple exploración clínica y un análisis de los antecedentes del niño por parte del pediatra, lo que permite obtener un diagnóstico fiable.

El tratamiento y prevención de la plagiocefalia postural se lleva a cabo mediante una serie de medidas que deben adecuarse a la evolución y gravedad del problema; realizando medidas posturales y de rehabilitación, técnicas de ortesis craneal (cascos), y en casos de mayor gravedad, y en último lugar, la reconstrucción quirúrgica.

La prevención plagiocefalia ha de hacerse mediante medidas posturales como colocar al niño en posición prono mientras permanece despierto y bajo vigilancia, (tummy time: tiempo de juego o de barriguita) de 30 a 60 minutos al día.

Otras medidas comprenden :dormir en supino, cambiar de lado el apoyo de la cabeza alternativamente con ayuda de la inclinación del colchón y realizar cambios en la posición de la cuna dentro de la habitación; tener precaución con las sillas con cabezal muy ajustado para evitar las presiones constantes en el occipucio; usar cojines de soporte del cráneo diseñados para reducir la presión, si bien no existe ningún estudio comparativo que demuestre su efectividad; y destacar la importancia de tener al niño con frecuencia en brazos.

Los ejercicios de rehabilitación son muy importantes para corregir la torticolis, mediante estiramientos de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio. Se recomienda que en cada cambio de pañal se repita cada ejercicio 3 veces, alternativamente a cada lado, con una duración aproximada de 2 minutos.

El tratamiento de ortesis craneal con cascos o bandas consiste en la aplicación de una presión moderada sobre el contorno craneal, para evitar así el apoyo sobre la deformidad. La respuesta más idónea a este tipo de tratamiento se obtiene a partir de los 4 o 5 meses de edad y hasta un límite de 12 meses, ya que llegando al año de vida se ha demostrado que el cráneo deja de ser susceptible de moldeamientos externos.

El tratamiento quirúrgico como ya hemos dicho antes, debe reservarse a casos muy severos de deformidad, en los que los tratamientos conservadores no hayan alcanzado el efecto que se desea. La cirugía en casos de plagiocefalia posicional sigue siendo muy controvertida.

Como conclusión destacamos que la prevención debe ser el primer paso ya que es la forma más barata, segura y eficaz para evitar la plagiocefalia.

El éxito del tratamiento está en el diagnóstico precoz, que requiere un esfuerzo creciente de los pediatras, y en la educación a los padres para que tomen parte activa en las medidas de tratamiento conservador mediante las medidas posturales, lo que reduce notablemente el número de tratamiento ortésicos que suponen un elevado coste y eficiencia a veces limitada.

Bibliografía:

1. Libro blanco de la muerte súbita infantil. Grupo de trabajo de Muerte Súbita Infantil AEP. Maria Isabel Izquierdo. Ediciones Ergon.2013.www.aeped.es
2. Carceller Benito F. Leal de la Rosa J. Relación entre la posición supina para dormir de los lactantes y la plagiocefalia posicional. Grupo de Trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita del lactante de la Asociación española de pediatría 2004.www.aeped.es/plagiocefalia.htm
3. Panero López ,A.Hernandez Merino, García Pérez; Plagiocefalia sin sinostosis y posición durante el sueño. Revista pediatría Atención Primaria. Volumen I nº4 octubre/diciembre 1999.

Capítulo CXLVII

Prevención en el cáncer de cérvix

Autores:

Víctar Arcos Ciórraga

Ana María Moreno Martín

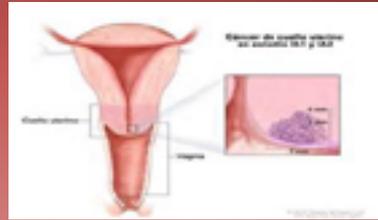
Ana Belén Octavio Sánchez

María Sanabria Moreno

PREVENCIÓN EN EL CÁNCER DE CÉRVIX

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero, estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino se transforman gradualmente en cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer. Aunque los cánceres de cuello uterino se originan de células con cambios precancerosos, sólo algunas de las mujeres con precánceres de cuello uterino padecerán cáncer. El cambio de pre-cáncer a cáncer usualmente toma varios años, aunque puede ocurrir en menos de un año.



OBJETIVOS:

- ❖ Realizar educación sanitaria a la población femenina sobre la prevención del cáncer de cérvix.
- ❖ Informar sobre los factores de riesgo más relacionados con la aparición del cáncer de cérvix.
- ❖ Describir las pruebas que llevan a cabo un diagnóstico precoz.
- ❖ Destacar aquel tratamiento más efectivo del cáncer de cérvix, una vez diagnosticado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mediante una revisión bibliográfica de los artículos publicados por organizaciones nacionales y sitios web sobre el cáncer de cérvix, como son:

- ❖ Asociación Española contra el cáncer.
- ❖ Instituto Nacional del Cáncer.
- ❖ Foundation for women's cancer.
- ❖ Sociedad Americana contra el cáncer.

Llevaremos a cabo un esquema en el que describiremos lo que se debe hacer en cada uno de los 3 niveles de prevención.

DESARROLLO DE LOS 3 NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA.

El objetivo en este nivel de la prevención es **evitar la adquisición del cáncer de cérvix**, es decir, como hemos dicho anteriormente, evitar que las células precancerosas se conviertan en cánceres.

En este nivel lo que llevaremos a cabo será:

- ❖ Educación sanitaria sobre factores de riesgo, algunos factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la enfermedad son:
 - > Infección por el virus del papiloma humano.
 - > Tabaquismo.
 - > Inmunosupresión.
 - > Infección con clamidia.
 - > Alimentación con pocas frutas y verduras.
 - > Tener sobrepeso.
 - > Uso prolongado de anticonceptivos orales.
 - > Tener muchos embarazos a término.
 - > Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término.
 - > Pobreza.
 - > Dietilstilbestrol (DES)
 - > Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino.
- ❖ Vacunación frente al HPV, se recomienda la vacuna en niñas entre 9 y 13 años.
- ❖ Eliminar y controlar los factores de riesgo: evitar el contacto con el virus del papiloma humano, evitar el tabaquismo, hacer hincapié en el uso de preservativos...

PREVENCIÓN SECUNDARIA.

Nuestro objetivo será **detectar el cáncer en estadios precoces**, se llevarán a cabo las siguientes pruebas diagnósticas:

- ❖ Test de Papanicolaou o Citología cérvicovaginal.
- ❖ Citología en fase líquida.
- ❖ Test del DNA del virus del papiloma humano.
- ❖ Colposcopia.
- ❖ Histología.

El método de screening más utilizado es el Test de Papanicolaou o citología cérvicovaginal, en Europa, se recomienda que las mujeres asintomáticas a partir de los 25 años, o las que sean o hayan sido sexualmente activas con edades comprendidas entre los 25-30 años deben iniciar el programa de cribado hasta la sexta década de la vida. Tras el primer acceso, se realizarán 2 citologías con un intervalo de 1 año. Si resultan negativas, se recomienda la realización cada 3 años en edades comprendidas entre los 25-39 años, pudiéndose ampliar para mayores de 40 años a los 5 años.

PREVENCIÓN TERCIARIA.

El objetivo en este último nivel será llevar a cabo aquellas medidas dirigidas **al tratamiento y a la rehabilitación del cáncer de cérvix para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades** e intentando mejorar la calidad de vida de las pacientes.

El tratamiento de las mujeres con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou y con precánceres puede prevenir el origen del cáncer de cuello uterino, los tratamientos más desarrollados son los siguientes:

1. Observación.
2. Terapia ablativa
 - ❑ Electrocauterización
 - ❑ Crioterapia
 - ❑ Ablación con láser
3. Tratamiento de resección
 - ❑ Conos: LEEP, Láser, Frío
 - ❑ Histerectomía

CONCLUSIONES.

- ❖ El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres.
- ❖ Según recientes investigaciones, la transmisión sexual del HPV (papilomavirus humano), se considera esencial para desarrollar la enfermedad.
- ❖ Las campañas de diagnóstico precoz han jugado un papel esencial en la disminución de este tumor en los países desarrollados, de aquí deducimos la importancia de la prevención en este tipo de cáncer.
- ❖ El tratamiento de todos los precánceres puede prevenir casi todos los cánceres verdaderos. De esta última frase podemos deducir la importancia de la prevención, del diagnóstico precoz y del tratamiento de los precánceres para evitar su morbimortalidad.

Resumen: El cáncer de cérvix es uno de los más frecuentes en la población femenina, este tipo de cáncer se desarrolla a partir de células precancerosas. Existen factores de riesgo relacionados con la incidencia del cáncer de cérvix como son la infección por el virus de papiloma humano, el tabaquismo, la promiscuidad sexual, inmunosupresión, utilización de anticonceptivos orales, etc. Todos estos factores favorecen el desarrollo de cáncer de cérvix.

Existen métodos de screening que permiten la detección precoz de las células precancerosas. Podemos deducir la importancia de la prevención, del diagnóstico precoz y del tratamiento de los precánceres para evitar su morbimortalidad.

Palabras Clave: Prevención; Cáncer; Cérvix.

Introducción:

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero, estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer.

Aunque los cánceres de cuello uterino se originan de células con cambios precancerosos, sólo algunas de las mujeres con precánceres de cuello uterino padecerán cáncer. El cambio de pre-cáncer a cáncer usualmente toma varios años, aunque puede ocurrir en menos de un año. De esta última frase podemos deducir la importancia de la prevención, del diagnóstico precoz y del tratamiento de los precánceres para evitar su morbimortalidad.

Objetivos:

- Realizar educación sanitaria a la población femenina sobre la prevención del cáncer de cérvix.
- Informar sobre los factores de riesgo más relacionados con la aparición del cáncer de cérvix.
- Describir las pruebas que llevan a cabo un diagnóstico precoz.
- Destacar aquel tratamiento más efectivo del cáncer de cérvix, una vez diagnosticado.

Material y método:

Mediante una revisión bibliográfica de los artículos publicados por organizaciones nacionales y sitios web sobre el cáncer de cérvix, como son:

- Asociación Española contra el cáncer.
- Instituto Nacional del Cáncer.
- Foundation for women's cancer.
- Sociedad Americana contra el cáncer.

Llevaremos a cabo un esquema en el que describiremos lo que se debe hacer en cada uno de los 3 niveles de prevención.

Prevención primaria.

El objetivo en este nivel de la prevención es evitar la adquisición del cáncer de cérvix, es decir, como hemos dicho anteriormente, evitar que las células precancerosas se conviertan en cánceres. En este nivel lo que llevaremos a cabo será:

- Educación sanitaria sobre factores de riesgo, algunos factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la enfermedad son:
- Infección por el virus del papiloma humano.
- Tabaquismo.
- Inmunosupresión.
- Infección con clamidia.
- Alimentación con pocas frutas y verduras.
- Tener sobrepeso.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- Tener muchos embarazos a término.
- Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término.
- Pobreza.
- Dietilestilbestrol (DES)
- Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino.
- Vacunación frente al HPV, se recomienda la vacuna en niñas entre 9 y 13 años.
- Eliminar y controlar los factores de riesgo: evitar el contacto con el virus del papiloma humano, evitar el tabaquismo, hacer hincapié en el uso de preservativos....

Prevención secundaria.

Nuestro objetivo será detectar el cáncer en estadios precoces, se llevarán a cabo las siguientes pruebas diagnósticas:

- Test de Papanicolau o Citología cérvicovaginal.
- Citología en fase líquida.
- Test del DNA del virus del papiloma humano.
- Colposcopia.
- Histología.

El método de screening más utilizado es el Test de Papanicolau o citología cérvicovaginal, en Europa, se recomienda que las mujeres asintomáticas a partir de los 25 años, o las que sean o hayan sido sexualmente activas con edades comprendidas entre los 25-30 años deben iniciar el programa

de cribado hasta la sexta década de la vida. Tras el primer acceso, se realizarán 2 citologías con un intervalo de 1 año. Si resultan negativas, se recomienda la realización cada 3 años en edades comprendidas entre los 25-39 años, pudiéndose ampliar para mayores de 40 años a los 5 años.

Prevención terciaria.

El objetivo en este último nivel será llevar a cabo aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación del cáncer de cérvix para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de las pacientes.

El tratamiento de las mujeres con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou y con precánceres puede prevenir el origen del cáncer de cuello uterino, los tratamientos más desarrollados son los siguientes:

- Observación.
- Terapia ablativa
- Electrocauterización
- Crioterapia
- Ablación con láser
- Tratamiento de resección
- Conos: LEEP, Láser, Frío
- Histerectomía

Conclusiones:

- El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres.
- La incidencia en España se puede considerar muy baja, con un descenso muy importante desde los años 60, aunque actualmente está estabilizada.
- Según recientes investigaciones, la transmisión sexual del HPV (papilomavirus humano), se considera esencial para desarrollar la enfermedad.
- Las campañas de diagnóstico precoz han jugado un papel esencial en la disminución de la incidencia de este tumor en los países desarrollados, de aquí deducimos la importancia de la prevención en este tipo de cáncer.
- El tratamiento de todos los precánceres puede prevenir casi todos los cánceres verdaderos. De esta última frase podemos deducir la importancia de la prevención, del diagnóstico precoz y del tratamiento de los precánceres para evitar su morbimortalidad.

Bibliografía:

1. www.cancer.org
2. www.aecc.es
3. www.nlm.nih.gov
4. www.cancer.gov
5. www.foundationforwomenscancer.org

Capítulo CXLVIII

Prevención, detección y atención ante el riesgo de caídas en personas mayores en atención primaria

Autora:

Rosa María Baos Calzado

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA



OBJETIVO:

Establecer y desarrollar unas directrices de actuación para disminuir el número de incidencia de caídas y sus secuelas en la población mayor de 65 años que por su situación vital y/o características medio-ambientales estén en riesgo de sufrir este evento.

METODOLOGÍA:

1. Captación e identificación de paciente de riesgo de caídas en consulta o en o en visita domiciliar mediante la escala de valoración de J.H.DOWTON (caídas previas en los últimos 12 meses).
2. Identificación de los factores de riesgo
3. Conocer las circunstancias de las caídas previas.
4. Reforzar la confianza y disminuir el miedo y la ansiedad ante nuevas caídas.
5. Educar sobre la modificación de factores que pudieran estar relacionados con la historia de caídas previas.
6. Registro del evento en su historia clínica.
7. Planificar las intervenciones de tratamiento o vigilancia en función del riesgo de caída o de las consecuencias desencadenadas de caídas previas.
8. Reevaluación.

ESCALA DE J.H.DOWNTON 1993.

CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICACIÓN	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES-SEDANTES	1
	DIURÉTICOS	1
	HIPOTENSORES (NO DIURÉTICOS)	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DÉFICIT SENSORIAL	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES	1
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1

ALTO RIESGO > 2PUNTOS

RIESGO BAJO:

Individualizar las medidas de prevención según sus factores de riesgo
Reevaluar cada 12 meses o por aparición de nuevos cambios en estado de salud o aparición de nuevos factores de riesgo.

RIESGO ALTO:

Actuar con Medidas específicas de intervención acorde a los factores de riesgo individuales detectados , y reevaluar si cambios en el estado de salud o vivienda habitual.

Factores de Riesgo de caída

INTRÍNSECOS

- PROPIOS DE LA PERSONA.
- PROPIOS DE LA ENFERMEDAD
- DERIVADOS DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- DERIVADOS DE LA RESPUESTA DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD

EXTRÍNSECOS

- RIESGO AMBIENTALES
- RIESGOS DEL ENTORNO

CONCLUSIONES:

- Las caídas constituyen una de sus principales causas de morbimortalidad en las personas mayores
- La prevención de caídas tiene una gran importancia en Atención Primaria ya que el 60% de las caídas ocurren en casa.
- Las caídas son "predecibles" y por tanto susceptibles de prevención. Haciendo una asistencia integral, multidisciplinar incluyendo actividades de promoción y prevención específicas para este grupo de riesgo obtenemos consecuencias positiva mejorando la calidad de vida en las personas mayores y reducir el impacto funcional, emocional y económico que conlleva sus secuelas.
- Como consecuencia del incremento de la esperanza de vida, el riesgo de caerse y presentar secuelas también aumenta, especialmente en aquellos ancianos que sufren una mayor fragilidad o problemas de salud

INTERVENCIONES:

- Educar sobre la modificación de factores que pudieran estar relacionados con la historia de caídas previas:
 - ✓ Entrenamiento en la marcha, estabilidad, movilidad y fuerza muscular
 - ✓ Intervención domiciliar sobre obstáculos domésticos
 - ✓ Derivación a especialistas para tratamiento de déficit visual/auditivo.
 - ✓ Ajustar/retirar medicación predisponente, revisión de medicación actual.
 - ✓ Fomentar la participación en la población anciana en programas de prevención de caídas
- Reforzar la confianza y disminuir el miedo y la ansiedad ante nuevas caídas, síndrome postcaída.

BIBLIOGRAFÍA:

www.infogerontologia.com/documents/pgj/...protocolos/caidas.
 www.elsevier.es › Inicio › Revista Española de Geriatria y Gerontologia
 Guia clinica de caidas en el adulto mayor 2010.
 Medlineplus
 Lázaro M. Valoración del anciano con caídas. En: González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, editores. Valoración geriátrica integral. Barcelona: Glosa; 2001

Resumen: Las caídas suponen un problema sanitario y social de primera magnitud en nuestra sociedad con una elevada morbilidad sobre todo en los ancianos. Aumentan la dependencia, incrementan la utilización de recursos sociosanitarios, la estancia hospitalaria y la mortalidad. Igualmente, provocan en los pacientes consecuencias psíquicas y sociales.

Con el objetivo de identificar a las personas con riesgo de caídas desde el ámbito de atención primaria, se utilizan escalas de valoración del riesgo que además de realizar la valoración, permiten determinar sus causas y corregirlas, y son también importantes para reducir aquellos factores presentes en las caídas.

Palabras Clave: Accidentes Por Caídas; Factor De Riesgo; Ancianos.

Objetivo:

Una de las causas de muerte evitables de las personas mayores de 65 años son las caídas. Una herramienta útil en atención primaria para detectar el anciano con riesgo de caídas, con el objetivo de disminuir la incidencia de éstas, es el uso de la escala de Riesgo de Caídas de J.H Downton (1993), a través de una captación e identificación de paciente de riesgo de caídas en consulta o en o en visita domiciliaria mediante la escala de valoración de J.H.Downton (caídas previas en los últimos 12 meses).

Metodología:

- Captación e identificación de paciente de riesgo de caídas en consulta o en o en visita domiciliaria mediante la escala de valoración de J.H.Downton (caídas previas en los últimos 12 meses).
- Identificación de los factores de riesgo:
 - Factores intrínsecos:
 - Los cambios asociados al envejecimiento como la disminución de la agudeza visual, el enlentecimiento del tiempo de reacción y la marcha oscilante.
 - Las enfermedades como las neurológicas, cardiovasculares, músculoesqueléticas y psiquiátricas.
 - Otros factores como el síncope, anemia, deshidratación, hipoglucemia e infecciones.
 - Medicamentos, aquí se contempla la polifarmacia, los diuréticos, antihipertensivos, hipnóticos y sedantes.
 - Factores extrínsecos:
 - Baño: ducha o bañera resbaladiza, ausencia de agarradores, taza de WC baja.
 - Dormitorio: cama demasiado alta, baño alejado.

- Ausencia de barras en la cama (en grandes dependientes).
 - Ropa: calzado abierto, ropas anchas, pantalón demasiado largo.
 - Iluminación: deslumbramiento excesivo, mala iluminación.
 - Suelo: resbaladizo o mojado, alfombras mal fijadas, objetos que hacen tropezar en los sitios de paso.
 - Escaleras: ausencia de agarradores, escalones altos y desgastados
 - Otros: sillas demasiado bajas, ausencia de brazos en las sillas, ayudas técnicas para la marcha mal utilizadas.
- Conocer las circunstancias de las caídas previas.
 - Reforzar la confianza y disminuir el miedo y la ansiedad ante nuevas caídas.
 - Educar sobre la modificación de factores que pudieran estar relacionados con la historia de caídas previas.
 - Registro del evento en su historia clínica.
 - Planificar las intervenciones de tratamiento o vigilancia en función del riesgo de caída o de las consecuencias desencadenadas de caídas previas.
 - Elaboración de un plan de cuidados que incluya:
 - Fomento de la actividad física regular
 - Fortalecimiento/entrenamiento del equilibrio
 - Eliminación de los factores ambientales de riesgo para caídas
 - Reevaluación ante cualquier modificación del estado de salud /domicilio-residencia del paciente.

La valoración debe ser sistemática y se realizará ante cualquier cambio en el estado físico o mental del paciente. Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de dos o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída. Entre los factores que se analizan figuran los siguientes:

- Caídas previas:
 - Sí (1).
 - No (0)
- Medicación:
 - Ninguna (0).
 - Tranquilizantes o sedantes (1).
 - Diuréticos (1).

- Hipotensores no diuréticos (1).
- Antiparkinsonianos (1).
- Antidepresivos (1).
- Otros medicamentos (1).
- Déficit sensoriales:
 - Ninguno (0).
 - Alteraciones de la vista (1).
 - Alteraciones auditivas (1).
 - Alteraciones de las extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica, etc. (1).
- Estado mental:
 - Orientado (0).
 - Confuso (1).
- Deambulación:
 - Normal (0).
 - Segura con ayuda (1).
 - Insegura con o sin ayuda (1).
 - Imposible (1)
- Puntuación de la escala de Downton:
 - Si el paciente presenta una puntuación < 2 en la escala de Downton se considera que no presenta ningún problema de cuidados relacionado con el riesgo de caídas. En este caso se aplican los cuidados de enfermería recogidos en las intervenciones NIC: Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito, Terapia de ejercicios: equilibrio y Manejo ambiental: seguridad.
 - Si la puntuación en la escala de Downton es > 2 se considera que existe un problema de cuidados o diagnóstico de enfermería: riesgo de caídas.

Intervenciones:

- Educar sobre la modificación de factores que pudieran estar relacionados con la historia de caídas previas:
 - Entrenamiento en la marcha, estabilidad, movilidad y fuerza muscular.
 - Intervención domiciliaria sobre obstáculos domésticos.
 - Derivación a especialistas para tratamiento de déficit visual/auditivo.
 - Ajustar/retirar medicación predisponente, revisión de medicación actual.

- Fomentar la participación en la población anciana en programas de prevención de caídas.
- Reforzar la confianza y disminuir el miedo y la ansiedad ante nuevas caídas, síndrome post-caída.

Conclusiones:

Las caídas son por su incidencia y gravedad son un problema importante sobretodo porque va a afectar a la calidad de vida de nuestros ancianos, gran número de casos van a provocar un aumento de la dependencia y necesidad de ayuda incluso para las actividades básicas de la vida diaria.

Hemos de estar concienciados que en un número elevado de casos las caídas son evitables y que desde la enfermera en el ámbito de la Atención Primaria tiene una gran labor a realizar.

Las caídas constituyen una de sus principales causas de morbimortalidad en las personas mayores.

La prevención de caídas tiene una gran importancia en Atención Primaria ya que el 60% de las caídas ocurren en casa.

Las caídas son “predecibles” y por tanto susceptibles de prevención. Haciendo una asistencia integral, multidisciplinar incluyendo actividades de promoción y prevención específicas para este grupo de riesgo obtenemos consecuencias positiva mejorando la calidad de vida en las personas mayores y reducir el impacto funcional, emocional y económico que conlleva sus secuelas.

Bibliografía:

1. Lázaro M. Valoración del anciano con caídas. En: González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, editores
2. www.elsevier.es › Inicio › Revista Española de Geriatria y Gerontología
3. www.infogerontologia.com/documents/pgi/...protocolos/caidas.http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/PrevencionCaidas_022014

Capítulo CXLVIX

Problemas de masticación en la infancia. Estudio descriptivo

Autores:

Félix José Rodríguez González

Jaime Vellido Garrido

PROBLEMAS MASTICATORIOS EN LA INFANCIA.

Estudio descriptivo.

INTRODUCCIÓN

Los problemas masticatorios (PM) son frecuentes en la infancia: mal oclusión, interposición lingual, dificultad de masticación de sólidos, tendencia masticatoria asimétrica, onicofagia, etc. La etiología de éstos problemas puede ser multifactorial, se realizó éste estudio para conocer la relación de los hábitos orales y éstos problemas masticatorios (PM).

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo de niños con edad comprendida entre 1-9 años, que son o fueron usuarios de un Centro Desarrollo Infantil de Atención Temprana. Se elaboró un cuestionario sencillo anónimo, para cumplimentar por las familias, donde se recogía información sobre: tipo de alimentación, hábitos orales, problemas de masticación, enfermedades, dentición, tipo de respiración, babeo, etc. Durante el mes de Septiembre 2015.

RESULTADOS

Se registró un total de 56 cuestionarios 39 hombres y 17 mujeres, de los cuales 13 describen las familias poseer dificultades a la hora de masticar sólidos o que no realiza una correcta masticación, el 23% de la muestra. Dividimos en tres grupos de edad 1-3 años (18 niños) , 3-5 años (22 niños) y de 5-9 años (16 niños) para entender la permanencia de dificultades masticatorias en diferentes grupos de edades. Realizamos un diagrama de las características que poseían éstos niños: enfermedades respiratorias, hábitos orales inadecuados, masticación inadecuada, respiración bucal (RB), babeo, etc. De los 13 niños que se registraron con dificultades de masticación 6 de ellos tenían problemas respiratorios el 46.1% (4 hipertrofia de adenoides 2 bronquiolitis) y otros 6 niños con problemas de masticación poseían hábitos orales no adecuados un 46.1%, y 1 niño con PM, sin enfermedades respiratorias, con hábitos orales adecuados pero con respiración bucal 1.7%.

CONCLUSIONES

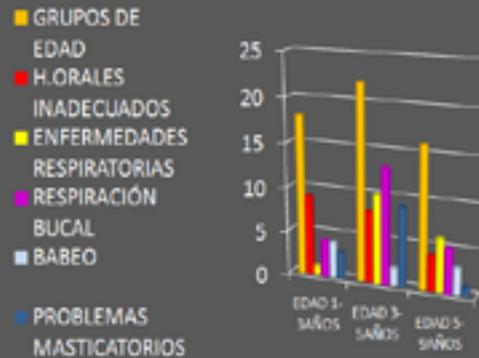
En éste estudio descriptivo podemos extraer como conclusiones:

- ✓Que lo hábitos orales inadecuados tienen una incidencia en PM sobre todo en el primer grupo de edad y con la dificultad de masticación de sólidos.
- ✓Las enfermedades respiratorias sin embargo son más patentes en niños con PM, en el segundo grupo 66.6%, y aparecen PM además de dificultad de masticación de sólidos (6) de mordida abierta (2) o interposición lingual (1).
- ✓Observamos que el porcentaje PM disminuye con el tiempo (Grupo III) a pesar que enfermedades respiratorias se mantienen.
- ✓Se hace necesario de realizar un estudio más objetivo de los casos, para recoger más información omitida por la familia o sujeta a subjetividad.

TOTAL CUESTIONARIOS: 56



CARACTERÍSTICAS DE LOS 56 NIÑOS DIVIDIDAS EN TRES GRUPOS DE EDAD



CARACTERÍSTICAS DE LOS 13 NIÑOS CON DIFICULTADES MASTICATORIAS



Resumen: *Éste trabajo de investigación nace de la inquietud para conocer las causas de los problemas de masticación, tan frecuentes en la infancia. Para ello se realizó un estudio descriptivo de 56 usuarios y antiguos usuarios de un centro de atención temprana, a través de cuestionarios cumplimentados por la familia.*

Tras lo que podemos afirmar que lo hábitos orales inadecuados tienen una incidencia en PM, sobre todo en una edad temprana 1-3 años y con la dificultad de masticación de sólidos. Mientras que en una segunda etapa de 3-5 años, los PM están asociados a enfermedades respiratorias con un 66.6%.

Palabras Clave: *Problemas Masticatorios; Hábitos Orales; Infancia.*

Estudio descriptivo de niños con edad comprendida entre 1-9 años, que son o fueron usuarios de un Centro Desarrollo Infantil de Atención Temprana en la ciudad de Ciudad Real durante el mes de Septiembre 2015. para ello se elaboró un cuestionario sencillo anónimo, para cumplimentar por las familias, donde se recogía información sobre: tipo de alimentación, hábitos orales, problemas de masticación, enfermedades, dentición, tipo de respiración, babeo, etc.

Se registró un total de 56 cuestionarios 39 hombres y 17 mujeres, de los cuales 13 describen las familias poseer dificultades a la hora de masticar sólidos o que no realiza una correcta masticación, el 23% de la muestra. Dividimos en tres grupos de edad 1-3 años (18 niños) , 3-5 años (22 niños) y de 5-9 años (16 niños) para entender la permanencia de dificultades masticatorias en diferentes grupos de edades.

Realizamos un diagrama de las características que poseían éstos niños: enfermedades respiratorias, hábitos orales inadecuados, masticación inadecuada, respiración bucal (RB), babeo, etc. De los 13 niños que se registraron con dificultades de masticación 6 de ellos tenían problemas respiratorios el 46.1% (4 hipertrofia de adenoides 2 bronquiolitis) y otros 6 niños con problemas de masticación poseían hábitos orales no adecuados un 46.1%, y 1 niño con PM, sin enfermedades respiratorias, con hábitos orales adecuados pero con respiración bucal 1.7%.

En éste estudio descriptivo podemos extraer como conclusiones:

- Que lo hábitos orales inadecuados tienen una incidencia en PM sobre todo en el primer grupo de edad y con la dificultad de masticación de sólidos.
- Las enfermedades respiratorias sin embargo son más patentes en niños con PM, en el segundo grupo 66.6%, y aparecen PM además de dificultad de masticación de sólidos (6) de mordida abierta (2) o interposición lingual (1).
- Observamos que el porcentaje PM disminuye con el tiempo (Grupo III) a pesar que enfermedades respiratorias se mantienen.
- Se hace necesario de realizar un estudio más objetivo de los casos, para recoger más información omitida por la familia o sujeta a subjetividad.

Bibliografía:

1. Campos, M., Herrera, A., & Ruan, V. (2006). Desórdenes temporomandibulares en la población infantil. Un tema controversial. Revisión bibliográfica. Revista de ortodoncia y odontopediatría. Ortodoncia ws edición electrónica Junio.
2. Casañas, O. M. G., & Concepción, O. L. V. (2015). Importancia de la adecuada respiración para el sistema estomatognático en la primera infancia. Acta Médica del Centro, 9(4), 79-81.
3. Fonseca Fernández, Y., Fernández Pérez, E., & Cruañas, A. M. (2014). Mordida Abierta anterior. Revisión Bibliográfica. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 13(4), 509-515.

Capítulo CL

Procedimiento para la administración de concentrados de hematíes, plasma y plaquetas en hospitalización

Autores:

María Teresa Grueso Navarro

Vicente Jiménez Álvarez

Ana Belén Márquez Lara

Raquel Mora Serrano

Víctor Muñoz Ramón

Noelia Palomares Torres

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES, PLASMA Y PLAQUETAS EN HOSPITALIZACIÓN

OBJETIVOS

- Realizar la administración segura de hemoderivados
- Prevenir complicaciones
- Identificar signos y síntomas de reacción transfusional y actuar precozmente

INTERVENCIONES

PACIENTE

- ✓ Identificar al paciente, informar y entregar CI.
- ✓ Canalizar vía periférica y pruebas cruzadas.
- ✓ Correcta cumplimentación de la hoja de petición por facultativo y enfermería.
- ✓ Uso de la pulsera identificativa

HEMODERIVADO

- ✓ Recepción del hemoderivado en la unidad
- ✓ Verificación de los datos del paciente, de la bolsa y del personal implicado en la manipulación
- ✓ Temperatura de la bolsa adecuada. NO añadir nada al hemoderivado

ADMINISTRACIÓN

- ✓ CONSTANTES antes y después de la transfusión.
- ✓ No administrar otros medicamentos durante la transfusión. AYUNAS hasta finalizar.
- ✓ PERMEABILIDAD de la vía periférica
- ✓ Inicio de la transfusión con rigurosa observación del paciente
- ✓ Adecuar el ritmo de infusión según el derivado y situación del paciente:
 - HEMATÍES: entre 90 minutos y 4 horas
 - PLASMA FRESCO: entre 30 y 60 minutos
 - PLAQUETAS: entre 15 y 30 minutos
- ✓ Retirada, Registro y Devolución al banco de sangre de la bolsa.
- ✓ Diuréticos si están pautados



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA REACCIÓN TRANSFUSIONAL

- ✓ Identificar SIGNOS y SÍNTOMAS: náuseas, vómitos, disnea, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, tiritona, hipotensión.
- ✓ Suspender INMEDIATAMENTE la transfusión.
- ✓ Constantes Vitales.
- ✓ Mantener la vía permeable con perfusión de SF 0,9%
- ✓ Avisar al médico responsable
- ✓ Comprobar que no existen errores de identificación de paciente y bolsa
- ✓ Avisar a banco de sangre, devolver la bolsa y seguir protocolo de actuación.
- ✓ VIGILANCIA CONSTANTE del paciente

METODOLOGÍA

- DOCUMENTACIÓN necesaria para correcta identificación del paciente, del hemoderivado y del personal sanitario. Consentimiento Informado
- Identificar y preparar al PACIENTE con pulsera identificativa y el HEMODERIVADO con sistema de filtro
- CANALIZAR vía periférica y ADMINISTRAR el hemoderivado. Técnica no estéril
- Posible ACTUACIÓN de enfermería ante REACCIONES TRANSFUSIONALES

CONCLUSIÓN

❖ El cumplimiento de este protocolo facilita la **ADMINISTRACIÓN SEGURA** de hemoderivados, **MINIMIZA** riesgos y permite la **ACTUACIÓN PRECOZ** antes posible complicaciones

Resumen: La transfusión sanguínea es un tratamiento por el cual se administra sangre o componentes sanguíneos del donante al receptor. Sus aplicaciones en la medicina actual son amplias. Básicamente sirve para asegurar el transporte de oxígeno y de otras sustancias y para la hemostasia compensando un déficit en la sangre del receptor.

A pesar de los avances en inmunohematología y en medicina sigue siendo una técnica con riesgos importantes para la vida. Es necesario la aplicación de protocolos sistematizados que minimicen al máximo dichos riesgos gracias a la correcta identificación del paciente, de la muestra y de la bolsa a transfundir

Palabras Clave: Hematíes; Transfusión Sanguínea; Sistema Identificación Pacientes.

Introducción:

La transfusión sanguínea es un proceso que precisa de un conocimiento profundo de las bases fisiológicas de la transfusión, del manejo del paciente y del proceso de administración. Asimismo es una práctica clínica diaria en los centros hospitalarios no exenta de complicaciones que hay que conocer y evitar. De ahí la importancia de la existencia, conocimiento y seguimiento de un procedimiento que proporcione el máximo de seguridad al paciente.

Objetivos:

- Realizar la administración segura de los componentes sanguíneos. La correcta identificación del paciente y del hemoderivado es esencial en este punto.
- Conocimiento y Prevención de las posibles complicaciones que implica la transfusión
- Identificar signos y síntomas de las reacciones transfusionales y actuación precoz

Material y métodos:

Para la realización del procedimiento se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica relacionada con el tema en cuestión, con el fin de basar nuestras actuaciones en la evidencia clínica. A partir de la información recabada se ha procedido a la elaboración de esta guía de trabajo dirigida principalmente al personal de enfermería pero no exclusivamente ya que es inherente al propio proceso la actuación de otros profesionales como técnicos de laboratorio, auxiliares y facultativos.

El procedimiento se vertebra en la existencia de cuatro tipos de intervenciones enfermeras clasificadas en:

- Intervenciones sobre el paciente
 - Identificación correcta del paciente, informar sobre el proceso y entregar los consentimientos informados. Resolver las dudas que puedan surgir.
 - El facultativo y el enfermero deberán realizar una correcta cumplimentación del documento por el cual se hace la petición del hemoderivado
 - Proceder a la canalización de la vía periférica con calibre 18 si es posible. También extracción y meticulosa identificación de las pruebas cruzadas.

- Poner al paciente la pulsera identificativa. Está provista de un código alfa numérico único con pequeñas etiquetas para pegar en la hoja de petición y en las muestras de las pruebas cruzadas. También se pegarán en las bolsas de hemoderivados.
- Intervenciones sobre el hemoderivado
 - Recepción del hemoderivado en la unidad
 - Verificación de los datos del paciente, de la bolsa y del personal implicado en la manipulación de la bolsa
 - Antes de la administración es necesario comprobar que la temperatura de la bolsa es la adecuada. Es importante saber que NO hay que añadir nada al hemoderivado.
- Administración
 - Comprobar que la bolsa, y el paciente son los correctos.
 - Usar sistema provisto de filtro.
 - Toma de constantes antes y después de la transfusión. Volver a comprobar la permeabilidad de la vía periférica.
 - No administrar otros medicamentos mientras dura la transfusión. Mantener al paciente en AYUNAS durante el proceso.
 - Inicio de la transfusión con rigurosa observación del paciente.
 - Adecuar el ritmo de infusión según el hemoderivado y la situación del paciente:
 - Hematíes: entre 90 minutos y 4 horas
 - Plasma fresco: entre 60 y 90 minutos
 - Plaquetas: entre 15 y 30 minutos
 - Retirada, registro y devolución de la bolsa al banco de sangre.
 - Diuréticos si están pautados
- Actuación de enfermería ante una reacción transfusional
 - Identificar signos y síntomas: náuseas, vómitos, disnea, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, tiritona, hipotensión, shock, etc.
 - Las complicaciones más comunes durante una transfusión son:
 - Reacción transfusional hemolítica
 - Reacción febril no hemolítica
 - Reacciones alérgicas
 - Edema pulmonar no cardiogénico (TRALI)
 - Hemolisis no inmunológica
 - Reacciones por sobrecarga circulatoria
 - Contaminación bacteriana

- Reacciones hemolíticas tardías o demoradas
 - Púrpura no transfusional
 - Enfermedad injerto contra huésped
 - Inmunomodulación provocada por la transfusión
 - Transmisión de enfermedades infecciosas
 - Hemosiderosis
- Suspender inmediatamente la transfusión.
 - Toma de constantes vitales.
 - Mantener la vía permeable con perfusión de SF 0,9%.
 - Asegurar el aporte de oxígeno y la permeabilidad de la vía aérea.
 - Avisar al médico responsable.
 - Comprobar que no existen errores de identificación de paciente y bolsa.
 - Avisar a banco de sangre, devolver la bolsa y seguir protocolo de actuación.
 - Vigilancia constante del paciente

Conclusión:

Son evidentes los adelantos en inmunohematología de la medicina actual. No obstante, las transfusiones sanguíneas son un tratamiento para nada exento de riesgos para el paciente a pesar de la rigurosa normativa en materia de seguridad transfusional. Sin embargo, los beneficios del susodicho, convierten la administración de sangre y sus derivados en una técnica habitual e incluso obligatoria para multitud de patologías.

Es por ello que como profesionales, al conocer todos los riesgos que conllevan las transfusiones sanguíneas y al guiarnos por métodos de trabajo basados en la evidencia que sistematizan las pautas de administración, conseguimos que la misma sea segura para el paciente disminuyendo los riesgos al máximo. Del mismo modo, la actuación rápida ante las posibles complicaciones que conllevan las transfusiones, atenúa las consecuencias asegurando aún más el bienestar del paciente.

Bibliografía:

1. National Clinical Guideline Center. Transfusion, Blood transfusion. NICE guideline NG24 Methods, evidence and recommendations, 2015.
2. NHS. Blood and Transplant. National comparative audit of blood transfusion, 2013. Available from: <http://hospital.blood.co.uk/audits/national-comparative-audit/>
3. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. SETS, 3ª edición 2006.
4. Actuación de enfermería ante una transfusión de sangre y derivados. Merchán N., Rojo R. Mª, Carrero A., Rodríguez-Arias C. Mª, Blas M.J. Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura. Cáceres. [http://www.uclm.es/ab/enfermería/revista/numero %206/transfusion6.htm](http://www.uclm.es/ab/enfermería/revista/numero_%206/transfusion6.htm).

Capítulo CLI

Protocolo actuación de enfermería ante una extravasación de citostáticos

Autores:

M^a Prado Díaz Marín

Antonio Maján Sesmero

Ana Isabel Torres García

PROTOCOLO ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS



OBJETIVOS

- Conocer los signos y síntomas indicativos de extravasación.
- Aplicar medidas necesarias para disminuir los efectos tóxicos que estos fármacos producen.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio resulta de una búsqueda bibliográfica en artículos, libros, bases de datos de evidencia científica y protocolos vigentes en relación con la administración de citostáticos.

INTERVENCIONES



Medidas GENERALES

- Detener inmediatamente la administración sin retirar la vía de perfusión.
- Marcar el área extravasada.
- Utilizar guantes estériles.
- Limpiar el área extravasada con povidona yodada.
- Extraer, si es posible, 5-10 ml de sangre y parte del contenido extravasado.
- Localizar el Kit de extravasación.
- Retirar la aguja o catéter.
- En el caso de formación de ampolla subcutánea se extraerá el contenido de esta con una aguja subcutánea.
- Administración de antídotos específicos.
- Elevar la extremidad afectada.
- Aplicar calor o frío según proceda.
- Aplicar crema de hidrocortisona al 1% sobre la zona afectada cada 12 horas mientras persista el eritema.
- Si se produce descamación cutánea o ulceración se debe iniciar terapia antibiótica sistémica.
- Avisar al médico.
- Solicitar la reposición del kit de extravasación y enviar el formulario de Registro de Extravasación al Servicio de Farmacia.



Medidas ESPECÍFICAS

En función del tipo de fármaco extravasado se procederá a la administración de antídotos:

CITOSTÁTICO	ANTÍDOTO
Adriamicina.	DSMO 50% ó 99% tópico en el doble del área,
Decarbazida.	dejar secar al aire cada 6 horas durante 14 días-
Epirubicina.	
Idarrubicina.	Frío local sincongelar y sin presionar durante 60 minutos cada 8 horas durante 3 días.
Mitomicina C.	
Mitoxantrona.	
Cisplatino si la concentración es >0'4 mg/ml	Tiosulfato sódico 1/6 M de 2-5 ml vía subcutánea en varias punciones alrededor de la zona afectada.
Carboplatino si la concentración es >10 mg/ml	
Oxaliplatino	
Etopósido.	Hialuronidasa 1500 UI (en 1ml de SF) vía subcutánea en punciones alrededor de la zona afectada.
Ifosfamida.	
Tenipósido.	
Vinblastina.	Hialuronidasa 1500 UI (en 1ml de SF) vía subcutánea en punciones alrededor de la zona afectada.
Vincristina.	
Vindesina.	
Vinorelbina.	Calor seco moderado durante 30 minutos tras aplicar la mucopolisacaridasa. Evitar presionar.

Tras una extravasación es necesario hacer un registro individualizado ya que permite observar de forma continuada la evolución de la lesión producida. Para ello se procederá a cumplimentar una hoja de registro de extravasación de citostáticos.

CONCLUSIONES

Resulta imprescindible conocer el protocolo a seguir ante esta situación, ya que a pesar de que la incidencia de esta complicación oscila entre el 1-06%, la rápida actuación acompañada de la aplicación de las medidas necesarias minimizará los efectos dañinos en el paciente.

Resumen: Una de las complicaciones más graves que conlleva la administración intravenosa de citostáticos es la extravasación, definida como la salida de líquido intravenoso hacia el espacio perivascular. Es imprescindible el manejo correcto de los antineoplásicos en función del grupo farmacológico al que pertenecen así como signos y síntomas indicativos de extravasación, el cumplimiento adecuado de las normas de preparación y administración puesto que este tipo de fármacos cuentan con peculiaridades frente al resto debido al elevado potencial tóxico y, en ciertos casos, efectos carcinogénicos y teratogénicos.

Palabras Clave: Citostáticos; Extravasación; Daño Tisular.

Objetivos:

- Conocer los signos y síntomas indicativos de extravasación.
- Aplicar medidas necesarias para disminuir los efectos tóxicos que estos fármacos producen.

Metodología:

El diseño del estudio resulta de una búsqueda bibliográfica en artículos, libros, bases de datos de evidencia científica y protocolos vigentes en relación con la administración de citostáticos.

Intervenciones:

Un citostático se define como aquella sustancia capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular y por ello, son activas frente a células que se encuentran en proceso de división. Este mecanismo hace que, a su vez, sean por sí mismas carcinogénicas, mutágenas y/o teratógenas.

Con el fin de minimizar posibles riesgos asociados a la prescripción, preparación y administración que afectan tanto al paciente como al personal sanitario se han establecido unidades centralizadas en la preparación y dispensación de citostáticos.¹

Los citostáticos pueden clasificarse en función de su capacidad agresiva tisular en agentes poco agresivos, irritantes y vesicantes.

En la prevención de extravasaciones, es necesario tener en cuenta una serie de precauciones:

- Instruir y alentar al paciente para que refiera cualquier síntoma de extravasación.
- Selección del lugar de punción:
 - Evitar siempre que sea posible, miembros con retorno venoso y/o linfático disminuido, con venas en malas condiciones o localizaciones distales de venopunciones recientes.
 - Debería ser un vaso con gran flujo que permita la dilución rápida del medicamento administrado.

- Evitar en lo posible zonas de flexión y el dorso de la mano debido a la proximidad de nervios y tendones.
 - Se recomienda el siguiente orden de preferencia para la venopunción: antebrazo > muñeca > fosa antecubital.
- Siempre que sea posible se evitará el uso de palomillas, prefiriéndose los catéteres cortos de plástico y pequeño diámetro.
 - El paciente debe evitar movimientos bruscos de la extremidad canulada ya que pueden dificultar el retorno venoso durante la infusión y desplazar la aguja fuera de la vena.
 - La administración en perfusión continua debe realizarse siempre a través de una vía central de acceso percutáneo o a través de un portal implantable subcutáneo.
 - La administración de vesicantes o irritantes mediante bombas de perfusión por vía periférica constituye una maniobra de riesgo.
 - Asegurar la permeabilidad de la vena administrando 5-10 ml de suero fisiológico y comprobar el retorno de la sangre antes y periódicamente durante la administración.
 - La administración del medicamento ha de realizarse a la concentración y velocidad de infusión adecuadas. Ante el menor signo de alarma se recomienda suspender la infusión, buscando un lugar de punción alternativo.
 - Si se administran varios citostáticos se lavará la vena con 10 ml de suero fisiológico entre cada uno de ellos y en todo caso al final de la administración. El orden de administración será:
 - Vesicantes (comenzando por los más concentrados).
 - Irritantes.
 - No irritantes ni vesicantes.

Una extravasación se puede ver favorecida por diversos factores, entre los que destacan las características del paciente, el tipo de medicamento y la técnica de administración. Se sospechará que se ha producido una extravasación cuando se presentan algunos de los siguientes signos o síntomas:

- Descenso de la velocidad de infusión o ausencia de retorno venoso a través de la cánula intravenosa.
- El paciente refiere dolor, prurito o quemazón en la zona circundante al acceso venoso.
- Aparece eritema, induración o hinchazón o bien se observa que la piel toma un color pálido, se enfría o se calienta.

En el tratamiento de esta complicación, es necesario disponer de un protocolo de actuación cuyo objetivo principal se centra en disponer de normas de actuación rápidas que minimicen al máximo los daños potenciales en el paciente. Además se dispondrá de un botiquín de extravasación en aquellas unidades en las que se administren este tipo de fármacos y que contendrá aquel material necesario. Las medidas generales a aplicar consistirán en:

- Detener inmediatamente la administración del citostático sin retirar la vía de perfusión. Se administrará el resto de dosis por otra vía, preferentemente en otra articulación.

- Marcar el área extravasada con un rotulador.
- Utilizar guantes estériles.
- Limpiar el área extravasada con povidona yodada.
- Extraer, si es posible, 5-10 ml de sangre y parte del contenido extravasado.
- Localizar el Kit de extravasación y leer las instrucciones que afecten al fármaco extravasado.
- Retirar la aguja o catéter.
- Solo en el caso de formación de ampolla subcutánea se extraerá el contenido de esta con una jeringa provista de aguja subcutánea.
- Realizar las técnicas de administración de antídotos específicos.
- Elevar la extremidad afectada.
- Aplicar calor o frío según proceda.
- Aplicar crema de hidrocortisona al 1% sobre la zona afectada cada 12 horas mientras persista el eritema.
- En caso de extravasaciones dolorosas, iniciar terapia analgésica por vía sistémica.
- Si se produce descamación cutánea o ulceración se debe iniciar terapia antibiótica sistémica, teniendo en cuenta que los microorganismos causales más frecuentes son los cocos Gramm +
- Avisar al médico responsable del paciente o en su ausencia al médico de guardia.
- Solicitar la reposición del kit de extravasación y enviar el formulario de Registro de Extravasación al Servicio de Farmacia.
- En función del tipo de fármaco extravasado se procederá a una serie de procedimientos específicos.
 - Adriamicina, Decarbazida, Epirubicina, Idarrubicina, Mitomicina C y Mitoxantrona: se aplicará el antídoto DSMO 50% ó 99% tópico en el doble del área, dejando secar al aire cada 6 horas durante 14 días. Se aplicará frío local sin congelar y sin presionar durante 60 minutos cada 8 horas durante 3 días.
 - Cisplatino, Carboplatino y Oxaliplatino: se aplicará el antídoto Tiosulfato sódico 1/6 M de 2-5 ml vía subcutánea en varias punciones alrededor de la zona afectada.
 - Etopósido, Ifosfamida y Tenipósido: se aplicará Hialuronidasa 1500 UI (en 1ml de SF) vía subcutánea en punciones alrededor de la zona afectada.
 - Vinblastina, Vincristina, Vindesina y Vinorelbina: se aplicará Hialuronidasa además de calor seco moderado durante 30 minutos tras aplicar la mucopolisacaridasa. Evitar presionar.
- Una vez aplicadas dichas medidas se procederá a cumplimentar una hoja de registro que permitirá realizar un seguimiento individualizado permitiendo evaluar las lesiones producidas.

Conclusiones:

Resulta imprescindible conocer el protocolo a seguir ante esta situación, ya que a pesar de que la incidencia de esta complicación oscila entre el 1-06%, la rápida actuación acompañada de la aplicación de las medidas necesarias minimizará los efectos dañinos en el paciente.

Bibliografía:

1. Jaime-Fagundo, J.C., Arencibia-Núñez, A., Romero González, A., Anoceto-Martínez, A., Pavón Morán, V. (2012). Urgencias en hematología: extravasación de citostáticos. RCHIH 28(2):120-129.
2. Mateu, J., Massó-Muniesa, J., Órdena, E., Trullás, M. (2007). Consideraciones en el manejo de la extravasación de citostáticos. Farm Hosp 21(4): 187-194.
3. Rodríguez, M., (2010). Actuación en caso de extravasación de medicamentos citostáticos. Hospital General de Ciudad Real: Servicio de Farmacia.
4. Martínez, C. (2003). Antineoplásicos: mecanismos de acción y clasificación. En Pacheco del Cerro, E. (ed). Farmacología y práctica de enfermería (pp.601-614). Barcelona: Masson.

Capítulo CLII

Protocolo ante crisis epilépticas en un centro de grandes discapacitados psíquicos

Autores:

Cristina Calcerrada Izquierdo

M^a Carmen Carneros Beamud

Beatriz Plaza Arias



PROTOCOLO ANTE CRISIS EPILÉPTICAS EN UN CENTRO DE GRANDES DISCAPACITADOS PSÍQUICOS



OBJETIVO:

Se ha realizado este protocolo para su utilización en un centro de grandes discapacitados psíquicos, en el que las crisis epilépticas están muy presentes en el día a día, ya que las sufren y/o se les administra tratamiento para ello a un 60% de los usuarios de dicho centro. Por lo tanto, con este protocolo queremos unificar las pautas a seguir por todo el personal (auxiliares, terapeutas ocupacionales, enfermería...). Dado que no hay médico presencial en el centro, enfermería es el responsable de la salud de los usuarios, y el encargado del correcto cumplimiento del protocolo



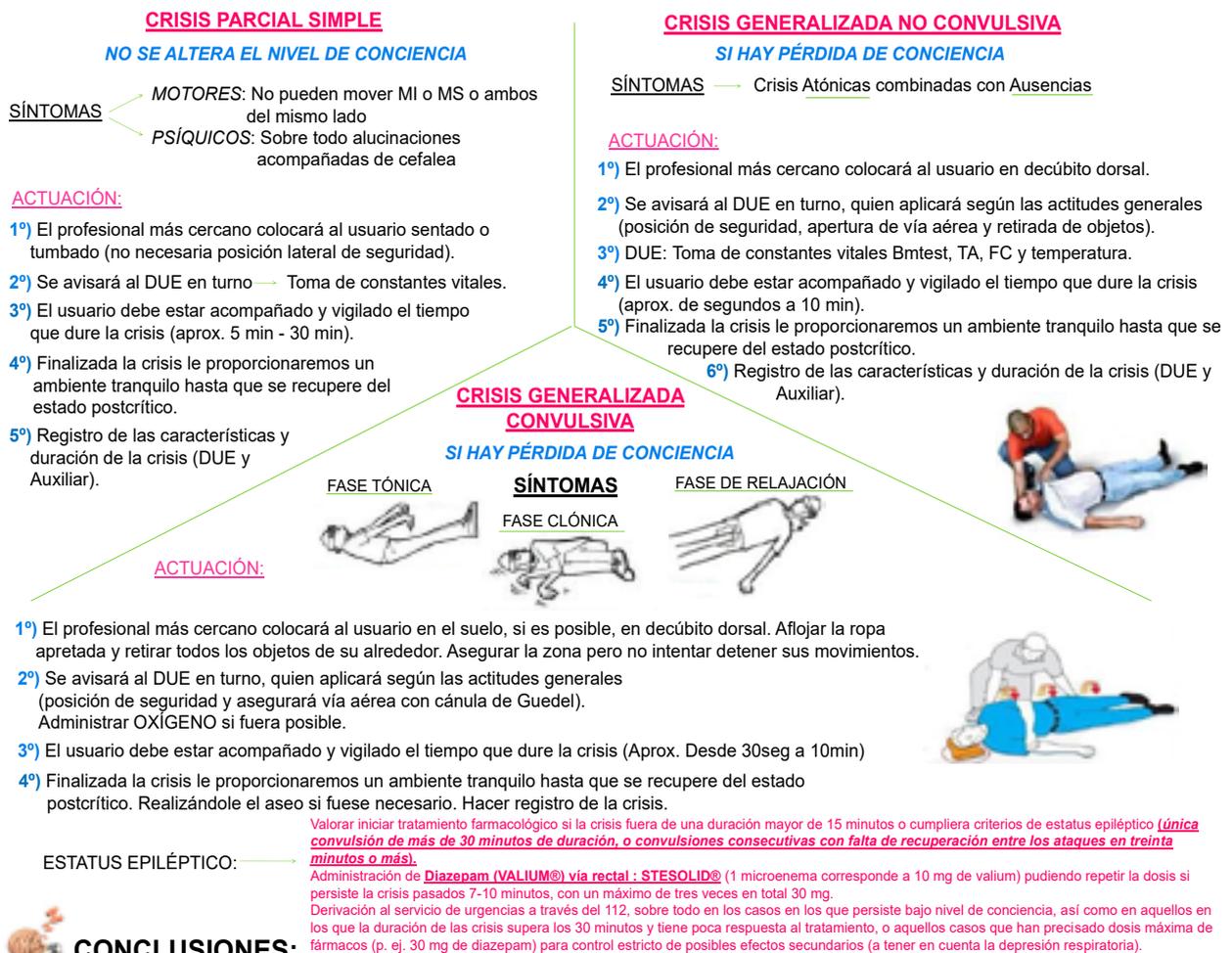
METODOLOGÍA:

Hemos estudiado durante 6 meses el tipo de crisis que se dan en el centro y hemos realizado una revisión bibliográfica (2010-2015) en diferentes bases de datos como Medline, Scielo y Cuiden Plus. Además de una revisión de protocolos de varios hospitales y guías de práctica clínica en epilepsia.



INTERVENCIONES:

UN 98% DE LAS CRISIS TRATADAS EN EL CENTRO SON EN PACIENTES EPILÉPTICOS CONOCIDOS, DIAGNOSTICADOS Y EN TRATAMIENTO PREVENTIVO. LAS CRISIS QUE MÁS SE SUCEDEN SON:



CONCLUSIONES:

- Gracias a este protocolo se han unificado las actuaciones ante cada tipo de crisis.
- De esta forma, todo el personal tiene claro las pautas a seguir, haciendo todos lo mismo, independientemente de su categoría profesional.

Resumen: Este protocolo ha sido realizado para su utilización en un centro de grandes discapacitados psíquicos, donde sufren crisis epilépticas un 60% de usuarios. Hemos estudiado durante 6 meses el tipo de crisis que se dan, y hemos realizado una revisión bibliográfica (2010-2015) en diferentes bases de datos; además de una revisión de protocolos de varios hospitales y guías de práctica clínica en epilepsia. El fin del protocolo es unificar criterios de actuación ante distintos tipos de crisis, para todo el personal (auxiliares, terapeutas ocupacionales, enfermería...), siendo enfermería el encargado del correcto cumplimiento del protocolo.

Palabras Clave: Epilepsia; Convulsiones; Discapacidad Intelectual.

Intervenciones:

Un 98% de las crisis tratadas en el centro son en pacientes epilépticos conocidos, diagnosticados y en tratamiento preventivo. Las crisis que más se suceden son:

- Crisis parcial simple: (no se altera el nivel de conciencia)
 - Síntomas:
 - Motores: no pueden mover MI o MS o ambos del mismo lado.
 - Psíquicos: sobre todo alucinaciones acompañadas de cefalea.
 - Actuación:
 - El profesional más cercano colocará al usuario sentado o tumbado (no necesaria posición lateral de seguridad). Se avisará al DUE en turno, quien realizará la toma de constantes vitales.
 - El usuario debe estar acompañado y vigilado el tiempo que dure la crisis (aprox. 5 min - 30 min).
 - Finalizada la crisis le proporcionaremos un ambiente tranquilo hasta que se recupere del estado postcrítico.
 - Registro de las características y duración de la crisis (DUE y Auxiliar).
- Crisis generalizada no convulsiva: (si hay pérdida de conciencia)
 - Síntomas:
 - Crisis Atónicas combinadas con ausencias.
 - Actuación:
 - El profesional más cercano colocará al usuario en decúbito dorsal. Se avisará al DUE en turno, quien aplicará según las actitudes generales (posición de seguridad, apertura de vía aérea y retirada de objetos).
 - DUE: toma de constantes vitales (Bmtest, TA, FC y temperatura).
 - El usuario debe estar acompañado y vigilado el tiempo que dure la crisis (aprox. de segundos a 10 min). Finalizada la crisis le proporcionaremos un ambiente tranquilo hasta que se recupere del estado postcrítico.

- Registro de las características y duración de la crisis (DUE y Auxiliar).
- Crisis generalizada convulsiva: (si hay pérdida de conciencia)
 - Síntomas:
 - Fase tónica: los músculos se contraen súbitamente, causando movimientos bruscos de las extremidades.
 - Fase clónica: Los músculos empiezan a contraerse y relajarse rápidamente, causando la convulsión.
 - Fase de relajación.
 - Actuación:
 - El profesional más cercano colocará al usuario en el suelo, si es posible, en decúbito dorsal. Aflojar la ropa apretada y retirar todos los objetos de su alrededor. Asegurar la zona pero no intentar detener sus movimientos.
 - Se avisará al DUE en turno, quien aplicará según las actitudes generales (posición de seguridad y asegurará vía aérea con cánula de Guedel). Administrar OXÍGENO si fuera posible.
 - El usuario debe estar acompañado y vigilado el tiempo que dure la crisis (Aprox. Desde 30seg a 10min). Finalizada la crisis le proporcionaremos un ambiente tranquilo hasta que se recupere del estado postcrítico, realizándole el aseo si fuese necesario. Hacer registro de la crisis.

Estatus epiléptico: Valorar iniciar tratamiento farmacológico si la crisis fuera de una duración mayor de 15 minutos o cumpliera criterios de estatus epiléptico (única convulsión de más de 30 minutos de duración, o convulsiones consecutivas con falta de recuperación entre los ataques en treinta minutos o más). Administración de Diazepam (VALIUM®) vía rectal : STESOLID® (1 microenema corresponde a 10 mg de valium) pudiendo repetir la dosis si persiste la crisis pasados 7-10 minutos, con un máximo de tres veces en total 30 mg. Derivación al servicio de urgencias a través del 112, sobre todo en los casos en los que persiste bajo nivel de conciencia, así como en aquellos en los que la duración de las crisis supera los 30 minutos y tiene poca respuesta al tratamiento, o aquellos casos que han precisado dosis máxima de fármacos (p. ej. 30 mg de diazepam) para control estricto de posibles efectos secundarios (a tener en cuenta la depresión respiratoria).

Conclusiones:

Gracias a este protocolo se han unificado las actuaciones ante cada tipo de crisis. De esta forma, todo el personal tiene claro las pautas a seguir, haciendo todos lo mismo, independientemente de su categoría profesional.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. who.media centre,2015 [citado Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.who.int//mediacentre/factsheets/fs999/es/>
2. C.M.Ros Tristan, B.Fatahi Bandpey, N.Hamza. Crisis epilépticas en el adulto. En: M.J.Bournel Aguilar, A.Martinez Oviedo, V.Estabén Boldova, A.Morte Pérez. Manual de urgencias neurológicas. Vol.1. España: Cometa S.A.;2013. p.239-252.
3. Vidal Sánchez. J.A. Monografías de emergencias. Tratamiento de las crisis epilépticas en urgencias. Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Capítulo CLIII

Protocolo D.P.C. de cérvix, test de Papanicolau

Autores:

Nicanor Arias Jiménez

Víctor Manuel Arias López-Peláez

PROTOCOLO D.P.C. DE CERVIX, TEST DE PAPANICOLAU

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de cérvix es una de las formas más comunes de cáncer entre mujeres. Para su detección temprana, la citología cervical(Papanicolaou) es el método de tamizaje de elección a nivel mundial.
Objetivos: Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra, que permita la adecuada interpretación y diagnóstico citológico de las alteraciones precancerosas y cáncer..

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en bases de datos: PUBMED, MEDLINE, FINISTERRA, SLIDESHARE, CUIDEN.

Material:

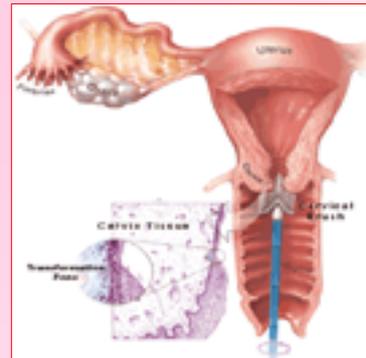
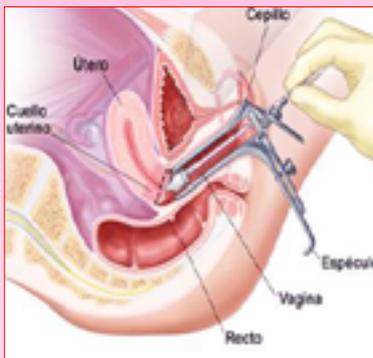
- Hoja de solicitud.
- Portaobjetos.
- Lápiz marcador.
- Espátula Ayre modificada.
- Cepillo endocervical.
- Espéculo vaginal.
- Guantes.
- Fijador.
- Mesa de exploración ginecológica.
- Fuente de luz.
- Mesa de Mayo.

Se requiere que la mujer presente unas condiciones adecuadas como son:

- No haber realizado el coito en 48 horas.
- Ausencia de medicación tópica vaginal y de irrigaciones vaginales 48 horas antes de la exploración.
- No tener sangrado menstrual

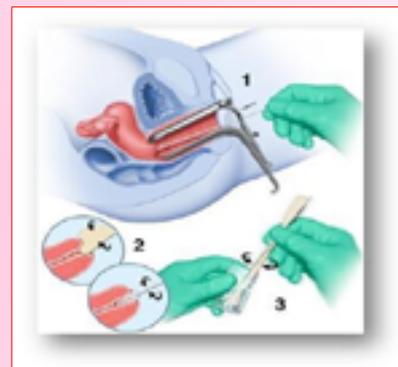


Espátula de Ayre.



INTERVENCIONES

- Toma del fondo del saco vaginal posterior, con la parte semicircular de la espátula, luego se extiende sobre el porta, en la banda de la izquierda en dirección vertical.
- Toma del exocervix, con la espátula de Ayre, que se apoya sobre el cuello y se realiza un movimiento de rotación alrededor del orificio cervical externo, extendiendo la muestra en la parte central del porta en dirección vertical.
- Toma del endocervix con la torunda o cepillo endocervical, una vez introducido en el orificio cervical se realiza un movimiento de rotación, extendiendo la muestra en la banda derecha. Después se procede a la fijación de las tomas con spray, realizando la pulverización a 10 cm del porta.



CONCLUSIONES

La toma de muestras de Papanicolaou, es el inicio de una serie de pasos en un proceso de detección, si no se realiza de acuerdo a la técnica descrita, se obtienen interpretaciones erróneas como pueden ser falsos positivos, falsos negativos o deficiencias que impiden emitir un resultado.

Resumen: El cáncer de cérvix es una de las formas más comunes de cáncer entre mujeres. Para su detección temprana, la citología cervical (Papanicolaou) es el método de tamizaje de elección a nivel mundial. Se basa en el hecho de que las células de las capas superficiales de descaman continuamente. El procedimiento consiste en una triple toma: 1ª de fondo del saco vaginal posterior, 2ª del exocervix y 3ª del endocervix.

Palabras Clave: Cáncer Cérvix; Detección Precoz; Triple Toma.

Introducción:

El cáncer de cérvix es una de las formas más comunes de cáncer entre mujeres. Para su detección temprana, la citología cervical (Papanicolaou) es el método de tamizaje de elección a nivel mundial.

Objetivos:

Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra, que permita la adecuada interpretación y diagnóstico citológico de las alteraciones precancerosas y cáncer.

Metodología:

Revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Medline, Fistera, Slideshare y Cuiden.

Material:

- Hoja de solicitud.
- Portaobjetos.
- Lápiz marcador.
- Espátula Ayre modificada.
- Cepillo endocervical.
- Espéculo vaginal.
- Guantes.
- Fijador.
- Mesa de exploración ginecológica.
- Fuente de luz.
- Mesa de Mayo.

Se requiere que la mujer presente unas condiciones adecuadas como son:

- No haber realizado el coito en 48 horas.

- Ausencia de medicación tópica vaginal y de irrigaciones vaginales 48 horas antes de la exploración.
- No tener sangrado menstrual.
- No haber realizado el coito en 48 horas.

Intervenciones:

- Toma del fondo del saco vaginal posterior, con la parte semicircular de la espátula, luego se extiende sobre el porta, en la banda de la izquierda en dirección vertical.
- Toma del exocérnix, con la espátula de Ayre, que se apoya sobre el cuello y se realiza un movimiento de rotación alrededor del orificio cervical externo, extendiendo la muestra en la parte central del porta en dirección vertical.
- Toma del endocérnix con la torunda o cepillo endocervical, una vez introducido en el orificio cervical se realiza un movimiento de rotación, extendiendo la muestra en la banda derecha. Después se procede a la fijación de las tomas con spray, realizando la pulverización a 10 cm del porta.

Conclusiones:

La toma de muestras de Papanicolaou, es el inicio de una serie de pasos en un proceso de detección, si no se realiza de acuerdo a la técnica descrita, se obtienen interpretaciones erróneas como pueden ser falsos positivos, falsos negativos o deficiencias que impiden emitir un resultado.

Bibliografía:

1. <https://WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0022605/>
2. Citología vaginal: Medlineplus enciclopedia médica.
3. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003911>
4. <https://WWW.fisterra.com/ayuda-en-consulta/técnicas-atencion-primaria/citología-cervix-test-papanicolaou>.

Capítulo CLIV

Protocolo de actuación para pacientes con problemas de salud mental en los servicios de urgencias hospitalarias

Autores:

María Chaparro León

María Ángela Pérez Torija

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

DEFINICIÓN

La Psiquiatría es una de las áreas de la medicina con mayor crecimiento en los últimos tiempos, es aquella que se interesa por el estudio de la mente humana así como también por la evaluación, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades o alteraciones relacionadas con ella

Desde hace años se encuentran los dispositivos de atención de urgencias psiquiátricas integrados en el servicio de urgencias general, como respuesta a un incremento de las demandas por una mayor sensibilidad sanitaria y social a los problemas de Salud Mental.

Llamamos paciente con enfermedad mental aquel que sufre un síndrome o trastorno comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo de dolor o de morir significativamente mayor, discapacidad o pérdida de libertad.

Estaremos preparados para esos pacientes con primer brote psicótico, sabiendo que el 70% de estas enfermedades son diagnosticadas desde la estancia en Urgencias.

OBJETIVO
Que los profesionales sanitarios de este servicio especializado puedan trabajar como equipo multidisciplinar y dar una atención integral al paciente en crisis de enfermedad mental.

PROCEDIMIENTO

Cuando el paciente con crisis acuda a Servicio de Urgencias y se le haya triado sabremos en qué situación de urgencia nos encontramos. Si existe una circunstancia que pueda ser mortal para el paciente o engendrar una situación de emergencia será tratado por médicos de medicina general. Si por el contrario no compromete la vida del paciente, se le acompañará al pasillo de especialidades, en este momento se activará el protocolo, sabiendo ya el motivo de la urgencia y la enfermedad, se actuará para el tratamiento y cuidados.

Estando en el Servicio de Urgencia resaltar los motivos más frecuentes por lo que acuden estos pacientes

- Estados confusionales agudos, demencias y trastornos neurológicos.
- Descompensaciones de trastornos delirantes y/o alucinatorios.
- Trastornos del estado de ánimo hacia la depresión y melancolía.
- Trastornos del estado de ánimo hacia la euforia, hipomanía o crisis maniaca.
- Intento de suicidio, ingesta de medicamentos y autolesiones.
- Estados de ansiedad y ataques de angustia.
- Abuso, dependencia o efectos secundarios a psicofármacos o a sustancias.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

1. Entrevista y entorno

Tranquilizar al paciente recalando que se encuentra en un medio seguro para referir su preocupación actual y que el médico estará disponible para ayudarlo a lo largo de la crisis. Si el paciente está angustiado, se puede usar técnicas de respiración profunda y enfoque en el problema.

La actitud de escucha responsable, que permita que el paciente se exprese hablando o llorando permitiéndole que nos cuente lo que pasa, esto dará apoyo y contribuirá a disminuir la intensidad emocional.

Empatía y comprensión, no intentar calmar convenciendo de que está equivocada en sus apreciaciones, ni dañar su autoestima

Siempre que sea posible, no estaremos solos ante el enfermo. No dejaremos nunca al enfermo solo si creemos que hay riesgo de suicidio o hasta que el paciente no esté bien evaluado

La sala será amplia, el mobiliario será pesado o estarán fijos al suelo, no tendrá cerrojo interno y habrá doble salida Protección del personal sanitario como familiar disminuir al máximo posibles riesgos.

2. Estado del paciente

Valorar estado mental: conciencia, orientación, memoria, pensamiento, lenguaje.

Valorar el estado físico y neurológico: hidratación, reflejos y signos vitales.

Existiendo la necesidad de control y asistencia por parte del servicio, tendrá al menos 24 horas de observación desde la hora de la intervención psiquiátrica hasta ser reevaluado.

No olvidar que el paciente en cualquier momento puede volverse violento y para protegerlo a él y a los demás de su agresividad se emplearan tres tipos de contenciones:

CONTENCION VERBAL

- Recabar información de acompañantes
- Hacerle entender el carácter transitorio de su crisis y la necesidad de ayuda externa
- No confrontar y negociar son herramientas que hay que tener presente
- No favorecer la actitud de culparse, intentando producir sentimientos de autoeficacia, con lo que conseguiremos en el paciente el deseo de comunicarse con nosotros.
- mantener las manos visibles y no realizar movimientos bruscos
- No aconsejar, ni ponerse de ejemplo
- No minimizar el hecho, no bromear y tampoco dramatizar
- No engañar, ni fingir.

CONTENCION MECANICA

- Para prevenir actos violentos hacia sí mismo o terceros y garantizar el adecuado tto clínico si el paciente se encuentra violento se procederá a la CM
- Se le explicara lo que se le va a hacer, que la intención es cuidarlo y facilitar su tto sin que nadie salga herido
- Debemos intentar que colabore
- No discutir, si no lo acepta procederemos a la contención involuntaria.
- El médico es quien dará las órdenes.
- Se utilizaran materiales diseñados especialmente para este fin, ya que evitan lesiones musculares y vasculares.
- Las contenciones se deben aflojar cada 15 minutos para prevenir complicaciones

CONTENCION FARMACOLOGICA

Aún cuando tengamos al paciente indefenso, inmovilizado ante nosotros y podamos administrarle un medicamento para dormirlo o relajarlo, debemos intentar siempre que se pueda, convencerlo para que nos dé permiso para administrárselo, manteniendo siempre una actitud respetuosa ante su persona.

3. Reevaluación y destino.

Podrá ser dado de alta con cita programada para la unidad de Salud Mental o por el contrario se le derivara a hospitalización en dicha unidad.

CONCLUSION

Que este protocolo se ejecute con la mayor eficacia y rapidez para permitir disminuir las posibles complicaciones que se pueden presentar en la atención a pacientes con enfermedades mentales.

Resumen: Desde hace años se encuentran los dispositivos de atención de urgencias psiquiátricas integrados en el servicio de urgencias general, como respuesta a un incremento de las demandas por una mayor sensibilidad sanitaria y social a los problemas de Salud Mental.⁽²⁾

Estaremos preparados para esos pacientes con primer brote psicótico, sabiendo que el 70% de estas enfermedades son diagnosticadas desde la estancia en Urgencias.

Palabras Clave: Trastornos Mentales; Intervención Crisis; Enfermería.

Definición:

La Psiquiatría es una de las áreas de la medicina con mayor crecimiento en los últimos tiempos, es aquella que se interesa por el estudio de la mente humana así como también por la evaluación, diagnosticación y rehabilitación de enfermedades o alteraciones relacionadas con ella

Llamamos paciente con enfermedad mental aquel que sufre un síndrome o trastorno comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo de dolor o de morir significativamente mayor, discapacidad o pérdida de libertad.

Procedimiento:

Cuando el paciente con crisis acuda a Servicio de Urgencias y se le haya triado sabremos en qué situación de urgencia nos encontramos. Si existe una circunstancia que pueda ser mortal para el paciente o engendrar una situación de emergencia será tratada por médicos de medicina general^(2,3). Si por el contrario no compromete la vida del paciente, se le acompañara al pasillo de especialidades, en este momento se activará el protocolo, sabiendo ya el motivo de la urgencia y la enfermedad, se actuará para el tratamiento y cuidados.

Intervención en crisis:

- Entrevista y entorno
 - Tranquilizar al paciente recalando que se encuentra en un medio seguro para referir su preocupación actual y que el médico estará disponible para ayudarlo a lo largo de la crisis. Si el paciente está angustiado, se puede usar técnicas de respiración profunda y enfoque en el problema.
 - La actitud de escucha responsable, que permita que el paciente se exprese hablando o llorando permitiéndole que nos cuente lo que pasa, esto dará apoyo y contribuirá a disminuir la intensidad emocional.
 - Empatía y comprensión, no intentar calmar convenciendo de que está equivocada en sus apreciaciones, ni dañar su autoestima.⁽²⁾
 - Siempre que sea posible, no estaremos solos ante el enfermo. No dejaremos nunca al enfermo solo si creemos que hay riesgo de suicidio o hasta que el paciente no esté bien evaluado

- La sala será amplia, el mobiliario será pesado o estarán fijos al suelo, no tendrá cerrrojo interno y habrá doble salida Protección del personal sanitario como familiar disminuir al máximo posibles riesgos.
- Estado del paciente
 - Valorar estado mental: conciencia, orientación, memoria, pensamiento, lenguaje.
 - Valorar el estado físico y neurológico: hidratación, reflejos y signos vitales.
 - Existiendo la necesidad de control y asistencia por parte del servicio, tendrá al menos 24 horas de observación desde la hora de la intervención psiquiátrica hasta ser reevaluado.
 - No olvidar que el paciente en cualquier momento puede volverse violento y para protegerlo a él y a los demás de su agresividad se emplearan tres tipos de contenciones: verbal, mecánica y farmacológica

Conclusion:

Que este protocolo se ejecute con la mayor eficacia y rapidez para permitir disminuir las posibles complicaciones que se pueden presentar en la atención a pacientes con enfermedades mentales.

Bibliografía:

1. Baca, E. y otros: «Las urgencias psiquiátricas en un hospital psiquiátrico y en un hospital general de Madrid». Madrid. 1984; 16: 75-85.
2. González de Chávez, M.: «La transformación de la Asistencia Psiquiátrica». Madrid, 1980; 661-679.
3. GERSON,S.; BASSUK, E., “Psychiatric Emergencies: An Overview”, American Journal of Psychiatry, 1980, 137 (1), pp. 1-11.

Capítulo CLV

Protocolo de automedición de la presión arterial domiciliaria como método de evaluación del paciente hipertenso

Autores:

Marta Calvo Giménez

Beatriz Camacho Sánchez

M^a Teresa Gómez Martín

Mari Paz Granados Navas

Carmen Ruiz García

M^a Pilar Ruiz García

Protocolo de automedición de la presión arterial domiciliaria como método de evaluación del paciente hipertenso.

Autores:

◆ INTRODUCCIÓN

Por su elevada prevalencia y su influencia en la morbimortalidad cardiovascular, la hipertensión arterial (HTA) supone uno de los problemas de salud más relevantes de nuestra sociedad y así es también mayoritariamente aceptado por los profesionales de atención primaria, que la colocan en primer lugar entre sus prioridades de prevención.

La consideración general de la determinación casual de presión arterial (PA) en consulta como un parámetro de gran variabilidad ha llevado al uso cada vez más generalizado de técnicas que permitan la recogida de información a lo largo de 24 horas. La utilización de estos métodos ha permitido constatar una discordancia entre las tomas de PA en consulta y las medidas fuera del ámbito sanitario, observándose repetidamente que las primeras son más elevadas.

◆ TIPO DE DISPOSITIVOS

Imagen 1:



◆ OBJETIVO

Existe actualmente evidencia de que el tratamiento, y por lo tanto el pronóstico, del paciente hipertenso pueden mejorar complementando las mediciones clínicas de la presión arterial con su determinación fuera del ámbito sanitario. Nos proponemos establecer un protocolo estandarizado de automedición domiciliaria de presión arterial (AMPA).

◆ METODOLOGÍA

Tras revisión bibliográfica en las principales bases de datos se elabora un protocolo de AMPA siguiendo las siguientes indicaciones que realizarán los pacientes en sus domicilios tras adiestramiento por parte del personal de enfermería.

◆ ASPECTOS PRIORITARIOS

- Validación clínica.
- Sencillez de uso.
- Automatización al máximo de la técnica.
- Registro en arteria braquial.
- Mantenimiento y calibración sencillas.
- Precio asequible.

◆ ASPECTOS DESEABLES

- Conexión para comprobar la calibración con tubo en «Y»
- Baterías con indicación de nivel y conexión a red.
- Memoria de registros
- Servicio técnico de fácil acceso

◆ LIMITACIONES

- Discapacidad física o mental que dificulte la realización o comprensión de la técnica.
- Falta de motivación, personalidad obsesiva, hipocondríaca o ansiedad clínicamente relevante en la medición.
- Arritmias (fibrilación auricular, numerosas extrasístoles, bradicardia extrema).
- Temblor importante.
- Rigidez arterial extrema.
- Riesgo de automedicación.

POSICIÓN DISPOSITIVO	TIPO DE DISPOSITIVO	CARACTERÍSTICAS
➤ Brazo	Semiautomático	Inflado manual y desinflado automático
	Automático	Inflado manual y desinflado automático
	Auscultatorio	Utilizan un micrófono electrónico incorporado al manguito para detectar los sonidos de Korotkoff
	Oscilométrico	Se basan en la detección oscilométrica de la PA y la colocación del manguito no es tan complicada. Son los aparatos más recomendables actualmente
➤ Muñeca	No son recomendables debido a que tienen serios inconvenientes derivados de la posición del brazo y de la flexión e hiperextensión de la muñeca Su uso puede estar justificado en personas obesas con una circunferencia de brazo excesivamente grande	
➤ Dedo	No son recomendables debido a las imprecisiones derivadas de la distorsión de las mediciones, al verse influenciadas por la posición y por el estado de la circulación periférica	

◆ PROTOCOLO DE MEDIDA

1.- Condiciones del paciente

Relajación física

- Evitar ejercicio físico previo
- Reposo durante 5 minutos antes de la medición
- Posición adecuada (ver imagen 2.)

Evitar medir en casos de disconfort, vejiga llena, etc.

Relajación mental

- Ambiente tranquilo y confortable.
- Relajación previa a la medición
- Reducir la ansiedad o inquietud en la medida de lo posible
- Minimizar la actividad mental: no hablar, no preguntar

Circunstancias a evitar

- Consumo de cafeína o tabaco en los 15 minutos previos
- Síntomas (p.ej. dolor) o agitación psíquica / emocional

2.- Condiciones del equipo

Equipo automático validado y calibrado en el último año
Manguito adecuado al tamaño del brazo: la cámara debe cubrir el 80% del perímetro; si ésta es demasiado pequeña, se pueden obtener lecturas falsamente altas.

En caso de dudas, se debe elegir el tamaño más grande de manguito

- Sistema de cierre (velcro) que sujete con firmeza
- El sistema neumático debe ser estanco, sin fugas ni holguras

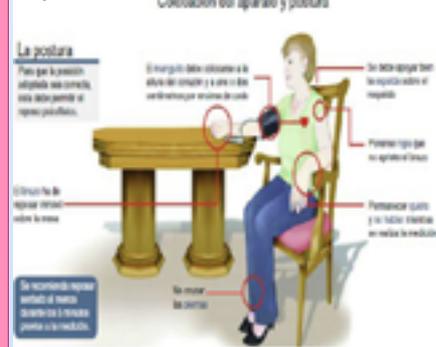
3.- Proceso de medición

- Seleccionar el brazo con PA más elevada, si lo hubiese
- Ajustar el manguito sin holgura y sin que comprima
- Retirar prendas gruesas, evitar enrollarlas de forma que compriman
- El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial
- El manguito debe quedar a la altura del corazón, pero no así el aparato, que debe ser bien visible para el explorador

4.- Técnica

- Seguir las instrucciones del fabricante y de la enfermera a cargo del programa.
- De forma general, se requiere encender el esfigmomanómetro y proceder a la realización de la medida presionando el botón indicado para tal fin
- Esperar a finalizar la lectura y registrar la misma en la hoja apropiada

Imagen 2:



◆ CONCLUSIÓN

Las medidas domiciliarias han demostrado una buena correlación con monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) grado de acuerdo elevado para diagnosticar HTA de bata blanca y HTA enmascarada y un valor pronóstico similar al de la MAPA, siendo su coste inferior y con una gran accesibilidad. La aplicación del protocolo domiciliario puede disminuir la inercia clínica, mejorar el cumplimiento terapéutico y existe la posibilidad de teletransmisión de datos del domicilio, aspectos que pueden contribuir a mejorar el grado de control y que no son posibles con MAPA.

Resumen: La medida de la presión arterial (PA) en consulta de manera rutinaria es una de las principales herramientas para el control de enfermedades cardiovasculares y sus posibles consecuencias. La necesidad de obtener valores lo más reales posibles han llevado a la utilización del sistema de automedición de la presión arterial en el domicilio.

En el siguiente protocolo se establecen las pautas a seguir para implantar este sistema y así mantener un seguimiento más adecuado y fiable de las cifras de presión arterial del paciente hipertenso.

Palabras Clave: Hipertensión; Protocolos; Automedición Presión Arterial Domicilio.

Introducción:

Por su elevada prevalencia y su influencia en la morbimortalidad cardiovascular, la hipertensión arterial (HTA) supone uno de los problemas de salud más relevantes de nuestra sociedad y así es también mayoritariamente aceptado por los profesionales de atención primaria, que la colocan en primer lugar entre sus prioridades de prevención.

La consideración general de la determinación casual de presión arterial (PA) en consulta como un parámetro de gran variabilidad ha llevado al uso cada vez más generalizado de técnicas que permitan la recogida de información a lo largo de 24 horas. La utilización de estos métodos ha permitido constatar una discordancia entre las tomas de PA en consulta y las medidas fuera del ámbito sanitario, observándose repetidamente que las primeras son más elevadas.

Objetivo:

Existe actualmente evidencia de que el tratamiento, y por lo tanto el pronóstico, del paciente hipertenso pueden mejorar complementando las mediciones clínicas de la presión arterial con su determinación fuera del ámbito sanitario. Nos proponemos establecer un protocolo estandarizado de automedición domiciliaria de presión arterial (AMPA).

Metodología:

Tras revisión bibliográfica en las principales bases de datos se elabora un protocolo de AMPA siguiendo las siguientes indicaciones que realizarán los pacientes en sus domicilios tras adiestramiento por parte del personal de enfermería.

Consideraciones a tener en cuenta:

- Aspectos prioritarios: Validación clínica, sencillez de uso, automatización al máximo de la técnica, registro en arteria braquial, mantenimiento y calibración sencillos y precio asequible.
- Aspectos deseables: Conexión para comprobar la calibración con tubo en «Y», baterías con indicación de nivel y conexión a red, memoria de registros y servicio técnico de fácil acceso.
- Limitaciones: Discapacidad física o mental que dificulte la realización o comprensión de la técnica, falta de motivación, personalidad obsesiva, hipocondríaca o ansiedad clínicamente

relevante en la medición, arritmias (fibrilación auricular, numerosas extrasístoles, bradicardia extrema), temblor importante, rigidez arterial extrema y riesgo de automedicación.

Clasificación de esfigmomanómetros según el lugar anatómico de su uso:

- Muñeca: No son recomendables debido a que tienen serios inconvenientes derivados de la posición del brazo y de la flexión e hiperextensión de la muñeca. Su uso puede estar justificado en personas obesas con una circunferencia de brazo excesivamente grande
- Dedo: No son recomendables debido a las imprecisiones derivadas de la distorsión de las mediciones, al verse influenciadas por la posición y por el estado de la circulación periférica
- Brazo: Son los recomendables, dentro de los diferentes subtipos (Automático, semiautomático y oscilométrico) es más recomendado por su fácil utilización por parte del paciente son los oscilométricos. Para realizar esta técnica con exactitud, es necesario recalcar la importancia que tiene la calibración de los esfigmomanómetros, ya que un error de calibrado en un equipo supone una inadecuada práctica clínica. Al ser los aparatos electrónicos los más utilizados, se recomienda que su mantenimiento y calibración sea realizado una vez al año por el servicio técnico según indicaciones del fabricante, información que debe contener de forma detallada y clara en las instrucciones de dicho equipo.

Protocolo de medida:

- Condiciones del paciente: El paciente debe estar relajado, tanto física como mentalmente, reduciendo la ansiedad o la inquietud en la medida de lo posible. Situarse en un ambiente tranquilo. Evitar antes de la medición el ejercicio físico, el café y el tabaco. Reposar 5 minutos antes de la medición. En caso de dolor, vejiga llena, disconfort, agitación psíquica/emocional etc. aplazar la toma de PA.
- Condiciones del equipo: se necesita de un equipo automático validado y calibrado en el último año con un manguito adecuado al tamaño del brazo (la cámara debe cubrir el 80% del perímetro; si ésta es demasiado pequeña, se pueden obtener lecturas falsamente altas) y con sistema de cierre (velcro) que sujete con firmeza. El sistema neumático debe ser estanco, sin fugas ni holguras.
- Proceso de medición:
 - Seleccionar el brazo con PA más elevada, si lo hubiese.
 - Tomar la posición adecuada: brazo elegido reposando inmóvil sobre la mesa, colocando el manguito a la altura del corazón (pero no el aparato, que debe ser bien visible para el explorador) y a uno o dos centímetros del codo. Se debe apoyar bien la espalda sobre el respaldo y no cruzar las piernas.
 - Ajustar el manguito sin holgura y sin que comprima.
 - Retirar prendas gruesas, evitar enrollarlas de forma que compriman.
 - El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial
- Técnica
 - Seguir las instrucciones del fabricante y de la enfermera a cargo del programa.

- De forma general, se requiere encender el esfigmomanómetro y proceder a la realización de la medida presionando el botón indicado para tal fin
- Esperar a finalizar la lectura y registrar la misma en la hoja apropiada

Conclusión:

Las medidas domiciliarias han demostrado una buena correlación con monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) grado de acuerdo elevado para diagnosticar HTA de bata blanca y HTA enmascarada y un valor pronóstico similar al de la MAPA, siendo su coste inferior y con una gran accesibilidad.

La aplicación del protocolo domiciliario puede disminuir la inercia clínica, mejorar el cumplimiento terapéutico y existe la posibilidad de teletransmisión de los datos del domicilio, aspectos que pueden contribuir a mejorar el grado de control y que no son posibles con MAPA.

Bibliografía:

1. J.A. División Garrote. Medidas domiciliarias de presión arterial. Documento de consenso. SEH-LEL-HA 2014. Hipertens Riesgo Vasc. 2015;32(1):27-39.
2. G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redon, A. Zanchetti, M. Bohm et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2013;66(10):880.e1-880.e64
3. E. Márquez Contreras, J.L. Martín de Pablos, J.Espinosa García, J.J. Casado Martínez, E. Sanchez López, J. Escribano. Eficacia de un programa de automedida domiciliaria de la presión arterial como estrategia para disminuir la inercia terapéutica. Aten Primaria. 2012;44(2):89---96.
4. G. S. Stergiou, A. Kollias, E. G. Nasothimiou. Monitorización de la presión arterial en el domicilio: aplicación en la práctica clínica. . Hipertens Riesgo Vasc. 2011;28(4):149-153.

Capítulo CLVI

Protocolo de contención mecánica de enfermería ante un paciente con agitación psicomotriz

Autores:

María Luisa Chico Lozano

Gema Fernández Martín

Rocío Salazar Cambrónero



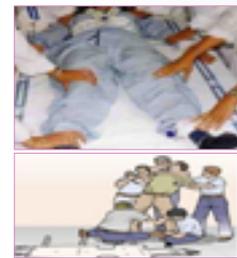
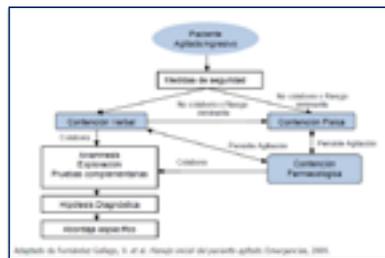
PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Salazar Cambroner, Rocío , Chico lozano Maria Luisa, Fernandez Martín Gema

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico, así como en algunos trastornos médicos. Caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado acompañado de alteración en la esfera emocional. La contención física consiste en la intervención “terapéutica” extrema mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, habitualmente incapacitado, sus movimientos y el acceso a su propio cuerpo en aras de su seguridad y/o la de otros.

OBJETIVO PRINCIPAL:

El objetivo del protocolo es ofrecer a los profesionales pautas sobre sujeción/contención de movimientos que incluyan indicaciones, secuencia de actuación, Seguimiento especial de estos pacientes y el registro de casos para la evaluación posterior.



METODOLOGÍA: La presente guía/protocolo pretende ser una herramienta que nos ayude a la hora de tomar decisiones ya que la inmovilización mecánica de un paciente debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico. La importancia de considerar y tratar al paciente con desórdenes psíquicos como a una persona con respeto a su personalidad, dignidad humana, e intimidad (Art. 10 Ley general de Sanidad 14/1986).

INTERVENCIONES: La Contención siempre será por orden médica. En situación de urgencia la enfermera podrá poner en marcha el procedimiento comunicándolo seguidamente al médico.

1. Retirar los objetos peligrosos a los que pudiera tener acceso el paciente.
2. Aún en los estados de mayor agitación, un buen abordaje verbal será la medida más efectiva para llevar a cabo la contención, con lo que hablaremos con el paciente instaremos a que colabore.
3. Intentar que el paciente esté en la habitación siendo menos traumático y no altere al resto de pacientes.
4. Material necesario: Correas de sujeción homologadas: Cinturón abdominal, muñequeras, tira de anclaje de pies y tobilleras. Sujeción para torso y cabeza si fuera necesario. El personal de la unidad se dividirá sujetando cada uno, una extremidad. En primer lugar se le colocará el cinturón abdominal y después una por una el resto de extremidades. Contención 3-4 extremidades en función del grado de agitación. o Si se contienen 2, se hará en diagonal (muñeca izda/pie dcho-muñeca dcha/pie izdo.)
5. Comprobación correcta colocación de las sujeciones. Una presión excesiva entorpece la circulación y si es insuficiente el paciente se podrá liberar de ellas.
6. Registro del procedimiento. Reflejaremos las acciones llevadas, la hora de inicio y finalización así como las posibles incidencias. Reflejaremos en gráficas constantes, nivel de conciencia (ya que a un paciente agitado generalmente se le administra medicación sedante por lo cual puede disminuir su nivel de conciencia y sufrir aspiraciones)
7. Vigilar: Presión de las sujeciones mediante pulsos periféricos-perfusión. Valorar la ingesta y la eliminación de líquidos y sólidos. Un paciente contenido se puede deshidratar fácilmente, puede tener también retenciones de orina. Vigilar posibles lesiones cutáneas y/o articulares: Heridas, upp. Luxaciones. Vigilar posibles efectos secundarios al estasis venoso por encamamiento: TEP, ... Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible. Cobertura de las necesidades básicas.

CONCLUSIONES: La protocolización de actuaciones tan complejas como es la inmovilización de un paciente nos servirá de referente para afrontar y evitar las posibles complicaciones de carácter físico, psíquico y legal

Resumen: La contención física consiste en la intervención “terapéutica” extrema mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, con el objetivo de ofrecer a los profesionales pautas sobre sujeción/contención de movimientos.

Se presenta un protocolo que constituya una herramienta de ayuda para la toma de decisiones. La Contención siempre será por orden médica. Este protocolo establece una serie de secuencias correctas a seguir en la contención. La protocolización de actuación en la inmovilización de un paciente nos servirá de referente para afrontar y evitar las posibles complicaciones de carácter físico, psíquico y legal.

Palabras Clave: Agitación Psicomotriz; Contención Mecánica; Protocolo.

Introducción:

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico así como en algunos trastornos médicos.

Está caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado, con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional.

La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (que suele ser el medio hospitalario) mediante la intervención “terapéutica” extrema consiste en la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, habitualmente incapacitado, sus movimientos y el acceso a su propio cuerpo en aras de su seguridad y/o la de otros. Por lo que es de suma importancia que el personal sanitario conozca a la perfección que pautas de actuación se han de seguir para este tipo de actuaciones de forma que proponemos un protocolo en el que ofrecemos a los profesionales pautas sobre sujeción/contención de movimientos que incluyan indicaciones, secuencia de actuación, seguimiento especial de estos pacientes y el registro de casos para la evaluación posterior.

Objetivo:

Con este protocolo se pretende dotar a los profesionales conocimientos a nivel teórico y pautas a seguir en el caso de que sea necesaria una Inmovilización garantizando para ello la completa seguridad del paciente por parte del profesional sanitario conociendo por tanto las complicaciones que pueden darse en una Inmovilización junto con los conocimientos adecuados en ética y jurídico-legal que implica la contención mecánica, integrando en el hospital registros en donde quede constancia de su aplicación, seguimiento, etc. y que permitan posteriormente su evaluación.

Metodología:

La presente guía/protocolo pretende ser una herramienta que nos ayude a la hora de tomar decisiones ya que la inmovilización mecánica de un paciente debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico. La importancia de considerar y tratar al paciente con desórdenes psíquicos como a una persona con respeto a su personalidad, dignidad humana, e intimidad (Art. 10 Ley general de Sanidad 14/1986).

Intervenciones:

La Contención siempre será por orden médica. En situación de urgencia la enfermera podrá poner en marcha el procedimiento comunicándolo seguidamente al médico. Tenemos que tener clara la secuencia de actuación tanto como el mapa de competencias profesionales ante dada situación:

- Facultativo: Es el máximo responsable de la Contención Mecánica. Indica la medida, o la autoriza (o no) si ha sido instaurada por personal de enfermería, en caso de urgencia y en su ausencia. Informa al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la medida. Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo.
- Enfermera/o: Dirige la contención y coordina su ejecución. La indica en caso de ausencia del facultativo. Es responsable del instrumental de la contención mecánica. Es responsable de los cuidados y controles posteriores.
- Auxiliar de enfermería: Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica. Participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes. Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los instrumentos de la contención.
- Celador: Colabora en la instauración de la contención y eventual transporte del paciente e instrumental.
- Personal de seguridad: Pueden ser requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente.

A partir de aquí teniendo claro el papel que asume cada componente del equipo sanitario ante la inmovilización es importante a continuación tener claros los pasos a seguir. Enumeramos los pasos a tener en cuenta en la secuencia de inmovilización.

1. Retirar los objetos peligrosos a los que pudiera tener acceso el paciente.
2. Aún en los estados de mayor agitación, un buen abordaje verbal será la medida más efectiva para llevar a cabo la contención, con lo que hablaremos con el paciente instaremos a que colabore.
3. Intentar que el paciente esté en la habitación siendo menos traumático y no altere al resto de pacientes.
4. Es muy importante tener a mano el material necesario a utilizar conociendo bien su correcto uso (llave magnética, cierre, correas de sujeción homologadas, cinturón abdominal, muñequeras, tira de anclaje de pies y tobilleras, sujeción para torso y cabeza si fuera necesario).
5. El personal de la unidad se dividirá sujetando cada uno, una extremidad. En primer lugar se le colocará el cinturón abdominal y después una por una el resto de extremidades.

6. Contención 3-4 extremidades en función del grado de agitación.
7. Si se contienen 2, se hará en diagonal (muñeca izda/pie dcho-muñeca dcha/pie izdo.)
8. Comprobación correcta colocación de las sujeciones. Una presión excesiva entorpece la circulación y si es insuficiente el paciente se podrá liberar de ellas.
9. Importantísimo en cualquier actuación del profesional sanitario es su correcto registro de cada procedimiento que se realice. Reflejaremos las acciones llevadas, la hora de inicio y finalización así como las posibles incidencias. Reflejaremos en gráficas constantes, nivel de conciencia (ya que a un paciente agitado generalmente se le administra medicación sedante por lo cual puede disminuir su nivel de conciencia y sufrir aspiraciones)
10. Vigilar presión de las sujeciones mediante pulsos periféricos-perfusión.
11. Valorar la ingesta y la eliminación de líquidos y sólidos. Un paciente contenido se puede deshidratar fácilmente, puede tener también retenciones de orina.
12. Vigilar posibles lesiones cutáneas y/o articulares, heridas, UPP, luxaciones, etc.
13. Vigilar posibles efectos secundarios al estasis venoso por encamamiento, p.e. TEP.
14. Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible.

Conclusiones:

Aun cuando esté justificada una contención física hay que respetar unos principios éticos que van desde la autonomía, la justicia, el principio de beneficencia asegurándose siempre que los beneficios superan el perjuicio.

La protocolización de actuaciones tan complejas como es la inmovilización de un paciente nos servirá de referente para afrontar y evitar las posibles complicaciones de carácter físico, psíquico y legal.

Bibliografía:

1. Téllez Lapeira, J.M.; Villena Ferrer, A.; Morena Rayo, S.; Pascual Pascual, P.; López García, C. El paciente agitado. Guías Clínicas. Fistera.com. 2006.
2. Fernández Gallego, V.; Murcia Pérez, E.; Sinisterra Aquilino, J.; Casal Angulo, C.; Gómez Estarlich, M.C. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias, 2009; 21: 121-132.
3. Ramos Brieva, J.A. "Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento". Edit. Masson. 1999.
4. Morrison, Michelle y cols. Enfermería Mosby. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Harcourt España. (Madrid 1999).
5. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence". Frank C, Hodgetts G, Puxty J; Can Fam Physician 1996,42:2042-9.

Capítulo CLVII

Protocolo de donación de progenitores hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical

Autores:

Inmaculada Mohíno Álvarez

María Begoña Moreno Ruiz

María Teresa Muñoz Ferrón

David Rodríguez Almagro

PROTOCOLO DE DONACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL

OBJETIVOS

Recuperación de sangre del cordón umbilical (SCU), fuente rica en células madre, que una vez trasplantadas son capaces de reproducirse en el enfermo como células sanas, generando una médula ósea completa.

METODOLOGIA

- RD 1301/2006 de 10 Noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, obtención, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de células y tejidos humanos.
- Donación y uso privativo de la sangre del cordón umbilical: Aspectos jurídicos . David Larios Risco. Derecho y salud. ISSN 1133-7400, vol 15. 2007

INTERVENCIONES

RECURSOS:

* Kit de donación de SCU:

- Bolsa para recogida de sangre.
- Envase para la recogida y conservación de un fragmento de cordón umbilical.
- Tubos para recogida de sangre materna.
- Grapa para clampar y sellar la bolsa.
- Etiquetas de identificación de muestras y de la bolsa de SCU.



PROCEDIMIENTO

Comienza con la petición por parte de la gestante de la petición sobre la información y termina con el envío de la sangre recogida al banco público de sangre de cordón umbilical de referencia de CLM.

1- RECOGIDA DE LA SCU:

- Se procederá una vez finalizado el expulsivo y cortado el cordón, para ello es necesario la placenta intrauterino y no esperar más de 15 min.
- Desinfección del cordón umbilical.
- Canalizar uno de los vasos del cordón (preferiblemente vena).
- Mover la bolsa de recogida para evitar la formación de coágulos.
- Cerrar el clamp una vez deje de fluir sangre y retirar la aguja.
- Añadir la bolsa adicional de anticoagulante anexa al sistema.
- Cerrar el clamp inferior de la bolsa y poner grapas de seguridad en el sistema.
- Pesar la bolsa (peso idóneo: 250 gr) y no mantenerla mas de tres horas a Tª ambiente.
- Identificación de las muestras, empaquetado y envío al laboratorio.



2- RECOGIDA FRAGMENTO DE CORDÓN:

Una vez finalizada la recogida de SCU y extraída la placenta se corta un fragmento de cordón umbilical escurrido (2 cm), para el posterior tipaje de HLA de ADN-teca fetal.

3- IDENTIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS.

4- EMPAQUETADO.

5- REGISTRO DE DOCUMENTOS.

Consentimiento informado, formulario de donación voluntaria e informe de alta de la donante y del recién nacido.

6- ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE.



CONCLUSIONES

- * Establecer una sistemática para las madres que deseen donar SCU de forma voluntaria y altruista.
 - * Unificar criterios de actuación entre los profesionales implicados.
- * Asegurar correcta recogida, identificación y traslado al banco de sangre de las muestras recogidas.

Resumen: El protocolo tiene la finalidad de dar a conocer a las embarazadas la posibilidad de donar sangre del cordón umbilical informándoles sobre la técnica y procedimiento. Si deciden donar se enviará la sangre al banco público de sangre de cordón umbilical de referencia.

Después del parto, normalmente el cordón umbilical se desecha junto con la placenta. Se ha comprobado que la sangre recuperada del cordón es una fuente rica en progenitores hematopoyéticos, células no especializadas que producen todas las demás (plaquetas, glóbulos rojos y blancos). Una vez trasplantadas, se reproducen como células sanas generando una médula ósea completa.

Palabras Clave: Transplante Hematopoyético; Cordón Umbilical; Manipulación.

Recogida de la sangre del cordón umbilical (SCU). Se procederá a la recogida de la SCU una vez finalizado el expulsivo y cortado el cordón umbilical. Es necesario:

- Placenta intraútero.
- No esperar más de 15 minutos para iniciar la recogida.

Procedimiento:

- Comprobar la integridad del sistema. El kit de donación está compuesto por: bolsa para la recogida de SCU, en doble envase, con sistema tubular para la extracción con aguja de punción y otro sistema tubular de seguridad, envase para la recogida y conservación de un fragmento de cordón, cuatro tubos para recoger muestras de sangre materna, grapas para clampar y sellar la bolsa y el sistema de recogida con seguridad, etiquetas con código de barras para la identificación de muestras y documentos, y etiqueta autoadhesiva para la identificación de la bolsa de SCU.
- Desinfección del cordón umbilical.
- Canalizar uno de los vasos del cordón, preferiblemente la vena, con la aguja unida al tubular más largo de la bolsa de recogida y abrir el clamp del sistema, dejando que caiga la sangre por gravedad.
- Mover la bolsa de recogida para evitar la formación de coágulos, hasta que deje de fluir sangre.
- Cerrar el clamp una vez deje de fluir sangre y retirar la aguja.
- Añadir la bolsa adicional de anticoagulante anexa al sistema, moviendo la bolsa, para una mezcla uniforme.
- Cerrar el clamp inferior de la bolsa.
- Poner grapas de seguridad en el sistema, para cerrar bien la bolsa de sangre.
- Pesar la bolsa. Peso idóneo 250 gr. (este peso se refiere al conjunto de la bolsa de extracción más el anticoagulante).

- La sangre se tendrá a temperatura ambiente máximo tres horas.
- Identificación de todas las muestras y empaquetado.
- Introducir todos los componentes en la bolsa primaria y enviar al laboratorio para proceder al transporte.

Recogida del fragmento del cordón:

Terminada la recogida de la sangre y extraída la placenta, se cortará un fragmento del cordón umbilical escurrido, unos 2 cm de longitud, se depositará en el envase suministrado para tal finalidad, para el posterior tipaje de HLA (Histocompatibilidad) de ADN-teca fetal.

Identificación y etiquetado de las muestras:

Se procederá a la identificación, etiquetado de las muestras y cumplimentación de los documentos. Las etiquetas de identificación son suministradas por el Banco de Sangre de cordón Umbilical (BSCU) y vienen con el kit. Se debe garantizar la trazabilidad de todas las muestras de la donación.

1. Se colocará una etiqueta, con número y código de barras:
 - En la bolsa primaria de recogida de SCU, debajo de la bolsa de protección y en la etiqueta que trae puesta de origen la casa comercial.
 - En la etiqueta parcial (pegatina grande entregada por el Banco) destinada a la bolsa de protección de la bolsa de recogida de SCU, en los tubos de sangre materna.
 - En el envase donde se ha colocado el fragmento de cordón umbilical.
 - En el formulario de extracción donde se rellenan los datos del parto.
 - En el consentimiento informado.
2. Se colocará la etiqueta parcial (pegatina cuadrada grande) en la bolsa de protección de la bolsa de recogida de SCU. Sobre ella, a su vez, se adhieren otras dos etiquetas:
 - Una con el código de barras.
 - Una etiqueta del hospital con los datos identificativos de la donante.
3. Se colocará una etiqueta del hospital con los datos identificativos de la madre:
 - En la etiqueta parcial que se adhiere a la bolsa de protección de la bolsa de recogida de SCU.
 - En la primera página del consentimiento.
 - En el documento donde van los datos del parto.
 - En la bolsa donde va todo el material de la donación.
4. Se colocará una etiqueta, sólo con número:
 - En la hoja de registro que queda en paritorio.

Empaquetado:

Todo el material de la donación (Bolsa de SCU, tubos con las muestras de sangre materna,

tubo con fragmento de cordón, copia del consentimiento y documentos) se introducirá en una bolsa que facilitará el servicio de esterilización.

Registro de documentos:

Una copia del consentimiento se guardará en la historia de la donante, otra se dará a la madre y otra se enviará al BSCU.

En el hospital existirá un registro de las unidades de sangre donadas con los datos de la madre donde se guardará una copia del formulario de donación voluntaria.

En el registro de las donaciones, se adjuntará al documento anterior una copia del informe de alta de la donante y del recién nacido.

En cada maternidad debe existir un registro de:

- Unidades donadas con el nombre y apellidos de la madre.
- Unidades no recogidas con nombre y apellidos de la madre.
- Unidades recogidas y no enviadas con el nombre y apellidos de la madre, siempre con el número identificativo de la donación.

En el laboratorio del hospital se llevará un registro con el número de muestras enviadas.

Almacenamiento y transporte:

La bolsa no deberá permanecer a temperatura ambiente más de tres horas, por lo cual, una vez comprobada la trazabilidad, etiquetado y empaquetado se trasladará al laboratorio y se conservará a 4º C.

Para su traslado al BSCU se colocará en un contenedor isotérmico facilitado por el BSCU.

Llevará una etiqueta exterior (de sustancia biológica de categoría B) y se identificará la procedencia y destino.

La preparación del contenedor isotérmico se realizará en el momento en que la empresa de transporte venga a recogerlo. El embalaje debe consistir en tres componentes:

- Recipiente primario (bolsa de sangre de cordón).
- Embalaje secundario (bolsa de plástico resistente).
- Embalaje exterior rígido (contenedor isotérmico).

Cada muestra de SCU se introducirá en una bolsa y para el envío se preparará alternando acumulador-bolsa-acumulador, sin que queden superpuestas. Siempre irá un acumulador más que el número de muestras y no se transportarán más de cuatro muestras por contenedor.

Los técnicos de laboratorio y el transportista cumplimentarán el formulario en la parte que les corresponde, que será devuelto por el BSCU al hospital emisor para hacer constar su recepción.

Se deben enviar las muestras de donación antes de 24 horas, ya que el procesamiento, comprobación de la celularidad y separación de los componentes de la sangre se debe realizar antes de 48h.

En el BSCU se procederá al análisis de las muestras y su conservación en criopreservación a -196°C ; estas muestras pasarán a formar parte del archivo nacional REDMO para su uso cuando algún paciente histocompatible lo necesite.

Bibliografía:

1. RD 1301/2006 de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.
2. Donación y uso privativo de la sangre del cordón umbilical: Aspectos Jurídicos. David Larios Risco. Derecho y salud, ISSN 1133-7400, Vol. 15, Nº. 2, 2007, pag 199-200.

Capítulo CLVIII

Protocolo de investigación para un futuro estudio descriptivo con técnica Delphi sobre las competencias que los enfermeros de emergencias deben tener para la asistencia en transporte sanitario terrestre tipo C en España

Autores:

Laura Montero Andrés

Mercedes Pérez Bueno

VIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL 19 y 20 noviembre 2015



“Protocolo de investigación para un futuro estudio descriptivo con técnica Delphi sobre las competencias que los enfermeros de emergencias deben tener para la asistencia en transporte sanitario terrestre tipo C en España”

1. Introducción

La Enfermería ha encontrado en las áreas de la urgencia, emergencia y el transporte sanitario, un nuevo ámbito de crecimiento y desarrollo de la profesión. Según López Alonso et al. 2012, la Enfermera de Práctica avanzada es el profesional idóneo para dar respuesta al continuo incremento de las demandas de atención urgente en los domicilios, debido a la alta y creciente capacidad de resolución, además del carácter de la demanda asistencial. En España, como en el resto de países de nuestro entorno socio-económico, la demanda de atención urgente a domicilio está experimentando un progresivo crecimiento al que ha contribuido el envejecimiento de la población. Esta asistencia por parte de Enfermería ha demostrado ser clínicamente efectiva, además de demostrar su gran capacidad para valorar a los pacientes con un amplio enfoque socio-cultural.

1.1. En los países de nuestro entorno han proliferado los modelos asistenciales a la urgencia y emergencia donde la enfermera se encuentra prestando servicio en ambulancia junto a técnicos y sin la presencia de médicos, entre los que destacan Reino Unido, Finlandia, Países Bajos y especialmente, Suecia

1.2. **En España:** Real Decreto 836/2012 de 25 de mayo, permite la asistencia por parte de equipos de emergencia compuestos por enfermero y técnico sanitario, denominando a este transporte “ambulancias asistenciales de clase C”. Sin embargo, solamente 3 **Comunidades Autónomas** han puesto en recursos móviles liderados por enfermeros en sus respectivos Servicios de Salud.

• **Osakidetza y el Servicio Canario de Salud:**



“Soporte Vital con Enfermería (SVE)”



“Ambulancias Sanitarizadas”

• **Servicio Andaluz de Salud:** equipos asistenciales compuestos por una enfermera de Práctica Avanzada y un conductor/celador en un vehículo convencional

1.3. **Las competencias de la Enfermería de la Emergencia:** destaca la aportación de la autora Björn-Ove Suserud. En España, nos remitimos, a la LOPS de 21 de noviembre de 2003 y al Libro Blanco de La Enfermería redactado por la ANECA*, sobre el perfil de la profesional generalista. Pero de forma específica es la SEEUE** la que recoge el perfil general de la enfermera de urgencias y emergencias.

1.4. **Antecedentes en la literatura:** cinco estudios descriptivos con metodología cualitativa (dos de ellos con técnica Delphi) publicados únicamente en Suecia. En España, Fabrellas et al 2011 y López Alonso et al 2012 elaboraron estudios de tipo cuantitativo sobre la efectividad del trabajo enfermero en la urgencia y emergencia.

2. Objetivo

El objetivo del futuro estudio será tratar de conocer cuáles son las competencias que los propios profesionales expertos consideran necesarias para trabajar como enfermero especialista en emergencias que presta cuidados en transporte sanitario por carretera de tipo C.

3. Material y método

3.1. **Diseño:** se llevará a cabo un estudio descriptivo de diseño cualitativo y utilizará la técnica Delphi modificada por los autores Williams y Webb, 1994 al igual que el trabajo de Wihlborg et al. 2012. Se invitará a participar a un panel de entre 20 y 40 enfermeros expertos en la emergencia para expresar sus puntos de vista sobre las competencias deseables para los enfermeros en ambulancia, con la intención de alcanzar el mayor grado de consenso (Tabla 1).

3.2. **VARIABLES, RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:** las consultas al panel se harán en tres rondas sucesivas, (Figura 1), por vía telemática. En cada ronda se les enviará un cuestionario on-line para la recogida de los datos, utilizando la aplicación Drive™ de Google™. Para el análisis de las variables cuantitativas que se extraigan a partir del primer cuestionario, se utilizará el paquete estadístico SPSS™ de IBM™, versión 13.

3.3. **Permisos:** se remitirá un consentimiento informado a los participantes aclarándoles que sus opiniones serán recopiladas y guardadas con estricta confidencialidad por las autoras.

Tabla 1. Características del panel de expertos enfermeros. Ámbitos donde desarrollan su carrera profesional. Años de experiencia en el transporte sanitario.

ÁMBITO	EXPERIENCIA PROFESIONAL
Transporte sanitario	0-1 año
	1-3 años
	3-5 años
Servicio hospitalario de Urgencias	0-5 años
	5-15 años
Gestión sanitaria	
Docencia (Universidad)	
Investigación	
Sindicatos o asociaciones profesionales	

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de análisis cualitativo.



4. Aplicabilidad de los resultados:

Se contribuirá a proveer de mayor conocimiento, procedente en este caso, de la experiencia de prestigiosos enfermeros del país, sumado al de guías clínicas y normativas específicas. La fortaleza de este estudio radica en que no hay ninguno de este tipo publicado en España.

5. Cronograma:

La actividad investigadora se llevará a cabo en un período previsto de 9 meses (Tabla 2)

Tabla 2. Cronograma de la actividad investigadora

FECHAS PREVISTAS	ACTIVIDAD PROGRAMADA
1 marzo 2016 - 31 mayo 2016	Localización de los expertos
15 junio 2016 - 31 julio 2016	Envío del primer cuestionario el primer día del periodo y el resto del mismo, recepción de las respuestas
1 agosto 2016 - 14 agosto 2016	Análisis cualitativo de las respuestas abiertas remitidas por los expertos
15 agosto 2016 - 14 septiembre 2016	Envío del segundo cuestionario el primer día del periodo y el resto del mismo, recepción de las respuestas
15 septiembre 2016 - 30 septiembre 2016	Análisis estadístico de la información contenida en el segundo cuestionario
1 octubre 2016 - 31 octubre 2016	Envío del tercer cuestionario el primer día del periodo y el resto del mismo, recepción de las respuestas
1 noviembre 2016 - 15 noviembre 2016	Análisis estadístico de la información contenida en el tercer cuestionario

6. Plan de difusión de resultados:

Una vez finalizado el trabajo de campo, recopilada la información aportada a través de los cuestionarios y redactado un manuscrito, las autoras esperan poder publicar el futuro estudio en forma de artículo original. Las revistas a las que se enviará el manuscrito para que sea revisado por pares serán, en este orden: *International Emergency Nursing, British Association of Critical Care Nurses – Nursing in Critical Care- e Index de Enfermería.*

7. Plan de difusión de resultados:

No se considera necesario la elaboración de un presupuesto detallado de insumos y coste porque no se incurrirá en gasto o éste será mínimo; las autoras aportarán sus propios equipos informáticos así como las conexiones telefónicas, se contará con la ayuda desinteresada de un profesional estadístico que aportará la licencia del paquete SPSS™, sin que ello suponga desembolso económico. El uso de la aplicación de modelos de cuestionarios es gratuita.

*Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad. **Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.



Resumen: La demanda de atención urgente y domiciliaria está aumentando en España y esto favorece el desarrollo de la Enfermería de Urgencias y Emergencias. La intención del futuro estudio será tratar de conocer cuáles son las competencias que los propios profesionales expertos consideran necesarias para los enfermeros de emergencias que prestan cuidados en el transporte sanitario por carretera de tipo C. El diseño será de tipo cualitativo y utilizará, vía telemática, la técnica Delphi. Una vez finalizado el trabajo de campo, se espera publicar en forma de artículo original, cuya fortaleza radica en la ausencia de trabajos similares en nuestro país.

Palabras Clave: Enfermera; Emergencias; Competencias.

Introducción:

Históricamente, los servicios de ambulancia habían sido vistos únicamente como la organización del transporte de pacientes hacia el hospital, pero actualmente son ya una disciplina de cuidados pre-hospitalarios en la emergencia y una rama imprescindible de la enfermería de práctica avanzada. La enfermería ha encontrado en las áreas de la urgencia, emergencia y el transporte sanitario, un nuevo ámbito de crecimiento y desarrollo de la profesión. Según López Alonso et al. 2012, la enfermera de práctica avanzada es el profesional idóneo para dar respuesta al continuo incremento de las demandas de atención urgente en los domicilios, debido a la alta y creciente capacidad de resolución, además del carácter de la demanda asistencial (al que ha contribuido el envejecimiento de la población). La asistencia por parte de enfermería ha demostrado ser efectiva, no sólo para problemas de salud no urgentes, sino también para resolver con éxito otros problemas de carácter urgente.

En los países de nuestro entorno han proliferado los modelos asistenciales a la urgencia y emergencia donde la enfermera se encuentra prestando servicio en ambulancia junto a técnicos, entre los que destacan Reino Unido, Finlandia, Países Bajos y especialmente, Suecia. En nuestro país, gracias a la entrada en vigor del Real Decreto 836/2012 de 25 de mayo, se permite la asistencia por parte de equipos de emergencia compuestos por enfermero y técnico sanitario en las ambulancias asistenciales de clase C. Sin embargo, solamente tres Comunidades Autónomas han puesto en marcha la asistencia urgente por carretera liderada por enfermeros (Osakidetza, Servicio Canario de Salud y Servicio Andaluz de Salud).

Según Björn-Ove Suserud, la enfermera que presta asistencia en la ambulancia necesita una amplia base de conocimiento y de habilidades para aplicar en muy diferentes escenarios. En la literatura se han encontrado varios trabajos de reciente publicación que profundizan en la enfermería de urgencias y emergencias practicada en el transporte sanitario, a través de métodos cualitativos, y todos ellos proceden de Suecia. Concretamente, el trabajo de Wihlborg et al. 2014 utilizó la técnica Delphi para tratar de conocer cuáles eran las competencias deseables. Varios son los autores que en España han tratado el tema, de entre los que destacan trabajos de López Alonso.

Sin embargo, no se ha publicado en España ningún estudio de tipo cualitativo, ni tampoco específico sobre las competencias de la enfermera de emergencias en el transporte sanitario tipo C.

Objetivos:

El objetivo del futuro estudio será tratar de conocer cuáles son las competencias que los propios profesionales expertos consideran necesarias para trabajar como enfermero en emergencias prestando cuidados en el transporte sanitario por carretera de tipo C.

Material y métodos:

1. Diseño.

Para conocer el estado del conocimiento, se consultaron las siguientes bases de datos: Cochrane, PubMed, CINAHL y Scielo. Los términos de búsqueda utilizados en la sección de título así como su sintaxis, fueron estos: [(nurse) OR nurses OR nursing OR paramedical) AND (ambulance OR emergency OR emergencias OR prehospital OR response)].

El futuro estudio tendrá un diseño cualitativo y utilizará la técnica Delphi modificada, al igual que el trabajo de Wihlborg et al. en el año 2014. Se invitará a participar a un panel de expertos enfermeros para expresar sus puntos de vista sobre las competencias deseables para los enfermeros de emergencias en ambulancia, con la intención de alcanzar el mayor grado de consenso. El panel de expertos será consultado en tres rondas de cuestionarios. Los expertos serán reclutados con la intención de obtener múltiples perspectivas, representando variedad de organizaciones, experiencia y contextos profesionales y se procurará que procedan de diferentes Comunidades Autónomas y sus respectivos Servicios de Salud. Todos ellos serán expertos en cuidados en la emergencia y en su mayoría serán expertos en la emergencia practicada en el transporte sanitario. La principal autora usará su conocimiento personal y la literatura hallada para seleccionar la primera línea de expertos que recomendarán otros nombres hasta reunir un número de entre 20 y 40 miembros.

2. Variables, recolección y análisis de datos.

Los datos se recopilarán utilizando la aplicación Drive™ de Google™ de cuestionarios on-line. El primer cuestionario contendrá una única pregunta abierta para describir con sus propias palabras las competencias que crean necesarias. A continuación se llevará a cabo el análisis de esta primera cuestión para extraer unidades de significado que serán convertidas en códigos (oraciones gramaticales) que los expertos deberán considerar (valorar) en el segundo cuestionario. Los expertos serán invitados a calificar estas oraciones según su nivel de acuerdo, usando una escala tipo Likert de cuatro grados. Estas respuestas serán analizadas usando el paquete estadístico SPSS™ de IBM™, versión 13. El tercer cuestionario consistirá en remitir las mismas oraciones que en el segundo, pero ya los resultados de ese cuestionario aparecerán presentados en forma de diagrama de barras y valores numéricos para volver a responder sobre el grado de acuerdo con las oraciones. Después se analizarán los resultados.

3. Permisos.

El futuro estudio será de tipo observacional y ni siquiera requerirá del contacto con pacientes por lo que se considera que no ha de solicitar permiso a la Comisión de Bioética correspondiente.

4. Aplicabilidad de los resultados.

El valor añadido por el futuro estudio, se basa en la experiencia profesional y maestría de prestigiosos profesionales de la enfermería española y contribuirá a proveer de mayor conocimiento, sumando al aportado por guías clínicas y normativas específicas.

5. Cronograma.

La actividad investigadora se desarrollará en un plazo previsto de nueve meses.

6. Plan de difusión de resultados.

Una vez finalizado el trabajo de campo y redactado un manuscrito, las autoras esperan poder publicar en forma de artículo original, por lo que enviarán dicho manuscrito para que sea revisado por pares en distintas publicaciones científicas.

7. Equipos con los que se cuenta y presupuesto.

No se considera necesario la elaboración de un presupuesto detallado de insumos y coste, debido a que el gasto será mínimo. De un lado, las autoras aportarán sus propios equipos informáticos y no será necesario el gasto por desplazamiento.

Bibliografía:

1. López Alonso SR, Martín Caravante S. Enfermera de Práctica Avanzada para las Urgencias a Domicilio. *Index de Enfermería*. 2012;21:117-8.
2. Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. (Consultado en mayo de 2015) Disponible en:
3. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-7655
4. Suserud BO. A new profession in the pre-hospital care field--the ambulance nurse. *Nurs Crit Care*. 2005;10(6):269-71.
5. Wihlborg J, Edgren G, Johansson A, Sivberg B. The desired competence of the Swedish ambulance nurse according to the professionals - a Delphi study. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(3):127-33.

Capítulo CLVIX

Protocolo de revisión y organización del carro de paradas cardiorrespiratorias

Autores:

María Chaparro León

María Ángela Pérez Torija

PROTOCOLO DE REVISION Y ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS

Objetivo

Mejorar la respuesta asistencial de los profesionales sanitarios (DUES) ante una parada cardio-respiratoria, reduciendo así la mortalidad y secuelas que se causan en la RCP en el medio hospitalario.
Disponer de todos los recursos necesarios para atender de forma rápida y segura una RCP.

Definición

En la práctica clínica los profesionales sanitarios deben tomar decisiones constantemente, que se sustentan en la formación adquirida y en la experiencia profesional, pero también influenciadas por el medio hospitalario (lugar) donde se realizan, los recursos humanos y materiales, así como de la organización de estos.
El carro de paradas es un instrumento que permite tener al alcance los medios imprescindibles para dar respuesta eficaz a una situación de RCP y puede tener incorporación de un desfibrilador.

Procedimiento:

El carro de paradas estará ubicado en un lugar predeterminado, accesible y conocido. Todo el personal de enfermería debe tener conocimiento del contenido, disposición del material y medicación del carro.

Técnica

Debe hacerse de forma periódica.
Una vez al día como mínimo (establecerá esta periodicidad los supervisores del servicio).
Será una enfermera la que lo realice. Pero la supervisión del servicio debe establecer dicho encargo. Por ejemplo: "el DUE del turno de mañana del sector A".
La preparación incluye revisión, limpieza y reposición.

medicación:

Junto al carro de paradas se pondrá un listado con toda la medicación que debe haber. Se revisará y leerá el listado. Se comprobará lo que falta y lo que no. Se revisarán también las fechas de caducidad.

Por ejemplo:

Adrenalina (5ampollas iv)
Atropina (5ampollas iv)
Bicarbonato 1molar (5ampollas)
Cloruro cálcico (5ampollas)
Lidocaína 1% y al 5% (5ampollas de cada)
Sulfato magnésico (5ampollas)
Antiséptico (3botes)
Suero fisiológico 1000ml iv (6unidades)
Suero fisiológico 500ml iv (6unidades)
Suero glucosado al 5% 500ml iv (6unidades)

Todo lo que falte, vaya a caducar o ya lo esté, se anotará y se pedirá a farmacia. Cuando tengamos esta medicación se repondrá y colocará en su sitio.

materia de apertura vía aérea y ventilación:

Igual que en la medicación se revisará el listado con el material de apertura de vía aérea y ventilación necesario. Se comprobará la caducidad y que no falte nada.

Por ejemplo:

Tabos de Guedel de cada tamaño (2unidades)
Ambu
Válvulas de conexión en T (ambu) (2unidades)
Mascarillas de oxígeno (4unidades)
Laringoscopios (2unidades)
Etc..

Todo lo que falte o este caducado se pedirá o cogerá del almacén. Pediremos ayuda a personal auxiliar de enfermería para obtener todo lo que nos falte, cuando lo tengamos se colocará en su sitio.

materia para soporte circulatorio y complementario:

Igual que la preparación de material aéreo y medicación, revisaremos el listado verificando lo que tenemos y lo que nos falta.

Por ejemplo:

Compresor (2unidades)
Gasas (5unidades bolsas)
Catéter de nº16 (8unidades)
Catéter de nº18 (8unidades)
Catéter de nº20 (8unidades)
Material de fijación (10unidades)
Sistema de suero(10unidades)
Catéter de punción de vía central (3unidades)
Paño estéril (2unidades)
Guantes estériles (3unidades de cada talla)
Seda con aguja
Tijeras
Llave de tres pasos(10unidades)
Jeringas de 5ml y de 10ml (10unidades de cada)
Agujas intravenosas e intramusculares (10unidades)

Todo lo que falte se pedirá o se cogerá y se repondrá. Pediremos ayuda al personal auxiliar si fuese necesario.

¿Qué revisar?

-En la medicación: la existencia, caducidad y número de unidades.
-En el material: la existencia, caducidad, número de unidades y comprobación del funcionamiento de dicho material.

¿Cuándo revisar?

-Con la periodicidad establecida por la supervisión.
-Siempre después de su utilización.



Conclusión:

Este protocolo se crea con el fin de establecer unos criterios mínimos unificados, en cuanto a la dotación y revisión del material integrante de un Carro de Paradas que permita a los profesionales responder adecuadamente a la situación, de manera que todo lo necesario esté disponible y en perfecto estado, minimizando la posibilidad de error. Debido a que la parada cardio-respiratoria es una de las principales causas de muerte y se considera un problema sanitario importante.

Registro

Existirá un libro habilitado para este uso.
En este libro se anotará:
-Fecha de revisión.
-Nombre y apellidos del enfermero.

-El carro debe estar limpio y ordenado.
-Todos los fármacos estarán identificados en su cajetín y no estarán caducados.
-Presencia del documento "Estado de medicación y material del carro de paradas".
-Si hay varios carros en la misma unidad, todos los carros deben estar organizados de igual forma, con los fármacos y material de igual manera y cantidad indicada.

Resumen: El Carro de Parada es un dispositivo móvil que debe contener el material imprescindible para la atención inmediata del paciente en parada cardiorespiratoria. Su contenido debe estar sistematizado, con normas claras de uso, reposición y mantenimiento y reservado para situaciones de Urgencia Vital. Este protocolo establece unas pautas a seguir para la correcta reposición y mantenimiento de dicho carro.

Palabras Clave: Paro Cardíaco; Protocolos; Enfermería.

Introducción:

En la práctica clínica los profesionales sanitarios deben actuar y tomar decisiones constantemente, que se sustentan en la formación adquirida y en la experiencia profesional, pero también influenciadas por el medio hospitalario donde se realizan, los recursos humanos y materiales, así como de la organización de estos. El carro de paradas es un instrumento que permite tener al alcance los medios imprescindibles para dar respuesta eficaz a una situación de RCP y puede tener incorporación de un desfibrilador.

Los objetivos son mejorar la respuesta asistencial de los profesionales sanitarios ante una parada cardio-respiratoria, reduciendo así la mortalidad y secuelas que se causan en la RCP en el medio hospitalario, y disponer de todos los recursos necesarios para atender de forma rápida y segura una RCP.

Procedimiento:

El procedimiento que vamos a seguir para llevar a cabo este protocolo consiste en diferentes actuaciones:

Primero vamos a atender a la ubicación de dicho carro. El carro de paradas estará ubicado en un lugar predeterminado, accesible y conocido. Todo el personal de enfermería debe tener conocimiento del contenido, disposición del material y medicación del carro.

En cuanto a la medicación que contiene el carro de paradas debemos tener en cuenta que junto al carro de paradas se pondrá un listado con toda la medicación que debe haber. Se revisará y leerá el listado. Se comprobará lo que falta y lo que no. Se revisarán también las fechas de caducidad. Por ejemplo: adrenalina (5 ampollas iv), atropina (5 ampollas iv), bicarbonato 1molar (5 ampollas), cloruro cálcico (5 ampollas), lidocaína 1% y al 5% (5 ampollas de cada), sulfato magnésico (5 ampollas), antiséptico (3 botes), suero fisiológico 1000ml iv (6 unidades), suero fisiológico 500ml iv (6 unidades), suero glucosado al 5% 500ml iv (6 unidades), etc. Todo lo que falte, vaya a caducar o ya lo esté, se anotará y se pedirá a farmacia. Cuando tengamos esta medicación se repondrá y colocará en su sitio.

En cuanto al material de apertura vía aérea y ventilación que contiene el carro debemos tener en cuenta que igual que en la medicación se revisará el listado con el material de apertura de vía aérea y ventilación necesario. Se comprobará la caducidad y que no falte nada. Por ejemplo: tubos de Guedel de cada tamaño (2 unidades), ambú, válvulas de conexión en T para ambú (2 unidades), mascarillas de oxígeno (4 unidades), laringoscópios (2 unidades), etc.

Todo lo que falte o este caducado se pedirá o cogerá del almacén. Pediremos ayuda a personal auxiliar de enfermería para obtener todo lo que nos falte, cuando lo tengamos se colocará en su sitio.

Con el material para soporte circulatorio y complementario haremos lo mismo que en la preparación de material aéreo y medicación, revisaremos el listado verificando lo que tenemos y lo que nos falta. Por ejemplo: compresor (2 unidades), gases (5 unidades bolsas), catéter de nº16 (8 unidades), catéter de nº18 (8 unidades), catéter de nº20 (8 unidades), material de fijación (10 unidades), sistema de suero (10 unidades), catéter de punción de vía central (3 unidades), paño estéril (2 unidades), guantes estériles (3 unidades de cada talla), seda con aguja, tijeras, llave de tres pasos (10 unidades), jeringas de 5ml y de 10ml (10 unidades de cada), agujas intravenosas e intramusculares (10 unidades). Todo lo que falte se pedirá o se cogerá y se repondrá. Pediremos ayuda al personal auxiliar si fuese necesario.

Técnica:

Debe hacerse de forma periódica. Una vez al día como mínimo (establecerá esta periodicidad los supervisores del servicio). Será una enfermera la que lo realice. Pero la supervisión del servicio debe establecer dicho encargo. Por ejemplo: "el DUE del turno de mañana del sector A". La preparación incluye revisión, limpieza y reposición.

- Lo que se debe revisar es:
 - En la medicación: la existencia, caducidad y número de unidades.
 - En el material: la existencia, caducidad, número de unidades y comprobación del funcionamiento de dicho material.
- ¿Cuándo revisar?
 - Con la periodicidad establecida por la supervisión.
 - Siempre después de su utilización.
 - El carro debe estar limpio y ordenado.
 - Todos los fármacos estarán identificados en su cajetín y no estarán caducados.
 - Presencia del documento "listado de medicación y material del carro de paradas".
 - Si hay varios carros en la misma unidad, todos los carros deben estar organizados de igual forma, con los fármacos y material de igual manera y cantidad indicada.

Registro. Existirá un libro habilitado para este uso. En este libro se anotará:

- Fecha de revisión.
- Nombre y apellidos del enfermero.

Bibliografía:

1. Rivas M. Manual de Urgencias. 2ª ed. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2010 (1).
2. García-Gil D, Mensa J. Terapéutica Médica en Urgencias. 2ª ed. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2010 (2).
3. Moya Mir MS. Normas de Actuación en Urgencias. 5ª ed. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2011 (3).
4. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Ed. Elsevier. Madrid, 2010 (4).
5. López González JI. Esquemas prácticos en Medicina de Urgencias y Emergencias. 3ª ed. Ed. Publi-med. Madrid, 2011.

Capítulo II

Protocolo de tratamiento de UPPs en residencia de mayores

Autores:

Estrella Del Carmen Espinosa Muñoz

Alfonsa Núñez Ballesteros

Raquel Osorio Díaz

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE UPPs EN RESIDENCIA DE MAYORES

1- OBJETIVO PRINCIPAL:

- Unificar criterios respecto a la prevención y realización de curas de UPPs, marcando pautas concretas en nuestro centro residencial.
- **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**
- Dar a conocer nuestro protocolo de curas a los profesionales de enfermería (actuales, nuevas incorporaciones y alumnos de enfermería).
- Adaptar nuestra metodología de cuidados de UPPs al material disponible.
- Abaratar costes económicos, ya que estandariza la utilización de recursos.
- Facilidad de cumplimiento.
- Accesibilidad de consulta.
- Posibilidad de revisión.

2-METODOLOGÍA:

- Planificación y diseño del protocolo dirigido a los profesionales y alumnos de enfermería, mediante el uso de bibliografía consultada y de nuestra propia experiencia (observación, evolución...) en cuidado de UPPs.

3-INTERVENCIÓN:

- Presentación ante los profesionales de enfermería, (vía SOFOS).
- Implantación del protocolo en cada una de las plantas del centro residencial.

ESTADIO	DEFINICION	TRATAMIENTO			
PREULCERA	Piel intacta. Eritema que desaparece al eliminar la presión.	ACIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS HIDROCELULAR NO ADHESIVO ANATOMICO			
I	Eritema que no palidece. Piel intacta, calor, edema e induración.	ACIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS ESPUMA DE POLIURETANO ABSORVENTE FILM DE POLIURETANO +BORDE DE SILICONA (HYDROFIBER) ESPUMA DE POLIURETANO CON BORDE ADHESIVO			
II	Pérdida parcial de la dermis, epidermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de flictena o cráter superficial	EPITELIZACION	ALGINATO DE IONES (Ca,Zn,Mn) ACIDO HIALURÓNICO	ESPUMA DE POLIURETANO ABSORVENTE	
		LEVE EXUDADO	HIDROGEL ACIDO HIALURÓNICO	ESPUMA DE POLIURETANO Y SILICONA ADHESIVA	
		ABUNDANTE EXUDADO	ALGINATO DE Ca Y Na	FILM DE POLIURETANO+BORDE DE SILICONA ESPUMA DE POLIURETANO CON BORDE ADHESIVO HIDROCELULAR ADHESIVO	
III	Pérdida parcial de tejido en profundidad que afecta a nivel subcutáneo. Puede haber tejido necrosado.	DESRIDAMIENTO	NECROSIS SECA	HIDROGEL+COLAGENASA+APOSITO SECUNDARIO	
			NECROSIS HUMEDA / ESFACELOS	LEVE EXUDADO	HIDROGEL+COLAGENASA+APOSITO SECUNDARIO
				ABUNDANTE EXUDADO	ALGINATO DE Ca y Na+HIDROGEL+COLAGENASA+APOSITO SECUNDARIO
IV	Pérdida total del grosor de la piel, necrosis de tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén.	GRANULACION	LEVE EXUDADO	HIDROGEL+ALGINATO DE Ca y Na+APOSITO SECUNDARIO	
			ABUNDANTE EXUDADO	ALGINATO DE Ca y Na+APOSITO SECUNDARIO	
INFECCION	Presenta aumento del dolor, inflamación, olor y exudado purulento.	LIMPIEZA CON SOLUCION PARA LAVADO Y DESCONTAMINACIÓN	LEVE EXUDADO	MUPIROCINA SULFADIAZINA ARGENTICA HYDROFIBER+PLATA IÓNICA MALLA DE CARBÓN Y PLATA (EN CASO DE MAL OLOR)	+ APOSITO SECUNDARIO
			ABUNDANTE EXUDADO	HYDROFIBER+PLATA IÓNICA MALLA DE CARBÓN Y PLATA (EN CASOS DE MAL	+ APOSITO SECUNDARIO

4-CONCLUSIONES:

- La realización de la guía nos ha conducido a revisar los conocimientos sobre prevención y cuidado de UPPs.
- La unificación de criterios del equipo de enfermería aumenta la calidad de los cuidados.
- El uso correcto del protocolo resuelve dudas frente al cuidado de UPPs.

Resumen: Unificar criterios respecto a la prevención y realización de curas de UPPs, marcando pautas concretas en nuestro centro Residencial.

Palabras Clave: Pressure Ulcers; Protocol; Nursing Staff.

Objetivos:

Objetivo principal: Unificar criterios respecto a la prevención y realización de curas de UPPs, marcando pautas concretas en nuestro centro residencial.

Como objetivos secundarios:

- Dar a conocer nuestro protocolo de curas a los profesionales de enfermería (actuales, nuevas incorporaciones y alumnos de enfermería).
- Adaptar nuestra metodología de cuidados de UPPs al material disponible.
- Abaratar costes económicos, ya que estandariza la utilización de recursos.
- Facilidad de cumplimiento.
- Accesibilidad de consulta.
- Posibilidad de revisión.

Metodología:

Planificación y diseño del protocolo dirigido a los profesionales y alumnos de enfermería, mediante el uso de bibliografía consultada y de nuestra propia experiencia (observación, evolución...) en cuidado de UPPs.

Intervención:

- Presentación ante los profesionales de enfermería, vía SOFOS.
- Implantación del protocolo en cada una de las plantas del centro residencial.

El esquema realizado para aplicar el tratamiento, está basado en función del estadio de la úlcera (Preúlceras, Grados I, II, III, IV), incluyendo también si está infectada, aplicando distintos tipos de materiales (pomadas, geles, apósitos primarios y secundarios) y si la misma tiene necrosis, nivel de exudado, tejido epitelizado o en fase de granulación.

Conclusiones:

- La realización de la guía nos ha conducido a revisar los conocimientos sobre prevención y cuidado de UPPs.
- La unificación de criterios del equipo de enfermería aumenta la calidad de los cuidados.
- El uso correcto del protocolo resuelve dudas frente al cuidado de UPPs.

Bibliografía:

1. SOLDEVILLA, J. "Guía práctica en la atención de úlceras de piel". Braun 1994.
2. ROMA, M y col... "Úlceras de piel, reto para enfermería". Rol de Enfermería nº 136: 31-40.
3. ARTIENDA GONZALEZ-GRANDA C., ARRIBAS BLANCO JOSE M^a. "Manual de sugerencias en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión". Jarpyo Ed.

Capítulo CLXI

Protocolo de Triage en urgencias hospitalarias

Autores:

María Chaparro León

María Ángela Pérez Torija



PROTOCOLO DE TRIAGE EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

El triage es un proceso de reciente incorporación a los Servicio de Urgencias Hospitalarios, y es un elemento de discusión habitual y que necesita de más estudios y trabajos para su evolución y perfeccionamiento.

OBJETIVOS

¿QUE ES EL TRIAGE?

Triage a nivel sanitario, se refiere al proceso de recepción y acogida por parte del personal sanitario para su posterior clasificación en niveles de gravedad que determinarán la prioridad en la atención.

Objetivos Generales:

Garantizar una óptima recepción y acogida de los pacientes por el/la DUE. Así, como una buena clasificación, adaptando las necesidades del paciente al medio hospitalario derivando a donde mejor convenga, atendiendo a la disponibilidad de recursos, medio físico y demanda de atención en el servicio.

Objetivos específicos:

- Evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías banales.
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden a urgencias, detectando sus principales problemas de salud.
- Garantizar una rápida atención sanitaria para reducir niveles de ansiedad del paciente y familiares por la espera.
- Aumentar la información del paciente sobre su situación real durante la espera.
- Garantizar buena gestión de recursos existentes, tanto físicos como humanos.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO Y METODOLOGIA:

Este protocolo de triage, está establecido para ser llevado a cabo, por la enfermera (DUE), pudiendo llegar a consultar con el facultativo alguna duda en casos especiales pero el proceso de triage lo realizará primordialmente la DUE:

1

Recepción y acogida

- El enfermero establece contacto con el paciente: se identifica, le explica el proceso y normas básicas del servicio (donde esperar).
- El enfermero decide que pacientes no deben esperar triage debido a la evidencia de su patología.
- Se realizará en un ambiente discreto y seguro, garantizando la privacidad del paciente

3

Clasificación

- Es la parte clave del proceso. Se hará siempre en base a signos y síntomas y no en base diagnósticos o sospechas médicas. Es un procedimiento continuo, donde se pueda ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera.
- El enfermero debe diferenciar entre prioridad clínica y prioridad relativa, debido a situaciones especiales. Por ejemplo; ancianos desorientados, pacientes psiquiátricos agresivos, agresiones sexuales...
- Es un procedimiento abierto, ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente. Por ejemplo, una hemorragia moderada deber ser tratada antes en un paciente con anemia crónica, que en un paciente que no padezca anemia. Es imprescindible explicarle al paciente y familiares el grado de gravedad y el tiempo de espera aproximado.
- Una vez realizada la clasificación el enfermero marcará el nivel de gravedad en la hoja de enfermería de urgencias.
- Nivel 1:** Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata. Por ejemplo: Politraumatizado grave, PCR...
- Nivel 2:** paciente agudo crítico. Pacientes que superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro. Dentro de este grupo nos encontraríamos con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico. Deben ser atendidos en menos de 10 minutos. Por ejemplo: coma, dolor torácico, estatus convulsivo...
- Nivel 3:** Agudo no crítico. Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. No deberían esperar mas de 30 minutos. Por ejemplo: cefalea, vértigo, dolor abdominal...
- Nivel 4:** Son aquellos usuarios que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. deberían antes de 2 horas. Por ejemplo: otalgias, procesos gripales, esguinces leves...

4

Distribución.

- El enfermo de triage debe decidir en ese momento cual es el área de servicio de urgencias más idóneo para su mejor atención.
- Pacientes de Nivel de gravedad 1: Se derivarán al Box de Críticos o Reanimación. Alertando al resto de personal participante. Personal mínimo para atender serán, 1 médico, 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería.
 - Pacientes de Nivel de gravedad 2: Se derivarán al Box de Críticos o Reanimación o también al Box General. Personal mínimo para atender serán, 1 médico, 1 enfermero y 1 auxiliar de enfermería.
 - Pacientes de Nivel de gravedad 3: Se derivarán al Box General o consulta rápida dependiendo de su estado.
 - Pacientes de Nivel de gravedad 4: Se derivarán a consulta rápida y en algunos casos al Box General.

2

Valoración

- El enfermero debe identificar el problema o motivo de consulta. Hacer una breve historia: Antecedentes personales (AP), Alergias a medicamentos (AMC), Valoración de signos y síntomas que presente el paciente.
- Entrevista breve para saber que le pasa al paciente, desde cuando le está pasando y si le había sucedido antes. Siempre con preguntas directas, de una en una y con lenguaje que el paciente entienda.
- Inspección general durante la entrevista para detectar situaciones que puedan afectar o poner en peligro la vida del paciente.
- Valorar: Estado respiratorio, circulatorio y neurológico.
- Realizar pruebas como FC, sat O2, Ta, Glucemia capilar escala de Glasgow.

Conclusión:

Al ser el triage un elemento de discusión habitual, se crea este protocolo con el fin de servir de ayuda a los servicios de urgencias hospitalarias, obteniendo los objetivos citados anteriormente. La elaboración de este protocolo abre la puerta a nuevas posibilidades de investigación en Enfermería.

Resumen: El triaje es la recepción y acogida del paciente que acude al hospital, realizada por la enfermera, para su posterior clasificación de gravedad que determinará la prioridad en la atención. Realizando un buen triaje. Se consigue adaptar las necesidades del paciente al medio hospitalario, así como evitar la demora a aquellos que presentan patologías graves frente a los que presentan patologías banales. Nos basaremos en una recepción, una valoración, una clasificación, y una distribución.

Palabras Clave: Triage; Enfermería; Servicios Médicos Urgencias.

El triaje es un proceso de reciente incorporación a los servicios de urgencias hospitalarios, y es un elemento de discusión habitual y que necesita de más estudios y trabajos para su evolución y perfeccionamiento.

El triaje a nivel sanitario se refiere al proceso de recepción y acogida por parte del personal sanitario para su posterior clasificación en niveles de gravedad que determinarán la prioridad en la atención.

Objetivos:

Garantizar una óptima recepción y acogida de los pacientes por el/la DUE. Así, como una buena clasificación, adaptando las necesidades del paciente al medio hospitalario derivando a donde mejor convenga, atendiendo a la disponibilidad de recursos, medio físico y demanda de atención en el servicio.

Objetivos específicos:

- Evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías banales.
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden a urgencias, detectando sus principales problemas de salud.
- Garantizar una rápida atención sanitaria para reducir niveles de ansiedad del paciente y familiares por la espera.
- Aumentar la información del paciente sobre su situación real durante la espera.
- Garantizar buena gestión de recursos existentes, tanto físicos como humanos.

Procedimiento utilizado y metodología:

Este protocolo de triaje, está establecido para ser llevado a cabo, por la enfermera (DUE), pudiendo llegar a consultar con el facultativo alguna duda en casos especiales, el proceso de triaje lo realizará primordialmente la DUE:

- Recepción y acogida
 - El enfermero establece contacto con el paciente: se identifica, le explica el proceso y normas básicas del servicio (donde esperar).

- El enfermero decide que pacientes no deben esperar triaje debido a la evidencia de su patología.
 - Se realizará en un ambiente discreto y seguro, garantizando la privacidad del paciente
- Valoración
- El enfermero debe identificar el problema o motivo de consulta.
 - Hacer una breve historia: Antecedentes personales (AP). Alergias a medicamentos (AMC).
 - Valoración de signos y síntomas que presente el paciente.
 - Entrevista breve para saber qué le pasa al paciente, desde cuando le está pasando y si le había sucedido antes. Siempre con preguntas directas, de una en una y con lenguaje que el paciente entienda.
 - Inspección general durante la entrevista para detectar situaciones que puedan afectar o poner en peligro la vida del paciente.
 - Valorar: Estado respiratorio, circulatorio y neurológico.
 - Realizar pruebas como FC, Sat O₂, Ta, Glucemia capilar escala de Glasgow.
- Clasificación
- Es la parte clave del proceso.
 - Se hará siempre en base a signos y síntomas y no en base diagnósticos o sospechas médicas.
 - Es un procedimiento continuo, donde se puede ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera.
 - El enfermero debe diferenciar entre prioridad clínica y prioridad relativa, debido a situaciones especiales. Por ejemplo; ancianos desorientados, pacientes psiquiátricos agresivos, agresiones sexuales...
 - Es un procedimiento abierto, ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente. Por ejemplo, una hemorragia moderada deber ser tratada antes en un paciente con anemia crónica, que en un paciente que no padezca anemia.
 - Es imprescindible explicarle al paciente y familiares el grado de gravedad y el tiempo de espera aproximado.
 - Una vez realizada la clasificación el enfermero marcará el nivel de gravedad en la hoja de enfermería de urgencias:
 - Nivel 1: emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata. Por ejemplo: Politraumatizado grave, PCR...
 - Nivel 2: paciente agudo crítico. Pacientes que superan la valoración ABC (vía

aérea, ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro. Dentro de este grupo nos encontraríamos con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico. Deben ser atendidos en menos de 10 minutos. Por ejemplo: coma, dolor torácico, estatus convulsivo...

- Nivel 3: Agudo no crítico. Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. No deberían esperar más de 30 minutos. Por ejemplo: cefalea, vértigo, dolor abdominal...
 - Nivel 4: Son aquellos usuarios que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. Deberían antes de 2 horas. Por ejemplo: otalgias, procesos gripales, esguinces leves...
- Distribución: El enfermo de triaje debe decidir en ese momento cual es el área de servicio de urgencias más idóneo para su mejor atención.
- Pacientes de nivel de gravedad 1: Se derivarán al box de críticos o reanimación. Alertando al resto de personal participante. Personal mínimo para atender serán, 1 médico, 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería.
 - Pacientes de nivel de gravedad 2: Se derivarán al box de críticos o reanimación o también al box general. Personal mínimo para atender serán, 1 médico, 1 enfermero y 1 auxiliar de enfermería.
 - Pacientes de Nivel de gravedad 3: Se derivarán al box general o consulta rápida dependiendo de su estado.
 - Pacientes de Nivel de gravedad 4: Se derivarán a consulta rápida y en algunos casos al box general.

Conclusión:

Al ser el triaje un elemento de discusión habitual, se crea este protocolo con el fin de servir de ayuda a los servicios de urgencias hospitalarias, obteniendo los objetivos citados anteriormente.

La elaboración de este protocolo abre la puerta a nuevas posibilidades de investigación en enfermería.

Bibliografía:

1. Beveridge R (1). The Canadian Triage and acuity scale: A new and critical element in health care reform. *J Emerg Med* 1998;16:507-511.
2. Gómez J. (2) Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174.
3. Gómez J. (3) Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006; 18: 156-164.
4. Grupo de triaje de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias.(4) Sistema Español de triaje (SET). Madrid: Edicomplet 2004.

Capítulo CLXII

Protocolo extracción de sangre y tejido del cordón umbilical

Autores:

María Del Carmen Núñez Romero

Francisca Ruiz López

Pilar Ruiz Morcillo

M^a Cristina Sánchez Díaz

PROTOCOLO EXTRACCIÓN DE SANGRE Y TEJIDO DEL CORDÓN UMBILICAL

INTRODUCCIÓN

La sangre que contiene el cordón umbilical es rica en células progenitoras hematopoyéticas, capaces de regenerar por completo la médula ósea y el sistema inmunitario, beneficiando así a pacientes con enfermedades oncohematológicas mediante su trasplante.

La recogida de sangre de cordón umbilical, después del nacimiento y la sección del cordón, no supone ningún riesgo para la madre ni para el hijo.

OBJETIVO

- Actualizar conocimientos basados en la evidencia para garantizar la calidad y seguridad en la extracción de sangre del cordón umbilical (SCU), su transporte y criopreservación.
- Elaborar un protocolo de actuación común de los profesionales sanitarios que participan en la extracción.

MÉTODOLÓGIA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos, COCHRANE, MEDLINE y CUIDEN. Palabras clave: cordón umbilical, banco de sangre.

Las recomendaciones se engloban en dos apartados: material necesario e intervenciones fundamentales.

MATERIAL

Kit para la Extracción de la SCU (*imagen 1*)

- Bolsa para la recogida de la SCU
- Paño estéril.
- Gasas y guantes estériles
- Antiséptico recomendado povidona yodada
- Bolsa de protección para la Sangre del cordón
- Material para clampar el cordón (*imagen 3 y 4*)
- Etiquetas identificativas

Kit para la extracción sangre materna:

- Tubos de extracción
- Vacutainer o palomilla
- Gasas
- Antiséptico

La donación de SCU será siempre altruista y anónima



Imagen 1. Material necesario para la extracción de SCU y sangre materna.



Imagen 2. Recogida y almacenamiento de las muestras.

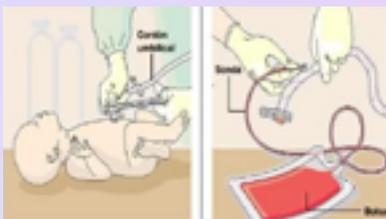


Imagen 3. Técnica extracción SCU.



Imagen 4. Pinzamiento del cordón.

INTERVENCIONES

La extracción de SCU sólo debe realizarse por personal sanitario cualificado y autorizado

- Comprobar que la madre es mayor de edad en el momento del parto.
- Comprobar que no haya antecedentes familiares de enfermedades potencialmente transmisibles.
- Extracción sangre materna, antes o después del parto, para descartar enfermedades infecciosas transmisibles
- Recogida sangre cordón umbilical: tras el nacimiento se pinza el cordón umbilical, antes de la expulsión de la placenta se pincha la vena umbilical y la sangre se almacena en una bolsa estéril que se llena por gravedad (*imagen 3*), y será etiquetada con los datos de la madre.
- Recogida tejido cordón umbilical: se corta de forma estéril una sección del cordón umbilical (10-15 cm) que no haya sido manipulado, se limpia y se desinfecta de restos sanguíneos, introduciéndolo posteriormente en el recipiente con la solución conservante (*imagen 2*).
- La SCU será criopreservada posteriormente en un banco de sangre de cordón umbilical siempre que la cantidad obtenida y su calidad sean las adecuadas.

❖ No se puede donar sangre de cordón umbilical:

- Si la madre es portadora de VIH, SIDA o hepatitis, o cree que podría serlo.
- Si se ha inyectado alguna vez drogas.
- Si ha mantenido relaciones sexuales de alto riesgo, en los últimos 4 meses.

CONCLUSIONES

Llevando a cabo un protocolo de actuación común entre los diferentes profesionales sanitarios que participan en la extracción y conservación de la SCU, se garantiza obtener una muestra de calidad, así como su conservación correcta hasta su utilización.

BIBLIOGRAFÍA

- Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, que regula la utilización de tejidos humanos.
- Herrera Gómez, A. Procedimiento de actuación en la donación de sangre de cordón umbilical. NURE Inv 2012.
- Plan Nacional De Sangre de Cordón Umbilical, Marzo 2008.

Resumen: El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas presentes en la sangre del cordón umbilical, ha demostrado beneficios en enfermos oncohematológicos, por lo que es importante estandarizar la extracción de sangre y tejido del cordón umbilical.

Por todo lo anterior, realizamos una búsqueda bibliográfica con el objetivo de elaborar un protocolo común que garantice la correcta actuación de los profesionales sanitarios que participan en la extracción, conservación y transporte de la muestra, asegurando que dicho procedimiento se realiza en condiciones de calidad y seguridad.

Palabras Clave: Sangre Fetal; Cordón Umbilical; Trasplante de Células.

Introducción:

La sangre que contiene el cordón umbilical es rica en células progenitoras hematopoyéticas, capaces de regenerar por completo la médula ósea y el sistema inmunitario, beneficiando así a pacientes con enfermedades oncohematológicas mediante su trasplante. La recogida de sangre de cordón umbilical, después del nacimiento y la sección del cordón, no supone ningún riesgo para la madre ni para el hijo.

Objetivo:

Actualizar conocimientos basados en la evidencia para garantizar la calidad y seguridad en la extracción de sangre del cordón umbilical (SCU), su transporte y criopreservación.

Elaborar un protocolo de actuación común de los profesionales sanitarios que participan en la extracción.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos, COCHRANE, MEDLINE y CUIDEN. Palabras clave: cordón umbilical, banco de sangre. Las recomendaciones se engloban en dos apartados: material necesario e intervenciones fundamentales. Material:

- Kit para la Extracción de la SCU
 - Bolsa para la recogida de la SCU
 - Paño estéril, gasas y guantes estériles
 - Antiséptico recomendado povidona yodada
 - Bolsa de protección para la Sangre del cordón
 - Material para clampar el cordón
 - Etiquetas identificativas
- Kit para la extracción sangre materna:
 - Tubos de extracción, vacutainer o palomilla
 - Gasas
 - Antiséptico

Intervenciones:

- La extracción de SCU sólo debe realizarse por personal sanitario cualificado y autorizado
- Comprobar que la madre es mayor de edad en el momento del parto.
- Comprobar que no haya antecedentes familiares de enfermedades potencialmente transmisibles.
- Extracción sangre materna, antes o después del parto, para descartar enfermedades infecciosas transmisibles
- Recogida sangre cordón umbilical: tras el nacimiento se pinza el cordón umbilical, antes de la expulsión de la placenta se pincha la vena umbilical y la sangre se almacena en una bolsa estéril que se llena por gravedad, y será etiquetada con los datos de la madre.
- Recogida tejido cordón umbilical: se corta de forma estéril una sección del cordón umbilical (10-15 cm) que no haya sido manipulado, se limpia y se desinfecta de restos sanguíneos, introduciéndolo posteriormente en el recipiente con la solución conservante.
- La SCU será criopreservada posteriormente en un banco de sangre de cordón umbilical siempre que la cantidad obtenida y su calidad sean las adecuadas.
- No se puede donar sangre de cordón umbilical si la madre es portadora de VIH, SIDA o hepatitis, o cree que podría serlo; si se ha inyectado alguna vez drogas o si ha mantenido relaciones sexuales de alto riesgo, en los últimos 4 meses.
- La donación de SCU será siempre altruista y anónima.

Conclusiones:

Llevando a cabo un protocolo de actuación común entre los diferentes profesionales sanitarios que participan en la extracción y conservación de la SCU, se garantiza obtener una muestra de calidad, así como su conservación correcta hasta su utilización.

Bibliografía:

1. REAL DECRETO 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. Boletín Oficial del Estado, 11 de noviembre de 2006, núm. 270, p. 39475. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/11/11/pdfs/A39475-39502.pdf>.
2. Herrera Gómez, A. Procedimiento de actuación en la donación de sangre de cordón umbilical. NURE Inv (Intenet). 2012; 9 (58). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE58_protocolo_donacion.pdf
3. Gaya A, Castro Lareo A, Barbolla L, et al. Plan Nacional De Sangre de Cordón Umbilical, Marzo 2008.
4. Mejías Paneque M.C., et al. Utilizaciones actuales de las células madre de cordón umbilical. Rev. Documentos Enfermería 2012; 46: 6-8.
5. Información de la donación de Sangre de Cordón Umbilical. Centro de Transfusión. Banco de Sangre de Cordón Umbilical. Comunidad de Madrid. Febrero 2011.

Capítulo CLXIII

Protocolo para el manejo de efectos secundarios producidos por fármacos antipsicóticos

Autores:

Cristina Baena Matas

Sergio Rodríguez Serrano

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS PRODUCIDOS POR FARMACOS ANTIPSICÓTICOS

OBJETIVOS:

- Identificar los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos
- Prevenir en la medida de lo posible la aparición de síntomas de los efectos secundarios
- Identificar la gravedad de los síntomas
- Reconocer los efectos secundarios característicos, valorar su aparición y realizar las intervenciones más indicadas
- Proporcionar información adecuada y suficiente a los pacientes.
- Monitorizar niveles sanguíneos de aquellos fármacos que lo requieran.

METODOLOGÍA:

- Recopilación y análisis de información mediante una amplia revisión bibliográfica



INTERVENCIONES:

EFFECTO SECUNDARIO	VALORACIÓN	INTERVENCIÓN
Sequedad de boca	Subjetiva del paciente. Leve disartria	Indicar que se pueden usar caramelos o chicles. Aconsejar beber pequeños sorbos de agua. Asegurar una higiene bucodental correcta
Visión borrosa	Subjetiva del paciente	Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas. Evitar conducir
Retención urinaria. Estreñimiento	Presencia de distensión vesical. Vigilar patrón de eliminación. Dolor/pesadez abdominal	Aconsejar ingesta de líquidos, añadir fibra a la dieta, ejercicio
Hipotensión ortostática	Valorar TA	Enseñar al paciente a cambiar de postura lentamente, sobre todo al levantarse.
Arritmias. Taquicardia	Valorar la FC	En el caso de Clozapina, suspender la dosis si el pulso es superior a 140. Decir al paciente que comunique cualquier sensación de palpitaciones, mareo
Sedación. Somnolencia	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno. Marcha inestable	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieren estar alerta
Distonía aguda	Espasmo muscular breve o sostenido a menudo con movimientos anormales lentos	Estar al lado del paciente para tranquilizarlo. Comunicarlo al médico
Acatisia	Movimientos constantes involuntarios y sensación de inquietud interior	No presionar al paciente para que no se mueva. Hacerle saber que entendemos su necesidad de moverse
Pseudoparkinsonismo	3 síntomas: temblor, rigidez y bradicinesia	Tranquilizar al paciente. Comunicarlo al Psiquiatra
Síndrome neuroléptico Maligno	Hipertermia, rigidez muscular e HTA	Suspender administración de la medicación y avisar al psiquiatra
Aumento de peso	Pesar periódicamente	Dieta equilibrada. Ejercicio físico moderado

CONCLUSIONES:

Asegurar la adherencia terapéutica y observar la respuesta a su administración, así como identificar posibles efectos secundarios, son una de las funciones más importantes de la enfermería en salud mental. Por ello es relevante disponer de protocolos de actuación que permitan intervenir de forma unificada cuando la persona con una enfermedad mental esté en tratamiento con psicofármacos

Resumen: El objetivo principal es identificar los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos así como prevenir en la medida de lo posible su aparición. La metodología empleada ha sido la recopilación y análisis de información mediante una amplia revisión bibliográfica. Las intervenciones utilizadas han sido vigilar las posibles alteraciones conductuales o fisiológicas de los pacientes, y valorar e intervenir de forma protocolizada ante los signos y síntomas más frecuentes de los antipsicóticos. Concluimos que asegurar la adherencia terapéutica, observar la respuesta a su administración e identificar posibles efectos secundarios, son una de las funciones más importantes de la enfermería en salud mental. Por ello es relevante disponer de protocolos de actuación.

Palabras Clave: Antipsicóticos (Antipsychotic Agents); Efecto Secundario (Secondary Effect); Enfermería Psiquiátrica (Psychiatric Nursing).

Objetivos:

- Identificar los efectos secundarios de los diferentes grupos de antipsicóticos
- Prevenir en la medida de lo posible la aparición síntomas de los efectos secundarios.
- Identificar la gravedad de los síntomas de los efectos secundarios.
- Reconocer los efectos secundarios característicos de los diferentes grupos de fármacos antipsicóticos, valorar su aparición y realizar las intervenciones más indicadas ante dichos efectos.
- Proporcionar información suficiente y adecuada a los pacientes, que les permita detectar a tiempo los efectos secundarios de los psicofármacos y saber qué deben hacer si se presentan, contribuyendo a que se reduzca la tasa de abandono de tratamiento.
- Monitorizar niveles sanguíneos, si fuera preciso, de aquellos fármacos que lo requieran.

Metodología:

Recopilación y análisis de información mediante una amplia revisión bibliográfica.

La población a la que va dirigida este protocolo es a todos los pacientes diagnosticados de una enfermedad mental que precisan la toma de tratamiento farmacológico pautado por el médico.

Intervenciones:

La enfermera de salud mental realizará las siguientes actividades:

- Vigilar las posibles alteraciones conductuales o fisiológicas de los pacientes
- Preguntar de forma rutinaria sobre posibles efectos
- Explicar la necesidad de tomar el fármaco, cómo actúa, tomarlos correctamente, la aparición de efectos secundarios, cómo evitarlos o minimizarlos, cuando acudir a la enfermera o al médico en caso necesario.

- Explicar la importancia de no abandonar el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios sin consultar previamente con la enfermera o el médico.
- Explicar la importancia de no consumir sustancias tóxicas mientras se está en tratamiento con psicofármacos.
- Informar de que algunos fármacos necesitan ser controlados periódicamente.

Signos y síntomas a valorar e intervenciones con respecto a los fármacos antipsicóticos:

- Sequedad de boca
 - Valoración:
 - Subjetiva del paciente.
 - Leve disartria.
 - Intervenciones:
 - Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar.
 - Aconsejar beber pequeños sorbos de agua.
 - Asegurar una higiene bucodental correcta.
- Visión borrosa
 - Valoración:
 - Subjetiva del paciente.
 - Intervenciones:
 - Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas.
 - Evitar conducir o manejar aparatos peligrosos.
- Retención urinaria. Estreñimiento
 - Valoración:
 - Presencia de distensión vesical.
 - Vigilar patrón de eliminación.
 - Dolor/pesadez abdominal.
 - Intervenciones:
 - Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
- Hipotensión ortostática:
 - Valoración: Valorar TA
 - Intervenciones:
 - Enseñar al paciente a cambiar de postura lentamente, sobre todo al levantarse.
 - Advertir al paciente anciano que pida ayuda para levantarse.

- **Arritmias. Taquicardia:**
 - **Valoración:** Valorar FC con la frecuencia que el medio requiera
 - **Intervenciones:**
 - En el caso de la Clozapina, suspender la dosis si el pulso es superior a 140 latidos/minuto. Comunicar al psiquiatra.
 - Decir al paciente que comunique cualquier sensación de palpitaciones, mareo
- **Sedación. Somnolencia:**
 - **Valoración:**
 - Dificultad al despertarse
 - Tendencia al sueño diurno
 - Marcha inestable
 - **Intervenciones:** Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta
- **Distonía aguda:**
 - **Valoración:** Espasmo muscular breve o sostenido, a menudo con movimientos anormales lentos
 - **Intervenciones:**
 - Estar al lado del paciente para tranquilizarlo
 - Comunicarlo al médico para que prescriba la medicación precisa y administrarla
- **Acatisia:**
 - **Valoración:** Movimientos constantes involuntarios y sensación de inquietud interior
 - **Intervenciones:** No presionar al paciente para que no se mueva, hacerle saber que entendemos su necesidad de moverse
- **Pseudoparkinsonismo:**
 - **Valoración:** 3 síntomas parkinsonianos principales; temblor, rigidez y bradicinesia
 - **Intervenciones:**
 - Tranquilizar al paciente
 - Comunicarlo al Psiquiatra para que pauté el tratamiento preciso
- **Síndrome neuroléptico maligno:**
 - **Valoración:**
 - Hipertermia
 - Rigidez muscular
 - Hipertensión

- Intervenciones: Suspender administración de la medicación y avisar al psiquiatra
- Aumento de peso:
 - Valoración: Pesar periódicamente
 - Intervenciones:
 - Dieta equilibrada
 - Ejercicio físico moderado

Conclusiones:

Asegurar la adherencia terapéutica y observar la respuesta a su administración, así como identificar posibles efectos secundarios, son una de las funciones más importantes de la enfermería en salud mental. Por ello es relevante disponer de protocolos de actuación que permitan intervenir de forma unificada cuando la persona con una enfermedad mental esté en tratamiento con psicofármacos.

Bibliografía:

1. Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. (2ª Edición). Madrid: Panamericana. (2007).
2. Colomer A J y cols. Guía de cuidados enfermeros en salud mental de Aragon. Servicio Aragonés de Salud.
3. Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos. (6ª Edición). Ed. Mc. Graw-Hill-Interamericana. (2007).
4. Marcos, V. Planes de Cuidados Enfermeros en SM. SES (Junta de Extremadura) (2008).

Capítulo CLXIV

Protocolo para la prevención del síndrome de realimentación en el adulto, en el restablecimiento del soporte nutricional

Autores:

Pedro Arévalo Buitrago

Estefanía Olivares Luque

Protocolo para la prevención del síndrome de realimentación en el adulto, en el restablecimiento del soporte nutricional

OBJETIVO:
 Desarrollar un protocolo para dar a la enfermería la capacidad para prevenir, identificar y tratar, dentro de los pacientes que precisen aporte nutricional, aquellos en riesgo de desarrollar síndrome de realimentación.

METODOLOGÍA:
 Para la realización del siguiente protocolo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PUBMED con las palabras clave: SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN. También hemos revisado protocolos de hospitales de Reino Unido y España con el fin de ganar un mayor entendimiento del síndrome y su prevención, detección y actuaciones a llevar a cabo.

INTERVENCIONES:



CONCLUSIÓN:

- El síndrome de realimentación es un proceso prevenible.
- La enfermería juega un papel esencial ya que gracias al Proceso de Atención de Enfermería (PAE), tiene la capacidad de reconocer rápidamente a los pacientes en riesgo de desarrollar dicho síndrome.
- La identificación de pacientes con alto riesgo para desarrollar este síndrome y su manejo con las direcciones vistas anteriormente son importantes para disminuir su incidencia y morbimortalidad.

Resumen: El síndrome de realimentación es la respuesta compleja y adversa del organismo al inicio de soporte nutricional (Enteral, parenteral u oral) en pacientes desnutridos. Si no es tratado adecuadamente puede conllevar graves consecuencias incluyendo arritmias fatales. De ahí la importancia de un protocolo estandarizado para dar a la enfermería la capacidad para prevenir, identificar y tratar, dentro de los pacientes que precisen aporte nutricional, aquellos en riesgo de desarrollar síndrome de realimentación.

Palabras Clave: Refeeding Syndrome; Nutritional Support; Critical Care.

Objetivo:

La presentación está orientada tanto a la sensibilización de la enfermería en la importancia del síndrome de realimentación, como al establecimiento de una guía clínica estandarizada para el mejor manejo de los pacientes en riesgo de desarrollar síndrome de realimentación.

Metodología:

Para la realización del siguiente protocolo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PUBMED con las palabras clave: Refeeding Syndrome (Síndrome de realimentación); Nutritional Support (Soporte nutricional) y Critical Care (Cuidados intensivos). También hemos revisado protocolos de hospitales de Reino Unido (Colchester University Hospital y Western Sussex Hospitals) y España con el fin de ganar un mayor entendimiento del síndrome y su prevención, detección y actuaciones a llevar a cabo.

Intervenciones:

El síndrome de realimentación se define como la respuesta compleja y adversa del organismo al inicio de soporte nutricional (Enteral, parenteral u oral) en pacientes desnutridos. Se caracteriza por una severa alteración en el balance de fluidos, anomalías electrolíticas (Hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipopotasemia), déficits vitamínicos y alteración en el metabolismo hidrocarbonado. Si no es tratado adecuadamente puede conllevar graves consecuencias, incluyendo arritmias fatales.

Los pacientes en riesgo de desarrollar el síndrome, se pueden clasificar en pacientes de riesgo alto y pacientes de riesgo extremo.

Pacientes de riesgo alto son aquellos que cumplen uno o más de las siguientes condiciones: IMC $<16 \text{ kg/m}^2$, pérdida de peso inintencionada $>15\%$ en los últimos 3-6 meses, poco o ningún aporte nutricional por más de 10 días y/o niveles bajos de PO_4 , K o Mg antes de alimentar.

También son considerados pacientes de alto riesgo aquellos con dos o más de las siguientes condiciones: IMC $<18,5 \text{ kg/m}^2$, pérdida de peso inintencionada $>10\%$ en los últimos 3-6 meses, poco o ningún aporte nutricional por más de 5 días y/o historia de alcoholismo.

Los pacientes clasificados como riesgo extremo son aquellos con un IMC $<14 \text{ kg/m}^2$ y/o poco o ningún aporte nutricional por 15 días o más.

Teniendo en cuenta la fisiopatología del síndrome de realimentación así como sus graves consecuencias y los pacientes en riesgo de desarrollarlo, y apoyándonos en la evidencia científica, hemos desarrollado las siguientes indicaciones para el establecimiento de nutrición artificial en el paciente en riesgo:

- Medidas generales: monitorización diaria de: Na^+ , K^+ , PO_4 , Mg^{2+} y Ca^{2+} , urea, creatinina, albúmina y glucosa.
- Nutrición enteral: administración de Tiamina, vitamina B y complejo multivitamínico. La nutrición enteral a utilizar será una fórmula normoproteica y normocalórica. Introducción paulatina de la nutrición, proviniendo 20 horas diarias de nutrición seguidas de 4 horas de descanso. El ritmo de administración se irá aumentando progresivamente iniciándose a 20 mls/hr el primer día, 30 mls/hr el segundo día y 40 mls/hr el tercero y sucesivos hasta revisión por parte del servicio de nutrición y dietética.
- Nutrición parenteral: administración de los complejos vitamínicos Additrace®, Cernevit® y Pabrinex®. La nutrición parenteral a utilizar será una fórmula estándar con 5.9 gr de Nitrógeno. Introducción paulatina de la nutrición, administración continua durante 24 horas. El ritmo de administración se irá aumentando progresivamente iniciándose a 26 mls/hr las primeras 24 horas y a 52 mls/hr las segundas. No exceder de 52 mls/hr durante los sucesivos días hasta revisión por parte del servicio de nutrición y dietética.

Conclusión:

El síndrome de realimentación es un proceso prevenible.

La enfermería juega un papel esencial ya que gracias al proceso de atención de enfermería (PAE), tiene la capacidad de reconocer rápidamente a los pacientes en riesgo de desarrollar dicho síndrome.

La identificación de pacientes con alto riesgo para desarrollar este síndrome y su manejo con las direcciones vistas anteriormente son importantes para disminuir su incidencia y morbimortalidad.

Bibliografía:

1. Fernández López MT et al. Revisión del síndrome de realimentación. Farm Hosp. 2009;33(4):183-193
2. Flesher ME, Archer KA, Leslie BD, McCollom RA, Martinka GP. Assessing the metabolic and clinical consequences of early enteral feeding in the malnourished patient. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2005;29:108-17.
3. Kraft MD, Btaiche IF, Sacks GS. Review of the refeeding syndrome. Nutr Clin Pract. 2005;20:625-33.

Capítulo CLXV

Protocolo para la realización de una campimetría

Autores:

María De Gracia Gijón Ruiz

María Dolores Gómez Coello

M. Ángeles Moreno Gómez

María Del Pilar Núñez Jiménez

Laura Rayo Gutiérrez

PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA CAMPIMETRIA

INTRODUCCIÓN:

La Perimetría o Campimetría es un test psicofísico, depende de la integridad anatómica y fisiológica de la vía sensorial y de la colaboración del paciente por lo que su principal limitación es su subjetividad.

La campimetría estudia el Campo Visual y la detección de sus defectos (escotomas y zonas de pérdida parcial o total de visión)

OBJETIVO:

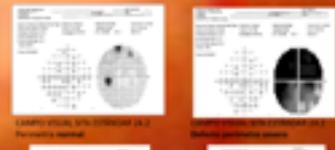
El objetivo principal de este trabajo es describir el papel desempeñado por enfermería, en la consulta de oftalmología, al realizar una campimetría **Aplicando cuidados de enfermería** indispensables para su correcto desarrollo, lo que incluye: valoración de enfermería, planificación de los cuidados que va a recibir, la aplicación de los mismos y la comprobación de su efectividad y eficacia, a parte de la realización de la técnica

METODOLOGIA:

- ✓ Se realizará una **valoración inicial** (actitud, lenguaje verbal y no verbal, entrevista...) y una valoración **continua** durante toda la estancia del paciente en consulta: valorando su estado de ánimo, sus condiciones físicas, sus dudas, creando un ambiente de confianza.
- ✓ Con todos estos datos, obtenemos **diagnósticos** como: conocimiento deficiente para el mantenimiento de la salud, afectación de la movilidad, ansiedad, temor, etc.
- ✓ Para lo que planificaremos las **intervenciones** de enfermería como: disminuir la ansiedad, asesoramiento –escucha activa, prevención de caídas, enseñanza: medicamentos prescritos, etc.
- ✓ Para obtener **resultados** como: autocontrol de la ansiedad, autocontrol del miedo, conocimientos: régimen terapéutico, etc.

INTERVENCIÓN:

- No necesita ningún tipo de preparación previa por parte del paciente.
 - Se realiza refractómetro para calcular lente.
 - Se introducen datos personales.
 - Se le explican cuales son los objetivos de la Campimetría y que es lo que debe hacer.
 - Seleccionamos el programa solicitado: sita estándar 24.2, detección 120...
 - Se ocluye un ojo y se deja la sala en penumbra.
 - Sentado cómodo frente al campímetro, mantendrá la mirada en un punto de fijación, sin intentar buscar la luz y parpadeando cada vez que lo necesite.
 - Con una mano sujetará un pulsador, que presiona cuando ve el destello luminoso.
 - El paciente se apoya en la mentonera.
 - Se utilizan estímulos luminosos y/o de contraste que nos dará unos datos numéricos al finalizar la prueba.
 - El enfermero supervisa la realización en todo momento de la Campimetría a través de una pantalla, recordando las instrucciones que precise (que no desvíe la mirada, que este concentrada, que parpadee cuando lo necesite...)
 - Al final de la prueba se imprime una grafica y se anotan datos sobre su comportamiento:
 - Si ha tenido muchas **perdidas de fijación**,
 - Si ha presionado el pulsador cuando el estímulo no era visible (**falso positivo**)
 - Si no ha pulsado cuando lo tenía que haber visto (**falso negativo**)
- Toda esta información es muy valiosa para el oftalmólogo a la hora de interpretar el resultado de la prueba y determinar si hay o no alteración.



CONCLUSIONES:

La campimetría es una prueba realizada por enfermería, que se emplea en el diagnóstico y seguimiento de muchas enfermedades oftalmológicas y neurológicas (glaucoma, tumores cerebrales, traumatismos que afectan a la vía óptica, accidentes cerebro-vasculares, neuropatías ópticas, etc). Por lo que esta consulta requiere de enfermeros/as expertos, para llevar a cabo esta técnica aplicando cuidados de enfermería.

Resumen: La campimetría es una prueba realizada por enfermería, que se emplea en el diagnóstico y seguimiento de muchas enfermedades oftalmológicas y neurológicas ⁽¹⁾ (glaucoma, tumores cerebrales, traumatismos que afectan a la vía óptica, accidentes cerebro-vasculares, neuropatías ópticas, etc.). Por lo que esta consulta requiere de enfermeros/as expertos, para llevar a cabo esta técnica aplicando cuidados de enfermería.

Este examen crea un mapa de su visión periférica completa y la razón por la que se realiza es para verificar si hay pérdida de visión en alguna parte del campo visual, esto servirá al oftalmólogo para diagnosticar su causa ⁽²⁾.

Palabras Clave: Escotoma; Glaucoma; Visión.

El Campo Visual es el espacio que percibe el ojo cuando se fija y mira hacia delante. El ojo transmite al cerebro las informaciones que percibe dentro de este campo visual,⁽²⁾ teniendo en cuenta su forma, sus colores y sus volúmenes. El campo visual abarca alrededor de 180 grados en una persona cuya visión es normal. Es estudiado de forma individual para cada ojo.⁽²⁾

Cuando se altera puede afectar a la zona periférica o central; puede aparecer como una zona sin visión en el centro del campo visual, o como una mancha en el espacio de la visión (escotoma)⁽³⁾. El campo visual puede reducirse por patologías que afecten directamente al ojo u otras que alcancen al nervio óptico.

La perimetría o campimetría es un test psicofísico que depende de la integridad anatómica y fisiológica de la vía sensorial, y de la colaboración del paciente, por lo que su principal limitación es su subjetividad. Actualmente es la prueba más utilizada, y la más útil, para valorar la función visual, a partir del campo visual.

Así pues la campimetría estudia el campo visual y la detección de sus defectos (escotomas y zonas de pérdida parcial o total de visión).

El objetivo principal de este trabajo es describir el papel desempeñado por enfermería, en la consulta de oftalmología, al realizar una campimetría, aplicando cuidados de enfermería indispensables para su correcto desarrollo, lo que incluye: valoración de enfermería, planificación de los cuidados que va a recibir, la aplicación de los mismos y la comprobación de su efectividad y eficiencia, aparte de la realización de la técnica.

Se realizará una valoración inicial (actitud, lenguaje verbal y no verbal, entrevista...) y una valoración continua durante toda la estancia del paciente en consulta: valorando su estado de ánimo, sus condiciones físicas, sus dudas, creando un ambiente de confianza.

Con todos estos datos, obtenemos diagnósticos como: conocimiento deficiente para el mantenimiento de la salud, afectación de la movilidad, ansiedad, temor, etc.

Para lo que planificaremos las intervenciones de enfermería como: disminuir la ansiedad, asesoramiento, escucha activa, prevención de caídas, enseñanza de medicamentos prescritos, etc.

Para obtener resultados como: autocontrol de la ansiedad, autocontrol del miedo, conocimientos: régimen terapéutico, etc.

Técnica:

- No necesita ningún tipo de preparación especial previa por parte del paciente, este examen no produce ninguna molestia.
- Se realiza un refractómetro⁽²⁾ para calcular la lente de cerca que vamos a utilizar y se introducen estos datos, junto a los personales en el campímetro.
- Se le explican cuales son los objetivos de la campimetría y que es lo que debe hacer durante la realización de la prueba.
- Seleccionamos el tipo de programa indicado por el oftalmólogo: central 24.2, central 30-2, detección CC- 120, macular, detección C-40, detección C-76, detección P-60, detección CC-81⁽³⁾. Según el diagnostico que se sospeche, el oftalmólogo nos solicitará un programa.
- Se ocluye un ojo y se deja la sala en penumbra. És importante mantener la misma iluminación en los distintos campos que se hagan posteriores.
- El paciente se apoya en la mentonera, apoyando frente y mentón.
- Mantendrá la mirada en un punto de fijación, sin buscar la luz y parpadeando cada vez que lo necesite, para evitar la sequedad ocular. Si es preciso se parará la prueba y se le ofrecerán lágrimas artificiales.
- Con una mano sujetará un pulsador, que presionará cada vez que vea un destello luminoso que irá cambiando de intensidad y tamaño durante la prueba, estos destellos irán apareciendo por todo el campo visual.
- Estos estímulos luminosos y/o de contraste nos dará unos datos numéricos que calculará el campímetro al finalizar la prueba y es lo que valorará el oftalmólogo.
- Se realizará con un ojo y después con el otro, dejándole descansar si fuera necesario.
- El/la enfermero/a supervisa en todo momento la realización de la prueba a través de una pantalla, recordando las instrucciones que precise (como no desviar la mirada, que parpadee cuando lo necesite, evitar pensamientos que le distraigan, si se le escapa un destello este volverá a salir varias veces antes de dar por hecho que no lo ve, etc.)
- Se consideran como mínimo dos campos para ser la base de referencia, aunque en algunos casos pueden necesitarse más, debido a la baja fiabilidad por la poca colaboración del paciente, distracciones, estrés, edad avanzada.
- Al finalizar la campimetría se imprime una gráfica y se anotan datos sobre su comportamiento:⁽³⁾
 - Si ha tenido muchas pérdidas de fijación (distracciones).
 - Si ha presionado el pulsador cuando el estímulo no era visible (falso positivo).
 - Si no ha pulsado cuando lo tenía que haber hecho (falso negativo).

Toda esta información es muy valiosa para el oftalmólogo a la hora de interpretar el resultado de la prueba y determinar si hay o no alguna alteración oftalmológica.

Los resultados anormales pueden deberse a enfermedades oftalmológicas o trastornos del sistema nervioso central ⁽¹⁾, tales como tumores que lesionan o comprimen las partes del cerebro que tienen que ver con la visión. También hay otras enfermedades que pueden afectar el campo visual como: glaucoma, diabetes, degeneración macular, esclerosis múltiple, accidente cerebro vascular, desprendimiento de retina, glioma óptico, etc.

En el caso de no tener una enfermedad oftalmológica se remitirá al neurólogo o urgencias para que siga solicitando pruebas como tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética, potenciales evocados, y completar el estudio para llegar a un diagnóstico.

La campimetría es una técnica compleja cuyos resultados se pueden ver afectados significativamente tanto si el paciente, como el explorador carecen del conocimiento y experiencia suficiente.

Por todo ello, es importante que los profesionales de la salud visual y ocular conozcan la forma correcta de realizar una campimetría y comprendan el resultado que arroja dicha prueba.

Bibliografía:

1. Neurooftalmología. Exploración pruebas y diagnóstico. Palomar Pettit, F; Mascaró, F.J; Palomar Mascaró, M.V; 2ª Edición Masson 2008. ISBN:978-844581597-7.
2. Campos Visuales. Fundamentos del ojo. Cubbidge, R. 13ª Edición Masson 2006. ISBN:9788445815977.
3. Los campos visuales: Texto y Atlas de Perimetría Clínica. Harrington, D.O; Drake Masson-Salvat Medicina Series. 1993. ISBN:9788445800409.

Capítulo CLXVI

Pulseras identificativas: uso y seguridad del paciente

Autores:

Agustín García Valenciano

Juan Antonio González Serrano

PULSERAS IDENTIFICATIVAS: USO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES:

ENPLAZAMIENTO:



INTRODUCCIÓN.

Pulsera identificativa : Es un dispositivo que se le coloca al paciente, generalmente en la muñeca, en la que figuran los datos identificativos individualizado del propio paciente y no pueden ser compartidos. La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en los problemas de complicaciones asociados a errores en la asistencia. La forma más habitual de identificación de pacientes es el nº de habitación, cama, patología, identificación verbal, la que compromete tanto su intimidad como su seguridad esto no nos garantiza una adecuada e inequívoca identificación segura y correcta. Mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. Para ello la identificación, comprobación y confirmación de los datos del paciente son los pilares para una correcta asistencia sanitaria desde su ingreso hasta su alta hospitalaria.

OBJETIVOS

- Fomentar el uso, seguridad del paciente con pulseras identificativas y lograr conseguir una correcta identificación de todos los pacientes que ingresan en la 4ª planta derecha de la GAI de Albacete.
- Educar a todos los profesionales que participen el proceso de atención sanitaria de la importancia de una buena identificación del paciente.
- Conseguir una participación activa por parte del paciente y familia tras informarles del uso y finalidad de la pulsera.

METODOLOGÍA.

1. Estudio descriptivo a través de una encuesta realizada a los profesionales de enfermería y pacientes.
2. POBLACION DE ESTUDIO. Los 26 profesiones de enfermería de la 4ª planta derecha del Hospital General Universitario de Albacete y 50 pacientes (25 cirugía torácica y 25 cirugía general) seleccionados aleatoriamente sobre la utilidad de las pulseras en los últimos 3 meses.



RESULTADOS.

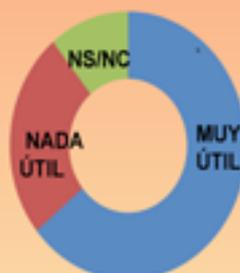
Los profesiones de enfermería realizan su trabajo correctamente según el protocolo de identificación de pulseras.

Observamos satisfacción por parte de los profesionales que tras la encuesta realizada 20 dicen que son muy validas, 4 cumplen con el protocolo pero no le ven validez y 2 no opinan.

Los pacientes no le dan importancia, y tras explicarles su utilidad, finalidad y uso de las pulseras identificativas, obtenemos que 40 les parece genial, útil, 6 sin importancia y 4 no contestan.

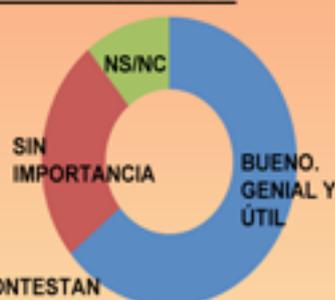
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

- 20 PROFESIONALES
- 4 PROFESIONALES
- 2 PROFESIONALES



PACIENTES

- 40 PACIENTES.
- 6 PACIENTES.
- 4 PACIENTES.



NS/NC: NO SABEN, NO CONTESTAN

CONCLUSIONES:

- Los profesionales debemos dar máxima información posible sobre uso, utilidad y finalidad de las pulseras identificativas cuando se coloquen al pacientes y así sentirse seguro y confiado con los cuidados sanitarios recibidos.
- Su uso, permiten a los profesionales conocer en todo momento la identidad del paciente al que prestan la atención sanitaria, mejorando su seguridad.
- Este sistema de identificación ha sido bien aceptado por parte de la mayoría de los profesionales de la 4ª planta derecha GAI de Albacete.
- Debemos hacer mayor hincapié en la verificación de datos en el momento de la colocación de la pulsera.

BIBLIOGRAFÍA: -- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid;2010
-- Organización Mundial de la Salud. Soluciones para la seguridad del paciente,2077. Ginebra: OMS

Resumen: La pulsera identificativa es un dispositivo que se le coloca al paciente, generalmente en la muñeca, en la que figuran los datos identificativos individualizado del propio paciente y no pueden ser compartidos. La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en los problemas de complicaciones asociados a errores en la asistencia. Mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. Para ello la identificación, comprobación y confirmación de los datos del paciente son los pilares para una correcta asistencia sanitaria desde su ingreso hasta su alta hospitalaria.

Palabras Clave: Safety; In Patients.; Patient Identification Systems.

Estudio descriptivo a través de una encuesta realizada a los veintiséis profesionales de enfermería de la cuarta planta derecha del hospital general universitario de albacete y a una población de cincuenta pacientes de la mencionada planta, de los cuales veinticinco eran de cirugía torácica y veinticinco de cirugía general. Seleccionados aleatoriamente sobre la utilidad de las pulseras.

Los profesionales de enfermería realizan su trabajo correctamente según el protocolo de identificación de pulseras. Tras la encuesta realizada a los profesionales:

- Veinte dicen que son muy válidas.
- Cuatro cumplen con el protocolo pero no le ven validez.
- Dos no opinan.

Los pacientes no le dan importancia, y tras explicarles su utilidad, finalidad y uso de las pulseras identificativas, obtenemos que:

- Cuarenta les parece muy bueno.
- Seis sin importancia.
- Cuatro no contestan.

Tras los resultados llegamos a la conclusión de que debemos dar la máxima información posible sobre uso, utilidad y finalidad de las pulseras identificativas cuando se coloquen al paciente, para que pueda así sentirse seguro y confiado con los cuidados sanitarios recibidos. Su uso, permite a los profesionales conocer en todo momento la identidad del paciente al que prestan la atención sanitaria, mejorando la seguridad.

Este sistema de identificación ha sido bien aceptado por parte de la mayoría de los profesionales de la cuarta planta derecha de la gerencia atención integrada de albacete. Haciendo mayor hincapié en la verificación de datos en el momento de la colocación de la pulsera.

Bibliografía:

1. Ministerio de sanidad y consumo. Plan de calidad del sistema nacional de salud. Madrid;2010.
2. Organización mundial de la salud. Soluciones para la seguridad del paciente, 2077. Ginebra:OMS.

Capítulo CLXVII

Punción intraósea mediante el uso de aguja Cook

Autores:

Blanca Auñón Fernández

Beatriz Barba Toledo

Consuelo Fernández Fillol

Laura Gómez-Pantoja González

M^a Dolores Pérez Peinado

Paloma Solís Montes

PUNCIÓN INTRAÓSEA MEDIANTE EL USO DE AGUJA COOK

INTRODUCCIÓN

Se considera el acceso intraóseo una alternativa eficaz y rápida en los casos en los que el acceso intravenoso es difícil o imposible de conseguir en un tiempo preestablecido (shock grave o parada cardiorrespiratoria).

OBJETIVOS

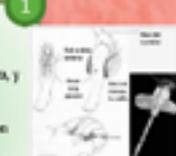
- ❖ Conseguir un acceso venoso en poco tiempo (en menos de 90 seg. en el caso de la RCP), y posteriormente ser sustituidos en cuanto sea posible por un acceso intravenoso.
- ❖ Conocer los procedimientos de enfermería a desarrollar para realizar la punción.
- ❖ Conocer y evitar las posibles complicaciones.

METODOLOGÍA Y MATERIAL

El diseño del estudio resulta de una búsqueda en bases de datos de relevancia científica como son: Cochrane, Medline. Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta aquellos artículos basados en revisiones sistemáticas, así como protocolos y procedimientos enfermeros que abordan la canalización de la vía intraósea.

MATERIAL:

- Agujas intraósea.
- Solución antiséptica (salvo en RCP).
- Sistema de perfusión
- Solución de lavado (suero salino 0,9% o agua estéril)
- Jeringas de 5 y 10 ml
- Gasas, paños y guantes estériles (salvo en RCP)
- Anestésico local sin adrenalina (p. ej., lidocaína 1%).
- Llave de 3 pasos, preferiblemente con alargadera.
- Esparadrapo o vendas de sujeción.



- 1 Se selecciona el lugar de punción. La estrechidad seleccionada estará apoyada sobre una superficie lisa y dura, y en ligera rotación externa. Seleccionaremos la tibia proximal como primera opción para la punción.
- 2 Se sujetará la aguja IO con la mano dominante e, situando la empuñadura en la eminencia tenar; al mismo tiempo, los dedos índice y pulgar la sujetarán, como si de un lápiz se tratara, a una distancia de 0,5 cm de la punta, para ejercer la función de freno y evitar que penetre demasiado cuando se perfora la cortical.
- 3 Colocar la aguja perpendicular al punto de punción, ejerciendo presión sobre la empuñadura hasta notar una resistencia que indica que la punta ha contactado con el perostio. Si la punta de los dedos choca con la superficie de la piel antes de haber penetrado en la médula, se retirará 2-3 mm y se volverá a repetir la presión y rotación.
- 4 Cuando se contacta el perostio, se acciona más la presión al mismo tiempo que se efectúa un movimiento de rotación, solo quedas unos milímetros para perforar la cortical, que se notará por la brusca disminución de la resistencia y, a veces, con un «plop» característico.
- 5 Se conecta al pabellón de la aguja una jeringa de 5-10 ml, cargada con suero salino fisiológico y se aspirará para comprobar si sale sangre o médula ósea (que no siempre ocurre) e inyectar, a continuación, parte del suero para comprobar que pasa con facilidad y que no se estanca alrededor de la aguja.
- 6 Para evitar la manipulación repetida de la aguja, se recomienda intercalar entre su pabellón y el sistema de suero, una llave de 3 pasos con alargadera fijada a la piel con esparadrapo.





RESULTADOS

- Con la canalización de una vía intraósea obtenemos:
- Una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular.
 - Indicada en situaciones de extrema urgencia, en las que se tarda mucho en canalizar una vía periférica.
 - Además de ser una vía alternativa, sirve como lugar de acceso al sistema vascular para la toma de muestras con fines de estudios de laboratorio.

CONCLUSIONES

El acceso IO es una vía rápida de conseguir, fácil de aprender y segura para el paciente, que puede ayudar a salvar muchas vidas en aquellas situaciones de emergencia en las que no se ha podido canalizar otra vía venosa. No hay que olvidar que se trata de una vía alternativa y que debe ser sustituida en cuanto se puedan conseguir una o más canalizaciones venosas periféricas y/o centrales.

Resumen: Ante una situación de emergencia, establecer un adecuado acceso vascular es tan importante como los otros principios básicos de atención al paciente crítico. En situaciones donde la vía periférica es inaccesible, o la demora en conseguir un acceso periférico supone pérdida de tiempo, toma más importancia el acceso intraóseo (IO). Es importante que el personal de enfermería conozca la técnica y el manejo de dicha vía para actuar de forma rápida y eficaz. Debemos tener en cuenta que se trata de una vía alternativa y que debe ser sustituida en cuanto se puedan conseguir una o más canalizaciones venosas.

Palabras Clave: Punción; Infusiones Intraóseas; Resucitación Cardiopulmonar.

Introducción:

Se considera el acceso intraóseo una alternativa eficaz y rápida en los casos en los que el acceso intravenoso es difícil o imposible de conseguir en un tiempo preestablecido (shock grave o parada cardiorrespiratoria).

Objetivos:

- Conseguir un acceso venoso en poco tiempo (en menos de 90 segundos en el caso de la Reanimación Cardiopulmonar), y posteriormente ser sustituidos en cuanto sea posible por un acceso intravenoso.
- Conocer los procedimientos de enfermería a desarrollar para realizar la punción.
- Conocer y evitar las posibles complicaciones.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y búsqueda en publicaciones secundarias, incluyendo revisiones sistemáticas, protocolos y procedimientos enfermeros que abordan la canalización de la vía intraósea.

Material:

- Agujas intraósea
- Gasas, paños y guantes estériles
- Solución antiséptica
- Anestésico local sin adrenalina
- Sistema de perfusión
- Llave de 3 pasos Jeringas (de 5 y 10 ml)
- Esparadrapo o vendas de sujeción
- Solución de lavado (suero salino 0,9% o agua estéril).

Intervenciones enfermeras:

Se selecciona el lugar de punción. La extremidad seleccionada estará apoyada sobre una superficie lisa y dura, y en ligera rotación externa. Seleccionaremos la tibia proximal como primera opción para la punción. Se sujetará la aguja intraósea (IO) con la mano dominante, situando la empuñadura en la eminencia tenar; al mismo tiempo, los dedos índice y pulgar la sujetarán, como si de un lápiz se tratara, a una distancia de 0,5 cm de la punta, para ejercer la función de freno y evitar que penetre demasiado cuando se perfora la cortical. Colocar la aguja perpendicular al punto de punción, ejerciendo presión sobre la empuñadura hasta notar una resistencia que indica que la punta ha contactado con el periostio. Si la punta de los dedos choca con la superficie de la piel antes de haber penetrado en la medular, se retirarán 2-3 mm y se volverá a repetir la presión y rotación

Cuando se contacta el periostio, se acentúa más la presión al mismo tiempo que se efectúa un movimiento de rotación, sólo quedan unos milímetros para perforar la cortical, que se notará por la brusca disminución de la resistencia y, a veces, con un «plop» característico. Se conectará al pabellón de la aguja una jeringa de 5-10 ml, cargada con suero salino fisiológico y se aspirará para comprobar si sale sangre o médula ósea (que no siempre ocurre) e inyectar, a continuación, parte del suero para comprobar que pasa con facilidad y que no se extravasa alrededor de la aguja. Para evitar la manipulación repetida de la aguja, se recomienda intercalar entre su pabellón y el sistema de suero, una llave de 3 pasos con alargadera fijada a la piel con esparadrapo.

Resultados:

Con la canalización de una vía intraósea obtenemos una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular. Indicada en situaciones de extrema urgencia, en las que se tarda mucho en canalizar una vía periférica. Además de ser una vía alternativa, sirve como lugar de acceso al sistema vascular para la toma de muestras con fines de estudios de laboratorio.

Conclusiones:

El acceso IO es una vía rápida de conseguir, fácil de aprender y segura para el paciente, que puede ayudar a salvar muchas vidas en aquellas situaciones de emergencia en las que no se ha podido canalizar otra vía venosa. No hay que olvidar que se trata de una vía alternativa y que debe ser sustituida en cuanto se puedan conseguir una o más canalizaciones venosas periféricas y/o centrales.

Bibliografía:

1. Carrillo A, López-Herce J. Canalización intraósea. *An Pediatr Contin.* 2003;1:38-41. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/canalizacion-intraosea/articulo/80000008/>
2. Manrique Martínez I, Pons Morales S, Casal Angulo C, García Aracil N, Castejón de la Encina E. Accesos intraóseos: revisión y manejo. *An Pediatr Contin.* 2013;11:167-73. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/accesos-intraoseos-revision-manejo/articulo/90201478/>
3. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Pérez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. *Enferm.Glob.* Octubre 2011;10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400014&script=sci_arttext
4. Álvarez MA, Li MS, Gutiérrez R. Manual para la canalización venosa por vía intraósea. *Correo Científico Médico de Holguin.* 2001;5(1). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no51/n51rev1.htm>
5. Parra FJ, Domínguez J, Ayuso DE, Castro S, Vázquez FA. Infusión intraósea: una alternativa. *Med Intensiva* 1999;23:167-73.

Capítulo CLXVIII

Quemaduras de 2º grado y manejo de las flictenas

Autores:

Vanesa Márquez Arriaga

Vanesa Ortiz Valderas

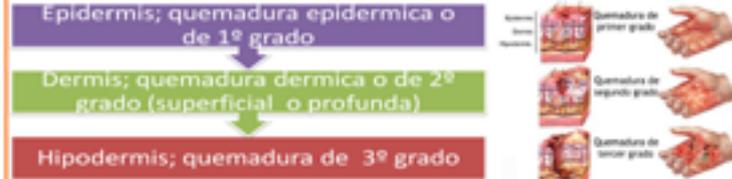
Paula Valderas Pérez-Serrano

QUEMADURAS DE 2º GRADO Y MANEJO DE LAS FLICTENAS



INTRODUCCIÓN

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, ocupa aproximadamente 2 m², y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) y los 4 mm (en el talón). Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno. Se divide en 3 capas de exterior a interior son:



Una quemadura es un tipo de lesión en la piel causada por la exposición o contacto con llamas, líquidos candentes o fríos, productos químicos y quemaduras eléctricas. Una ampolla o flictena es una formación saciforme que se produce por una acumulación de exudado seroso entre la dermis y epidermis o en el interior de la epidermis.

OBJETIVOS

Actualmente existe una gran controversia respecto al manejo de flictenas en quemaduras de 2º grado, en gran parte debido a la poca evidencia científica que existe. En esta exposición se reúne la información de la forma más clara posible aunando criterios respecto al tratamiento en el cuidado de las quemaduras, y el método de actuación para una correcta continuidad de los cuidados y opciones en el tratamiento tópico de las quemaduras.

METODOLOGIA

Nos hemos basado en la evidencia científica del estudio de seis pacientes (tres varones y tres mujeres) sin AP de interés, tratados en consulta de AP. Todos ellos presentaban quemaduras de 2º secundarias a contacto con aceite caliente en mano, antebrazo, y en uno de los casos, abdomen. Tres de ellos presentaban signos de infección. En todos los casos se realizó desbridamiento de las flictenas y C.A.H.

¿QUE DEBEMOS HACER CON LAS FLICTENAS?

Falsos Mitos

- "La piel que cubre el líquido de su interior protege de la contaminación y actúa de apósito biológico"**
 - La piel que recubre es epidermis quemada, que se ha convertido en materia orgánica muerta.
 - Existen por toda la piel poros por donde pueden entrar (de hecho entran y están siempre colonizados) microorganismos.
 - También la flora saprofita en un momento dado, puede convertirse en oportunista.
 - La verdadera barrera contra los microorganismos la ejerce la capa lipídica (manteniendo un pH ácido, hostil para la mayoría de bacterias y hongos).
- "El líquido que contiene es estéril"**
 - En principio sí, pero a las pocas horas se contamina por la flora saprofita, la cual cuenta con un caldo de cultivo excelente, a una Tª ideal y, para los anaerobios, perfecta al no llegar el O₂ por la barrera que forma el flictena. Además contiene sustancias citotóxicas por la destrucción celular en contacto constante con el lecho.
- "Al pincharlos o desbridarlos abrimos una puerta de entrada a los gérmenes y existe mayor riesgo de contaminación e infección"**
 - Como ya hemos dicho, **NO ES UNA BARRERA EFECTIVA**, y si un medio de cultivo ideal para la proliferación de microorganismos y una barrera que **NO DEJARÁ ACTUAR** en el lecho a todo aquello que apliquemos sobre la quemadura.
- "Al desbridarlos aumentamos el dolor, dado que las terminaciones sensitivas quedan expuestas"**
 - Esto es cierto pero disponemos en el mercado de productos que nos ayudarán a paliarlo (siliconas, etc).
 - También el dolor puede aparecer por mantener el flictena, por la presión que ejerce el líquido en la base de la herida. Desaparecerá al desbridarla (sobre todo en zona plantar y palmar, por el grosor de la epidermis).
- "Si no se pinchan ni desbridan se reabsorben"**
 - No es del todo cierto, se puede reabsorber, y no siempre, parte del contenido acuoso de la misma pero no las proteínas extravasadas presentes en ella.

NO SE ACONSEJA EL USO de antisépticos para la limpieza de la herida por su poder citotóxico para el nuevo tejido (daño tisular y RETRASO DE LA CICATRIZACIÓN).



Los estudios comparativos entre la C.A.H y la tradicional (c. seca y con pomadas) han demostrado una **MAYOR EFICACIA** de la C.A.H en el control de la infección.

CURA QUEMADURAS de 2º grado



Uso de VENDAJE COMPRESIVO: Aplicando presión sobre una zona quemada lo único que conseguimos es dificultar la microcirculación sanguínea y por consiguiente, agravar la lesión.

Muchos Antibióticos presentan gran controversia ya que provocan un elevado grado de sensibilización y reacciones alérgicas. El exudado es una característica de las quemaduras de 2º. El NITROFURAL es hidrosoluble (se disuelve con el exudado), quedando normalmente desplazado en una zona del apósito y alejado del lecho, por lo que su EFICACIA frente a la colonización y/o infección de las heridas (control de la carga bacteriana) es NULA. La SULFADIAZINA de plata es liposoluble (no se disuelve con el exudado) manteniendo sus características y acción bactericida sobre el lecho.

INTERVENCIONES

El tratamiento se realizó con desbridamiento de flictenas a las 24h de la lesión en AP tras un primer contacto y cura por SUH. Todos ellos fueron tratados con C.A.H y, de los tres casos que presentaban infección, además, dos de ellos con Sulfadiazina de Plata y uno con cobertura antibiótica sistémica y apósito antimicrobiano de espuma con Sulfato de Ag y carbón activo. La duración de los tratamientos fue entre 14 y 30 días, apareciendo en torno al 4º y 5º día tejido de granulación. Aquellas que presentaban infección fue resuelta en la primera semana, sin variación significativa entre los tratados con Sulfadiazina y el que no, y en el resto no apareció infección en el transcurso del tratamiento. En el proceso de cicatrización se aplicó solución tóp. con Ác. Grasos Hiperoxigenados y se recomendó el uso de soluciones tóp. con FP alto. En ningún caso quedó cicatriz al finalizar el to.

CONCLUSIONES

No existe una base común con base científica lo suficientemente sólida respecto al desbridamiento o no de flictenas en quemaduras, desmintiendo falsos mitos y la observación en la práctica clínica se pone de manifiesto que:

- La retirada de flictenas a partir de las 24h en condiciones estériles,
- La limpieza exclusiva con SF y
- La C.A.H

Suponen importantes beneficios en el tratamiento de quemaduras de 2º grado y prevención y/o resolución de infecciones, así como la aparición de cicatrices tras el tratamiento.

Resumen: Actualmente existe una gran controversia respecto al manejo de flictenas en quemaduras de 2º grado, en gran parte debido a la poca evidencia científica que existe. En esta exposición se reúne la información de la forma más clara posible aunando criterios respecto al tratamiento en el cuidado de las quemaduras, y el método de actuación para una correcta continuidad de los cuidados y opciones en el tratamiento tópico de las quemaduras. Nos hemos basado en la evidencia científica, estudiando a seis pacientes (tres varones y tres mujeres) sin antecedentes personales de interés, tratados en consulta de Atención Primaria (AP).

Palabras Clave: Quemadura; Quemados; Plan de Cuidados.

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, ocupa aproximadamente 2 m², y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) y los 4 mm (en el talón). Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno. Se divide en 3 capas de exterior a interior son:

- Epidermis; quemadura epidérmica o de 1er grado
- Dermis; quemadura dérmica o de 2º grado
- Hipodermis; quemadura de 3er grado

Una quemadura es un tipo de lesión en la piel causada por la exposición o contacto con llamas, líquidos candentes o fríos, productos químicos y quemaduras eléctricas.

Una ampolla o flictena es una formación sacciforme que se produce por una acumulación de exudado seroso entre la dermis y epidermis o en el interior de la epidermis.

Falsos mitos respecto a flictenas:

- La piel que cubre el líquido de su interior protege de la contaminación y actúa de apósito biológico:
 - La piel que recubre es epidermis quemada, que se ha convertido en materia orgánica muerta
 - Existen por toda la piel poros por donde pueden entrar microorganismos
 - La flora saprofitas puede convertirse en oportunista
 - La verdadera barrera contra microorganismos la ejerce la capa lipídica
- El líquido que contiene es estéril:
 - En principio sí, pero en horas se contamina por la flora saprófita, la cual cuenta con un caldo de cultivo excelente, a temperatura ideal y para los anaerobios al no llegar el O₂. Contiene sustancias citotóxicas por la destrucción celular constante con el lecho.
- Al pincharlas abrimos una puerta de entrada a los gérmenes y existiría mayor riesgo de contaminación e infección:

- No es una barrera efectiva, y si un medio de cultivo ideal para la proliferación de microorganismos.
- No dejará actuar en el lecho a todo aquello que apliquemos sobre la quemadura.
- Al desbridarlos aumentamos el dolor, dado que las terminaciones sensitivas quedan expuestas:
 - Es cierto pero se disponen de productos que nos ayudan a paliarlo (siliconas, etc.)
 - El dolor también puede aparecer por mantener el flictena, por la presión que ejerce el líquido en la base de la herida.
- Si no se pinchan ni desbridan se reabsorben:
 - Se puede reabsorber, y no siempre, parte del contenido acuoso, pero no las proteínas extravasadas presentes en ella.

¿Qué debemos hacer con las flictenas en la cura de quemaduras de 2º grado?

- Limpieza con suero fisiológico (SF)
- Desbridamiento de flictenas; utilizando para ello material estéril (paños, gasas, bisturí, pinzas, guantes)
- Cura en ambiente húmedo (CAH)
 - Sin signos de infección: Material; hidrogel, hidrocoloide, apósito lípido-coloide flexible, siliconas, etc.
 - Con signos de infección: Material; antibiótico tópico, apósito con Ag.

No se aconseja el uso de antisépticos para la limpieza de la herida por su poder citotóxico para el nuevo tejido (daño tisular y retraso de la cicatrización)

Los estudios comparativos entre la C.A.H y la tradicional (c. seca y con pomadas) han demostrado una mayor eficacia de la C.A.H en el control de la infección.

El uso de vendaje compresivo aplicando presión sobre una zona quemada lo único que conseguimos es dificultar la microcirculación sanguínea y por consiguiente, agravar la lesión.

Muchos antibióticos presentan gran controversia ya que provocan un elevado grado de sensibilización y reacciones alérgicas. El exudado es una característica de las quemaduras de 2º grado.

El nitrofuril es hidrosoluble (se disuelve con el exudado), quedando normalmente desplazado en una zona del apósito y alejado del lecho, por lo que su eficacia frente a la colonización y/o infección de las heridas (control de la carga bacteriana) es nula.

La sulfadiazina de plata es liposoluble (no se disuelve con el exudado) manteniendo sus características y acción bactericida sobre el lecho.

Elaboración del estudio:

Nos hemos basado en la evidencia científica del estudio de seis pacientes (tres varones y tres mujeres) sin AP de interés, tratados en consulta de AP.

Todos ellos presentaban quemaduras de 2º grado secundarias a contacto con aceite caliente en mano, antebrazo, y en uno de los casos, abdomen. Tres de ellos presentaban signos de infección. En todos los casos se realizó desbridamiento de las flictenas y C.A.H.

El estudio para el manejo de flictenas se realizó con desbridamiento de flictenas a las 24h de la lesión en AP tras un primer contacto y cura por servicio de urgencias hospitalarias (SUH). Todos ellos fueron tratados con C.A.H, los tres casos que presentaban infección, además, dos de ellos fueron tratados con Sulfadiazina de Plata y uno con cobertura antibiótica sistémica y apósito antimicrobiano de espuma con Sulfato de Ag y carbón activo.

La duración de los tratamientos fue entre 14 y 30 días, apareciendo en torno al 4º y 5º día tejido de granulación.

Aquellas que presentaban infección fue resuelta en la primera semana, sin variación significativa entre los tratados con Sulfadiazina y el que no, y en el resto no apareció infección en el transcurso del tratamiento. En el proceso de cicatrización se aplicó solución tópica con Ác. Grasos Hiperoxigenados y se recomendó el uso de soluciones tópicas. En ningún caso quedó cicatriz al finalizar el tratamiento.

Bibliografía:

1. Verdú Soriano José, Nolasco Bonmatí Andreu, López Casanova Pablo, Torra i Bou Joan-Enric. El uso de apósitos hidrocélulares de la gama Allevyn® en heridas agudas: Resultados a partir del estudio AURIGA-04 en Atención Primaria. Gerokomos [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2015 Agos 3]; 17(3): 145-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300005&lng=es.
2. Verdú Soriano José, Nolasco Bonmatí Andreu, Martínez Cuervo Fernando, Rueda López Justo, Soldevilla Agreda J. Javier. Estudio ATHAC 04-05: Estudio observacional sobre el uso de apósitos neutros o impregnados en agente antibacteriano de una innovadora tecnología patentada: la tecnología lípido coloidal (TLC) para el tratamiento de heridas agudas y/o crónicas. Gerokomos [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2015 Agos 3]; 17(2): 42-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000200005&lng=es.
3. García González R. Fernando, Gago Fornells Manuel, Rodríguez Palma Manuel, Gaztelu Valdés Victoriana, García Collantes Mª Ángeles, Rodríguez José Carlos. Reducir la secuela en una quemadura doméstica. Gerokomos [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2015 Agos 3]; 19(1): 47-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100007&lng=es.
4. InfomecumHeridas. España. Rafael Calonge (Catfosc), Marcos Grau y Jordi Franco (Internext). 2012. [citado 2015 Agos 3]. Disponible en: <http://www.infomecum.com/tratamientos>

Capítulo CLXIX

RCP en las aulas: el poder está en tus manos

Autores:

María Josefa Cámara Cuadrado

Juan Carlos Cano Béjar

Sara Guerra Cano

María Jérica Martín Llorente

RCP EN LAS AULAS: EL PODER ESTÁ EN TUS MANOS.



INTRODUCCIÓN

En España existen diferentes Programas de Reanimación Cardiopulmonar orientado a Centros de Enseñanza Secundaria, donde se refleja la controversia sobre si el docente debe ser personal sanitario o el propio docente del centro

METODOLOGÍA

- ❖ Estudio piloto caso-control con 2 intervenciones: formación en RCP por profesores amateurs vs enfermeros.
- ❖ Consentimiento informado según la Ley de Protección de datos.
- ❖ Sesión formación profesores: 15' teoría/ 45' práctica.
- ❖ Sesión alumnos: 15' teoría / 45' práctica.
- ❖ Evaluación con tecnología *Laerdal* "Resusc Anne First Aid"



OBJETIVOS

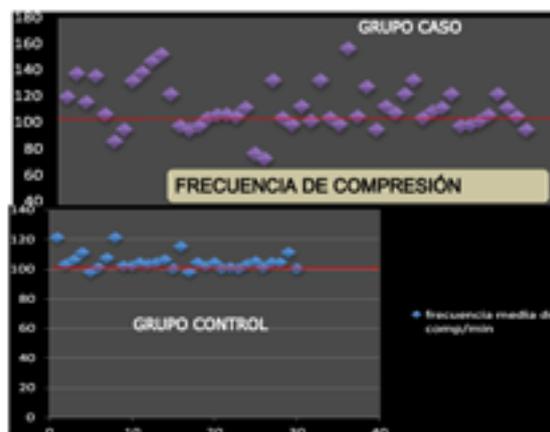
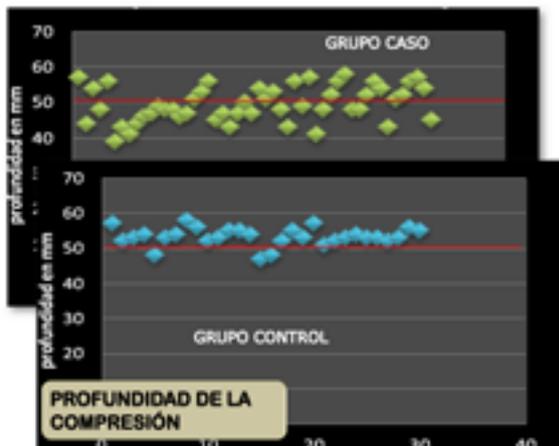


- 🎯 Determinar el método de enseñanza más eficaz en alumnos mayores de 14 años.
- 🎯 Evaluar los conocimientos aprendidos y su aplicación práctica.
- 🎯 Comparar la efectividad de la docencia entre personal e enfermería y profesorado.



RESULTADOS

La participación total fue de 50 alumnos en cada grupo. Se establecieron como variables principales la profundidad de la compresión y el ritmo, atendiendo a las recomendaciones AHA.



CONCLUSIONES

La intervención educativa es mucho más efectiva si es realizada por el personal sanitario, comprada con los profesores del estudio.



Resumen: *Introducción. Existen diferentes estudios con resultados iniciales que analizan la capacidad de los adolescentes para una correcta realización de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) dentro de los Programas de Reanimación Cardiopulmonar para Centros de Enseñanza Secundaria. Objetivos. Determinar el método de enseñanza más eficaz en alumnos mayores de 14 años, evaluar los conocimientos aprendidos y como los aplican en la práctica.*

Metodología/Intervenciones. Estudio piloto de ensayo clínico aleatorizado con dos grupos de intervención, evaluados con el maniquí LAERDAL. Resultados. El grupo de intervención sanitaria presenta una efectividad del 90% en compresiones y frecuencia, frente al 54% de efectividad del grupo caso.

Palabras Clave: *Resucitación Cardiopulmonar/ Cardiopulmonary Resuscitation; Adolescente/ Adolescent; Educación Secundaria/ Education, Primary and Secondary.*

En 1960 Noruega inicia la enseñanza de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) a los niños en las escuelas. Posteriormente, el grupo de investigación de Peter Safar, uno de los pioneros de la introducción de las maniobras de RCP en la atención a la parada cardíaca, demostró en 1978 la efectividad de la adquisición de habilidades de RCP básica en jóvenes de entre 15 y 16 años. Posteriormente, demostraron que los niños de entre 10 y 12 años eran capaces de realizar las maniobras correctamente en el 100% de los casos utilizando la técnica de autoentrenamiento con un maniquí infantil. La escuela constituye un marco ideal para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la RCP. En España, ha habido experiencias piloto de enseñanza de la RCP a niños, unas publicadas y otras no, que demuestran que los niños son capaces de aprender RCP básica tan rápidamente como los adultos. Los jóvenes son capaces no sólo de aprender, sino también de facilitar y multiplicar sus conocimientos entre sus propios familiares y amigos.

Otro estudio nacional publicado, analiza los resultados iniciales del “Programa de Reanimación Cardiopulmonar orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES)” que se ha desarrollado durante cinco años en Cataluña. Este programa, junto con otros desarrollados en Madrid (Programa Alertante) y Aragón (SEMES-AHA), ha sido uno de los pioneros realizados en España. Entre lo más destacado, a parte de la propia iniciativa en sí, figura el hecho de haber hecho el seguimiento y análisis posterior de los resultados educativos. Se refuerza el criterio de que los alumnos aprenden mejor cuando son los propios profesores los que imparten las clases. Aunque al cabo de un año se olvida parte del aprendizaje, realizando reciclajes periódicos, manteniendo a lo largo de todo el curso las prácticas de habilidades y utilizando la metodología de ver un DVD y practicar mientras se mira, se podría aumentar la retentiva de las técnicas.

Metodología:

Nuestro estudio consiste en un estudio piloto experimental, realizado dentro del ámbito de un instituto, en el que participaron un total de 80 alumnos y 3 profesores. El Cronograma y funcionamiento de la intervención a medir, consistía en establecer qué método de enseñanza de RCP es más efectivo, si realizar un “formar a formadores” con el profesorado, o que sean propios sanitarios los que realizan la educación. Para mantener la reciprocidad en ambos grupos, se establecieron unos criterios de inclusión (tener entre 13-16 años y estar matriculado en el Centro donde se realiza el estudio) y exclusión (ser profesor de Educación física, tener alguna disfuncionalidad que impida hacer esfuerzo, tener conocimientos previos de primeros auxilios).

El grupo "caso" (formación dada por un profesor del centro educativo) estaba formado por un total de 60 alumnos, mientras que el grupo "control" (formación realizada por enfermeras) lo formaban un total de 53 alumnos. A todos los alumnos se les pidió una autorización firmada para su participación. No obstante, el tamaño muestral disminuyó de 60 alumnos del grupo "caso" a 50, y de 53 a 50 alumnos en el grupo "control". Esto se debió principalmente a la falta de asistencia por parte del alumnado al Centro, así como por enfermedad de algunos alumnos.

Para realizar la formación recíprocamente, el cronograma a seguir fue de 15 minutos de explicación teórica mediante una presentación power point elaborada únicamente para este estudio, y un tiempo práctico de 35 minutos. Para valorar todos los conocimientos expuesto, se realizaba un caso clínico de manera independiente por alumno, siendo el tiempo total de compresiones de 1 minuto. La formación a formadores se realizó con la misma presentación power point y por el mismo profesional sanitario que para el alumnado, también usada posteriormente por el profesorado. Para evaluar la efectividad y los conocimientos, se utilizó el maniquí de evaluación de maniobras de RCP "Laerdal Resusci Anne First Aid", tomando como RCP efectiva, cuando el total de las variables medidas estén por encima del 70%.

Resultados:

Se establecieron en 6 variables. En lo respectivo al conocimiento de la cadena de supervivencia, los referentes al grupo caso establecían que el 34% no lo manejaba, mientras que por el contrario en el grupo control tan sólo no era conocido por un 10%. Sobre la PLS, el 44% del grupo caso no sabía realizarla; en el grupo control casi era un 30%.

El 48% del grupo caso mantenía una posición central de las manos a la hora de realizar la compresión, mientras que en el grupo control era de un 66,6% del alumnado. Sobre la profundidad de las compresiones, en el grupo caso el 54% se quedó por debajo de 5 cm, mientras que en el grupo control fue solo un 10%. La frecuencia media del grupo caso fue de 109 comp./min, siendo solo un 30 % los alumnos que están entre 100-109 comp./min; en el grupo control la media fue de 107 comp./min.; el 76,6 % de este grupo realizó entre 100 y 107 compresiones. El porcentaje de reexpansión incompleta en el grupo caso refleja que el 48% ha realizado al menos 1 reexpansión, mientras que el porcentaje en el grupo control es del 20%.

Conclusiones:

La intervención educativa es mucho más efectiva si es realizada por el personal sanitario que por profesores no pertenecientes al departamento de Educación Física, en contraposición a la bibliografía actual; no obstante es necesario seguir investigando al respecto para formar buenos proyectos educativos sobre SVB en los centros docentes.

Bibliografía:

1. García FJ, Montero FJ, Encinas RM. La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas. *Emergencias* 2008;20:223-5.
2. López MC, Garrote A, Freire M, Pérez E, Rodríguez A, Mosquera M. Encuesta a profesores de Institutos de Secundaria sobre la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en sus centros. *Emergencias* 2008;20:251-5
3. Miró O, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Coll-Vinent B, Bragulat E, Jiménez S, et al. Programa de reanimación Cardiopulmonar orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): análisis de los resultados del estudio piloto. *Med Clin (Barc)* 2005;124:4-9.

Capítulo CLXX

Realización del test de detección rápida para el virus respiratorio sincitial

Autores:

Antonio Diego Carrillo Mondéjar

Patricia García Pozo

Francisco Javier Navas López

Vicente Núñez Bravo

Margarita Ruiz Sánchez

Lidia Valero Hernández

REALIZACIÓN DEL TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA PARA VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

OBJETIVOS

Conocer el manejo y la importancia de la realización del test rápido para la detección del Virus Respiratorio Sincital (VRS) por parte de enfermería y la Educación Para la Salud (EPS) como prevención de la transmisión del VRS.

La infección por VRS es una de las causas más frecuentes de patología respiratoria en los dos primeros años de vida. En España, el número de niños fallecidos por infecciones por este virus se cifra en 70-250 al año. Es característico su marcado ritmo estacional donde es capaz de causar epidemia en los meses fríos.

Su gran capacidad de contagiosidad y su facilidad de transmisión hace de él un objetivo para la enfermería tanto en la EPS en prevención de la transmisión como en la realización de test rápido de detección, los cuales han mostrado según guías de práctica clínica una sensibilidad del 80-90%, junto con la ventaja de que los resultados están disponibles en pocos segundos.

MATERIAL

- Test rápido para la detección de antígenos de VRS a partir de muestra nasofaríngea: Hisopo estéril, diluyente de VRS, 1 VRS control+, 1 pipeta de plástico. (VER FOTOGRAFIA 1)
- Guantes desechables.
- Cronómetro.
- Contenedor de residuos sanitarios.

METODOLOGÍA

Doblar ligeramente el hisopo para introducirlo en la cavidad nasofaríngea a través del orificio nasal hacia la nasofaringe posterior.

Rotar el hisopo varias veces para obtener células infectadas. Para una correcta toma de muestras repetir el procedimiento por el otro orificio nasal.

En un tubo de ensayo o vial diferente para cada muestra (hisopo), se añaden 15 gotas del diluyente, se introduce el hisopo y se mezcla. Extraer posteriormente la cantidad máxima posible del líquido. Sacar el test VRS de su envase sellado (No abrir hasta que se vaya a utilizar) y usar rápidamente. Dispensar 4 gotas de la muestra homogeneizada en el pocillo del test marcado con una S. Iniciar el tiempo y leer el resultado a los 10 minutos tras dispensar la muestra. (VER TABLA 1)

* Para la realización del test necesitamos usar guantes desechables en todo momento, no comer, beber o fumar en la zona de realización del ensayo. Los test, muestras y diluyentes deben alcanzar la temperatura ambiente antes de utilizarlos

FOTOGRAFIA 1



TABLA 1

Diseño 1 Limpieza y aplicación nasofaríngea
 Añadir el diluyente (15 gotas)
 Añadir el hisopo (20 giros)
 4 gotas de la muestra

Diseño 2 Dilución nasofaríngea
 Añadir diluyente (15 gotas)
 Rotación del hisopo
 4 gotas de la muestra

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Diseño 3

POSITIVO	NEGATIVO	NO VALIDO	NO VALIDO
----------	----------	-----------	-----------

POSITIVO: Dos líneas en la zona control de la ventosa, en la zona de resultados, una roja (línea de control) y una verde (línea de muestra).

NEGATIVO: Únicamente una línea de color verde en la zona de control marcada con la letra C (línea de control).

NO VALIDO: Ausencia total de la línea de control de color verde, o poner de que aparece o no la línea roja en la zona de resultados, falta un volumen suficiente de muestra, un procedimiento inadecuado o un deterioro de los reactivos pueden ser la causa de la no aparición de la línea de control. Revisar el procedimiento y repetir la prueba con un nuevo test y/o control. Si el problema persiste, dejar de utilizar los tests y contactar con su distribuidor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La labor de enfermería se debe basar tanto en la realización del test rápido para la detección del VRS, como en la EPS a padres y familiares a través de recomendaciones para la prevención de su transmisión.

El VRS es altamente infeccioso, se transmite mediante secreciones nasofaríngeas y fómites (ropa y manos), donde puede permanecer viable hasta 12 horas. Tras un estornudo o la tos se han encontrado partículas con virus hasta 2 metros del paciente. Penetra en el huésped a través de las mucosas (ojos, nariz y boca). Los niños inmunocomprometidos pueden eliminarlo durante más de 3 semanas.

Por todo ello destacar la gran importancia del lavado de manos como mejor medida para evitar la diseminación de la infección, (se destruye con agua y jabón o geles alcoholizados).

Recomendar limitar el número de visitas, evitar la asistencia a guarderías, importante recomendar a los cuidadores no fumar o al menos no hacerlo delante del niño y tener en cuenta que partículas del tabaco adheridas a la ropa también pueden perjudicar al niño.

Evitar el contacto con personas con síntomas respiratorios y ambientes con alto riesgo de contagio.

La lactancia materna esta recomendada ya que los niños que la toman estan más protegidos contra la bronquiolitis.

CONCLUSIÓN

La labor de enfermería ante la detección y prevención del VRS representa un reto importante para la profesión ya que nos encontramos ante el causante más frecuente de patología respiratoria en los niños de menos de dos años, lo cual representa una enorme carga para el sistema sanitario y un grave problema en las salas de espera de pediatría y en hospitalización pues es un virus que se elimina durante mucho tiempo por lo que la propagación es muy fácil.

BIBLIOGRAFÍA

- Vicente D, Montes M, Cilla G, Pérez-Trallero E. Hospitalization for respiratory syncytial virus in the pediatric population in Spain. *Epidemiol Infect.* 2003; 131:867-72.
- www.aepap.org. Asociación Española de pediatría en Atención Primaria. (Grupo de Patología Infecciosa).
- www.se-neonatal.es. SENP (sociedad Española de Neumología Pediátrica).
- www.guissalud.es. Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.

Resumen: La infección por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es una de las causas más frecuentes de patología respiratoria en los dos primeros años de vida, con un marcado ritmo estacional donde es capaz de causar epidemia en los meses fríos. Su gran capacidad de contagiosidad y su facilidad de transmisión hace de él un objetivo fundamental para la enfermería en prevención de la transmisión. La realización de test rápido de detección del VRS, ha mostrado según guías de práctica clínica una sensibilidad del 80-90%, junto con la ventaja de que los resultados están disponibles en pocos segundos.

Palabras Clave: Test; Respiratorio; Sincitial.

Para la realización del test necesitamos disponer del siguiente material:

- Test rápido para la detección de antígenos de VRS a partir de muestra nasofaríngea: Hisopo estéril, diluyente de VRS, 1 VRS control+, 1 pipeta de plástico.
- Guantes desechables.
- Cronómetro.
- Contenedor de residuos sanitarios.

La metodología a seguir será la siguiente:

- Doblar ligeramente el hisopo para introducirlo en la cavidad nasofaríngea a través del orificio nasal hacia la nasofaringe posterior.
- Rotar el hisopo varias veces para obtener células infectadas. Para una correcta toma de muestras repetir el procedimiento por el otro orificio nasal.
- En un tubo de ensayo o vial diferente para cada muestra (hisopo), se añaden 15 gotas del diluyente, se introduce el hisopo y se mezcla.
- Extraer posteriormente la cantidad máxima posible del líquido.
- Sacar el test VRS de su envase sellado (No abrir hasta que se vaya a utilizar) y usar rápidamente.
- Dispensar 4 gotas de la muestra homogeneizada en el pocillo del test marcado con una S. Iniciar el tiempo y leer el resultado a los 10 minutos tras dispensar la muestra.

Para la realización del test necesitamos usar guantes desechables en todo momento, no comer, beber o fumar en la zona de realización del ensayo. Los test, muestras y diluyentes deben alcanzar la temperatura ambiente antes de utilizarlos.

La prevención del VRS mediante la Educación para la Salud, a padres y familiares, representa un reto importante para la enfermería. El VRS es altamente infeccioso, se transmite mediante secreciones nasofaríngeas y fómites (ropa y manos), donde puede permanecer viable hasta 12 horas. Tras un estornudo o la tos se han encontrado partículas con virus hasta 2 metros del paciente. Penetra en el huésped a través de las mucosas (ojos, nariz y boca). Los niños inmunocomprometidos pueden eliminarlo durante más de 3 semanas.

Por todo ello destacar la gran importancia del lavado de manos como mejor medida para evitar la diseminación de la infección (se destruye con agua y jabón o geles alcohólicos).

Recomendar limitar el número de visitas, evitar la asistencia a guarderías, importante recomendar a los cuidadores no fumar o al menos no hacerlo delante del niño y tener en cuenta que partículas del tabaco adheridas a la ropa también pueden perjudicar al niño.

Evitar el contacto con personas con síntomas respiratorios y ambientes con alto riesgo de contagio.

La lactancia materna está recomendada ya que los niños que la toman están más protegidos contra la bronquiolitis.

Bibliografía:

1. Vicente D, Montes M, Cilla G, Pérez-Trallero E. Hospitalization for respiratory syncytial virus in the pediatric population in Spain. *Epidemiol infect.* 2003; 131:867-72.
2. Alfayate S, Bengoa A, Cocho P. Grupo de Patología Infecciosa AEPap. Test de detección rápida del virus sincitial respiratorio. 24 de enero de 2014.
3. X Carbonell-Estrany, J Figueras-Aloy. Servicio de Neonatología. Hospital Clínic. Agrupación Sanitaria H.Clínic-H.Sant Joan de Déu. Barcelona.
4. Prevención de la infección por virus respiratorio sincitial (VRS). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador.
5. 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: AATRM. Nº 2007/05.

Capítulo CLXXI

Relación entre los malos hábitos alimenticios en edad escolar con la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta

Autores:

Noelia Bolaños Martín

José Carlos Cantero Rivero

Virginia Cantero Rivero

Cristina González Arévalo

Saúl Nieto Aparicio

María José Sánchez-Camacho González-Carrato

¿Están relacionados los malos hábitos alimenticios en edad escolar con la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta?

INTRODUCCIÓN

Los malos hábitos alimenticios juegan un papel importante para la salud ya que pueden llegar a provocar obesidad, que puede actuar como un factor de riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, HTA) durante la edad adulta.

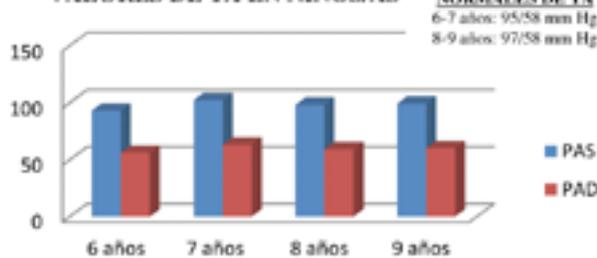
OBJETIVOS

- Fomentar hábitos de vida saludable para conseguir un estado nutricional óptimo evitando así la obesidad que es considerado el mayor factor de riesgo de enfermedades crónicas.
- Conseguir un ritmo de crecimiento adecuado promoviendo la actividad física y una adecuada nutrición.
- Evitar que los niños adquieran malos hábitos mediante la publicidad subliminal, llevando a cabo programas de educación para la salud.

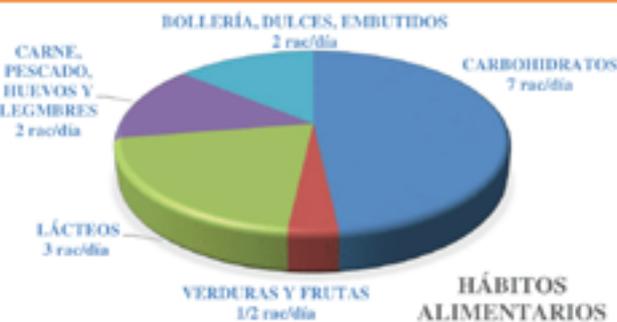
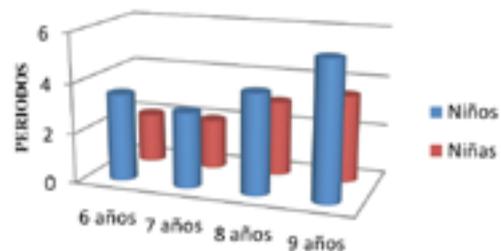
MATERIAL Y MÉTODO

- Cuestionarios para conocer los hábitos de alimentación en 100 niños y niñas de entre 6 y 9 años.
- Control de tensión arterial en 100 niños y niñas de entre 6 y 9 años.
- Realización del Test de Course-Navette (Test de Resistencia Cardio Respiratoria) que consiste en que el sujeto va desplazándose de un punto a otro situado a 20 metros de distancia realizando un cambio de sentido indicado por una señal sonora que va acelerándose progresivamente. El momento en el que el individuo interrumpe la prueba es el que indica su resistencia cardiorespiratoria (periodo).

VALORES DE TA EN NIÑOS/AS



RESULTADOS DEL TEST DE COURSE-NAVETTE



RESULTADOS

Los valores de TA son mayores en niños y niñas de 7 años, por lo que tienen menor resistencia cardiorespiratoria obtenida del Test de Course-Navette.

En cuanto a la alimentación, la media de raciones consumidas en niños/as de entre 6-9 años es mayor en carbohidratos. Sin embargo las raciones de grasa no son las adecuadas, ya que consumen más de lo debido.

CONCLUSIONES

Observamos que los niños que consumen mayor cantidad de lípidos presentan mayores niveles de TA y menor resistencia cardiorespiratoria. Por lo tanto, sería necesario fomentar hábitos de vida saludable para evitar que estos niños puedan desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares e HTA.

CRISTINA GONZALEZ AREVALO

NOELIA BOLAÑOS MARTIN

JOSE CARLOS CANTERO RIVERO

VIRGINIA CANTERO RIVERO

MARIA JOSÉ SANCHEZ-CAMACHO GONZÁLEZ-CARRATO

SAÚL NIETO APARICIO

Resumen: Los malos hábitos alimenticios pueden provocar obesidad. Esta a su vez es un gran factor de riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta. Para ello, hemos realizado en centros escolares un estudio donde hemos recogido mediante cuestionarios, toma de tensión arterial (TA) y Test de Course-Navette, información para saber si la mala alimentación influye en los niveles de TA y en la resistencia cardiorespiratoria. En los resultados hemos observado que los niños con mayor TA tienen menor resistencia cardiorespiratoria y a su vez consumen mayor cantidad de hidratos de carbono y lípidos.

Palabras Clave: Alimentación; Escolar; Enfermedades Crónicas.

Introducción:

Los malos hábitos alimenticios juegan un papel importante para la salud ya que pueden llegar a provocar obesidad, que puede actuar como un factor de riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas como diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial (HTA) durante la edad adulta.

Objetivos:

- Fomentar hábitos de vida saludable para conseguir un estado nutricional óptimo evitando así la obesidad, que es considerado el mayor factor de riesgo de enfermedades crónicas.
- Conseguir un ritmo de crecimiento adecuado promoviendo la actividad física y una adecuada nutrición.
- Evitar que los niños adquieran malos hábitos mediante la publicidad subliminal, llevando a cabo programas de educación para la salud.

Material y método:

Se utilizaron cuestionarios para conocer los hábitos de alimentación en 100 niños y niñas de entre 6 y 9 años. En estos cuestionarios se hicieron preguntas sobre la cantidad de raciones que consumían los niños y niñas de cada grupo de alimentos (carbohidratos; verduras y frutas; lácteos; carnes, pescados, huevos y legumbres; bollería, dulces y embutidos). Para contrastar esta información se pasó el mismo cuestionario a los padres de los niños.

También se realizaron controles de tensión arterial (TA) a 50 niños y 50 niñas de entre 6 y 9 años. Para la toma de tensión, disponíamos de un aula pequeña y tranquila que nos facilitaron los centros escolares. Previamente a la realización de la prueba, se explicaba a los niños en qué consistía, que era indolora y se mantenían en reposo a los niños/as de 5-10 minutos.

Por último se realizó el Test de Course-Navette (Test de Resistencia Cardiorespiratoria) que consiste en que el sujeto va desplazándose de un punto a otro situado a 20 metros de distancia realizando un cambio de sentido indicado por una señal sonora que va acelerándose progresivamente. El momento en el que el individuo interrumpe la prueba es el que indica su resistencia cardiorespiratoria (período).

Resultados:

En los cuestionarios sobre hábitos alimenticios observamos que la media de raciones consumidas en niños/as de entre 6-9 años es mayor en carbohidratos (7 raciones/día), siendo lo adecuado de 4-6 raciones diarias. Las verduras y las frutas son el grupo de alimentos que se consume en menor cantidad (1/2 ración/día), siendo lo recomendado mayor de 3 raciones. Respecto a los lácteos, los niños/as consumen diariamente la cantidad establecida (2-4 raciones diarias). En los alimentos que contienen proteínas (carne, pescado, huevos y legumbres) los escolares también consumen la cantidad recomendada (2 raciones/día). Sin embargo, las raciones de grasa no son las adecuadas (2 raciones/día), ya que el consumo de estos alimentos debe ser ocasional.

También se analizaron los valores de TA por grupos de edad (6, 7, 8 y 9 años) observando que los niños y niñas de 6 años tuvieron una TA de 89/50 mm Hg, en cambio los niños/as de 7 años obtuvieron los mayores valores de TA (98/60 mm Hg) respecto a los niños/as de 8 años (95/55 mm Hg) y 9 años (96/56 mm Hg).

Además al realizar el Test de Course-Navette, diferenciamos los niños de las niñas por grupos de edad. En este test las niñas tuvieron menor resistencia cardiorespiratoria que los niños. Las niñas de 6 y 7 años duraron 1.5 periodos, las de 8 años 2.5 periodos y las de 9 años 3.5 periodos. En cambio, los niños de 6 años aguantaron 3 periodos, los de 7 años 2 periodos, los de 8 años 3.5 periodos y los de 9 años 5 periodos.

En definitiva, los valores de TA son mayores en los escolares de 7 años, por lo que tienen menor resistencia cardiorespiratoria obtenida del Test de Course-Navette.

Conclusiones:

Observamos que los niños que consumen mayor cantidad de lípidos presentan mayores niveles de TA y menor resistencia cardiorespiratoria. Por lo tanto, sería necesario fomentar hábitos de vida saludable para evitar que estos niños puedan desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares e HTA.

Bibliografía:

1. Bel-Serrat S, Mouratidou T, Santaliestra-Pasías AM, Iacoviello L, Kourides YA, Marild S, et al. Clustering of multiple lifestyle behaviours and its association to cardiovascular risk factors in children: the IDEFICS study. *European journal of clinical nutrition*. 2013; 67(8): 848-854.
2. Alvarez Caro F, Díaz Martín JJ, Riaño Galán I, Pérez Solís D, Venta Obaya R, Málaga Guerrero S. Factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes en escolares asturianos. *Anales de Pediatría*. 2011; 74(6): 388-395.
3. de Moraes AC, Carvalho HB, Siani A, Barba G, Veidebaum T, Tornaritis M, et al. Incidence of high blood pressure in children-effects of physical activity and sedentary behaviors:the IDEFICS study: High blood pressure, lifestyle and children. *International Journal of Cardiology*. 2015; 180: 165-170.

Capítulo CLXXII

Relación entre obesidad y diferentes patologías

Autores:

Severo Chicote Izquierdo

Estefanía García Gómez

Gema Ruiz Nieto

Relación entre obesidad y diferentes patologías clínicas

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, la obesidad ha surgido como un importante problema de salud pública a nivel mundial, ha sido la primera ocasión en que una enfermedad crónica no transmisible se considera epidémica.

El estallido mundial de la prevalencia de obesidad es paralelo al aumento de la prevalencia de síndrome metabólico (hipertensión arterial, dislipemias, insulinoresistencia) y diabetes tipo 2.

El presente trabajo destaca la importancia de la nutrición, estilo de vida, actividad física y estrés relacionado con la obesidad. El seguimiento del caso clínico se ha desarrollado durante un año de duración (Junio 2014 a Julio 2015).

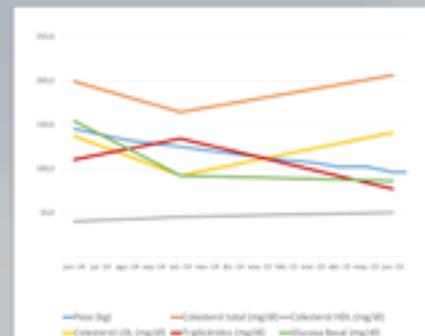
OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Mujer de 41 años de edad. Ingresa en el centro en Junio del 2014. La residente presenta al ingreso obesidad mórbida (145 kg) con un índice de Quetelet de 56,6. Diabética tipo II en tratamiento con ADO y una HB glicosilada de 7,8. (Otros datos analíticos dignos de mención en tabla adjunta.)

La residente al ingreso realiza vida cama-sillón, necesitando ayuda para las ABVD.

Dependiente de oxigenoterapia a 3 L las 24 horas del día, presentando desaturaciones por debajo del 90% incluso durante el aseo diario.

La residente presenta cifras de TA dentro de límites normales al ingreso (125/75 mmHg).



PLAN DE CUIDADOS:

Durante la estancia en el centro el plan de cuidados se centra básicamente en los patrones de salud alterados, en relación a la obesidad mórbida que presenta la residente.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	NOC	NIC
00001. Desequilibrio nutricional por exceso	1802. Conocimiento: dieta. 1812. Control de peso. 3205. Estado nutricional: masa corporal.	1130. Terapia nutricional. 1160. Control y seguimiento de la nutrición. 1200. Gestión del peso.
00179. Riesgo de glucemia inestable.	1820. Conocimiento: control de la diabetes. 1811. Conocimiento: régimen terapéutico. 2300. Control de glucosa sanguínea.	2120. Gestión de la hiperglucemia.
00032. Patrón respiratorio ineficaz.	2801. Control del riesgo: enfermedad crónica. 0403. Estado respiratorio: ventilación.	3050. Control y seguimiento respiratorio. 3230. Fisioterapia respiratoria.
00088. Deterioro de la deambulación.	0200. Deambulación: caminata. 0208. Nivel de movilidad.	0200. Promoción del ejercicio. 0202. Promoción del ejercicio: entramiento. 0224. Terapia con ejercicio: movilidad articular. 3612. Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.
00067. Disposición para mejorar el autoconcepto.	1701. Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar. 0300. Cuidados personales: actividades de la vida diaria. 1200. Imagen corporal.	5220. Mejorar la imagen corporal. 5400. Mejorar la autoestima. 5390. Mejorar la autoconciencia.
00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	0602. Hidratación. 0203. Posición corporal inicial.	3540. Prevención de las úlceras por presión. 3500. Control de presiones.
00135. Riesgo de caídas.	1910. Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar. 1911. Conducta de seguridad: personal. 1909. Conducta de seguridad: prevención de caídas.	5380. Fomento de la seguridad. 6490. Prevención de caídas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Durante este año de seguimiento, la residente ha sido sometida a una dieta hipocalórica, pasando de 145 kg a 95.8 kg.

En el proceso la residente paulatinamente ha ido mejorando la movilidad (con ayuda de fisioterapia), consiguiendo realizar la mayor parte de las AVD, primero deambulando con bipedestador, más tarde con andador y en la actualidad camina sin ninguna ayuda externa y precisa de oxígeno únicamente por la noche.

También se observan descensos en los niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa en sangre.

Durante el seguimiento de este caso clínico hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de la obesidad mórbida es un tema que nos compete en gran medida a los profesionales de enfermería, dejando el tratamiento médico tal como la cirugía para los casos más extremos que no se consiguen controlar con dieta y ejercicio.

En este caso en concreto hemos tenido la ventaja de que la residente se ha ceñido estrictamente a las medidas pautadas en el centro tanto dietéticas como de ejercicio físico no pudiendo saltarse estas medidas.

Resumen: *El presente caso clínico intenta poner de manifiesto la relación entre la obesidad y las diferentes patologías, sobre todo metabólicas que afectan al estado de salud de las personas que la padecen y también, mostrar la mejora en la salud general de las personas que consiguen disminuir el peso corporal.*

Palabras Clave: *Obesidad; Patologías; Dieta Reductora.*

El desarrollo del presente caso clínico ha tenido la duración de un año. El seguimiento del paciente ha sido relativamente sencillo, ya que se encontraba ingresado en el centro de trabajo de dos de los ponentes de dicho trabajo.

Comenzamos con el caso clínico cuando la residente ingresa en el centro, presentando una obesidad mórbida con un índice de Quetelet de 56,6, y diversas patologías asociadas a esa obesidad, tales como diabetes mellitus, hipercolesterolemia y necesidad de oxígeno durante las 24 horas al día, siendo dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, haciendo vida cama sillón, necesitando ayuda para levantarse.

Lo primero que se realiza es una valoración, siguiendo la taxonomía NANDA, las intervenciones de enfermería NIC y los resultados NOC, teniendo en cuenta cuáles van a poder llevarse a cabo y cuáles no y cuáles están relacionados con el principal problema que presenta el residente, que es la obesidad.

Durante el año de seguimiento, el tratamiento que se ha llevado a cabo ha sido una dieta hipocalórica, teniendo en cuenta que la residente ha comido a la misma hora y junto a otros residentes que no estaban a dieta, por lo cual, sus menús han sido lo más parecidos posibles a los de sus compañeros, para que en ningún momento se sintiera diferente a los demás y se negara a llevar la dieta pautada.

Esta dieta ha sido semejante a la del resto, evitando el consumo de grasa y los dulces de repostería. Salvo en esto, la dieta ha sido similar a la del resto, aunque en menor cantidad. Por ejemplo, el día que tocaba macarrones con chorizo, la residente comía macarrones también, aunque sin chorizo.

El proceso ha resultado ser como un círculo vicioso, aunque a la inversa, es decir, desde el primer mes, la residente ha tenido una gran pérdida de peso (en un año ha perdido 50 kg), y a medida que perdía peso se ha ido motivando, ya que a partir del segundo mes, la residente ha podido caminar ella sola. Primero con un bipedestador, más tarde con un andador, y en la actualidad camina con una muleta, debido a patología producida por el exceso de peso durante periodo prolongado de tiempo. Esto le ha producido un mayor nivel de independencia y motivación para realizar actividades que antes era incapaz, realizando, inconscientemente más ejercicio físico, sin necesidad de hacerle ninguna tabla de ejercicios, ya que realiza ejercicio sin darse cuenta.

Se redujo niveles de glucemia, y en la actualidad no toma antidiabéticos orales. Ahora mismo no necesita oxígeno durante el día.

La realización del presente caso clínico nos lleva a pensar, el por qué esta paciente ha sido capaz de perder este peso, mientras que otros pacientes no son capaces. Para nosotros, la respuesta es sencilla, “el seguimiento del tratamiento”, ya que al estar ingresada, la paciente únicamente comía lo que se le servía, evitando así el llamado “picoteo”.

Esto pone de manifiesto la gran labor que la enfermería debe llevar a cabo en el seguimiento de estos casos, tanto de cuidados como motivacionales, evitando en la medida de lo posible los tratamientos más traumáticos como intervenciones quirúrgicas, con el riesgo que ello conlleva, dejándolo únicamente para casos de extrema gravedad que no han sido capaces de perder peso por otros tratamientos.

Bibliografía:

1. Nanda international (2010). Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2009-2011. Madrid. Elsevier.

Capítulo CLXXIII

Resultados cirugía percutánea en antepié

Autores:

Alberto Bermejo Cantarero

Laura Muñoz De Morales Romero

Resultados Cirugía Percutánea en antepié

Introducción

Los objetivos del tratamiento quirúrgico de las deformidades del antepié son la eliminación del dolor como indicación primaria, el cual debe estar presente siempre; tratar de corregir todos los elementos patológicos de la enfermedad para evitar la recidiva; mantener un pie biomecánicamente funcional para la deambulación y tratar cada paciente de forma individualizada según sus circunstancias.

Se debe realizar una exploración clínica minuciosa de ambos pies para determinar la presencia de una bursitis medial dolorosa, reductibilidad o no de la deformidad, estudio de los dedos menores y fórmula digital, bóveda plantar (pie plano o cavo), retropié (varo, valgo o neutro), hiperqueratosis plantares como consecuencia de una insuficiencia del primer radio, etc.

El tratamiento quirúrgico del antepié es muy amplio, con técnicas que actúan sobre tejidos blandos; osteotomías proximal, diafisaria o distal del primer metatarsiano, artroplastias de sustitución, artrodesis, etc., y la cirugía percutánea.

La cirugía percutánea ofrece la ventaja de realizar la intervención a través de mínimas incisiones que provocan un traumatismo menor en los tejidos próximos y dejan pequeñas cicatrices en la piel con escaso dolor postoperatorio. La no exposición directa de los planos quirúrgicos hace imprescindible la utilización de un equipo de control radiológico para orientarnos en los distintos actos quirúrgicos. La anestesia loco regional, preferible la troncular del tobillo, permitirá una carga inmediata del paciente, entre otras ventajas.

Objetivos

- Valorar los resultados de la cirugía percutánea
- Evaluar si existen diferencias en la incidencia respecto a sexo y lateralidad del pie
- Conocer la satisfacción del paciente tras su intervención quirúrgica

Material y método

El estudio se realizó entre los pacientes del HGUCR sometidos a cirugía percutánea del pie.

-**Diseño:** Estudio prospectivo durante los meses de Enero de 2015 a Septiembre de 2015.

-**Población y Muestra:** La población la forman los pacientes intervenidos quirúrgicamente con cirugía percutánea, siendo la muestra total de 100 pacientes.

-**Intervención:** Mediante una Escala Likert (Tabla 1) se valoró la satisfacción del paciente respecto a la intervención y sus resultados y para la valoración pre y postquirúrgica de metatarsianos menores e interfalángicas se empleó la Escala de la Sociedad America de Pie y Tobillo (AOFAS) (Tabla 2) valorando el dolor, la función de las metatarsofalángicas y las interfalángicas y el alineamiento.

-**Análisis estadístico:** Se emplea, en primer lugar, estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. En segundo lugar, se utiliza estadística inferencial.

Tabla 1 Escala Likert

0	1	2	3
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Tabla 2 Escala AOFAS

Tabla 2 Escala de la Sociedad Americana de Pie y Tobillo (AOFAS) para la valoración de la función del pie y tobillo. Se divide en dos subescalas: AOFAS-F (función) y AOFAS-D (dolor). La puntuación máxima es de 100 puntos.

Ítem	Puntuación
Dolor	0-100
Función	0-100
Alivio del dolor	0-100
Alivio de la deformidad	0-100
Alivio de la bursitis	0-100
Alivio de la hiperqueratosis	0-100
Alivio de la insuficiencia del primer radio	0-100
Alivio de la bursitis del primer dedo	0-100
Alivio de la bursitis del segundo dedo	0-100
Alivio de la bursitis del tercer dedo	0-100
Alivio de la bursitis del cuarto dedo	0-100
Alivio de la bursitis del quinto dedo	0-100
Alivio de la bursitis del primer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del segundo dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del tercer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del cuarto dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del quinto dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del primer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del segundo dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del tercer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del cuarto dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del quinto dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del primer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del segundo dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del tercer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del cuarto dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del quinto dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del primer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del segundo dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del tercer dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del cuarto dedo (repetido)	0-100
Alivio de la bursitis del quinto dedo (repetido)	0-100

Resultados

- Se obtiene una muestra de 100 participantes, en cuanto al sexo, la patología del antepié es más prevalente en mujeres. En nuestra serie contamos con 83 mujeres frente a 17 pacientes varones.
- La edad media de nuestros pacientes es de 59 años, incidiendo más esta patología entre los 55-65 años de edad (Gráfico 1)
- En cuanto a la lateralidad no se han encontrado diferencias significativas (47 pies izquierdos, 53 derechos).
- Respecto a la Escala AOFAS: AOFAS prequirúrgico con puntuación media de 41 y AOFAS postquirúrgico con puntuación media de 89 puntos.
- Un 87% de los pacientes se encontraba muy o bastante satisfechos con los resultados obtenidos (Gráfico 2).

Gráfico 1 Edad

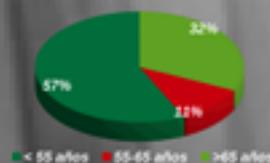


Gráfico 2 Satisfacción



Conclusiones

- Técnica sencilla, reproducible y efectiva¹
- La cirugía percutánea de antepié realizada en nuestro centro presentó resultados funcionales buenos o muy buenos según la Escala AOFAS (media de 89 pts)
- Los resultados de la técnica son muy satisfactorios desde el punto de vista del subjetivo del paciente (Escala Likert); tras preguntar a los pacientes si se volverían a operar con éste procedimiento un 93% afirmó que sí
- Los pacientes presentan una recuperación de actividades temprana versus la recuperación de cirugía abierta del antepié
- Existe una bibliografía limitada y por tanto una necesidad de más estudios²⁻³

¹Bauer T. Percutaneous surgery for static metatarsalgia. In: Maffulli N, Eastley M, eds. Minimally Invasive Surgery of the Foot and Ankle. London: Springer; 2011:157-162.
²Davies MS, Saeily TS. Metatarsal neck osteotomy with rigid internal fixation for the treatment of lesser toe metatarsophalangeal joint pathology. Foot Ankle Int 1999;20:630-5.
³Vardoulakis G, Demerouti A, Demerouti A, Pournat L. The distal osteotomy of the lesser metatarsals: a clinical and pedobarographic follow-up study. Foot Ankle Int 2000; 21:370-4.

Resumen: El dolor en el antepié es la causa más prevalente de atención en las consultas de Cirugía Ortopédica. Dentro de éste, el de origen plantar es el más frecuente, pudiendo estar asociado a otras alteraciones como Hallux Valgus y deformidades en los dedos. La cirugía percutánea está ofreciendo excelentes resultados. Tras la intervención se produce una disminución de presiones transmitidas a nivel plantar del antepié, por lo que el dolor y las hiperquerosidades plantares desaparecen. Constatan una mejoría en su calidad de vida, con una disminución importante del dolor, más facilidad para usar calzado, así como mayor recorrido de marcha.

Palabras Clave: Percutaneous Foot Surgery; Orthopaedic Surgery; Minimum Traumas.

La metatarsalgia es la consecuencia de la hiperpresión que ejercen las cabezas de los metatarsianos durante las distintas fases de la marcha y cursa con dolor. Puede tener origen idiopático o ser secundario a otras patologías como x ejemplo traumatismos. Respecto al tratamiento existe controversia. Inicialmente se aboga por un tratamiento conservador basado en cambios en el apoyo con plantillas, AINES y eliminación de helomas. Si éste fracasa se considera el tratamiento quirúrgico.

Existen dos modalidades de cirugía: por un lado cirugía abierta y por otro, cirugía percutánea. En la cirugía abierta se realizan cortes óseos a nivel distal, proximal, en cabezas de los metas..., fijándolos con tornillos y otros sistemas. Y en cirugía percutánea, mediante un abordaje mínimamente invasivo se realizan osteotomías distales en los metatarsianos sin exposición directa de los planos quirúrgicos; lo que ocasiona un trauma mínimo de los tejidos y exige un control radiológico guiado durante la intervención.

A grandes rasgos, se puede decir que mientras que en la cirugía abierta se realiza fijación con tornillos en los diferentes cortes óseos, en la cirugía percutánea no es necesario. Citar que todas las técnicas, tanto abierta como percutánea, tienen como misión la corrección en la biomecánica del apoyo del pie y, evidentemente, no un fin meramente estético.

Objetivos:

- Valorar los resultados clínicos de la cirugía percutánea.
- Evaluar si existen diferencias significativas en la incidencia, respecto al sexo y la lateralidad del pie.
- Conocer la satisfacción del paciente tras su intervención quirúrgica.

Material y método:

El estudio se realizó entre pacientes sometidos a cirugía percutánea en el HGUCR; mediante un estudio prospectivo durante los meses comprendidos desde Enero 2015 a Septiembre del mismo año.

La población la forman los pacientes intervenidos con cirugía percutánea, siendo la muestra total de 100 pacientes. Mediante una escala tipo Likert se valoró la satisfacción del paciente respecto a la intervención y sus resultados. Y a través de la Escala de la Sociedad Americana de Pie y Tobillo (AOFAS), se hizo una valoración pre y postquirúrgica del pie valorando dolor, funcionalidad y alineamiento.

Respecto al análisis estadístico, se empleó, en primer lugar, estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. En segundo lugar, estadística inferencial.

Como resultados se observó que la edad media de nuestros pacientes fue de 59 años, incidiendo más esta patología entre los 55-65 años de edad. En cuanto a la lateralidad de pie no se encontraron diferencias significativas: 47 pies izquierdos frente a 53 derechos.

En relación al sexo, la patología de antepié es más prevalente en mujeres. 83 mujeres frente a 17 varones. Y respecto a la Escala AOFAS:

- Obtuvimos un AOFAS PRE Qx de 41 pts y
- un AOFAS POST Qx de 89 pts

Vemos que se pasó de un resultado PREQx calificado según AOFAS como “pobre” (41 pts) a un resultado “bueno” (89 pts), rozando la “excelencia” tras la intervención quirúrgica percutánea. En referencia a la satisfacción del paciente: Un 87% de los pacientes se encontraban muy o bastante satisfechos con los resultados obtenidos.

Conclusiones:

- La cirugía percutánea de antepié realizada en nuestro centro presentó resultados funcionales buenos o excelentes según la Escala AOFAS con una media de 89 pts postquirúrgicos.
- Los pacientes muestran una recuperación temprana de las actividades. Nada más acabar la intervención, el paciente sale de la camilla del quirófano andando con su zapato ortopédico.
- Desde el punto de vista del paciente los resultados son calificados como muy satisfactorios y, tras preguntarles si se volverían a operar con esta técnica, un 93% afirmó que sí.
- La cirugía percutánea es una técnica sencilla, reproducible y con resultados efectivos.
- Debido a la limitada bibliografía disponible y a la escasez de estudios que hay al respecto, se consideran necesarias más investigaciones. Por lo que hemos considerado interesante intentar hacer una aportación con nuestro trabajo.

Bibliografía:

1. Bauer T. Percutaneous surgery for static metatarsalgia. In: Maffulli N, Easley M, eds. Minimally Invasive Surgery of the Foot and Ankle. London: Springer; 2011:157–162.
2. Davies MS, Saxby TS. Metatarsal neck osteotomy with rigid internal fixation for the treatment of lesser toe metatarsophalangeal joint pathology. Foot Ankle Int 1999;20:630-5.
3. Vandeputte G, Dereymaeker G, Steenwerckx A, Peeraer L. The Weil osteotomy of the lesser metatarsals: a clinical and pedobarographic follow-up study. Foot Ankle Int 2000; 21:370-4.

Capítulo CLXXIV

Revisión sistemática: copa menstrual vs métodos tradicionales de higiene durante la menstruación

Autores:

Cristina María Donate Manzanares

Miriam Donate Manzanares

Eulalia Izquierdo Vargas

REVISIÓN SISTEMÁTICA: COPA MENSTRUAL VS MÉTODOS TRADICIONALES DE HIGIENE DURANTE LA MENSTRUACIÓN

INTRODUCCIÓN

Las copas menstruales son vasos flexibles, hechos de goma o silicona, que, puestos intravaginalmente, sirven para recoger el flujo menstrual. Su demanda va en aumento por las usuarias, y parece que es una alternativa muy aceptable al habitual uso de compresas y tampones. La principal preocupación podría haber sido el aumento de infecciones, pero hay estudios que demuestran que esto no es así, incluso evidenciando que con la copa hay menor crecimiento bacteriano que con tampones. Esta revisión busca el grado de aceptación por parte de las usuarias con respecto a los métodos tradicionales de higiene.

OBJETIVOS

- ☞ Conocer el porcentaje de mujeres que una vez habiendo probado la copa menstrual deciden seguir usándola.
- ☞ Analizar qué razones llevan a las mujeres a querer usar una copa menstrual.
- ☞ Averiguar el grado de satisfacción de las mujeres que usan la copa menstrual con respecto a tampones y/o compresas.
- ☞ Descubrir la opinión de las usuarias sobre la copa.

MATERIAL Y MÉTODO

- ☞ Revisión sistemática de las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, CUIDEN, ENFISPO, Lilacs.
- ☞ Criterios de inclusión: Artículos de ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones sistemáticas.
- ☞ Términos clave: menstrual cup; menstrual hygiene products.
- ☞ Análisis de la calidad: dos revisores de manera independiente.
- ☞ No hay restricción temporal.

RESULTADOS

	EXCLUIDOS	SELECCIONADOS
10 resultados encontrados	5 artículos (no relacionados)	5 artículos

AUTORES Y AÑO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO	CONCLUSIÓN
Cheng M et al 1995 Descriptivo Prospectivo	51 participantes	Se les facilitaron dos copas y se les entrevistó al mes y a los 2, 6 y 12 meses	•El 45% la encontró aceptable.
Stewart K et al 2009 Estudio Descriptivo	69 participantes	Cumplimiento de un cuestionario al acudir a una clínica después de leer un folleto informativo.	•Razones para usar la copa: más respetuoso con el medio ambiente; necesidad de menos cambios durante la menstruación; una copa dura varios años. •Razones para no usarla: desórdenes menstruales; el lavado de la copa; el manejo de la copa; introducción de cuerpo extraño en la vagina.
Stewart K et al 2010 Estudio Descriptivo	53 participantes	Se facilitó una Mooncup® a cada una y contestaron un cuestionario sobre tres ciclos usándola y otros tres sin ella.	Comparación entre copa y otros métodos: •Escapes: 0'5 menos veces con la copa. •Necesidad de cambio: 2'8 menos veces con la copa.
Howard C et al 2011 ECA	110 participantes que solían usar tampones.	Tampones → n=55 Copa → n=55 Cumplimentación de diario 5 de ellas fueron online. 1 ciclo con su análisis final (3 con el método asignado. 2 copas).	•Satisfacción general: escala Likert, mayor puntuación para la copa (1'5 frente a 1). •91% en el grupo de la copa la continuarían usando y la recomendarían. •El gasto de un año en tampones se estimó que era el mismo que el precio de la copa (según las instrucciones de uso, puede durar 10-15 años). •La incomodidad vaginal fue mayor con la copa, si bien fue disminuyendo con el uso. •No hubo diferencia en síntomas urovaginales.
Beksinska ME et al 2015 ECA	110 participantes	Tamp/compresas → n=55 Copa → n=55 6 ciclos.	La copa tuvo mayor puntuación en comodidad, calidad y recolección de flujo.

CONCLUSIONES

La copa es un método bien tolerado y con muchas ventajas sobre tampones y compresas, por lo que se recomienda su fomento y una mayor formación de los profesionales sanitarios en su uso para que lo aconsejen.

Resumen: Las copas menstruales son vasos flexibles que sirven para recoger el flujo menstrual. Parece una alternativa aceptable a las compresas y los tampones. Buscamos el grado de aceptación con respecto a los métodos tradicionales de higiene realizando una revisión de las bases de datos Pubmed, Cochrane, CUIDEN, ENFISPO y Lilacs, incluyendo ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Se seleccionaron cinco artículos, hallándose múltiples ventajas de la copa sobre tampones y compresas y un grado muy aceptable de satisfacción. Concluimos que la copa es un método bien tolerado y con muchas ventajas, por lo que recomendamos su fomento.

Palabras Clave: Menstrual Cup; Menstrual Hygiene Products; Review.

Introducción:

Las copas menstruales son vasos flexibles, hechos de goma o silicona que, puestos intravaginalmente, sirven para recoger el flujo menstrual. Fueron diseñadas alrededor de 1930, a la vez que los primeros tampones, pero en aquel momento la publicidad masiva que se dio a éstos y a las compresas eclipsó a la copa. Sin embargo la preocupación por el medio ambiente y la búsqueda de un producto más económico ha hecho que su demanda vaya en aumento, y parece que es una alternativa muy aceptable al habitual uso de compresas y tampones.

Como acabamos de decir, una de las principales ventajas es el ahorro económico. Una copa puede costar de veinticinco a treinta euros, según la marca, y llegar a durar cinco años, dependiendo de cómo se cuide, y durante todo este tiempo no será necesario comprar ni tampones ni compresas. Esto supone la otra gran ventaja, que se traduce en la reducción de los residuos producidos. Los diseños actuales están hechos de silicona médica, libre de látex.

Para colocarla, primero se ha de plegar, para lo que hay distintas técnicas. Las más usadas son el plegado en C y el plegado inferior. Una vez plegada, se introduce en la vagina y se deja abrir. En comparación con un tampón, que queda puesto al final de la vagina, la copa queda prácticamente a la entrada.

Cuando la mujer empieza con el sangrado mensual, la puede llevar puesta de cuatro a ocho horas, dependiendo de la cantidad de flujo individual, y al vaciarla puede enjuagarla en un lavabo. En el caso de que no se disponga de lavabo (por estar en un baño público, por ejemplo) el enjuague no es imprescindible. Antes de guardarla de un mes a otro puede o bien lavarla con un jabón de ph neutro o hervirla. Suelen venir acompañadas de un recipiente o una bolsita de algodón para su almacenaje.

Una preocupación bastante comprensible es la posibilidad de que aumenten las infecciones genitourinarias con su uso, pero esto ya lo descartó Karnaky en 1962.

Objetivos:

Principal: Buscar el grado de aceptación por parte de las usuarias con respecto a los métodos tradicionales de higiene.

Secundarios:

- Conocer el porcentaje de mujeres que una vez habiendo probado la copa menstrual deciden seguir usándola.
- Analizar qué razones llevan a las mujeres a querer usar una copa menstrual.
- Averiguar el grado de satisfacción de las mujeres que usan la copa menstrual con respecto a tampones y/o compresas.
- Descubrir la opinión de las usuarias sobre la copa.

Material y método:

Se llevó a cabo una revisión sistemática de las bases de datos PubMed, Cochrane, CUIDEN, ENFISPO y Lilacs. Como criterios de inclusión seleccionamos artículos de ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Los términos clave fueron menstrual cup y menstrual hygiene products. Para el análisis de la calidad usamos dos revisores de manera independiente. No marcamos ninguna restricción temporal.

Resultados:

De los diez artículos encontrados, cinco fueron excluidos por no estar relacionados con el tema de estudio, y los otros cinco se exponen a continuación:

- Menses cup evaluation study⁽¹⁾: Facilitaron dos copas a cincuenta y una participantes, y les entrevistaron al mes, a los dos, a los seis y a los doce meses. El 45% la encontraron aceptable.
- An alternative to conventional sanitary protection: Would women use a menstrual cup?⁽²⁾: Dieron un cuestionario a 69 mujeres, preguntándoles por qué usarían o no la copa. Entre los motivos para usarla las mujeres contestaron que es más respetuosa con el medio ambiente, que hay menor necesidad de cambios durante la menstruación y el hecho de que una copa dura varios años. Para no usarla algunas mujeres contestaron que tenían desórdenes menstruales y otras que encontraban engorroso el lavado y su manejo, y tampoco aceptaban el introducir un objeto extraño en la vagina.
- Women's experience of using the Mooncup⁽³⁾: Facilitaron una copa a cincuenta y tres participantes, que contestaron un cuestionario durante tres ciclos usándola y tres ciclos sin ella. Encontraron que había menos escapes de flujo con la copa y menor necesidad de cambios durante la menstruación.
- FLOW (finding lasting options for women): multicentre randomized controlled trial comparing tampons with menstrual cups⁽⁴⁾: Se trata de un ensayo clínico controlado y aleatorizado. La muestra se compuso de ciento diez mujeres. Cincuenta y cinco fueron asignadas al grupo de tampones y otras cincuenta y cinco al de copa. Cada grupo cumplimentó un diario online, usando un ciclo su método habitual y tres ciclos con el método asignado. Sus hallazgos fueron los siguientes:
 - La satisfacción general, valorada con una escala tipo Likert, fue mayor con la copa.
 - El 91% del grupo de copa dijo que seguiría usándola y que, además, la recomendaría.
 - Evidenciaron que el gasto económico era mucho menor con la copa.

- La incomodidad vaginal fue mayor con la copa, si bien se reducía a medida que las mujeres se acostumbraban a ella.
 - No hubo diferencias en síntomas urovaginales.
- Acceptability and performance of the menstrual cup in South Africa: a randomized crossover trial comparing the menstrual cup to tampons or sanitary pads⁽⁵⁾: El estudio es similar al anterior, sólo que las mujeres usaron el método asignado durante seis meses. La copa tuvo mayor puntuación en comodidad, calidad y recolección del flujo.

Conclusiones:

La copa es un método bien tolerado y con muchas ventajas sobre tampones y compresas, por lo que recomendamos su fomento y una mayor formación de los profesionales sanitarios en su uso para que lo puedan aconsejar correctamente.

Bibliografía:

1. Cheng M, Kung R, Hannah M, Wilansky D, Shime J. Menses cup evaluation study. *Fertil Steril* 1995;64(3):661-3.
2. K. Stewart, M. Powell, R. Greer. An alternative to conventional sanitary protection: Would women use a menstrual cup?, *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009;29(1):49-52.
3. K. Stewart, R. Greer, M. Powell. Women's experience of using the Mooncup, *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010;30(3):285-287.
4. Howard C, Rose CL, Trouton K, Stamm H, Marentette D, Kirkpatrick N et al. FLOW (finding lasting options for women): multicentre randomized controlled trial comparing tampons with menstrual cups. *Can Fam Physician*. 2011 Jun;57(6):208-15.
5. Beksinska ME, Smit J, Greener R, Todd CS, Lee ML, Maphumulo V et al. Acceptability and performance of the menstrual cup in South Africa: a randomized crossover trial comparing the menstrual cup to tampons or sanitary pads. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Feb;24(2):151-8.

Capítulo CLXXV

Salud laboral, importancia del papel que desempeña la enfermería del trabajo: prevención, y atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional

Autores:

Antonio Botia Portero

Ana María Rullo Sánchez.

SAUD LABORAL, IMPORTANCIA DEL PAPEL QUE DESEMPEÑA LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO: PREVENCIÓN, Y ATENCIÓN EN ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Autores:

Se entiende por **salud laboral** el concepto básico que surge en el conflicto que se produce entre condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, psíquico y social de este último. Se puede evitar que el trabajo dañe a la salud laboral. Los mal llamados "accidentes" y las enfermedades laborales son evitables si se adopta una adecuada prevención. Este es el objetivo de la normativa de prevención, que establece derechos de los trabajadores, claras obligaciones empresariales y unas responsabilidades públicas.



PREVENCIÓN



• La salud laboral se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas donde los trabajadores y trabajadoras desarrollen una actividad con dignidad y donde sea posible su participación.

• La participación autónoma de los trabajadores en todos aquellos aspectos que afectan a su salud y seguridad en el trabajo se ejerce a través de la figura de los delegados y delegadas de prevención, que tienen unos derechos establecidos.

• Pero además de derechos, estos delegados requieren herramientas apropiadas para desarrollar su labor: controlar la efectividad de la actividad preventiva en su centro de trabajo y su empresa y presentar propuestas fundamentadas en los conocimientos técnicos y las necesidades compartidas de los compañeros y compañeras.

ACCIDENTE DE TRABAJO

Un accidente de trabajo es el que sucede al trabajador durante su jornada laboral; desde el trabajo a su casa o viceversa (in itinere); o en actividades o desplazamientos externos derivados del trabajo (en misión).

A PESAR DE ELLO LA SALUD DEL TRABAJADOR PUEDE DERIVAR EN:

Enfermería del Trabajo y salud laboral



ENFERMEDAD PROFESIONAL

Enfermedad laboral o enfermedad profesional, es la que se produce por ejercicio de una actividad laboral o por la exposición a agentes químicos o físicos en el puesto de trabajo.

OBTIVOS

Como **objetivo general** planteamos la demostración de la aplicación en el ámbito laboral y dentro de las competencias y funciones de la Enfermería del Trabajo, de las cinco etapas que componen el Proceso de Atención de Enfermería, como herramienta enfermera y esquema estructurado de prestación de cuidados.



Entre los **objetivos específicos** se encuentran:

1. Analizar la prestación de cuidados y atención dada al trabajador.
2. Valorar aspectos y situaciones que se benefician o potencian con la aplicación de este proceso de atención, como la comunicación con el trabajador así como su colaboración en alguna toma de decisión y aspectos relacionados con su salud.
3. Intentar relacionar con su aplicación, una mejora de atención y mayor calidad de cuidados prestado al trabajador.
4. Detectar y analizar mejoras en aspectos relacionados con el registro y documentación en el servicio de prevención, de actos realizados por el especialista en Enfermería del Trabajo.
5. Facilitar el análisis y estado de datos e información sanitaria, que favorezca la realización de estudios epidemiológicos y trabajos de investigación.

METODOLOGÍA



Valoración. En esta etapa vamos a recoger y analizar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento normal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. El término "vigilancia de la salud de los trabajadores" engloba una serie de actividades extendidas tanto a individuos como a colectividad y orientadas a la prevención de riesgos laborales.

El Enfermero del Trabajo es un profesional que puede y debe de utilizar los **diagnósticos enfermeros** en el campo en el que desarrolla sus funciones y competencias, para una mayor y más eficaz atención enfermera hacia el trabajador. Realización de campañas de vacunación, complementación de los apartados de anamnesis de la historia clínica, seguimiento y valoración de la evolución y realización de actividades de investigación en formación a los trabajadores. Se trata de situaciones que debe de saber afrontar con autonomía y responsabilidad, promoviendo al trabajador una atención enfermera integral y de calidad.

Para alcanzar los objetivos previstos de la vigilancia de la salud, es necesario una adecuada **planificación** conforme a los riesgos identificados a los que están expuestos los trabajadores. Para ello, es necesario:
- Realizar una correcta individualización.
- Garantizar una adecuada documentación.
- Lograr una continuidad asistencial.
- Programar los puntos de evaluación de la asistencia prestada al trabajador.

En esta etapa se pone en **ejecución** el plan de cuidados, teniendo en cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y prioridades del trabajador.
- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar actividades de enfermería.
- Ayudar a los trabajadores que se prestan.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La **evaluación** consta de dos partes:
1. Recogida de datos sobre el estado de salud (problemas/diagnósticos) que se quiere evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y juicio sobre la evolución del trabajador.



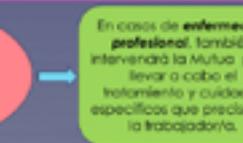
INTERVENCIONES



El primer punto a intervenir en salud laboral, se hará mediante **prevenciones**: reconocimientos médicos, campañas de vacunación, cursos de formación a los trabajadores, etc.

A pesar de ello, la salud de los trabajadores, puede derivar en un **accidente de trabajo (AT)**, el cual será atendido por la Mutua se prestará una atención integral de su proceso de AT para reabilitar al paciente a realizar su trabajo habitual.

En casos de **enfermedad profesional**, también intervendrá la Mutua para llevar a cabo el tratamiento y cuidados específicos que precise el/ la trabajador/a.



CONCLUSIONES

La actividad de la enfermería del trabajo, es importante en todas y cada una de sus etapas en el ámbito de la salud laboral.
- El Enfermero del Trabajo, como especialista del ámbito de la salud, viene obligado a realizar sus funciones enfermeras, acorde al grado de diligencia exigible a una mayor cualificación profesional.
- Continuidad de la atención al trabajador, puesto que la característica dinámica del Proceso de Atención de Enfermería, obliga a trabajar sobre las situaciones nuevas que puedan afectar al trabajador, así como conocer los progresos o recaídas de forma inmediata, evitando sorpresas desagradables tanto para el Enfermero del Trabajo como para el trabajador.
- Participación por parte del trabajador en la toma de decisiones y colaboración para su propia salud y mejora de su lesión, siempre que sea posible y no dificulte el proceso de curación.
- Prestación de cuidados con más calidad, aumentando la eficiencia y la eficacia del trabajo, propiciando una curación más fácil y rápida, así como favorecer la comunicación permitiendo que el Enfermero del Trabajo tenga una mejor relación con el trabajador, facilitando así el tratamiento y resultados más positivos y seguros.



Resumen: Se entiende por salud laboral el concepto básico que surge en el conflicto que se produce entre condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, psíquico y social de este último. Se puede evitar que el trabajo dañe a la salud laboral. Los mal llamados “accidentes de trabajo” y las enfermedades profesionales son evitables si se adopta una adecuada prevención. Este es el objetivo de la normativa de prevención, que establece derechos de los trabajadores/as, claras obligaciones empresariales y unas responsabilidades públicas.

Palabras Clave: Salud Laboral; Prevención de Accidentes; Vigilancia de la Salud del Trabajador.

Se entiende por salud laboral el concepto básico que surge en el conflicto que se produce entre condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, psíquico y social de este último.

Se puede evitar que el trabajo dañe a la salud laboral. Los mal llamados “accidentes” y las enfermedades laborales son evitables si se adopta una adecuada prevención. Este es el objetivo de la normativa de prevención, que establece derechos de los trabajadores/as, claras obligaciones empresariales y unas responsabilidades públicas.

- Un accidente de trabajo es el que sucede al trabajador durante su jornada laboral; desde el trabajo a su casa o viceversa (in itinere); o en actividades o desplazamientos externos derivados del trabajo (en misión).
- Enfermedad laboral o enfermedad profesional, es la que se produce por ejercicio de una actividad laboral o por la exposición a agentes químicos o físicos en el puesto de trabajo.

Objetivos:

Como objetivo general planteamos la demostración de la aplicación en el ámbito laboral y dentro de las competencias y funciones de la Enfermería del Trabajo, de las cinco etapas que componen el Proceso de Atención de Enfermería, como herramienta enfermera y esquema estructurado de prestación de cuidados.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Analizar la prestación de cuidados y atención dada al trabajador.
- Valorar aspectos y situaciones que se benefician o potencian con la aplicación de este proceso de atención, como la comunicación con el trabajador así como su colaboración en alguna toma de decisión y aspectos relacionados con su salud.
- Intentar relacionar con su aplicación, una mejora de atención y mayor calidad de cuidados prestada al trabajador.
- Detectar y analizar mejoras en aspectos relacionados con el registro y documentación en el servicio de prevención, de actos realizados por el especialista en Enfermería del Trabajo.
- Facilitar el análisis y estudio de datos e información sanitaria, que favorezca la realización de estudios epidemiológicos y trabajos de investigación.

Metodología:

1. Valoración. En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. El término “vigilancia de la salud de los trabajadores”, engloba una serie de actividades referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de riesgos laborales.

2. El Enfermero del Trabajo es un profesional que puede y debe de utilizar los diagnósticos enfermeros en el campo en el que desarrolla sus funciones y competencias, para una mejor y más eficaz atención enfermera hacia el trabajador. Realización de campañas de vacunación, cumplimentación de los apartados de enfermería de la historia clínico-laboral, seguimiento y valoración de heridas o realización de actividades de investigación y/o formativas a los trabajadores. Se trata pues de situaciones que debe de saber afrontar con autonomía y responsabilidad, procurando al trabajador una atención enfermera integral y de calidad.

3. Para alcanzar los objetivos previstos de la vigilancia de la salud, es necesaria una adecuada planificación conforme a los riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores. Para ello, es necesario:

- Favorecer unos cuidados individualizados.
- Garantizar una adecuada comunicación.
- Lograr una continuidad asistencial
- Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador.

4. En esta etapa se pone en ejecución el plan de cuidados, teniendo en cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar actividades de enfermería.
- Anotar cuidados que se presten.
- Mantener el plan de cuidados actualizado

5. La evaluación consta de dos partes:

- La primera es la recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar.
- La segunda es la comparación con los resultados esperados y juicio sobre la evolución del trabajador.

Intervenciones:

- El primer punto a intervenir en salud laboral, se hará mediante prevención: reconocimientos médicos, campañas de vacunación, cursos de formación a los trabajadores, etc.
- A pesar de ello, la salud del/la trabajador/a, puede derivar en un accidente de trabajo (AT), el cuál será atendido por la Mutua: se prestará una atención integral de su proceso de AT para rehabilitar al paciente a realizar su trabajo habitual.

- En casos de enfermedad profesional, también intervendrá la Mutua para llevar a cabo el tratamiento y cuidados específicos que precise el/ la trabajador/a.

Conclusiones:

La actividad de la enfermería del trabajo, es importante en todas y cada una de sus etapas en el ámbito de la salud laboral:

- El Enfermero del Trabajo, como especialista del ámbito de la salud, viene obligado a realizar sus funciones enfermeras, acorde al grado de diligencia exigible a una mayor cualificación profesional.
- Continuidad de la atención al trabajador, puesto que la característica dinámica del Proceso de Atención de Enfermería, obliga a trabajar sobre las situaciones nuevas que puedan afectar al trabajador, así como conocer los progresos o recaídas de forma inmediata, evitando sorpresas desagradables tanto para la Enfermero del Trabajo como para el trabajador.
- Participación por parte del trabajador en la toma de decisiones y colaboración para su propia salud y mejora de su lesión, siempre que sea posible y no dificulte el proceso de curación.
- Prestación de cuidados con más calidad, aumentando la eficiencia y la eficacia del trabajo, propiciando una curación más fácil y rápida, así como favorecer la comunicación permitiendo que el Enfermero del Trabajo tenga una mejor relación con el trabajador, facilitando así el tratamiento y resultados más positivos y seguros.

Bibliografía:

1. Salud laboral conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales, F. García Benavides, Carlos Ruiz Frutos y Ana M^a García García. Ed.Masson 1997.
2. Tratado de Medicina del trabajo. F Gil Hernández., Fernando. Ed Masson. 2005.
3. Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales. Seguridad e Higiene en el Trabajo. JM. Cortés Díaz, Ed Tebar, 2007.
4. Ley de prevención de riesgos laborales y reglamentos de aplicación. Ed Biblioteca Nueva. 1997.

Capítulo CLXXVI

Sé hacer RCP de calidad

Autores:

María Del Mar Cabañas Carretero

Ana María Delgado Muñoz

José Antonio Fernández Bejarano

Ana Isabel Monroy Chamorro

Manuel Rodríguez Fernández

Pedro Sanz Pareja

¿Se hacer RCP de calidad?

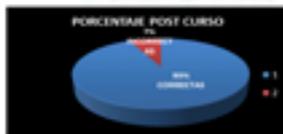
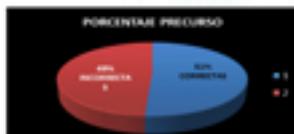
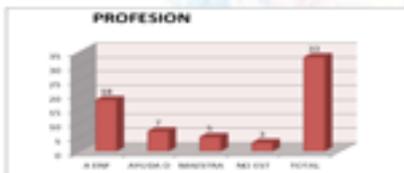
INTRODUCCION

Diversos estudios han demostrado que el tiempo transcurrido entre la parada cardiorrespiratoria (PCR), y el inicio de las maniobras de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) precoz, es uno de los factores pronósticos más importantes, ya que mejora el pronóstico de la PCR. Los cursos de RCP básica a población general son un método útil de formación teórica y práctica y consiguen que los ciudadanos mejoren su capacidad para actuar de una manera correcta y resolver situaciones de emergencia como es un parada cardíaca

OBJETIVO

Es el adiestramiento en las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica a una población lego y la evaluación previa y posterior de sus conocimientos en la materia impartida.

El objetivo de este trabajo es la presentación de los resultados de estas encuestas, al mismo tiempo que compartir nuestra experiencia con el fin de estimular a Enfermería a impartir talleres de RCP a personal no sanitario, entre ellos también a los jóvenes en edad escolar



MATERIAL

Se realiza un estudio descriptivo, el mismo comenzó con el diseño de una encuesta de elaboración propia, de diez preguntas, para saber los conocimientos en materia de primeros auxilios y en materia de RCP y que harían ante situaciones de inconciencia. Como variables dependientes definimos que los alumnos realizaban una RCP adecuada si los alumnos contestaban bien a las preguntas que determinaban el reconocimiento de la inconciencia, llamar a los Servicios de Emergencias e iniciar las Compresiones Torácicas, y que realizaban una RCP excelente si además de las anteriores, contestaban adecuadamente a los que era una RCP de calidad (colocando las manos en el lugar apropiado, y realiza las compresiones a una frecuencia de 100/minuto y a una profundidad de 5 cm).

Se realiza dos cursos de formación en RCP y primeros auxilios a 33 personas todas del sexo femenino, con edades desde los 18 hasta los 45 años con diferentes titulaciones.

Se realiza una encuesta previa y una posterior a 15 días después de realizar el curso.

Los gráficos obtenidos ha sido con excell 2000.

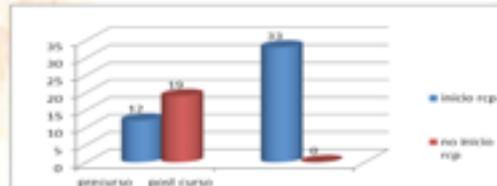
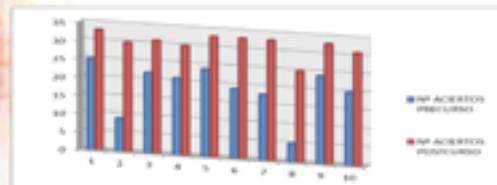
RESULTADOS

La realización del curso de primeros auxilios y rcp básica se inscribieron en la gran mayoría que tiene que ver con la sanidad (auxiliares de enfermería 18).grafico 1.

Como vemos en los gráficos hay gran diferencia entre el porcentaje de pre curso de correctas 51% frente al postcurso del 93%.grafico 2-3

En el grafico 4 se ve la diferencia por preguntas, habiendo en algunas una diferencia significativa como es pregunta 2- y la pregunta nº8.

Los participantes consideraron el curso muy útil para la vida cotidiana y se sintieron más capacitados para actuar ante PCR grafico 5.



CONCLUSIONES

Si se conocen las técnicas de RCP aumenta el porcentaje de personas que comienzan dichas técnicas y, además la realizan con prontitud las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces, si bien estas maniobras se iniciaban en menos de la mitad de los casos. Existe, pues, un déficit de formación que con esta formación se intenta paliar.

La facilidad de aprendizaje de la RCP básica se ha demostrado una y otra vez en colectivos legos, utilizando diferentes medios, en ocasiones con rendimientos similares a los que se obtienen en el entorno sanitario

BIBLIOGRAFIA

1

AUTORES

Resumen: *Diversos estudios han demostrado que el tiempo transcurrido entre la parada cardiorrespiratoria (PCR), y el inicio de las maniobras de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) precoz, es uno de los factores pronósticos más importantes, ya que mejora el pronóstico de la PCR. Los cursos de RCP básica a población general son un método útil de formación teórica y práctica y consiguen que los ciudadanos mejoren su capacidad para actuar de una manera correcta y resolver situaciones de emergencia como es un parada cardiaca.*

Palabras Clave: *Resucitación Cardiopulmonar; Formación; Enfermería.*

El adiestramiento en las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica a una población lego y su evaluación de sus conocimientos en la materia impartida. Se intenta estimular a Enfermería a impartir talleres de RCP a personal no sanitario, entre ellos también a los jóvenes en edad escolar.

Se realiza un estudio descriptivo, el mismo comenzó con el diseño de una encuesta de elaboración propia, de diez preguntas, para saber los conocimientos en materia de primeros auxilios y en materia de RCP y que harían ante situaciones de inconciencia.

Como variables dependientes definimos que los alumnos realizaban una RCP adecuada si los alumnos contestaban bien a las preguntas que determinaban el reconocimiento de la inconciencia, llamar a los Servicios de Emergencias e iniciar las Compresiones Torácicas, y que realizaban una RCP excelente si además de las anteriores, contestaban adecuadamente a los que era una RCP de calidad (colocando las manos en el lugar apropiado, y realiza las compresiones a una frecuencia de 100/ minuto y a una profundidad de 5 cm).

Se realiza dos cursos de formación en RCP y primeros auxilios a 33 personas todas del sexo femenino, con edades desde los 18 hasta los 45 años con diferentes titulaciones. Se realiza una encuesta previa y una posterior a 15 días después de realizar el curso. Los gráficos han sido obtenidos con EXCEL 2000.

Si se conocen las técnicas de RCP aumenta el porcentaje de personas que comienzan dichas técnicas y, además la realizan con prontitud.

Las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces, si bien estas maniobras se iniciaban en menos de la mitad de los casos. Existe, pues, un déficit de formación que con esta formación se intenta paliar.

La facilidad de aprendizaje de la RCP básica se ha demostrado una y otra vez en colectivos legos, utilizando diferentes medios, en ocasiones con rendimientos similares a los que se obtienen en el entorno sanitario

Los participantes consideraron el curso muy útil para la vida cotidiana y se sintieron más capacitados para actuar ante PCR .

Bibliografía:

1. Fonseca del Pozo FJ1, Valle Alonso J1. Lopera E.1 Bailando otra forma de aprender Resucitación Cardiopulmonar. congreso europeo de resucitación EUSEM Amsterdan 2014.
2. García-Vega FJ, Montero FJ, Encinas RM. La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas. Emergencias 2008; 20: 223-225.
3. Peiró Andrés A, Sancho Sánchez MJ; Experiencia en la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar en un grupo de adolescentes Enfermería en Cardiología N.º 37 / pag41-45.

Capítulo CLXXVII

Seguridad del paciente y profesionales sanitarios. Importancia del lavado de manos

Autores:

Cristina Belmonte Quintanilla

Aurora Carranza Román

María Gómez Sánchez

Marta Martínez Cantó

Rubén Martínez Parrilla

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PROFESIONALES SANITARIOS IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La Seguridad es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido a nivel internacional. Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias. El lavado de manos es una de las medidas de precaución estándar universal más importante para prevenir la transmisión de agentes infecciosos entre los usuarios y/o pacientes.

OBJETIVOS

- Identificar el grado de cumplimiento de la técnica de lavado de manos indicada por la OMS, revisando individualmente a cada profesional.
- Evaluar la disponibilidad de material (solución alcohólica), para realizar el lavado de manos adecuado en la consulta y en el domicilio.
- Evaluar el uso de guantes en diferentes actos realizados por las enfermeras y los médicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para identificar el grado de cumplimiento de la técnica de lavado de manos, observamos a cada profesional en su consulta durante la realización del lavado. Evaluamos la disponibilidad del material y el uso de guantes en diferentes circunstancias, mediante una encuesta auto-administrada.



RESULTADOS

Número de encuestados: 27 personas de un total de 33 (82%) de los cuales 11 médicos de un total de 15 (73%), 12 Enfermeras de un total de 14 (86%) y todas las estudiantes de enfermería que son un total de 4 (100%).
 Uso de la técnica lavado de manos recomendada por la OMS: Un 41% de los observados hicieron un correcto lavado de manos de los cuales 4 estudiantes de enfermería (100%), 6 enfermeras (50%) y 1 médico (9%).
 Porcentajes de uso de guantes en diferentes actos clínicos: En la extracción de muestras, un 89%. En las curas, un 96%. En una exploración estándar, un 44%. En una exploración con riesgo de contacto con fluidos, un 59%. En técnicas que requieren el asepsia total y uso de guantes estériles (técnicas quirúrgicas, sondaje vesical, etc.), un 93%.
 Disponibilidad de la solución hidroalcohólica: En consulta el 100% manifiestan disponer de solución, en cambio en el domicilio sólo un 81%.

Los 5 momentos para la higiene de las manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿POR QUÉ?	• Lavarse las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. • Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIASEPTICA	¿POR QUÉ?	• Lavarse las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpiaseptica. • Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían estar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICION A LIQUIDOS CORPORALES	¿POR QUÉ?	• Lavarse las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales o tras quitarse los guantes. • Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUES DE TOCAR AL PACIENTE	¿POR QUÉ?	• Lavarse las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando se aleja del contacto del paciente. • Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿POR QUÉ?	• Lavarse las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando le deje o incluso aunque no haya tocado al paciente. • Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

CONCLUSIONES

Es necesario mejorar la adhesión al lavado de manos y el uso de guantes durante las exploraciones. Esta medida es recomendable para todo el personal sanitario, pero especialmente necesaria en el colectivo de médicos. A partir de estos resultados se propone la participación de los profesionales en algún tipo de formación en la técnica del lavado de manos. Además, se plantea organizar sesiones clínicas sobre seguridad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención. Organización Mundial de la Salud. 2005:31pág. Disponible en: www.who.int/patientsafety/information
2. OMS. Iniciativa Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2005. [En línea]. 2005. Disponible en: www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/
3. Rodríguez Pérez AU. La desinfección-antiseptia y esterilización en instituciones de salud. Atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(2).

Resumen: Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son consecuencia involuntaria de dicha atención, y a su vez ocasionan afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas y discapacidades de larga duración. También representan un alto costo imprevisto para los pacientes y sus familias, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario y elevan la mortalidad. Sin embargo, la mayoría de ellas pueden evitarse. La higiene de las manos es la medida primordial para reducir estas infecciones asociadas a la atención médica. Aunque se trata de una acción sencilla, su incumplimiento entre los profesionales representa un problema en todo el mundo.

Palabras Clave: Lavado de Manos; Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria; Seguridad del Paciente.

Introducción:

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La Seguridad es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido a nivel internacional. Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias. El lavado de manos es una de las medidas de precaución estándar universal más importante para prevenir la transmisión de agentes infecciosos entre los usuarios y/o pacientes.

Objetivos:

Identificar el grado de cumplimiento de la técnica de lavado de manos indicada por la OMS, revisando individualmente a cada profesional. Evaluar la disponibilidad de material (solución alcohólica), para realizar el lavado de manos adecuado en la consulta y en el domicilio. Evaluar el uso de guantes en diferentes actos realizados por las enfermeras y los médicos.

Material y método:

Para identificar el grado de cumplimiento de la técnica de lavado de manos, observamos a cada profesional en su consulta durante la realización del lavado. Evaluamos la disponibilidad del material y el uso de guantes en diferentes circunstancias, mediante una encuesta auto-administrada.

Resultados:

Número de encuestados: 27 personas de un total de 33 (82%) de los cuales 11 médicos de un total de 15 (73%), 12 Enfermeras de un total de 14 (86%) y todas las estudiantes de enfermería que son un total de 4 (100%). Uso de la técnica lavado de manos recomendada por la OMS: Un 41% de los observados hicieron un correcto lavado de manos de los cuales 4 estudiantes de enfermería (100%), 6 enfermeras (50%) y 1 médico (9%). Porcentajes de uso de guantes en diferentes actos clínicos: En la extracción de muestras, un 89%. En las curas, un 96%. En una exploración estándar, un 44%. En una exploración con riesgo de contacto con fluidos, un 59%.

En técnicas que requieren el asepsia total y uso de guantes estériles (técnicas quirúrgicas, sondaje vesical, etc.), un 93%. Disponibilidad de la solución hidroalcohólica: En consulta el 100% manifiestan disponer de solución, en cambio en el domicilio sólo un 81%.

Conclusiones:

Es necesario mejorar la adhesión al lavado de manos y el uso de guantes durante las exploraciones. Esta medida es recomendable para todo el personal sanitario, pero especialmente necesaria en el colectivo de médicos. A partir de estos resultados se propone la participación de los profesionales en algún tipo de formación en la técnica del lavado de manos. Además, se plantea organizar sesiones clínicas sobre seguridad de los pacientes.

Bibliografía:

1. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención. Organización Mundial de la Salud. 2005:31pág. Disponible en: [Www.who.int/patientsafety/information](http://www.who.int/patientsafety/information)
2. OMS. Iniciativa Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2005. [En línea].2005.Disponible en: www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/
3. Rodríguez Pérez AU. La desinfección-antisepsia y esterilización en instituciones de salud. Atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(2).

Capítulo CLXXVIII

Seguridad en los cuidados del paciente con VMNI en planta

Autores:

Gloria Fernández Campos

Rosa María Rodríguez López

Sonia Sánchez Colmenar

Ignacio Segovia Félix

SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON VMNI EN PLANTA

INTRODUCCIÓN

En los años 70 se comenzó a utilizar la **ventilación mecánica no invasiva (VMNI)** reportando desde el inicio grandes beneficios para el paciente. En los últimos años se ha visto incrementado el uso de la VMNI en las unidades de cuidados intensivos, y cada vez más en plantas de hospitalización. A pesar de ello, aún hoy este tipo de asistencia respiratoria sigue siendo una gran desconocida para los profesionales. Por este motivo, **queremos proponer un procedimiento común sobre los cuidados en la VMNI a todos los profesionales de enfermería.**

METODOLOGÍA

Se ha procedido a la elaboración de un **Plan de Actuación** en base a dos momentos clave; por un lado la elección de la interfaz que se va a utilizar, y por otro las intervenciones en base a un estudio descriptivo elaborado tras una revisión bibliográfica y apoyado en la experiencia profesional.

INTERVENCIONES

00032. Patrón respiratorio ineficaz

Criterio de resultado: 0403. Estado respiratorio: ventilación
0411. Respuesta de la ventilación mecánica: adulto

Indicadores de resultado: 040316 Dificultad respiratoria
041114 Dóxico de carbono de volumen corriente final

Puntuación inicial: gravemente comprometido (1) a no comprometido adecuado (5)	Puntuación objetivo:	5
---	-----------------------------	---

Intervenciones a realizar: 3550. monitorización respiratoria. 3390. ayuda a la ventilación. 3300. Ventilación mecánica. 4232. Fibrotomía: muestra de sangre arterial.

Actividades:
330005. Anotar cambios de SaO2, Svo2 y co2 y cambios de valores de gases en sangre arterial.
330013. Controlar esquema de la respiración.
330004. Colaborar con el médico en el uso de la BIPAP o PEEP para minimizar la hipoventilación alveolar.
330014. Realizar fisioterapia torácica cuando corresponda.
330014. Observar si se producen efectos adversos: barotrauma, disminución del gasto cardíaco.

00030. Deterioro del intercambio gaseoso

Criterio de resultado: 0402. Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

Indicadores de resultado: 040210 Estado mental. 040209 PaO2. 040206 Cianosis.

Puntuación inicial: gravemente comprometido (1) a no comprometido adecuado (5)	Puntuación objetivo:	5
---	-----------------------------	---

Intervenciones a realizar: 1910. Manejo ácido-base. 3350. Monitorización respiratoria.

Actividades:
190015. Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
330026. Vigilar los valores PFT, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen expiratorio forzado en un segundo y PVE 1/VC.

00095. Insomnio

Criterio de resultado: 0004. Sueño

Indicadores de resultado: 000401 Horas de sueño (como mínimo 5h/24h).
000404 Calidad de sueño.

Puntuación inicial: gravemente comprometido (1) a no comprometido adecuado (5)	Puntuación objetivo:	5
---	-----------------------------	---

Intervenciones a realizar: 1850. Mejorar el sueño. 6482. Manejo ambiental: confort. 2390. Prescribir medicación.

Actividades:
180006. Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día.
180020. Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.

CONCLUSIONES

El **éxito** en la VMNI está ampliamente relacionado con el **trabajo del personal de enfermería** y con la implicación de éste en el cuidado. Para ello, es necesario establecer unas bases que sirvan para unir los esfuerzos hacia un mismo objetivo. A su vez, gracias a este plan de cuidados, dotaremos al personal de enfermería con las herramientas y habilidades suficientes para que lleven a cabo su trabajo con la mayor seguridad y profesionalidad posible.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

Homogeneizar los criterios de actuación de Enfermería para mejorar la calidad existencial.

SECUNDARIOS

- Proporcionar una **herramienta de trabajo** para los trabajadores de nueva incorporación mejorando la organización de los cuidados.
- **Aliviar la disnea** del paciente y mejorar el intercambio gaseoso.

ELECCIÓN DE LA INTERFAZ

TIPO DE MASCARILLA	FUGA ORAL	RESP. BUCAL	TOLERANCIA	HABLAR	COMER / EXPECTORAR
NASAL	Mayor	No eficaz	Mejor	Buena	Posible
FACIAL (facial-pronasal)	Pequeña	Eficaz	Peor	Difícil	Imposible

00146. Ansiedad

Criterio de resultado: 1302. Afrontamiento de problemas.

Indicadores de resultado: 130206. Búsqueda información sobre su enfermedad y tratamiento.
130206. Se adapta a los cambios en desarrollo.

Puntuación inicial: nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5)	Puntuación objetivo:	5
--	-----------------------------	---

Intervenciones a realizar: 5230. Aumentar el afrontamiento. 5270. Apoyo emocional. 5820. Disminución de la ansiedad.

Actividades:
523018. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a largo y corto plazo.
527011. Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad durante los periodos de más ansiedad.
582007. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

00085. Deterioro de la movilidad física

Criterio de resultado: 0206. Movilidad

Indicadores de resultado: 020603 Movimiento muscular

Puntuación inicial: gravemente comprometido (1) a no comprometido adecuado (5)	Puntuación objetivo:	5
---	-----------------------------	---

Intervenciones a realizar: 0224. Terapia de ejercicios: movilidad articular.

Actividades:
022404. Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.

00046. Deterioro de la integridad cutánea

Criterio de resultado: 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores de resultado: 110115 Lesiones cutáneas.

Puntuación inicial: grave (1) a ninguno (5)	Puntuación objetivo:	5
--	-----------------------------	---

Intervenciones a realizar: 3590. Vigilancia de la piel.

Actividades:
359005. Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.

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: *Introducción. la VMNI es cada vez más utilizada en hospitalización. Aun así sigue siendo una técnica desconocida para el personal de enfermería. El objetivo del trabajo: homogeneizar criterios de actuación para mejorar la calidad asistencial. Metodología. Revisión bibliográfica/estudio descriptivo/experiencia profesional.*

Resultado. Creación de un plan de cuidados, incluyendo como diagnósticos: patrón respiratorio ineficaz, ansiedad, deterioro del intercambio gaseoso, deterioro de la movilidad física, insomnio y deterioro de la integridad cutánea. Conclusiones. La creación de un plan de cuidados hace que se note de seguridad al personal de enfermería frente al uso y manejo de pacientes con VMNI.

Palabras Clave: *Ventilación; Seguridad del Paciente; Respiración Artificial.*

En los años 70 se comenzó a utilizar la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) reportando desde el inicio grandes beneficios para el paciente. En los últimos años se ha visto incrementado el uso de la VMNI en las unidades de cuidados intensivos, y cada vez más en plantas de hospitalización. A pesar de ello, aún hoy este tipo de asistencia respiratoria sigue siendo una gran desconocida para los profesionales. Por este motivo, queremos proponer un procedimiento común sobre los cuidados en la VMNI a todos los profesionales de enfermería.

Objetivos:

El objetivo principal será homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para mejorar la calidad asistencial. Los objetivos secundarios son:

- Proporcionar una herramienta de trabajo para los trabajadores de nueva incorporación mejorando la organización de los cuidados.
- Aliviar la disnea del paciente y mejorar el intercambio gaseoso.

Metodología:

Se ha procedido a la elaboración de un plan de actuación en base a dos momentos clave, por un lado la elección de la interfaz que se va a utilizar y por otro las intervenciones en base a un estudio descriptivo elaborado tras una revisión bibliográfica y apoyado en la experiencia profesional.

En cuanto a la elección de la interfaz se tiene en cuenta el tipo de mascarilla: nasal o facial (facial-oronasal), y la adaptación al paciente de cada tipo de mascarilla valorando fuga oral, respiración bucal, tolerancia, capacidad para hablar, comer y expectorar.

En cuanto a las intervenciones se seleccionaron las siguientes:

- 00032. Patrón respiratorio ineficaz: Criterios de resultado: 0403. Estado respiratorio: ventilación
 - 0411. Respuesta de la ventilación mecánica: adulto. Indicadores de resultado: 040316. Dificultad respiratoria.
 - 041114. Dióxido de Carbono de volumen corriente final. Puntuación inicial: Gravemente comprometido (1) a no comprometido (5). La puntuación objetivo es 5. Intervenciones a realizar: 3550. Monitorización respiratoria.

- 3390. Ayuda a la ventilación
- 3300. Ventilación mecánica.
- 4232. Flebotomía: muestra de sangre arterial.
- Actividades:
 - 335005. Anotar cambios de SaO₂, SVO₂ y CO₂ y cambios de valores de gases en sangre arterial.
 - 335010. Controlar esquemas de la respiración.
 - 330004. Colaborar con el médico en el uso de la BY PAP o PEEP para minimizar la hipoventilación alveolar. Realizar fisioterapia torácica cuando corresponda.
 - 330014. Observar si se producen efectos adversos: barotrauma, disminución del gasto cardíaco.
- 00146. Ansiedad. Criterio de resultado: 1302. Afrontamiento de problemas. Indicadores de resultado:
 - 130206. Busca información sobre su enfermedad o tratamiento.
 - 130208. Se adapta a los cambios en desarrollo. Puntuación inicial: Nunca ha demostrado (1) a siempre demostrado (5). Puntuación objetivo: 5. Intervenciones a realizar:
 - 5230. Aumentar el afrontamiento.
 - 5270. Apoyo emocional.
 - 5820. Disminución de la ansiedad.
 - Actividades:
 - 523018. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a largo y corto plazo.
 - 527011. Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad durante los periodos de más ansiedad.
 - 582007. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- 00030. Deterioro del intercambio gaseoso. Criterio de resultado: 0402. Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Indicadores de resultado:
 - 040210. Estado mental.
 - 04029. PaCO₂.
 - 040206. Cianosis. Puntuación inicial: Gravemente comprometido (1) a no comprometido adecuado (5). Puntuación objetivo 5
 - Intervenciones a realizar:

- 1910. Manejo ácido-base.
- 3350. Monitorización respiratoria.
- Actividades:
 - 335015. Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
 - 335026. Vigilar los valores PFT, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen expiratorio forzado en un segundo y FVE1/FVC.
- 0085. Deterioro de la movilidad física. Criterio de resultado: 0208. Movilidad. Indicadores de resultado: 02083. Movilidad muscular. Puntuación inicial: Gravemente comprometido a no comprometido adecuado (5). Puntuación objetivo 5.
 - Intervenciones a realizar:
 - 0224. Terapia de ejercicio: movilidad articular.
 - Actividades:
 - 022404. Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.
- 00095. Insomnio. Criterio de resultado: 0004. Sueño. Indicadores de resultado: 000401. Horas de sueño (como mínimo 5h/24 h).
 - 000404. Calidad de sueño. Puntuación inicial: Gravemente comprometido (1) a no comprometido adecuado (5). Puntuación objetivo 5.
 - Intervenciones a realizar:
 - 1850. Mejorar el sueño.
 - 6482. Manejo ambiental: confort.
 - 2390. Prescribir medicación.
 - Actividades:
 - 185006. Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día.
 - 185020. Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.
- 00046. Deterioro de la integridad cutánea. Criterio de resultado: 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores de resultado: 110115. Lesiones cutáneas. Puntuación inicial: Grave (1) a ninguno (5). Puntuación objetivo 5.
 - Intervenciones a realizar: 3
 - 590. Vigilancia de la piel.
 - Actividades:
 - 359005. Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.

Conclusión:

El éxito en la VMNI está ampliamente relacionado con el trabajo del personal de enfermería y con la implicación de éste en el cuidado. Para ello, es necesario establecer unas bases que sirvan para unir los esfuerzos hacia un mismo objetivo. A su vez, gracias a este plan de cuidados, dotaremos al personal de enfermería con las herramientas y habilidades suficientes para que lleven a cabo su trabajo con la mayor seguridad y profesionalidad posible.

Bibliografía:

1. 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.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Madrid Elsevier, 2009.
3. Fenoll J.J, García A.F, Marchán A. Cuidados generales a pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Rev. Recien, Mayo 2014.

Capítulo CLXXIX

Síndrome de Guillain Barre

Autores:

José Vicente Amores Zamora

María Dolores Camacho Horta

José María Flores López Ibarra

María Jesús Mohíno Serrano

María Molero Bastante

Laura Suárez Bárcena González



SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ

INTRODUCCIÓN

Neuritis aguda inflamatoria autoinmune ocasionada por una respuesta inmune celular mediada por las células T dirigida contra la mielina periférica, ocurriendo la desmielinización. El proceso es precedido por una infección viral o bacteriana, cirugía, inmunización, linfoma o exposición a toxinas.



Las manifestaciones clínicas incluyen debilidad progresiva y simétrica de carácter ascendente, pérdida de la sensibilidad y pérdida de los reflejos tendinosos profundos.

Epidemiología: Afecta a ambos sexos, indistintamente de la edad o grupo étnico con una incidencia de 1-2 por cada 100.000 personas.

En EE.UU y Europa del 60 al 80% de los casos ocurre a las 4 semanas de haber pasado una enfermedad infecciosa (generalmente de tipo respiratorio o digestivo).

Agentes infecciosos vinculados al SGB

VIRUS ADN Citomegalovirus Virus de Epstein-Barr Hepatitis B Herpes zóster Herpes simplex Papovavirus	BACTERIAS Campylobacter jejuni Legionella Salmonella typhi Shigella boydii Yersinia
VIRUS ARN VIH Virus Echo Virus Coxsackie Parainfluenza Influenza	PARÁSITOS Malaria OTROS ORGANISMOS Micoplasma Creutzfeldt Jakob Pólio

OBJETIVO

El objetivo principal es dar a conocer este síndrome: saber cuales son sus causas, sus síntomas, cómo se diagnostica y cual es el tratamiento y cuidados más adecuados para así, poder manejar la patología de manera adecuada, ya que tiene consecuencias físicas, psíquicas y económicas para el paciente.

METODOLOGÍA.

Se realiza una revisión sistemática consultando la siguiente bibliografía:

- Descriptor en ciencias de la salud (decs)
- Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA) y sus variantes. Publicación de GBS/CIDP Foundation International (2010)
- SINDROME DE GUILLAIN-BARRE GENERALIDADES y MANEJO. Revista neuroeje vol. 10 n° 3.
- Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. KL.CANCINO; V.BÁLCAZAR; R.MATUS.



RESULTADOS

DIAGNÓSTICO

- **Síntomas:** hormigueos, parestesias, algias, calambres y debilidad de carácter ascendente.
- **Examen neurológico:** ausencia de reflejos tendinosos profundos.
- **Pruebas electrofisiológicas:** transmisión nerviosa lenta.
- **En el líquido cefalorraquídeo** las proteínas se encuentran anormalmente elevadas.

CUIDADOS Y TRATAMIENTO

Todo paciente con SGB debe ser ingresado en un hospital con vigilancia de constantes vitales. Las claves en el manejo del SGB son:

- LOS CUIDADOS RESPIRATORIOS
- ADECUADA NUTRICIÓN
- MONITORIZACIÓN ADECUADA
- CUIDADOS DE ENFERMERÍA
- APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE Y LA FAMILIA.

→ como tratamiento específico destaca: La infusión de inmunoglobulina en dosis altas y la plasmaféresis.



CONCLUSIONES

El SGB es un padecimiento poco frecuente que produce un impacto físico y emocional. Sin embargo, brindando los cuidados adecuados disminuimos las secuelas y severidad.

LA PARÁLISIS DESAPARECE EN ORDEN INVERSO A SU DESARROLLO Y LA RECUPERACIÓN ES ADECUADA SI RECIBEN EL APOYO NECESARIO CUANDO FALLAN LAS FUNCIONES VITALES

Resumen: La neuritis aguda inflamatoria autoinmune ocurre por una respuesta inmune que causa desmielinización periférica, apareciendo síntomas como una debilidad progresiva y simétrica ascendente, pérdida de la sensibilidad y pérdida de los reflejos tendinosos profundos, siendo la causa más frecuente haber pasado una infección. Es un síndrome poco frecuente con repercusiones sobre el paciente y la familia, por ello es importante saber cuáles son sus causas y síntomas y la forma de diagnosticar y realizar el tratamiento y cuidados más oportunos, ya que brindando los cuidados y el apoyo necesario cuando fallan las funciones vitales disminuimos las secuelas y severidad.

Palabras Clave: Atención de Enfermería; Síndrome de Guillain-Barre; Parálisis.

Introducción:

Neuritis aguda inflamatoria autoinmune ocasionada por una respuesta inmune celular mediada por las células T dirigida contra la mielina periférica, ocurriendo la desmielinización. El proceso es precedido por una infección viral o bacteriana, cirugía, inmunización, linfoma o exposición a toxinas.

Las manifestaciones clínicas incluyen debilidad progresiva y simétrica de carácter ascendente, pérdida de la sensibilidad y pérdida de los reflejos tendinosos profundos.

Epidemiología: Afecta a ambos sexos, indistintamente de la edad o grupo étnico con una incidencia de 1-2 por cada 100.000 personas. En EE.UU y Europa del 60 al 80% de los casos ocurre a las 4 semanas de haber pasado una enfermedad infecciosa (generalmente de tipo respiratorio o digestivo).

Objetivo:

El objetivo principal es dar a conocer este síndrome: saber cuales son sus causas, sus síntomas, cómo se diagnostica y cual es el tratamiento y cuidados más adecuados para así, poder manejar la patología de manera adecuada, ya que tiene consecuencias físicas, psíquicas y económicas para el paciente

Metodología:

Se realiza una revisión sistemática consultando la siguiente bibliografía:

- Descriptor en ciencias de la salud (decs).
- Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA) y sus variantes. Publicación de GBS/CIDP Foundation International (2010).
- Síndrome de Guillain-Barre. Generalidades y manejo. Revista neuroeje vol. 10 n° 3.
- Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. KL.Cancino; V.Bálcazar; R.Matus.

Resultados:

Respecto al diagnóstico:

- Síntomas: hormigueos, parestesias, algias, calambres y debilidad de carácter ascendente.
- Examen neurológico: ausencia de reflejos tendinosos profundos.
- Pruebas electrofisiológicas: transmisión nerviosa lenta.
- En el líquido cefalorraquídeo las proteínas se encuentran anormalmente elevadas.

Cuidados y tratamiento: Todo paciente con SGB debe ser ingresado en un hospital con vigilancia de constantes vitales. Las claves en el manejo del SGB son:

- Los cuidados respiratorios
- Adecuada nutrición
- Monitorización adecuada
- Cuidados de enfermería
- Apoyo psicológico al paciente y la familia

Como tratamiento específico destaca: La infusión de inmunoglobulina en dosis altas y la plasmaféresis.

Conclusiones:

El SGB es un padecimiento poco frecuente que produce un impacto físico y emocional. Sin embargo, brindando los cuidados adecuados disminuimos las secuelas y severidad.

La parálisis desaparece en orden inverso a su desarrollo y la recuperación es adecuada si reciben el apoyo necesario cuando fallan las funciones vitales.

Bibliografía:

1. Descriptor en ciencias de la salud (decs).
2. Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA) y sus variantes. Publicación de GBS/CIDP Foundation International (2010).
3. Síndrome de Guillain-Barre. Generalidades y manejo. Revista neuroeje vol. 10 n° 3.
4. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. KL.CANCINO; V.BÁLCAZAR;R.MATUS.

Capítulo CLXXX

Síndrome de Rendu-Osler-Weber o teleangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT)

Autores:

José Alberto Cerrillo Urbina

Noelia Redondo García

Síndrome de Rendu – Osler – Weber o Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT)

Autores: Cerrillo Urbina, Alberto José; Redondo García, Noelia

DEFINICIÓN:

El Síndrome de Rendu – Osler – Weber, también conocido como Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT), es una enfermedad genética (se transmite a la descendencia) con transmisión dominante, esto significa que en una familia donde uno de los dos padres tiene HHT, la probabilidad de que los hijos tengan HHT es del 50%. Es independiente del sexo, y los síntomas y gravedad de los mismos, avanzan con la edad del paciente.

Se caracteriza por la presencia en varios miembros de una misma familia, de sangrados repetidos (epistaxis), lesiones cutáneas y en ocasiones malformaciones vasculares en órganos internos, como pulmones, SNC, Aparato Digestivo .

La hemorragia, se presenta fundamentalmente en forma de epistaxis recurrentes y espontáneas (sin causa aparente). Este es el primer síntoma que se presenta en el paciente, aunque muchos de ellos presentan además, otros tipos de Hemorragias, entre los que señalamos el sangrado de oído (quizás el menos frecuente pero sí el que puede llamar más la atención). Todos estos están directamente asociados a una malformación arteriovenosa pulmonar o a múltiples telangiectasias en el sistema Gastrointestinal, manos, cara, cavidad oral, y otras vísceras.

PALABRAS CLAVES:



DIAGNÓSTICO :

Inicialmente, el diagnóstico continúa basándose en la presencia de signos clínicos compatibles, junto con la valoración de la Historia Familiar previa.

Los test genéticos no son positivos 100%, ya que se pueden encontrar mutaciones diferentes en un mismo grupo familiar. Es probable que en el futuro estos test sean más fiables que en la actualidad.

El principal mecanismo para diagnosticar esta enfermedad es un examen clínico minucioso que constaría de las siguientes pruebas:

1. Ecocardiograma con contraste: "PASO DE BURBUJAS" para descartar probable SHUNT PULMONAR
2. TAC: Debido a su alta resolución témporo-espacial, permite el reconocimiento y caracterización de lesiones típicas de HHT en los órganos abdominales (principalmente en el hígado), para poder llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad.
3. RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL: por posibles malformaciones en el SNC
4. AUSCULTACIÓN
5. CARDIOGRAFÍA HEPÁTICA: Para visualizar y localizar posibles puntos hepáticos de sangrado

CONCLUSIONES:

Debe considerarse en pacientes con HHT la importancia de minimizar el riesgo de aparición de procesos potencialmente graves. La peculiaridad de las características de estas patologías, dificulta su manejo tanto por las diferentes regiones anatómicas donde se manifiesta, como por el riesgo que en ocasiones conlleva su terapia. Por este motivo es importante hacer una completa exploración para plantear el tratamiento más adecuado en cada caso.

No existen tratamientos curativos por el momento, pero sí muchas alternativas para tratar los síntomas y evitar las complicaciones que pudieran aparecer. En la actualidad, son los test genéticos los que están jugando un papel muy importante para el estudio de la enfermedad.

ANTECEDENTES:

Por término medio, se puede decir que su prevalencia era de 1 caso cada 3000-8000 individuos. Hay zonas en el mundo donde son más frecuentes como en el caso de Antillas Holandesas, Isla de Funen, (Dinamarca,) región de Ain (Francia), Vermont (EEUU) y Newcastle (Inglaterra).

En España, numerosos estudios estiman una prevalencia de 7000 casos en todo el país, aunque se calcula que en la actualidad, sólo alrededor de 1000 estarían diagnosticados. Estos 1000 pacientes, tienen que recorrer grandes distancias para su tratamiento ya que solo existen tres unidades en España:

- Hospital de Sierrallana (Cantabria)
- Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)
- Centro de Investigaciones Biológicas del CSIC (Madrid)

En un principio (1930) se la consideró una enfermedad benigna, puesto que sólo cursaba con epistaxis y sangrados gastrointestinales, pero alrededor de los años 40 se observó que algunos enfermos presentaban malformaciones arteriovenosas en pulmón, cerebro e hígado.

Hasta hace pocos años, la HHT era considerada como enfermedad "rara", pero dada la incidencia en los últimos años, y los múltiples estudios sobre ella, ha dejado de ser tan "rara".



TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD:

El principal y primer método de actuación con estos pacientes es el tratamiento sintomático del sangrado oral y nasal. Junto con la prevención de las posibles complicaciones, como puede ser una Hemorragia Interna, pulmonar o incluso cerebral por las MAV.

En los casos de MAV PULMONARES, requerirían ser cateterizados y controlados debido al aumento de tamaño con el paso de los años. Todos los procedimientos quirúrgicos son muy peligrosos, debido a un alto riesgo de hemorragia, por tanto no existe un protocolo quirúrgico para tratar las lesiones por HHT.

Para tratar las repetidas EPISTAXIS, los estudios sobre el tema, aconsejan el uso diario de lubricantes nasales. Para casos muy extremos de sangrados repetidos y prolongados en horas, se aconseja la técnica del láser (ESCLEROTERAPIA NASAL), ELÉCTROCOAGULACIÓN de las lesiones con argón plasma. Aunque los mismos estudios no garantizan resultados positivos al 100% ni lo mantienen como terapia definitiva.

Para las MANIFESTACIONES CUTÁNEAS, no se requiere tratamiento, excepto en aquellos casos donde las lesiones presenten sangrado, que es cuando se recurre al láser como único tratamiento.

En cuanto a la ANEMIA, esta puede ser tratada de forma Oral o parenteral (transfusiones en casos de sangrados muy abundantes o valores muy bajos de Hb).

Resumen: El síndrome Rendu Osler Weber o Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT), fue descrita por primera vez en 1986. Es una enfermedad genética, de tipo vascular asociada en el 60-80% de los casos a mutaciones genéticas en ENG y ACVRL. Se caracteriza por estar presente en varios miembros de una misma familia, sin presentar en ellos los mismos síntomas. Las manifestaciones más comunes son: Epistaxis (por las malformaciones arteriovenosas Pulmonares o por las múltiples Telangiectasias), se presentan sin causa aparente y de forma recurrente. Petequias en labios, cavidad oral, nariz, punta de los dedos. Lesiones Viscerales (mucosa gastrointestinal, malformaciones arteriopulmonares, hepáticas)

Palabras Clave: Epistaxis Recurrentes; Telangiectasias; Estudios Genéticos.

Descrita por primera vez por Sutton en 1864, aunque fue posteriormente Rendu quien en 1896 la describe como Enfermedad Hemorrágica en la que la causa principal es la fragilidad de los vasos sanguíneos, por un déficit de endotelio y capa muscular, que hace que los vasos tiendan a romperse. Después en 1901 Osler, y Weber en 1907 hacen las primeras publicaciones sobre varios casos de la enfermedad y le dan definitivamente el nombre de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT) o Rendú Osler Weber.

En un primer momento la HHT fue considerada como una enfermedad benigna puesto que el único síntoma que presentaba eran las epistaxis y los sangrados gastrointestinales, pero años después debido a la evolución en los estudios se empezó a observar que muchos pacientes presentaban además malformaciones arteriovenosas en pulmones, cerebro e hígado. Cabe destacar que aún en nuestros días, a pesar de afectar sólo en España a unos 7000 individuos, es considerada como una enfermedad rara.

El diagnóstico más importante de la HHT, se basa en la presencia de dos o más criterios de los que citaremos a continuación, además de un estudio genético familiar (en el que estarán afectados miembros de primer grado en una misma familia). Lo que se hace en los estudios genéticos para diagnosticar HHT entre los diferentes miembros primer grado familiar es secuenciar las regiones codificantes completas de los genes ALK1 y ENG, presentando los estudios una misma mutación. Aunque estos estudios genéticos no son positivos en el 100% de los pacientes debido a las diferentes mutaciones en un mismo grupo familiar.

Los criterios más frecuentes para diagnosticar HHT son los siguientes:

- Epistaxis espontáneas y recurrentes que no ceden con facilidad.
- Telangiectasias (tipo petequias que aparecen normalmente en la punta de los dedos y en los labios y con menos frecuencia en nariz y orejas).
- Lesiones Viscerales que incluyen: Malformaciones Arteriovenosas Pulmonares (30%), Hepáticas (30%) y cerebrales (11%).
- Historia Familiar: Familiares de primer grado.
- Telangiectasias Gastrointestinales (40%).
- El principal mecanismo para diagnosticar la enfermedad es un examen clínico minucioso, que constaría de las siguientes pruebas:

- Ecocardiograma de contraste: “paso de burbujas” para descartar posible Shunt Pulmonar.
- TAC debido a su alta resolución témporo-espacial, permite el reconocimiento y caracterización de lesiones típicas de HHT en los órganos abdominales (principalmente en el hígado), para poder llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad.
- Resonancia Magnética Cerebral: por posibles malformaciones en el SNC.
- Auscultación y Cardiografía Hepática: para visualizar y localizar posibles puntos hepáticos de sangrado.

En cuanto al tratamiento, el principal y primer método de actuación con estos pacientes es el tratamiento del sangrado oral y nasal. Junto con la prevención de las posibles complicaciones, como podría ser una Hemorragia Interna, Pulmonar o incluso cerebral debido a las MAV. En los casos de Malformaciones Arteriovenosas Pulmonares, requerirán ser cateterizados y controlados debido al aumento de tamaño con el paso de los años. Todos los procedimientos quirúrgicos son muy peligrosos, debido al alto riesgo de hemorragia, por eso no existe un protocolo quirúrgico para tratar las lesiones por HHT.

Para tratar las repetidas epistaxis, los estudios sobre el tema aconsejan el uso diario de lubricantes nasales. Para casos muy extremos de sangrados repetidos y prolongados en horas, se aconseja la técnica del láser (escleroterapia nasal), o electrocoagulación de las lesiones con Argón Plasma. También es muy común en lo que a Epistaxis se refiere, el uso de taponamientos nasales anteriores con gasas lubricadas, o con dispositivos impregnados de agentes químicos hemostáticos que se expanden intranasalmente (Merocel), en los que a menudo el propio paciente puede ser el mejor experto en su colocación. Aunque los estudios no garantizan resultados positivos al 100%, ni lo mantienen como terapia definitiva.

Para las manifestaciones cutáneas, no se requiere tratamiento, excepto en aquellos casos donde las lesiones presenten sangrado, que es cuando se recurrirá al láser como único tratamiento. En cuanto a la anemia, ésta puede ser tratada de forma oral o parenteral (transfusiones en casos de sangrados muy abundantes o valores muy bajos de Hemoglobina).

Debe considerarse en pacientes con HHT la importancia de minimizar el riesgo de aparición de procesos potencialmente graves. La peculiaridad de las características de estas patologías, dificulta su manejo tanto por las diferentes regiones anatómicas donde se manifiesta, como por el riesgo que en ocasiones conlleva su terapia. Por este motivo es muy importante hacer una completa exploración para plantear el tratamiento más adecuado en cada caso.

No existen tratamientos curativos por el momento, pero sí muchas alternativas para tratar los síntomas y evitar las complicaciones que pueden aparecer. En la actualidad son los Test Genéticos los que están jugando un papel muy importante para el estudio de la enfermedad y para mejorar la calidad de los pacientes que la sufren.

Bibliografía:

1. Krupp, Marcus A. (1979), “Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria”. Análisis Clínico y Tratamiento. Ciudad de México: El manual Moderno. ISBN 968 - 426 - 049 - 0.
2. Di Cosola M, Cazzolla AP, Scivetti M, Testa NF, Lo Muzio L, Favia G, Carrillo de Albornoz A, Bascosnes A. Síndrome de Rendu-Osler-Weber o Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT): Descripción de dos casos y revisión de la literatura. Av. Odontoestomatol 2005; 21-6: 297-310.
3. Pérez Del Molino A, Zarrabeitia R, Fernández A. Telangiectasia hemorrágica hereditaria. Med Clin (Barc) 2005; 124: 583-7.

Capítulo CLXXXI

Síndrome del Burn-out adaptado a la situación de los residentes de enfermería de familia y comunitaria

Autores:

Ricardo Luis Benítez De María

Noelia Gutiérrez García

Elisabet Ponce Cañizares

Esther Rodríguez- Peral Valiente

SÍNDROME DE BURN-OUT ADAPTADO A LA SITUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA.

INTRODUCCIÓN

Todos los finales de Enero, desde hace numerosos años, se está realizando en todas las comunidades autónomas de España un examen de competencias, para que los enfermeros puedan llegar a la especialización. A los que lo consiguen se les pasa a llamar EIR, enfermero interno residente y tienen para escoger varias especialidades, entre ellas, Familia y Comunitaria (FYC).

Tras la Orden SAS/1729/2010, en 2011 se incorporó la primera promoción de EIR FYC en numerosas comunidades. Desde entonces salen en cada año alrededor de 200 nuevos enfermeros especialistas en FyC, formados en diferentes unidades docentes, colocándose este año como la 2ª especialidad en número de plazas.

Durante los dos años, el residente convive con altas dosis de estrés, llevándole en muchas ocasiones al síndrome de Burn-Out.

Fase de entusiasmo:
Comienzo de la residencia.

Fase de estancamiento:
El nivel de esfuerzo es superior a la recompensa.

Fase de frustración:
Cuando quedan unos 6 meses para terminar la residencia.

Fase de apatía:
Cuando aceptas que tiene un final y que no hay solución.

Fase de quemado:
Terminada la residencia, parece que se toca fondo, porque pierdes la estabilidad laboral.

OBJETIVOS

El objetivo general conocer el síndrome burn-out adaptado a la situación de los residentes de enfermería de familia y comunitaria. Con esto pretendemos mejorar el porqué de la aparición de este síndrome en los residentes y las distintas fases que sufren.

METODOLOGÍA

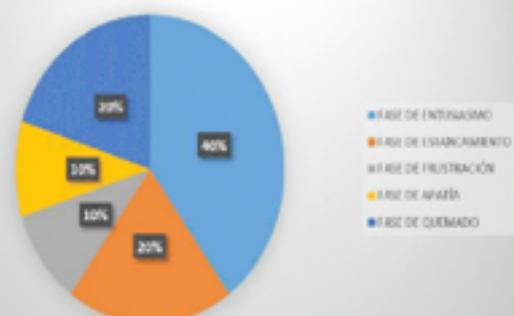
Se trata de una Revisión bibliográfica con los descriptores de ciencia de la salud (DeCS): Enfermería en Salud Comunitaria, Agotamiento Profesional; (MeSH): Community Health Nursing, Burnout Professional. Realizándose dicha búsqueda en bases de datos: Pubmed, Cuiden plus, Scopus, Cinalh, EBN online y se completó con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google Académico. Hemos encontrado numerosos artículos que hacen referencia al tema, centrándonos en tres, dos de ellos revisiones sistemáticas y el tercero un estudio de investigación.



RESULTADOS

Actualmente solo tienen bolsas específicas Galicia, Asturias y Castilla y León, y se están negociando con sindicatos y colegios en Aragón, Castilla-La Mancha y comunidad de Madrid. Como resultado, cada año salen nuevos especialistas, pero no aumentan los puestos de trabajo específicos para ellos. Muchos EIR que han padecido el síndrome durante la residencia, tienden a resolverlo tras incorporarse a un puesto de trabajo aunque este no sea específico para la formación recibida.

FASES DE BURN-OUT EN LOS EIR DE FYC.



CONCLUSIONES

En conclusión, actualmente en este país, forman profesionales especializados para puestos de trabajos existentes, invierten en ellos y con ello apuestan por una enfermería especializada. Pero por el contrario a la hora de la incorporación laboral, siguen apostando por una enfermería no especializada, con lo que conlleva a la no valoración de la profesión y al estancamiento de la misma.



Resumen: Todos los finales de enero, se celebra en España el examen EIR, una prueba para optar a las plazas de enfermero interno residente. Actualmente los enfermeros, pueden escoger entre seis especialidades distintas, entre las que se encuentra enfermería de familia. En esta especialidad, los residentes tienen una gran carga de trabajo. Todo esto lleva a un alto porcentaje de que generen el síndrome de Burn-out, viéndose las cinco fases de este.

Objetivo. El objetivo general conocer el síndrome burn-out adaptado a la situación de los residentes de enfermería de familia y comunitaria.

Palabras clave: Atención Primaria; Enfermería Especialista; Enfermería de Familia y Comunitaria.

Introducción:

Todos los finales de Enero, desde hace numerosos años, se está realizando en todas las comunidades autónomas de España un examen de competencias, para que los enfermeros puedan llegar a la especialización. A los que lo consiguen se les pasa a llamar EIR, enfermero interno residente y tienen para escoger varias especialidades, entre ellas, Familia y Comunitaria (FYC).

Tras la Orden SAS/1729/2010, en 2011 se incorporó la primera promoción de EIR FYC en numerosas comunidades. Desde entonces salen en cada año alrededor de 200 nuevos enfermeros especialistas en FyC, formados en diferentes unidades docentes, colocándose este año como la 2ª especialidad en número de plazas. Actualmente solo tienen bolsas específicas Galicia, Asturias y Castilla y León, y se están negociando con sindicatos y colegios en Aragón, Castilla-La Mancha y comunidad de Madrid. Esto conlleva a que las posibilidades de trabajar en la especialidad formada sean mínimas. En los EIR de FyC se refleja las distintas fases de Burnout:

- Fase de entusiasmo: Comienza cuando llegas el primer día a tu centro de trabajo, estas aprendiendo cosas nuevas, estas adaptándote, estas ilusionada por tener un trabajo estable. Termina cuando te das cuenta que tus horas de trabajo superan a la de descanso.
- Fase de estancamiento: En esta etapa intentas que te ilusione todo como en la primera fase, seguir con la misma energía, ver siempre el lado bueno de las cosas, pero nos vamos dando cuenta que el nivel de esfuerzo es superior a la recompensa.
- Fase de frustración: Suele aparecer en Diciembre del último año, cuando ves que en Mayo termina y que todo tu esfuerzo se queda solo en esos dos años. Te vas desilusionando y te desmotivas en el trabajo, aunque de manera contradictoria todo ocurra porque quieres continuar durante más tiempo la residencia.
- Fase de apatía: Comienza en Marzo del último año, cuando ves que ya no merece la pena ni desmotivarse, porque la solución es inevitable.
- Fase de quemado: Una vez que se termina la residencia, parece que se toca fondo, porque a pesar de tu formación, para las bolsas y para muchos puestos de trabajo no son valorables. Esta fase puede terminar cuando surge algún trabajo aunque no sea el ideal para aprovechar tu formación.

Objetivos:

El objetivo general conocer el síndrome Burn- out adaptado a la situación de los residentes de enfermería de familia y comunitaria. Con esto pretendemos mejorar el por qué de la aparición de este síndrome en los residentes y las distintas fases que sufren.

Resultados:

Como resultado del examen EIR, cada año salen nuevos especialistas, pero no aumentan los puestos de trabajo específicos para ellos. Durante la residencia, los EIR generan un estrés durante la residencia al ver que tras un largo camino de esfuerzo, solo queda la no valoración de los profesionales formados. Los EIR que no han padecido el síndrome de Burn- out durante la residencia, tienen altas posibilidades de padecerlo tras terminar y toparse con el mercado laboral. Por el contrario, muchos EIR resuelven este síndrome, tras incorporarse a un puesto de trabajo aunque este no sea específico para la formación recibida.

Conclusiones:

Actualmente los profesionales de enfermería, están viviendo un momento profesional delicado. La mínima contratación de la sanidad pública y privada están llevando a un aumento del paro enfermero, llevando a muchos enfermeros a tener que emigrar al extranjero, donde son requeridos para la mayoría de los casos, en puestos indefinidos. El EIR se está convirtiendo en una salida laboral de gran peso en el ámbito de la enfermería, ya que da una estabilidad laboral de dos años y aumenta la formación, siendo una enfermera especializada al terminar. A pesar de todos los pro que conlleva, trae muchos contras como la alta carga de trabajo, el alto nivel de exigencia que al final se pueden resumir en una enfermera especializada no reconocida. Ya que en la mayoría de las comunidades autónomas no se reconocen muchas de ellas, en concreto FYC, llevando a la frustración. En conclusión, actualmente en este país, forman profesionales especializados para puestos de trabajos inexistentes, invierten en ellos y con ello apuestan por una enfermería especializada. Pero por el contrario a la hora de la incorporación laboral, siguen apostando por una enfermería no especializada, con lo que conlleva a la no valoración de la profesión y al estancamiento de la misma.

Bibliografía:

1. Albaladejo, Romana et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2004, vol.78, n.4 [citado 2016-01-01], pp. 505-516 . Disponible en: . ISSN 1135-5727.
2. Grazziano, E.S y Ferraz Bianchi, E.R.. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enferm. glob. [online]. 2010, n.18 [citado 2016-01-01], pp. 0-0 . Disponible en: . ISSN 1695-6141.
3. Grau, Armand et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2009, vol.83, n.2 [citado 2016-01-01], pp. 215-230 . Disponible en: . ISSN 1135-5727.

Capítulo CLXXXII

Síndrome del corazón roto (miocardiopatía de Takotsubo). Caso clínico

Autores:

Rosa Marca Ayuso Rivas

Anastasio Garrido Avileo

Fernando Garrido Avileo

Alicia Muñoz-Torrero Peña

Liliana Valiente Sobrino

Lorena Yepes Herencia



SÍNDROME DEL CORAZÓN ROTO

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO

CASO CLÍNICO

TIRITAS

INTRODUCCIÓN

EL SÍNDROME DE DISKINESIA APICAL TRANSITORIA (SDAT) O CARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO (BALLONING O ABALONAMIENTO) ES UNA DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (VI) CARACTERIZADA POR HIPOKINESIA, APOKINESIA O DISKINESIA DE LOS SEGMENTOS APICALES E HPERCONTRACTILIDAD DE LOS SEGMENTOS BASALES. SIMULA UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ECG, PERO DIFIERE CON ÉL EN LA AUSENCIA DE ESTENOSIS EN LAS ARTERIAS CORONARIAS. DE APARICIÓN AGUDA Y CARÁCTER TRANSITORIO, LA FUNCIÓN VENTRÍCULAR SE RECUPERA ENTRE UNA SEMANA Y 2 MESES TRAS EL CUADRO CLÍNICO. DE MAYOR INCIDENCIA ENTRE MUJERES DE 50 A 70 AÑOS, ES DESENCENADO POR SITUACIONES DE ESTRÉS FÍSICO O PSÍQUICO.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

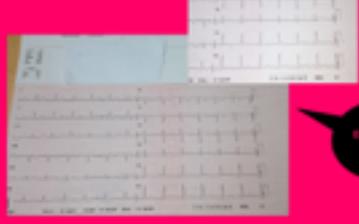
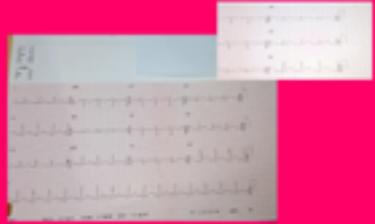
MUJER DE 72 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HTA EN TRATAMIENTO, TRAS RECIBIR LA NOTICIA DE QUE SU HIJO HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE GRAVEDAD, COMIENZA CON DOLOR CENTRO TORÁCICO IRRADIADO A LA ESPALDA, ACOMPAÑADO DE CORTILLO VEGETATIVO Y CRISIS DE ANSIEDAD. TRAS 3h DESDE EL COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS LLEGA A URGENCIAS ATENDIDA POR EL 112.

- ECG: RITMO SINUSAL, CON PR DE 160ms y QT alargado: ASCENSO DE ST DE 2mm EN V5V6 y CARA INFERIOR, SIN DESCENSO ESPECULAR. SE ADMINISTRA NITROGLICERINA I.V. CEDIENDO LOS SÍNTOMAS PARCIALMENTE. PASA A HEMODINÁMICA.
- ANGIOGRAFÍA: ACCESO RADIAL DERECHO. NO SE OBSERVAN LESIONES CORONARIAS.
- VENTRÍCULOGRAMA: VI MODERADAMENTE HIPERTRÓFICO, CON DISKINESIA APICAL E HPERCONTRACTILIDAD DE SEGMENTOS MEDIO-BASALES COMPATIBLE CON S. TAKOTSUBO.
- ANÁLISIS: SE REALIZA CURVA DE CPK CON PICO DE 310MB DE 31.8 y TROPONINA I de 3.7 (ANALÍTICA AL INGRESO: MB 15.5, TROPONINA I 1.8)
- ECOCARDIOGRAFÍA: REALIZADO A LAS 48h TRAS EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS. PRESENTA HIPERTROFIA MODERADA DE PARED DEL VI y MOVIMIENTO ALGO HIPERDINÁMICO. CONTRACTILIDAD APICAL YA CONSERVADA (ALGO REDUCIDA PERO SIN APOKINESIA)
- ECG AL ALTA HOSPITALARIA: RS, ONDAS T NEGATIVAS Y PROFUNDAS EN V3-V6.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- 1) DISKINESIA O APOKINESIA TRANSITORIA DE SEGMENTOS APICALES Y MEDIOS DEL VI.
- 2) AUSENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA O EVIDENCIA DE ROTURA AGUDA DE PLACA EN ANGIOGRAFÍA.
- 3) APARICIÓN DE ANOMALÍAS EN EL TRAZADO ECG: ELEVACIÓN ST, INVERSIÓN ONDA T.
- 4) AUSENCIA DE TCE RECIENTE O HSA, FIEBRICARDIOMIOMA, MIOCARDITIS, MIOCARDIOPATÍA SUPERTRÓFICA O ATURDIMIENTO MIOCÁRDICO DE ORIGEN ISQUÉMICO.

ECG AL INGRESO



ECG A LAS 48h

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DE LA ENFERMERÍA:

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN: NO FUMADORA. INGRESO EN OXI SAT₀₂ 93%, BIEN HIBRATADA Y PERFUNDIDA, SIN SINTOMÁTICA, RESPIRACIÓN SUPERFICIAL, TAQUIPNEA. PRECISA OXIGENOTERAPIA CON NASAL CANNULA RESERVORIO A 10 L/HR.
2. NECESIDAD DE HIBRATACIÓN/ALIMENTACIÓN: NO DM NI DIABETES. AYUDA PARA ALIMENTARSE TRAS INGRESO. DIETA BLANDA 1500 KCAL, SIDA Y RESPIRACIÓN VENTRAL.
3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: EN SEGUIMIENTO POR PULSOS GASTRICO, REQUIERE AYUDA PARA LA ELIMINACIÓN, ASPECTO Y CONSISTENCIA DE HECEAS NORMAL, DUREZA FORTALEDA CON SUIRÉTICO.
4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA: DIAGNOSTICADA DE ARTROSIS GENERALIZADA, ACTIVA. PAUSEO/REPOSO EN CASA PARA EVITAR ESFUERZO CARDIOVASCULAR. REQUIERE AYUDA EN LA MOVILIZACIÓN.
5. NECESIDAD DE DESCANSO: PATRÓN NORMAL DE SUEÑO HABITUAL. DIFÍCIL PARA CONQUISTAR EL SUEÑO EN UCI.
6. NECESIDAD DE VESTIRSE: PRECISA AYUDA.
7. NECESIDAD DE TERNOPERMISIÓN ALTERNAR: REQUIERE ABRIGO NOCTURNO CON MANTA.
8. NECESIDAD DE HIGIENE: ANÁLISIS Y CUIDADO, INTENSIDAD DE PIEL Y UNGÜES. NECESITA AYUDA EN EL BAÑO DIARIO, COLABORADORA.
9. NECESIDAD DE SEGURIDAD: NO REQUIERE MANTEN TOXICO. DOLOR FORTALEDO DE 2 SCA DE EVOLUCIÓN. PORTADORA DE 2 CVP. REALIZANDO CATERETERISMO CARDIACO, ACCESO RADIAL, BIVENTRI.
10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: DIFÍCIL EN LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS SOBRE EL ACCIDENTE DE SU HIJO. LLORA CON FRECUENCIA. RECIBE VISITAS DIARIAS DE FAMILIARES EN HORARIO PERMITIDO POR LA UCI.
11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES: NO EXPRESA SUS CREENCIAS RELIGIOSAS. EXPRESA INCERTIDUMBRE Y ESPERANZA. CUENTA CON APOYO FAMILIAR Y DE AMIGOS.
12. NECESIDAD DE TRABAJAR/REALIZARSE: ANA DE CASA, PERDIDA APOYO FAMILIAR Y DE AMIGOS. EXPRESA ANSIEDAD Y INCERTIDUMBRE EN CERCA DEL ESTADO DE SU HIJO Y EL SUYO.
13. NECESIDAD DE OCHO: VE LA TV, CUIDA DEL CAMPO Y SALE A PASAR A DIARIO.
14. NECESIDAD DE APRENDER: MANIFIESTA INTERÉS POR LA SITUACIÓN DE SU HIJO Y LA SUYA. DEMANDA INFORMACIÓN A CERCA DE CUIDADOS PRESENTES Y FUTUROS.

DIAGNÓSTICO	VALORACIÓN NURSA	INDICADORES	RESULTADOS OBS./NOC	INTERVENCIONES NIC
ANSIEDAD/TURBANCIA	021-03	021-03 DOLOR RELACIONADO CON SUFRETE DE UNA PRESIÓN ESCARIFÍCA, MANIFIESTADO POR SUFRIMIENTO Y SUDOR.	021-03 INDETERMINADO LA ANSIEDAD. -EVALUO SUFRIMIENTO SOBRE LA PERSONA. -REVALUO LA SITUACIÓN DE LA PERSONA.	021-03 FACILITAR EL TRÁNSITO DE SUDOR. -CUIDAR PERIÓDICA, PULSOS DE ARTERIA. -RESPIRACIÓN ACTIVA.
ARTROSIS	021-03	021-03 AUSENCIA RELACIONADA CON DOLOR, HEMIPARÉSIS Y SUDOR DE CUERPO EN EL ESTADO DE SUEÑO, MANIFIESTADO POR INESTABILIDAD. 021-03 AUSENCIA RELACIONADA CON DOLOR, HEMIPARÉSIS Y SUDOR DE CUERPO EN EL ESTADO DE SUEÑO, MANIFIESTADO POR INESTABILIDAD. 021-03 TIRAS.	021-03 NIVEL DE ANÁLISIS. -DESCANSAR. -RESPIRAR. -ANÁLISIS VERBALES.	021-03 COMUNICACIÓN DE LA SITUACIÓN. -PREPARACIÓN ANTES DE DORMIR, EL PASADO Y EL FUTURO. -PREPARACIÓN ANTES DE LA SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y CUIDADO. -PREPARACIÓN ANTES DE PASAR AL SUEÑO. -REVALUO PERIÓDICA ACCESO DEL PACIENTE EN HORARIO DE MOVILIZACIÓN.
	021-03	021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA.	021-03 AUTOCUIDADO/AYUDA. MANEJAR LA APARICIÓN PIEL.	021-03 AYUDA CON UN AUTOCUIDADO. BAÑO/BAÑAR. -CUIDAR PERIÓDICA, PULSOS FAMILIAR.
ARTROSIS	021-03	021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA.	021-03 AUTOCUIDADO/AYUDA. MANEJAR LA APARICIÓN PIEL.	021-03 AYUDA CON UN AUTOCUIDADO. BAÑO/BAÑAR. -CUIDAR PERIÓDICA, PULSOS FAMILIAR.
	021-03	021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA.	021-03 AUTOCUIDADO/AYUDA. MANEJAR LA APARICIÓN PIEL.	021-03 AYUDA CON UN AUTOCUIDADO. BAÑO/BAÑAR. -CUIDAR PERIÓDICA, PULSOS FAMILIAR.
PREVENCIÓN	021-03	021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA.	021-03 AUTOCUIDADO/AYUDA. MANEJAR LA APARICIÓN PIEL.	021-03 AYUDA CON UN AUTOCUIDADO. BAÑO/BAÑAR. -CUIDAR PERIÓDICA, PULSOS FAMILIAR.
	021-03	021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA. 021-03 DOLOR DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA DE LA ESPALDA/POSTURA.	021-03 AUTOCUIDADO/AYUDA. MANEJAR LA APARICIÓN PIEL.	021-03 AYUDA CON UN AUTOCUIDADO. BAÑO/BAÑAR. -CUIDAR PERIÓDICA, PULSOS FAMILIAR.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- ANTE UNA CLÍNICA SUGERENTE DE SCA EN PACIENTES ANOSAS, CON DESENCENANTES ASOCIADOS A ESTRÉS FÍSICO O EMOCIONAL, ES ESENCIAL EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SDAT VS SCA, AUN NO EXISTIENDO TOTAL CONSENSO RESPECTO A SU FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD.
- EL SDAT, PRECIPITADO POR ESTRÉS EMOCIONAL, PLANTEA LA IMPORTANCIA DE UNOS CUIDADOS HUMANIZADOS DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO, BASADOS EN ASPECTOS TAN ESENCIALES COMO LA COMUNICACIÓN, EL RESPETO Y LA EMPATÍA HACIA EL PACIENTE. CLAVES EN LOS CUIDADOS DE CALIDAD Y QUE APORTAN ESPECIAL RELEVANCIA A LA PRÁXIS ENFERMERA.

Wondershare PDFElement

Resumen: El SDAT (Síndrome de discinesia apical transitoria) es una enfermedad de reciente descripción, y suele desencadenarse tras un episodio de estrés a nivel físico y/o emocional. Actualmente, aún no existen criterios unificados respecto a su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, limitándose a recomendar medidas de soporte individualizadas. A través de este caso clínico damos a conocer esta enfermedad, en la que cobra relevancia la humanización de los cuidados en la atención sanitaria; al estar precedidas por una situación de estrés, los cuidados deben basarse en aspectos tan esenciales como la comunicación empática y el afecto, tan propios de la praxis enfermera.

Palabras Clave: Cuidados; Miocardiopatía; Takotsubo.

Introducción:

El SDAT o miocardiopatía de Takotsubo, es una disfunción del ventrículo izquierdo (VI) caracterizada por hipocinesia, acinesia o discinesia de segmentos apicales y la hipercontractilidad de segmentos basales, que simula un síndrome coronario agudo (SCA) tanto clínica como electrocardiográficamente, pero se diferencia en la ausencia de patología en las arterias coronarias. La clínica es aguda y la disfunción de carácter transitorio, la función ventricular se recupera entre una semana y dos meses tras su inicio. Tiene mayor incidencia en mujeres de 50 a 70 años y es desencadenado por situaciones de estrés físico o psíquico. Criterios diagnósticos:

- Discinesia o acinesia transitoria de los segmentos apicales y medios del VI.
- Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia de rotura aguda de placa en angiografía.
- Anomalías del trazado del ECG (elevación ST, inversión onda T).
- Ausencia de traumatismo craneoencefálico reciente, hemorragia subaracnoidea, feocromocitoma, miocarditis, miocardiopatía hipertrófica o aturdimiento miocárdico de origen isquémico.

Observación clínica:

Mujer de 72 años, diagnosticada de hipertensión arterial en tratamiento, refiere dolor centro torácico irradiado a la espalda, acompañado de cortejo vegetativo y crisis de ansiedad tras conocer el reciente accidente grave de su hijo. Llega a urgencias atendida por el 112 tres horas después de haberse iniciado los síntomas. Permanece ingresada UCI las siguientes 48h, tras las cuales, pasa a la unidad de hospitalización de cardiología, donde pide el alta voluntaria. Pruebas realizadas:

- ECG: Ritmo sinusal (RS), PR de 160ms, QT alargado, ascenso de ST de 2mm en V5-V6 y cara inferior, sin descenso especular. Se administra nitroglicerina en perfusión intravenosa, cediendo los síntomas parcialmente.
- Pasa a la unidad de hemodinámica para cateterismo cardíaco:
 - Angiografía: Acceso radial derecho, en el que no se evidencian lesiones coronarias.
 - Ventriculografía: VI moderadamente hipertrófico, discinesia apical e hipercontractibilidad de segmentos medio-basales, compatible con SDAT.

- Analítica: Curva de CPK con pico de 310, MB: 31.6, Troponina I: 3.7 (analítica inicial: MB 15.5, Troponina I: 1.8).
- Ecocardiografía: se realiza a las 48h del ingreso de la paciente, presenta hipertrofia moderada de pared del VI y movimiento ligeramente hiperdinámico. Contractilidad apical conservada (reducida pero sin acinesia).
- ECG al alta: RS, ondas T negativas y profundas desde V3 a V6.

Valoración de enfermería:

1. Necesidad de oxigenación: no fumadora. Al ingreso presenta Sat O₂ 93%; bien hidratada y perfundida; respiración superficial y taquipnea. Se prescribe oxigenoterapia con mascarilla-reservorio a 10 l/min.

2. Necesidad de hidratación/alimentación: no está diagnosticada de diabetes ni dislipemia. Requiere ayuda para alimentarse tras ingreso, dieta 1500 kcal sosa, restricción hídrica.

3. Necesidad de eliminación: pólipos gástricos diagnosticados, requiere ayuda para la eliminación. Aspecto y consistencia de heces normal. Diuresis forzada con furosemida oral.

4. Necesidad de movimiento y postura: diagnosticada artrosis generalizada. Activa. Se pauta reposo en cama, requiere ayuda en las movilizaciones.

5. Necesidad de descanso: patrón normal de 6 horas. En uci presenta dificultad para conciliar el sueño, precisa medicación ansiolítica.

6. Necesidad de vestirse: precisa ayuda.

7. Necesidad de termorregulación: afebril, requiere abrigo nocturno.

8. Necesidad de higiene: aseada y cuidada. Piel y mucosas íntegras. Necesita ayuda en el aseo. Colaboradora.

9. Necesidad de seguridad: sin hábitos tóxicos. Dolor torácico de dos días de evolución. Portadora de dos catéteres venosos periféricos. Realizado cateterismo cardiaco, con acceso radial dcho.

10. Necesidad de comunicación: dificultad de expresión de sentimientos sobre el accidente de su hijo, llora frecuentemente. Recibe visitas de familiares.

11. Necesidad de creencias y valores: expresa incertidumbre y esperanza, no expresa creencias religiosas.

12. Necesidad de trabajar/realizarse: ama de casa. Percibe apoyo de familia y amigos.

13. Necesidad de ocio: ve la televisión, pasea diariamente y cuida el campo.

14. Necesidad de aprender: interesada por su estado físico así como de la evolución de la enfermedad de su hijo, demanda información sobre cuidados y pautas a seguir.

Diagnósticos e intervenciones de enfermería:

- Afrontamiento/tolerancia estrés.

- Diagnósticos:

- (00136) Duelo relacionado con muerte de una persona significativa, manifestado por sufrimiento y dolor.

- (00146) Ansiedad relacionada con ingreso hospitalario y amenaza de ingreso hospitalario y amenaza de cambio en el estado de salud, manifestado por angustia y nerviosismo.
- (00073) Afrontamiento familiar incapacitante.
- (00137) Aflicción crónica.
- (00148) Temor.
- (00210) Deterioro de la capacidad de recuperación personal.
- Resultados CRE/NOC:
 - (1304) Resolución de la aflicción: Expresa sentimientos sobre la pérdida. Verbaliza la aceptación de la pérdida.
 - (1402) Nivel de ansiedad: Desasosiego. Inquietud. Ansiedad verbalizada.
- Intervenciones NIC:
 - (5290) Facilitar el trabajo de duelo: cuidados psicológicos. Relación de ayuda. Escucha activa.
 - (5820) Disminución de la ansiedad: proporcionar apoyo emocional al paciente y su familia. Información sobre el proceso de la enfermedad y cuidados.
 - (7310) Cuidado de enfermería al ingreso: aplicar procedimiento acogida del paciente en UCI.
- Actividad y reposo.
 - Diagnósticos:
 - (00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con debilidad o cansancio, manifestado por la incapacidad para asearse.
 - (00102) Déficit de autocuidado relacionado con debilidad o cansancio, manifestado por incapacidad para alimentarse por si sola.
 - (00110) Déficit de autocuidado: uso del WC relacionado con debilidad o cansancio, manifestado por incapacidad para llegar hasta el WC.
 - (00092) Intolerancia a actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestado por alteración de los parámetros cardiorrespiratorios en respuesta a la actividad.
 - Resultados CRE/NOC:
 - (0310) Autocuidados/higiene: Mantiene la apariencia pulcra.
 - (0303) Autocuidados: Comer.
 - (0301) Autocuidado: uso inodoro. Vacía la vejiga o el intestino.
 - (0005) Tolerancia a la actividad: frecuencia cardiaca, respiratoria, TA en respuesta a actividad.
 - Intervenciones NIC:
 - (181) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. Higiene general, ayuda parcial.

- (1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación. Alimentación vía oral: ayuda parcial.
 - (1804) Ayuda con los autocuidados: aseo. Eliminación WC: Ayuda parcial.
 - (0180) Manejo de la energía: Movilización progresiva. Valorar respuesta a la actividad (monitorización de FC, TA, FR, SatO2) Observar aparición de: disnea, dolor precordial o cansancio. Instruir sobre técnicas de autocuidado con el menor gasto de energía.
- Percepción/ Cognición
- Diagnóstico:
 - (00126) Conocimientos deficientes relacionados con falta de exposición, manifestado por verbalización del problema.
 - Resultados CRE/NOC:
 - (1813) Conocimiento régimen terapéutico: Descripción del proceso de enfermedad. Descripción de los efectos esperados del tratamiento.
 - Intervenciones NIC:
 - (5602) Enseñanza: proceso enfermedad. Proporcionar información sobre el proceso de la enfermedad y cuidados.

Conclusiones y discusión:

Ante una clínica sugerente de SCA y con desencadenantes asociados a estrés físico o emocional, es esencial el diagnóstico diferencial de SDAT vs SCA. Actualmente, no existe total consenso respecto a su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. El SDAT al estar precipitado por estrés emocional, pone de manifiesto la importancia de unos cuidados humanizados en el entorno sanitario, basados en aspectos como la comunicación, respeto y empatía hacia el paciente, claves de unos cuidados de calidad y que aportan especial relevancia al trabajo propio de la enfermería.

Bibliografía:

1. Goresquieta Alonso, M. Martínez Orta, M. P. García Alvero, C. Caso Clínico: Síndrome del corazón roto, Plan de cuidados de enfermería. Enfermería en cardiología nº 45/3er cuatrimestre 2008, Año XV (45); p. 44-49.
2. Carrero Lérida, M. J. Mariscal Cerrato, M. C. Dávila Arias, C. López Ruiz, A. Caballero Güeto, J. Síndrome de discinesia apical transitoria (Tako-Tsubo) que simula un infarto agudo de miocardio. Servicio de Medicina Nuclear y Cardiología, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada. Rev. Esp. Med. Nucl, 2011; p. 107-111.
3. María Gávira, B. Ana Brome, U. Luisa Benjumea, G. Jon Balparda, A. Síndrome del corazón roto: Cardiomiopatía de Tako-Tsubo. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Revista ANACEM Vol. 5 nº1.2011; p. 60-63.
4. Diego Soto, V. Investigar y publicar siendo estudiante de pregrado. Revista ANACEM Vol. 5 nº1.2011; p. 66.

Capítulo CLXXXIII

Terapia con hipotermia inducida

Autores:

Sara Faya Palomares

Juana Hueso Espinosa

Josefa Romero González Nicolás



Terapia con hipotermia inducida

El objetivo del Protocolo de Hipotermia es bajar hasta 34° C la temperatura corporal de pacientes, entre otros, que sufren arritmia o paro cardíaco, muerte súbita, golpes en la cabeza o neonatos que sufren hipoxia en el parto.

Con su aplicación intentamos la reanimación tras muerte súbita y evitar o minimizar las posibles secuelas cerebrales y neurológicas que se pueden sufrir ante la falta de oxígeno en el cerebro en estos casos.

Es decir, partimos de un requisito: los casos más graves se deben de enviar a los centros cualificados dentro de las primeras seis horas.

Hipotermia en paradas cardíacas

Aplicar hipotermia en los primeros minutos después de un paro cardíaco puede reducir las secuelas neurológicas.

Investigadores del Instituto Karolinska (en Suecia), han utilizado un dispositivo que va conectado con el sitio bucal de las autoridades sanitarias suecasas, **TheraCool**, para aplicarlo durante el proceso de reanimación.

Este sistema consiste en introducir un gas frío a través de un catéter que se coloca por la nariz mientras se ejecuta la maniobra de reanimación para reducir la temperatura de la sangre que llega al cerebro.

Hipotermia en reanimación de neonatos

Consiste en enfriar el cuerpo de los bebés para tratar de reducir las discapacidades graves e incluso la muerte causada por la hipoxia en el momento del parto. Lo clave está en aplicar el frío en las primeras seis horas de vida, para mantener su temperatura corporal en unos 33 o 34 grados durante 72 horas.

Mediante mantas térmicas que enfrían todo el organismo se consigue que la sangre que llega al cerebro lo haga ya a bajas temperaturas, lo que permite reducir el consumo energético y frenar la cadena de daños neurológicos que se inicia por la falta de oxígeno al nacer. Otra opción es que mediante un gas para reducir aún más la temperatura cerebral, utilizando un equipo que hace circular agua helada por un gas (CoolCap) se enfría el cerebro cerebral hasta los 28 grados.

METODOLOGÍA

La técnica consiste en tumbarse a un paciente sobre una camilla y colocarle una sábana húmeda por encima. La humedad protegida su piel cuando dispongamos sobre su cuerpo cubitos de hielo, previamente metidos en un guante de látex para evitar quemaduras.

Generalmente, se posicionan en los grandes pliegues, como las ingles, las axilas y el cuello, después en el torso y a lo largo de las piernas. Terminamos colocando una manta térmica sobre el cuerpo. Dos ventiladores colocados a cada lado del paciente generan aire bajo la manta.

La duración recomendada de esta terapia es de 24 horas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El **IRCA** intervendrá con el realización de las operaciones y tareas detalladas a continuación, siguiendo las indicaciones, parámetros, medidas y prescripciones conforme a decisión facultativa.

VENTAJAS

- Hipotermia activa no hace agua para tratar de evitar las lesiones cerebrales en los bebés que sufren falta de oxígeno en el parto durante el parto.
- Esta investigación muestra demarcando la utilidad de la hipotermia para tratar de bajar estas alteraciones.
- El frío es una valiosa herramienta terapéutica y se usa para prevenir e incluso tratar un paro cardíaco.
- El frío se ha convertido en el método de muchos pacientes que han experimentado en el tratamiento de hipotermia.

INCONVENIENTES

- En ocasiones, los datos cerebrales son los que se ven afectados por la hipotermia.
- De hecho, es una técnica que debe tenerse o estar en unidades especializadas y por personal especialmente entrenado.
- La compatibilidad térmica y el estado de los órganos que han sufrido una hipotermia pueden tenerse en cuenta, lo mejor como en público.

CONCLUSIONES

- El período ventano de las seis primeras horas es crucial para tener éxito.
- Esta terapia no se trata de ningún ensayo clínico, es una terapia de aplicación inmediata que ya ha demostrado su eficacia en varios estudios.
- Aunque el equipamiento puede tener un coste económico alto, el frío no es una tecnología cara, y aún así, el precio resulta ridículo en comparación a los beneficios que se obtienen.
- El frío favorece la curación junto con otros cuidados. Es más que probable que en el futuro la terapia de frío se combine con otras herramientas para tratar de paliar los daños neurológicos en pacientes.
- La aparición de secuelas se reduce considerablemente con esta terapia, si el escenario de aplicación es favorable.

Resumen: El objetivo del Protocolo de Hipotermia es bajar hasta 34º C la temperatura corporal de pacientes, entre otros, que sufren arritmia, paro cardiaco, muerte súbita, golpes en la cabeza o neonatos que sufren hipoxia en el parto. Con su aplicación intentamos la reanimación tras muerte súbita y evitar o minimizar las posibles secuelas cerebrales y neurológicas que se pueden sufrir ante la falta de oxígeno en el cerebro en estos casos. Se está tratando de impulsar la implantación de la hipotermia en los centros españoles. De momento son los hospitales de Madrid y Barcelona los que se han puesto en marcha.

Palabras Clave: Hipotermia Inducida; Parada Cardiaca; Hipoxia.

Hipotermia en paradas cardiacas:

- Aplicar hipotermia en los primeros minutos de vida después de un paro cardiaco puede reducir las secuelas neurológicas.
- Investigadores del instituto Karolinska(en Suecia), han utilizado un dispositivo que ya cuenta con el visto bueno de las autoridades sanitarias europeas, Rinochill, para aplicarlo durante el proceso de resucitación.
- Este sistema consiste en introducir un gas frío a través de un catéter que se coloca por la nariz mientras se ejercita la maniobra de resucitación para reducir la temperatura de la sangre que llega al cerebro.

Golpes en la cabeza:

- Un trabajo estadounidense concluye que el frío puede ser un buen aliado para evitar secuelas tras un golpe de cabeza.
- En este caso, se utiliza un sistema similar al de la diálisis para extraer la sangre y reemplazarla por una solución refrigerante a través de un catéter implantado en la arteria carótida, que irriga la cabeza y cuello.
- Esta opción permite enfriar áreas específicas del cerebro sin dañar otros órganos del resto del cuerpo.

Hipotermia en arritmias cardiacas:

- Destaca la utilización del balón de criobalación de las venas pulmonares para tratar la fibrilación auricular, la arritmia cardiaca más frecuente.
- La criobalación permite el aislamiento de manera más sencilla y eficaz de las venas pulmonares, mediante una sola aplicación.
- El mayor beneficio de esta técnica radica en que el tratamiento se realiza por congelación de un sólo impacto; son las llamadas "single shot techniques".

Hipotermia en reanimacion de neonatos

- La clave está en aplicar el frío en las primeras seis horas de vida, para mantener su temperatura corporal en unos 33-34ºC durante 72 horas.

- Mediante mantas térmicas que enfrían todo el organismo se consigue que la sangre que llega al cerebro lo haga ya a bajas temperaturas, lo que permite reducir el consumo energético y frenar la cadena de daños neurológicos que se inicia por la falta de oxígeno al nacer, en el momento del parto.

Metodología:

La técnica consiste en tumbar a un paciente sobre una camilla y colocarle una sábana húmeda por encima. La humedad protegerá su piel cuando dispongamos sobre su cuerpo cubitos de hielo, previamente metidos en un guante de látex para evitar quemaduras.

Generalmente, se posicionan en los grandes pliegues, como las ingles, las axilas y el cuello, después en el tórax y a lo largo de las piernas. Terminamos colocando una manta térmica sobre el cuerpo. Dos ventiladores colocados a cada lado del paciente generan aire bajo la manta. La duración recomendable de esta terapia es de 24 horas.

Intervención de enfermería:

La enfermera intervendrá con la realización de las operaciones y tareas, siguiendo las indicaciones, parámetros, medidas y prescripciones conforme a decisión facultativa:

- Fase inicial:
 - Evaluar si el paciente cumple con los criterios de inclusión.
 - Protección de vía aérea: intubación orotraqueal.
 - Toma inicial de analíticas incluyendo azoados, electrolitos (Na, K, Cl, Mg), gases sanguíneos a 37°C, electro y hemograma.
 - Asegurar adecuados accesos venosos, colocación de sonda nasogástrica y vesical.
 - Registrar temperatura inicial timpánica, axilar y si es posible temperatura frontal, nasofaríngea y de línea arterial.
 - Mantener la sedación y analgesia. Cubrir al paciente; mantener la piel caliente disminuye el riesgo de escalofríos sin interferir de manera sustancial en el control de la temperatura central.
 - Pasar un bolo de relajante antes de iniciar la infusión de líquidos.
 - Iniciar bolo de Lactato Ringer o solución salina normal.
 - Iniciar bolo de sulfato magnesio.
 - Si la temperatura es mayor a 34º iniciar bolo de agua.
 - Evitar la hipovolemia, si es necesario utilizar vasopresores.
 - Las metas de temperatura son:
 - Disminuir de 1 a 1,3ºC por hora.
 - Mantener temperatura entre 32-34ºC
 - Disminuir el volumen corriente a 6cc/kg
 - Este proceso de enfriamiento deberá detenerse si la temperatura es menor de 32ºC.

- Fase de mantenimiento:
 - Evaluar la posición del tubo orotraqueal al ventilador.
 - Revisión signos vitales, monitorización continua.
 - Colocar manta sobre una sábana, nunca directamente sobre la piel del paciente.
 - Continuar tratamiento de la causa de base.
 - Tomar la temperatura timpánica y axilar cada hora.
 - A las 12 horas, hacer electro, tomar electrolitos y gases arteriales.
 - Mantener PAS > 100 mmHg, balance de líquidos no mayor a 4000 cc.
- Fase de recalentamiento:
 - A las 24 horas retirar mantas de extremidades, pelvis y tórax con un intervalo de una hora cada una.
 - Continuar sedación y analgesia. Poner nuevo bolo de relajante muscular si la sedación no es profunda.
 - La meta es aumentar 0.4°C por hora. Al llegar a 36°C tomar nuevo EKG doce derivaciones, evaluar aparición de arritmias.
 - Evaluar potasio de control por riesgo de hiperpotasemia. -Tomar azoados de control.
 - Ficha del procedimiento. Continuar manejo de enfermedades de base del paciente.
- Suspender la terapia si....
 - Disminución de la Hb en 2 gr, requerimiento de transfusión por inestabilidad hemodinámica o evidencia de sangrado mayor.
 - Cambios en EKG: ondas de Osborne, arritmias ventriculares sostenidas.
 - Hipotensión persistente a pesar de uso de vasopresores.
 - Paciente con nuevo paro cardiorrespiratorio.
- Inconvenientes:
 - En ocasiones, los daños cerebrales son tan graves que la terapia no consigue salvar al neonato.
 - De hecho, es una técnica que debe llevarse a cabo en unidades especializadas y por personal específicamente entrenado.
 - Su complejidad técnica y elevado coste económico hace que muy pocos hospitales puedan tenerla entre sus terapias, la mayor parte son públicos.
- Ventajas:
 - Hace muy poco, no había opción para tratar de evitar las lesiones cerebrales en los bebés que sufrían falta de oxígeno en el cerebro durante el parto.
 - Varias investigaciones vienen demostrando la utilidad de la hipotermia para tratar de frenar estas secuelas.

- El frío es una valiosa herramienta terapéutica que sirve para prevenir el daño neurológico y cardíaco tras sufrir un paro cardíaco.
- El frío se ha convertido en la medicina de muchos pacientes que han encontrado en él beneficios terapéuticos.

Conclusiones:

- El periodo ventana de las seis primeras horas es crucial para tener éxito.
- Esta terapia no se trata de ningún ensayo clínico, es una terapia de aplicación inmediata que ya ha demostrado su eficacia en varios estudios.
- Aunque el equipamiento puede tener un coste económico alto, el frío no es una tecnología cara, y aun así, el precio resulta ridículo en comparación a los beneficios que se obtienen.
- El frío favorece la curación junto con otros cuidados. Es más que probable que en el futuro la terapia de frío se combine con otras herramientas para tratar de paliar los daños neurológicos en pacientes.
- La aparición de secuelas se reduce considerablemente con esta terapia, si el escenario de aplicación es favorable.

Bibliografía:

1. Cuando y cómo se debe utilizar la Hipotermia. Elena Gómez Fernández , DUE.UCIP Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. XXIV Congreso de la ANECPIN 4-5 y 6 de Junio 2003.
2. The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group: Mildhypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N England J Med. 2002;346:549-56.
3. Nolan JP, Laver SR, Welch CA, Harrison DA, Gupta V, Rowan K. Outcome following admission to UK intensive care units after cardiac arrest: a secondary analysis of the ICNARC Case Mix Programme Database. Anaesthesia. 2007; 62:1207-16.

Capítulo CLXXXIV

Terapias alternativas al dolor crónico

Autores:

Gloria Fernández Campos

Rosa María Rodríguez López

Sonia Sánchez Colmenar

Ignacio Segovia Félix

TERAPIAS ALTERNATIVAS AL DOLOR CRÓNICO -revisión sistemática-

INTRODUCCIÓN

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". El 29,6% de la población general española no hospitalizada padece algún tipo de dolor, siendo el 17,6% dolor crónico.

Una de las principales quejas de los afectados es la insatisfacción y el inadecuado manejo del dolor pese a los adelantos científicos, médicos y tecnológicos, agravando la condición de salud y afectando la calidad de vida del paciente.

Las medicinas complementarias o alternativas están experimentando un auge importante en los países desarrollados. Por ello vemos necesario la búsqueda de evidencia científica para aumentar la implicación del profesional de Enfermería en el conocimiento y uso de las distintas alternativas existentes.

MATERIAL Y MÉTODO

• **DISEÑO:** Se ha realizado una revisión sistemática de artículos y estudios científicos publicados.

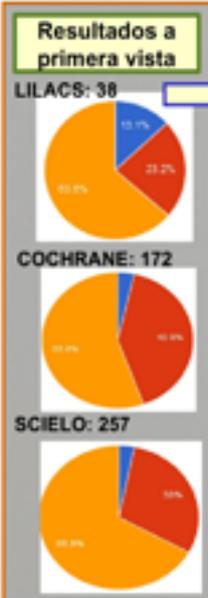
• **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:** Se han realizado búsquedas en Lilacs, Cochrane y Scielo.

• **PALABRAS CLAVE:** "Terapia AND dolor AND crónico".

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN: Se han incluido todos los artículos que referenciaban la utilización de alguna terapia alternativa no farmacológica (TANF) y farmacológica (T Farma). Se han excluido (EX) aquellos artículos referentes a tratamientos psicológicos, a tratamientos quirúrgicos y escalas del dolor.

● TANF
● T Farma
● EX

RESULTADOS



¿QUÉ ES UNA TERAPIA ALTERNATIVA?

- Práctica con efectos beneficiosos
- No apoyada por métodos científicos

¿CUÁLES EXISTEN?

- **MENTE Y CUERPO:** meditación, yoga, hipnosis, etc.
- **BASE BIOLÓGICA:** dieta especial, bebidas herbales, etc.
- **MANIPULACIÓN:** masajes, quiropráctica, etc.
- **ENERGÍA:** reiki, acupuntura, etc.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

Actualizar los conocimientos sobre terapias alternativas en el tratamiento del dolor crónico

SECUNDARIOS

- Presentar una serie de reflexiones en relación a la investigación sobre terapias alternativas.
- Brindar al personal sanitario los conocimientos básicos en torno a las terapias alternativas.

MEDITACIÓN

- Separa parte física de la mental.
- Si se elimina la parte mental del dolor, éste se hace más soportable.

DIETA ESPECIAL

- Aumenta: alimentos analgésicos (minerales, omega3, etc).
- Restringe: alimentos que no ayudan al dolor (azúcares refinados, grasas, etc.)

QUIROPRÁCTICA

- Diagnóstico y tto del sistema musculoesquelético (me).
- Se cree que los problemas me afectan a la salud en general a través del sistema nervioso.

REIKI

- **EFEECTO PALIATIVO:** alivia los síntomas.
- **ELIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD:** mediante varias sesiones.
- **SANACIÓN DE LA CAUSA:** ya que corrige el desequilibrio del ser.

CONCLUSIONES

Las terapias alternativas no tienen como único propósito aliviar el síntoma, sino valorar e intervenir en el estado de salud con un enfoque integral.

Si bien no existe suficiente evidencia científica que sustente el uso de estas terapias (y menos si lo comparamos con la evidencia en tratamientos farmacológicos), su frecuente aplicación entre los pacientes y el beneficio que ofrecen para ellos, hace que cobre más importancia el desarrollo de nuevos proyectos de investigación que permitan incluir estas terapias como herramienta dentro de las intervenciones que la enfermera podría llevar a cabo en el manejo del dolor crónico.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

- PEREZ SANCHEZ, T., *Análisis del tratamiento del Dolor Crónico en Europa*. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2006, vol.13, n.1, pp. 124-124.
- CORTINAS-SAENZ, M. et al. *Crisis económica española y salud: Impacto clínico en el dolor crónico*. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2015, vol.22, n.2, pp. 51-58.
- MARTINEZ SANCHEZ, L.M. et al. *Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor*. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2014, vol.21, n.6, pp. 338-344.
- COBOS ROMANA, R., *Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor*. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2013, vol.20, n.5, pp. 263-277.

Resumen: El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. Las medicinas complementarias o alternativas están experimentando un auge importante en los países desarrollados. Por ello vemos necesario la búsqueda de evidencia científica para aumentar la implicación del profesional de Enfermería en el conocimiento y uso de las distintas alternativas existentes. Con este fin, se ha realizado una revisión sistemática de artículos y estudios científicos publicados con la intención de tener una visión global de la situación actual.

Palabras Clave: Terapia; Dolor; Crónico.

Introducción:

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. El 29,6% de la población general española no hospitalizada padece algún tipo de dolor, siendo el 17,6% dolor crónico. Una de las principales quejas de los afectados es la insatisfacción y el inadecuado manejo del dolor pese a los adelantos científicos, médicos y tecnológicos, agravando la condición de salud y afectando la calidad de vida del paciente. Las medicinas complementarias o alternativas están experimentando un auge importante en los países desarrollados. Por ello vemos necesario la búsqueda de evidencia científica para aumentar la implicación del profesional de Enfermería en el conocimiento y uso de las distintas alternativas existentes.

Material y método:

- Diseño: se ha realizado una revisión sistemática de artículos y estudios científicos publicados hasta la fecha.
- Estrategia de búsqueda: se han realizado búsquedas en lilacs, cochrane y scielo.
- Palabras clave: “terapia and dolor and crónico”.
- Criterios de inclusión/exclusión: se han incluido todos los artículos que referenciaban la utilización de alguna terapia alternativa no farmacológica y farmacológica. Se han excluido aquellos artículos referentes a tratamientos psicológicos, a tratamientos quirúrgicos y escalas del dolor.

Objetivos:

- Principal: actualizar los conocimientos sobre terapias alternativas en el tratamiento del dolor crónico
- Secundarios:
 - Presentar una serie de reflexiones en relación a la investigación sobre terapias alternativas.
 - Brindar al personal sanitario los conocimientos básicos en torno a las terapias alternativas.

Resultados:

- Resultados a primera vista:
 - En Lilacs, se encontraron 38 artículos, sólo el 13,1% estaban relacionados con terapias alternativas; 63,6% fueron excluidos, y 23,3% referenciaban tratamientos farmacológicos.
 - En Cochrane, se encontraron 172 artículos. El 40,9% trataban sobre tratamientos farmacológicos, el 55,6% fueron excluidos, y sólo el 3,5% hablaban sobre alguna terapia alternativa.
 - En Scielo, se hallaron 257 artículos. El 96,9% estaban formados por artículos farmacológicos o fueron excluidos. Menos del 4% mencionaba alguna terapia alternativa que se podía tener en cuenta para el tratamiento del dolor crónico.
- Terapias alternativas referenciadas:
 - Mente y cuerpo: meditación, yoga, hipnosis.
 - Con base biológica: dieta especial, bebidas herbales.
 - Con manipulación del cuerpo: masajes, quiropráctica entre otras.
 - Manejo de energía: reiki, acupuntura.
- En qué consisten estas terapias:
 - Meditación: Consiste en separar la parte física de la parte mental del cuerpo, ya que si se retira la parte mental, el dolor se hace más llevadero.
 - Quiropráctica: se trata del diagnóstico y tratamiento de los problemas musculoesqueléticos del organismo, y con ello, mejorar el estado de salud del individuo, ya que considera que los problemas de esta índole afectan al estado general de salud a través del sistema nervioso.
 - Dieta especial: Mediante cambios en la dieta, esta terapia trata de controlar el dolor. Para ello, restringe todo alimento que no ayuda al dolor como los azúcares refinados o la grasa; mientras que se promueve la mayor ingesta de alimentos considerados analgésicos, como los minerales o los ricos en omega3.
 - Reiki: a través de la manipulación de la energía, se intenta corregir el desequilibrio propio del ser que ha derivado en la enfermedad que genera el dolor.

Conclusiones:

Las terapias alternativas no tienen como único propósito aliviar el síntoma, sino valorar e intervenir en el estado de salud con un enfoque integral. Si bien no existe suficiente evidencia científica que sustente el uso de estas terapias (y menos si lo comparamos con la evidencia en tratamientos farmacológicos), su frecuente aplicación entre los pacientes y el beneficio que ofrecen para ellos, hace que cobre más importancia el desarrollo de nuevos proyectos de investigación que permitan incluir estas terapias como herramienta dentro de las intervenciones que la enfermera podría llevar a cabo en el manejo del dolor crónico.

Bibliografía:

1. Pérez Sánchez, T. Análisis del tratamiento del Dolor Crítico en Europa. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2006, vol.13, n.1, pp. 124-124.
2. Cortinas-Saenz, M. et al. Crisis económica española y salud: impacto clínico en el dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2015, vol.22, n.2, pp. 51-58.
3. Martínez Sánchez, L.M. et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2014, vol.21, n.6, pp. 338-344.
4. Cobos Romana, R. Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2013, vol.20, n.5, pp. 263-277.

Capítulo CLXXXV

Test de los 6 minutos; ¿se debe realizar la segunda prueba?

Autores:

Cristina Belmonte Quintanilla

Aurora Carranza Román

María Gómez Sánchez

Marta Martínez Cantó

Rubén Martínez Parrilla

TEST DE LOS 6 MINUTOS, ¿SE DEBE REALIZAR LA SEGUNDA PRUEBA?

Introducción

El test de la marcha de 6 minutos es una prueba funcional cardiopulmonar consistente en medir la distancia máxima que puede recorrer un sujeto durante 6 minutos. Se utiliza ampliamente para conocer la evolución y calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiopulmonares, ya que se considera una prueba fácil de realizar, bien tolerada, y que refleja muy bien las actividades de la vida diaria.

Objetivos

La SEPAR recomienda realizar dos pruebas del test de la marcha consecutivas, separadas de 15 minutos de descanso, por el efecto aprendizaje. Hemos realizado un estudio para ver si existe justificación para realizar las dos pruebas.

Metodología

Hemos realizado un estudio retrospectivo a 53 pacientes en una consulta de neumología, valorando las siguientes variables: edad, sexo, IMC, diagnóstico, si la prueba no finalizó y la causa. En las que finalizaron valoramos: distancia recorrida, saturación inicial y final, frecuencia cardíaca inicial y final en ambas pruebas y la diferencia de recorrido entre ambas pruebas. Hicimos un análisis descriptivo de las variables y una t Student para datos independientes para valorar diferencias entre sexos en edad, IMC, distancia, saturación inicial y final y frecuencia cardíaca. Y una t student para valorar diferencias en distancia, saturación y frecuencia cardíaca entre las dos pruebas.



Resultados

Número de pacientes del estudio: n=53, de los cuales 29 fueron hombres y 24 mujeres. En 13 de ellos no se completó el estudio por: dolor torácico (4), desaturación (7), dolor de piernas (1) y no se hizo la segunda prueba (1). El 24,7% diagnosticados de EPOC y el 22,6% disnea. De las 40 pruebas válidas la media 8,7 m (17,9), mediana 10, un mínimo de -40 y un máximo de 45.

Tabla 1. Motivo fin.

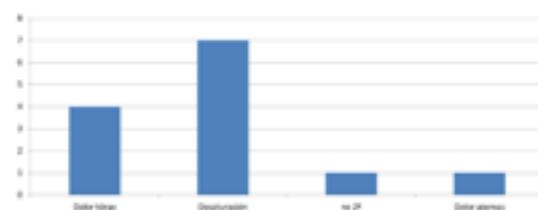


Tabla 2. Diferencias entre sexos.

IMC	p=0,32
EDAD	p=0,72
SATURACIÓN INICIAL	p=0,13
FC INICIAL	p=0,19
FC FINAL	p=0,99
DISTANCIA	p=0,61
SATURACIÓN FINAL	p=0,017
DESATURACIÓN	p=0,034

Tabla 3. Diferencias 1ª y 2ª prueba.

DISTANCIA	p=0,004
DESATURACIÓN	p=0,06
ALTERACIÓN FC	p=0,66

Conclusiones

1. No hay diferencia clínicamente significativa en ninguno de los casos válidos.
2. Hay diferencias estadísticas en los metros recorridos, a favor de la segunda prueba, y no hay diferencia en la saturación ni en la alteración del ritmo cardíaco.
3. Los hombres se desaturan más que las mujeres y andan los mismo metros.
4. La causa más frecuente para no completar la prueba es la desaturación intensa.

Bibliografía

1. Salamanca A. El año de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013.
2. Comité científico SEPAR, coordinador. Manual SEPAR de procedimientos. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar II. Barcelona: P Permanyer; 2004.

Resumen: Para una adecuada evaluación de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, se necesita valorar la capacidad de ejercicio. Este concepto ha favorecido el mayor uso del test de la marcha de 6 minutos como prueba de esfuerzo submáximo, debido a su simplicidad, seguridad y capacidad de predicción del pronóstico de los pacientes con enfermedad respiratoria. En la actualidad, el test ha pasado de ser una prueba de uso en estudios de investigación a su aplicación en la práctica clínica.

Palabras Clave: Test de la marcha de 6 minutos; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Enfermedades Respiratorias Crónicas.

Introducción:

El Test de la marcha de 6 minutos es una prueba funcional cardiorrespiratoria consistente en medir la distancia máxima que puede recorrer un sujeto durante 6 minutos. Se utiliza ampliamente para conocer la evolución y calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias, ya que se considera una prueba fácil de realizar, bien tolerada, y que refleja muy bien las actividades de la vida diaria.

Objetivos:

La SEPAR recomienda realizar dos pruebas del test de la marcha consecutivas, separadas de 15 minutos de descanso, por el efecto aprendizaje. Hemos realizado un estudio para ver si existe justificación para realizar las dos pruebas.

Metodología:

Hemos realizado un estudio retrospectivo a 53 pacientes en una consulta de neumología, valorando las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, si la prueba no finalizó y la causa. En las que finalizaron valoramos: distancia recorrida, saturación inicial y final, frecuencia cardiaca inicial y final en ambas pruebas y la diferencia de recorrido entre ambas pruebas. Hicimos un análisis descriptivo de las variables y una t Student para datos independientes para valorar diferencias entre sexos en edad, IMC, distancia, saturación inicial y final y frecuencia cardiaca. Y una t student para valorar diferencias en distancia, saturación y frecuencia cardiaca entre las dos pruebas.

Resultados:

Número de pacientes del estudio: n=53, de los cuales 29 fueron hombres y 24 mujeres. En 13 de ellos no se completó el estudio por: dolor torácico (4), desaturación (7), dolor de piernas (1) y no se hizo la segunda prueba (1). El 24,7% diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el 22,6% disnea. De las 40 pruebas válidas la media 8,7 m (17,9), mediana 10, un mínimo de -40 y un máximo de 45.

Conclusiones:

- No hay diferencia clínicamente significativa en ninguno de los casos válidos.
- Hay diferencias estadísticas en los metros recorridos, a favor de la segunda prueba, y no hay diferencia en la saturación ni en la alteración del ritmo cardiaco.
- Los hombres se desaturan más que las mujeres y andan los mismo metros.
- La causa más frecuente para no completar la prueba es la desaturación intensa.

Bibliografía:

1. Salamanca A. El aeio de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013.
2. Comité científico SEPAR, coordinador. Manual SEPAR de procedimientos. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar II. Barcelona: P Permanyer; 2004
3. Casanova C, Cote C, Marín JM, Pinto-Plata V, de Torres JP, Aguirre-Jaime A, Vassaux C, Celli BR. Distance and oxygen desaturation during the six-minute walk test as predictors of long-term mortality in patients with COPD. Chest 2008; 134: 746-752.

Capítulo CLXXXVI

Trastornos por déficit de atención

Autora:

Rosa Belén González García Minguillan

TRANSTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de los niños en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo. Muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad. Los síntomas principales son: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad

La Asociación Americana de Psiquiatría clasifica el TDAH en tres tipos:

- TDAH, tipo combinado: Se encuentran presentes los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad).
- TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: La conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad.
- TDAH, tipo con predominio del déficit de atención: Cuando el síntoma principal es la inatención.



OBJETIVOS

METODOLOGIA

- Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato Paciente/Intervención/Comparación/resultado
- Búsqueda bibliográfica en: Medline, Embase, Pascal Biomed, Cochrane Plus, DARE, HTA, Clinical Evidence, INAHTA, NHS, PsycINFO, EED, CINDOC

intervenciones



Se propone la aplicación del modelo de autocuidados de Dorothea Orem, el más utilizado por la enfermería de AP y con aplicabilidad para la enfermería en todas las revisiones del programa de atención al niño sano a partir de los 4 años, la enfermera hará una valoración para la obtención de los diagnósticos enfermeros susceptibles de iniciar el protocolo de actuación ante un niño con sospecha de TDAH y posteriormente realizará las intervenciones puntuales pertinentes (NIC) según los resultados previstos (NOC). Los diagnósticos se han agrupado por patrones funcionales de Marjory Gordon, pero también se indica su dominio y clase de referencia según taxonomía NANDA.

PATRÓN 1. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.		
DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD.		
CLASE 2. GESTIÓN DE LA SALUD		
DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Mantenimiento ineficaz de la salud (00099).	-Educación sanitaria.	-Detección del riesgo
Descuido personal (00193).	- Manejo y modificación de la conducta	-Autocuidados: baño e higiene. -Conducta de adhesión.
Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	- Aumentar el afrontamiento. - Fomentar la resistencia.	-Conocimiento: régimen terapéutico.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO		
DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO.		
CLASE 2. ACTIVIDAD/EJERCICIO		
DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Déficit de actividades recreativas (00097)	-Potenciación de la socialización	-Participación en actividades de ocio/juegos.

DOMINIO 13. CRECIMIENTO/DESARROLLO		
CLASE 2. DESARROLLO		
DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Riesgo de retraso en desarrollo (00112)	-Fomento del desarrollo: niño.	- Crecimiento.

PATRÓN 8. ROL-RELACIONES		
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN		
CLASE 3: VIOLENCIA		
DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Riesgo de violencia dirigida hacia otros (00138)	-Ayuda para el control del enfado. -Entrenamiento para controlar los impulsos. -Manejo ambiental: prevención de la violencia	-Autocontrol de los impulsos. -Autocontrol de la agresión

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO		
DOMINIO 5: AUTOPERCEPCIÓN		
DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Riesgo de soledad (00054).	Potenciación de la socialización	Implicación social.

CLASE 2: AUTOESTIMA		
DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	Potenciación de la autoestima.	Autoestima.

PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS		
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS		
CLASE 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO		
DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Afrontamiento inefectivo (00069)	- Aumentar el afrontamiento. - Establecer límites claros y constantes.	- Afrontamiento de problemas. - Autocontrol de los impulsos.

CONCLUSION

Realizar documentos de consenso de actuación sobre TDAH, más una intervención formativa, resulta efectiva para mejorar los registros de TDAH. Al no existir tratamiento curativo, el objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas, y facilitar estrategias para su control y, de ahí la importancia de la utilización del proceso enfermero.

Resumen: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuado a la edad de desarrollo. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en las principales bases de datos. Se propone la aplicación del modelo de autocuidados de Dorothea Orem en las revisiones del niño sano, elaborando unos planes de cuidados específicos. El objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilitar estrategias para su control, de ahí la importancia de la utilización del proceso enfermero.

Palabras Clave: Déficit de atención; Hiperactividad; Proceso Enfermero.

Introducción:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de los niños en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuado a la edad de desarrollo. Muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad. Los síntomas principales son: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. La Asociación Americana de Psiquiatría clasifica el TDAH en tres tipos:

- TDAH, tipo combinado: Se encuentran presentes los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad).
- TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: La conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad.
- TDAH, tipo con predominio del déficit de atención: Cuando el síntoma principal es la inatención.

Metodología:

Para documentar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en las siguientes bases de datos: Pubmed (Medline), Bireme, Lilacs, CUIDEN, Enfispo, CINAHL y Biblioteca Cochrane. Estableciendo como criterios de selección cualquier publicación, independientemente de si era un estudio de investigación o no y que englobara los siguientes descriptores: Enfermero y TDAH o Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y Atención Primaria (AP). El resultado es asombrosamente escaso, sobre todo para artículos en español, lo que sugiere la pertinencia de que la enfermería investigue más en este campo.

Intervenciones enfermeras:

Se propone la aplicación del modelo de autocuidados de Dorothea Orem, el más utilizado por la enfermería de AP y con aplicabilidad para la enfermería en todas las revisiones del programa de atención al niño sano a partir de los 4 años; la enfermera hará una valoración para la obtención de los diagnósticos enfermeros susceptibles de iniciar el protocolo de actuación ante un niño con sospecha de TDAH y posteriormente realizará las intervenciones puntuales pertinentes (NIC) según los resultados previstos (NOC).

Los diagnósticos se han agrupado por patrones funcionales de Marjory Gordon, pero también se indica su dominio y clase de referencia según taxonomía NANDA

- Patrón 1. Autopercepción-autoconcepto. Dominio 1. Promoción de la salud. Clase 2. Gestión de la salud: identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.
 - 1º. Dx.: Mantenimiento ineficaz de la salud (00099).
 - Criterios de resultados (NOC):
 - Detección del riesgo.
 - Nivel de autocuidado
 - Soporte social.
 - Intervenciones principales (NIC)
 - Identificación de riesgos.
 - Educación sanitaria.
 - 2º. Dx.: Descuido personal (00193).
 - Criterios de resultados (NOC): Autocuidados: baño e higiene.
 - Intervenciones principales (NIC): Manejo y modificación de la conducta.
 - 3º. Dx.: Gestión ineficaz de la propia salud (00078)
 - Afrontamiento de los problemas de la familia.
 - Conocimiento: régimen terapéutico.
 - Intervenciones principales (NIC):
 - Aumentar el afrontamiento
 - Apoyo en tomas de decisiones.
 - Fomentar la resistencia.
- Patrón 4. Actividad-ejercicio. Dominio 4. Actividad/reposo. Clase 2. Actividad/ejercicio:
 - Dx.: Déficit de actividades recreativas (00097). El paciente presenta una disminución de la participación o interés en actividades de ocio. Normalmente debido, al principio, a que sus iguales no le invitan a participar, después le evitan intencionalmente y por último el individuo deja de intentar integrarse .
 - Criterios de resultados (NOC):
 - Motivación
 - Participación en actividades de ocio/juegos.
 - Implicación social.
 - Intervenciones principales (NIC):
 - Potenciación de la socialización y terapia de entrenamiento y con juegos.
 - Apoyo a la familia.

- Dominio 13. Crecimiento/desarrollo. Clase 2. Desarrollo
 - Dx.: Riesgo de retraso en desarrollo (00112). A tener especialmente en cuenta en niños en los que se va a instaurar tratamiento farmacológico, por los posibles efectos secundarios descritos que podrían afectar al crecimiento estatura-ponderal.
 - Criterios de resultados (NOC): Crecimiento.
 - Intervenciones principales (NIC): Fomento del desarrollo: niño
- Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto. Dominio 6: autopercepción. Clase 1: autoconcepto: percepción sobre la totalidad del propio ser.
 - 2º Dx.: Riesgo de soledad (00054). Situación previa a experimentar malestar por la necesidad de aumentar o mejorar el contacto con los demás, tras un período de aislamiento provocado por el rechazo del entorno.
 - Criterios de resultados (NOC): Implicación social.
 - Intervenciones principales (NIC): Potenciación de la socialización. Suelen ser muy útiles los talleres de socialización, realizados en pequeños grupos .
- CLASE 2: AUTOESTIMA: Valoración de la propia valía, capacidad, trascendencia y éxito.
 - 1º Dx.: Riesgo de baja autoestima situacional (00153), 2º Dx.: Baja autoestima situacional (00120) y 3º Baja autoestima crónica (00119). Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación puntual. Cuando esa percepción se produce ante diversas circunstancias y se continúa en el tiempo.
 - Criterios de resultados (NOC): Autoestima
 - Intervenciones principales (NIC):
 - Potenciación de la autoestima.
 - Aumentar el afrontamiento.
 - Guía de anticipación. Enseñar a conocer los signos de alerta que indican que la situación empeora para poner medidas lo antes posible.
- Patrón 8. Rol-relaciones. Dominio 11: seguridad/protección. Clase 3: violencia. Empleo de la fuerza o poder excesivo de modo que provoque lesión o abuso.
 - Dx.: Riesgo de violencia dirigida hacia otros. Riesgo de conductas en las que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.
 - Criterios de resultados (NOC):
 - Autocontrol de los impulsos.
 - Autocontrol de la agresión.
 - Intervenciones principales (NIC) a realizar tanto en consulta como en casa por la familia y en el colegio por los profesores:

- Ayuda para el control del enfado.
 - Entrenamiento para controlar los impulsos.
 - Manejo ambiental: prevención de la violencia.
- Patrón 10. Tolerancia al estrés. Dominio 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés. Clase 2. Respuestas de afrontamiento: Proceso de gestionar el estrés del entorno.
- 1º. Dx.: Afrontamiento inefectivo (00069). Incapacidad de elegir una acción adecuada sobre respuestas ya practicadas o para utilizar adecuadamente los recursos disponibles. Se evidencia por cambios en los patrones de comunicación habituales, conducta destructiva hacia los otros o hacia sí mismo, dificultad para organizar la información, mala concentración o solución inadecuada a los problemas.
 - Criterios de resultados (NOC):
 - Afrontamiento de problemas.
 - Autocontrol de los impulsos.
 - Control del riesgo: consumo de alcohol y drogas.
 - Intervenciones principales (NIC):
 - Aumentar el afrontamiento.
 - Establecer límites claros y constantes, en casa y escuela
 - Prevención del consumo de sustancias nocivas.

Conclusión:

Realizar documentos de consenso de actuación sobre TDAH, más una intervención formativa, resulta efectiva para mejorar los registros de TDAH. Al no existir tratamiento curativo, el objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas, y facilitar estrategias para su control y de ahí la importancia de la utilización del proceso enfermero.

Bibliografía:

1. Raúl García Vallejo. mejora de la detección precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (tdah) tras la implantación de un documento de consenso sobre actuación asistencial. 2013.
2. Fernández Jaen A. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Aspectos históricos. En: Fernández Jaen A, Calleja Pérez B. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH. URL disponible en: <http://www.anshda.org/tdah2004.pdf>
3. Benito Moraga R. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/19809685/EvolucionTDAHvida>
4. Buñuel Álvarez JC. Diagnóstico del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. Rev Pediatr Aten Primaria.2006; 8 Supl 4:S25-37.
5. Soutullo Esperón C. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2004.

Capítulo CLXXXVII

Tratamiento multidisciplinar en fibromialgia

Autores:

María De Las Nieves Bautista Moreno

Laura María Lozano Muñoz

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN FIBROMIALGIA

ESCRIBA EN ESTE ESPACIO SUS AUTORES E INDIQUE A CONTINUACIÓN SUS CORRESPONDIENTES ORGANIZACIONES O PUESTOS DE TRABAJO

INTRODUCCION

Es un síndrome complejo en el que existe una alteración en la modulación del dolor a nivel del sistema nervioso, produciéndose un cuadro de dolor crónico musculoesquelético generalizado. Tiene un alto impacto en la calidad de vida y el estado de salud.

No existe cura para la enfermedad. El tratamiento es sintomático y requiere de múltiples profesionales del área física y psicológica.

Terapia farmacológica	Amiripilina, IRS, ciclobenzaprina, pregabalina, tramadol y AINEs.
Educación e información	Diagnóstico, síntomas, evolución, tratamiento, etc.
Fisioterapia	Ejercicio físico, estiramientos, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, cinesioterapia, masoterapia, higiene postural.
Terapia psicológica	Terapia cognitivo-conductual y terapia conductual operante.
Terapia ocupacional	Adaptación de actividades, planificación de actividades y descanso.

La presente revisión sistemática tiene como **OBJETIVO** analizar la eficacia de los tratamientos multidisciplinares en pacientes con fibromialgia

METODOLOGÍA

Bases de datos electrónicas: Medline, CINAHL, BRAIN y PubMed.

Palabras clave: fibromialgia, treatment, multidisciplinary, pharmacological, non pharmacological, multimodal, interdisciplinary.

Se evaluó la **calidad metodológica** de los estudios seleccionados mediante la **escala Jadad** (puntuación de 0 a 5).

Criterios de inclusión

- Tipo de estudios: ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA).
- Período de publicación: enero 2003- agosto 2013.
- Idioma: inglés y español.
- Población estudiada: humanos, adultos, diagnosticados de fibromialgia.
- Intervención: tratamiento multidisciplinar.
- Evaluación de: los efectos sobre el estado de salud y/o el estado físico y/o el estado psicológico y/o el estado social y/o el efecto sobre la situación y capacidad funcional del paciente (FIQ)

Todos aquellos que no cumplan estos criterios fueron **excluidos**, así como los ensayos que incluyen el estudio de cualquier otra enfermedad o trastorno.

RESULTADOS

Mediante la búsqueda en las diferentes bases de datos, se encontraron 481 estudios, tras una pre-selección se identificaron 26 estudios, de los cuales **se incluyeron definitivamente 7**.



La **calidad metodológica** de los estudios incluidos, según la escala Jadad fue **media**, todos alcanzaron una puntuación de 3, a excepción de uno que obtuvo 2.

Los estudios incluidos en la revisión presentan una **gran heterogeneidad** lo que dificulta su **categorización**, aunque podrían agruparse según las evaluaciones y el seguimiento, o según la intervención.

Autores	Participantes de áreas seleccionadas (N, sexo control)	Método de intervención	Resultados
Fernández et al.	N= 30 Interv: Q1 1176 Q2 1012	Duración 8 semanas. Intervención: Tratamiento médico + educación + fisioterapia. Control: Tratamiento médico + educación.	• Evaluaciones a inicio y al final y 1 mes de seguimiento. • Mejoras en el grupo intervención (transientes en el tiempo). • Vitalidad. • Función social. • Fases de agone. • Test de marcha 6 min.
Fernández et al.	N= 150 Interv: Q1 7058 Q2 7998	Intervención: 1 semana ingreso, 6 sesiones sesiones con un equipo multidisciplinar. Control: lista de espera.	• Mejor mejoría en grupo intervención. • Mejorías. • Comportamiento de los pacientes.
Ribeiro et al.	N= 20 mujeres Interv: Q1 11 Q2 12 No hubo pérdidas.	• Ambos grupos (Interv) por semana. Educación + Terapia cognitivo conductual + Ejercicio físico. Tratamiento estandarizado de la cartilla educativa 1ª en intervención y lista de espera en grupo control.	• Evaluaciones al inicio y final del tratamiento. • Mejoras no significativas en el grupo intervención. • Coste. • Mejoras en ambos grupos. • Capacidad física.
James et al.	N= 98 Interv: Q1 4340 Q2 4028 Q3 1638 Q4 4138	Duración 8 meses. Intervención: Fármaco + ejercicio. Control: Fármaco + dieta. Control: Placebo + ejercicio. Control: Placebo + dieta.	• Evaluaciones al inicio y final del tratamiento. • Mejoras por formación. • Fidej y salud. • Necesidad de analgésicos. • Mejoras por ejercicio. • Fisiología, fuerza y resistencia.
Costello et al.	N= 50 Interv: Q1 2451 Q2 2548	Dosificación, durante 8 semanas. Intervención: programa de autocontrol con ejercicios en piscina y educación. Control: Lista de espera.	• Evaluaciones al inicio y a los 6 meses de finalizar el tratamiento. • Mejoras en el grupo intervención. • En la calidad de vida. • Comorbidades funcionales de la fibromialgia. • Alto grado de satisfacción. • No hubo cambios sobre el dolor, sin embargo, el grupo control se empeoró.
Reimann et al.	N= 100 Interv: Q1 5132 Q2 5018	Duración: 10 semanas. Intervención: 219 sesiones ejercicio + educación. Control: 17 sesiones relajación.	• Evaluaciones al inicio, a los 4 meses, y a los 6 meses. • Mejoras en grupo intervención. • Disminución forma de autoapreciación y vitalidad al doctor. • Función física. • Control dolor y otros síntomas. • Adherencia al ejercicio.
Lore et al.	N= 60 mujeres Interv: Q1 4130 Q2 4028	Duración: 13 semanas. Intervención: Tratamiento multidisciplinar (Médico y farmacológico, educación y ejercicio físico). • Terapia cognitiva conductual. Control: Tratamiento multidisciplinar.	• Evaluaciones al inicio y fin del tratamiento y 6 meses después. • Mejoras en ambos grupos, sin incremento por la terapia cognitiva conductual. • Grupo intervención. • Reducción entre la fatiga y el dolor y una mejor respuesta ante la terapia cognitiva conductual.

CONCLUSIONES

De estos resultados se puede decir que hay ciertos **programas con especial relevancia**:
 • Programas con base en los autocuidados y autocontrol de los síntomas.
 • Programas comunitarios.
 • Programas que incluyen ejercicio físico sobretodo hidroterapia.
 • Posibilidad de un acompañante.
 • Grupos más homogéneos.

La **heterogeneidad** de los estudios no permite establecer un modelo de tratamiento que resulte más beneficioso. Sin embargo se puede decir que:

Los **profesionales con más peso en el tratamiento** son médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Las **terapias presentes en la mayoría de los estudios**:

Ejercicio físico → mejoría sobre la función física, y romper el círculo dolor-inactividad.

Farmacológica → dudosa eficacia a largo plazo.

Educación y terapia cognitivo conductual → cambios en la conducta y aprovechamiento de energía.

La **atención** de un profesional y del grupo de pacientes → **incrementa el apoyo social y la satisfacción del tratamiento**.

Esta revisión presenta varias **limitaciones**: tamaño muestral pequeño, escaso porcentaje de hombres presente en los estudios mixtos, instrumentos de medidas clásicos y seguimiento inexistente en muchos casos.

Debido a las limitaciones encontradas son necesarias **futuras líneas de investigación** enfocadas a:

- La combinación de terapias más óptima, con una duración más larga y la existencia de seguimiento.
- Medidas de evaluación más sensibles a este tipo de tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

Casasnovas-Fernández B, Llorca J, Rubio JB, Rodero-Fernández B, González-Gay MA. Efficacy of a multidisciplinary treatment program in patients with severe fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2012; 32: 2497-2502.
 Harnnes B, Moerkdal P, Kjaer I, Hagen K. Effects of a one week multidisciplinary inpatient self-management programme for patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2012; 13: 189-193.
 Jones KD, Burchard CS, Deodhar AA, Perrin NA, Hanson GC, Bennett RM. A six-month randomized controlled trial of exercise and zylketimine in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2008; 50(2): 612-22.

Resumen: El propósito de esta revisión sistemática es analizar la eficacia de los tratamientos multidisciplinares en pacientes con fibromialgia, para ello se realizó una búsqueda en 4 bases de datos electrónicas, incluyendo definitivamente 7 artículos. En todos los estudios se observa una mejoría en el grupo intervención, sin embargo la heterogeneidad de los mismos no permite establecer un modelo de tratamiento que resulte más beneficioso. Los profesionales con mayor peso en el tratamiento son médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales; y las terapias más utilizadas son el ejercicio físico moderado, la terapia farmacológica, la educación y la terapia cognitiva.

Palabras Clave: Fibromialgia; Tratamiento; Terapia Combinada.

Introducción:

La fibromialgia es un síndrome complejo en el que existe una alteración en la modulación del dolor a nivel del sistema nervioso, produciéndose un cuadro de dolor crónico musculoesquelético generalizado, esto sumado a otros síntomas tiene un alto impacto en la calidad de vida y el estado de salud de la persona.

Esta enfermedad no tiene cura. El tratamiento es sintomático y requiere de múltiples profesionales del área física y psicológica. Los abordajes terapéuticos que se muestran como mejores alternativas son la farmacología, el ejercicio físico, la educación y las terapias psicológicas.

Objetivo:

Analizar la eficacia de los tratamientos multidisciplinares en pacientes con fibromialgia, mediante una revisión sistemática de la literatura científica.

Metodología:

La búsqueda de la presente revisión sistemática se llevó a cabo en las siguientes bases de datos electrónicas: Medline (EBSCO), CINAHL, metabuscador BRAIN URJC y PubMed. Los términos de búsqueda que se utilizaron combinándose entre sí fueron, fibromyalgia, treatment, multidisciplinary, pharmacological, non pharmacological, multimodal, interdisciplinary. Se seleccionaron estudios con los siguientes criterios de inclusión:

- Tipo de estudios: ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA).
- Período de publicación: enero 2003- agosto 2013.
- Idioma: inglés y español.
- Población estudiada: humanos, adultos, diagnosticados de fibromialgia.
- Intervención: tratamiento multidisciplinar.
- Evaluación de: los efectos sobre el estado de salud y/o el estado físico y/o el estado psicológico y/o el estado social y/o el efecto sobre la situación y capacidad funcional del paciente (FIQ).

Todos aquellos que no cumplían estos criterios fueron excluidos, así como los ensayos que incluían el estudio de cualquier otra enfermedad o desorden. Se evaluó la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante la escala Jadad (puntuación de 0 a 5).

Resultados:

Mediante la búsqueda en las diferentes bases de datos (Medline, CINAHL, BRAIN URJC y PubMed) se encontraron 481 estudios, tras una pre-selección se identificaron 26, de los cuales se incluyeron definitivamente 7. La calidad metodológica de los estudios incluidos, según la escala Jadad fue media, todos alcanzaron una puntuación de 3, a excepción de uno que obtuvo 2.

Los estudios incluidos en la revisión presentan una gran heterogeneidad lo que dificulta su categorización, aunque podrían agruparse según la intervención y según las evaluaciones y el seguimiento.

Discusión:

Estos fueron los artículos incluidos:

- Casanueva-Fernández et al. evalúa la eficacia de un programa multidisciplinar en fibromialgia severa. Ambos grupos recibían tratamiento médico y educación y el grupo intervención además recibió fisioterapia. El grupo intervención obtuvo mejoras (en la vitalidad, función social y fuerza de agarre). Los cambios se mantuvieron en el tiempo.
- El estudio de Hamnes et al. basa su intervención en un programa multidisciplinario de autocuidado con un enfoque cognitivo conductual. Tan solo hubo una ligera mejoría con respecto al grupo control en las habilidades y comportamientos de los pacientes.
- Riberto et al. estudia los beneficios de un tratamiento multidisciplinar combinado con corrientes transcraneales para estimular la corteza motora primaria. Ambos grupos mejoraron en la capacidad física y el humor, y en el grupo intervención se observó una ligera mejoría sobre el dolor.
- Jones et al. evalúa la eficacia de un programa que combina un fármaco con ejercicio físico, para ellos se crean 4 grupos, los que cumplieron con el régimen del fármaco mejoraron en los problemas de sueño y fatiga y sus niveles de ansiedad disminuyeron, y los que cumplieron con el régimen de ejercicio mostraron mejorías sobre la función física.
- Cedraschi et al. evaluó la eficacia de un programa de autocuidado con ejercicios en piscina y educación. Se logró un alto grado de satisfacción y mejoras significativas en la calidad de vida y en las consecuencias funcionales de la fibromialgia, en comparación con el grupo control.
- Hammond et al. evaluó los efectos de un programa comunitario de educación y ejercicio con un enfoque cognitivo conductual. Los resultados obtenidos a corto plazo fueron satisfactorios, sin embargo, estos niveles no se mantuvieron.
- Por último el estudio Lera et al. valora la eficacia de la terapia cognitiva en los tratamientos multidisciplinarios. Para ello compara dos grupos con el mismo tratamiento, añadiendo en el grupo de intervención dicha terapia. Se observaron mejoras en ambos grupos, pero la adición de terapia cognitiva no incrementó este efecto. Aunque sí que se encontró una relación entre la fatiga y el número de puntos dolorosos y una mejor respuesta con la terapia cognitiva.

Tras analizar los estudios anteriores, se puede hablar de programas con especial relevancia.

- Programas con base en los autocuidados y autocontrol de los síntomas (dotan al individuo de la capacidad de controlar sus síntomas y le dan responsabilidad sobre su enfermedad).
- Programas comunitarios, porque son más accesibles y utilizan recursos de bajo coste.
- Todos aquellos que incluyen ejercicio físico, en especial hidroterapia.
- Aquellos que dan la posibilidad de llevar a un acompañante.
- Aquellos que crean grupos de pacientes más homogéneos.

Por otro lado en los programas deberían revisarse:

- La longitud de los tratamientos para que sea la adecuada para asimilar los cambios y conocimientos adquiridos, y el contenido, de manera que este adecuado a las necesidades y el rendimiento de los pacientes.
- Hay que tener en cuenta las expectativas y satisfacción ya que pueden influir en los resultados clínicos independientemente del tratamiento en sí.
- Y también revisar las altas tasas de abandono y la poca adherencia que manifiesta esta enfermedad.

Conclusiones:

La heterogeneidad de los estudios seleccionados no permite establecer un modelo de tratamiento que resulte más beneficioso, ya que cada uno contempla diferentes disciplinas, profesionales, duración y técnicas.

Los profesionales con mayor peso en el tratamiento son médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Las terapias presentes en la mayoría de los estudios son el ejercicio físico moderado, que infunde una clara mejoría sobre la función física, además de romper el círculo vicioso dolor-inactividad; la terapia farmacológica con una cuestionable eficacia a largo plazo; la educación y la terapia cognitivo conductual, que logra cambios en la conducta de la persona. Así mismo, el hecho de recibir la atención de un profesional y del grupo de pacientes, aumenta la percepción de apoyo social y la satisfacción generada por el tratamiento.

Esta revisión presenta varias limitaciones:

- Tamaño muestral pequeño
- Escaso porcentaje de hombres presente en los estudios mixtos
- Instrumentos de medidas clásicos
- Seguimiento inexistente en muchos casos

Debido a las limitaciones encontradas es necesario seguir investigando acerca de la combinación de terapias más óptima, focalizada en disminuir el impacto de los síntomas y aumentar la calidad de vida de los pacientes, así como sobre nuevas medidas de evaluación, de forma que sean más sensibles para este tipo de tratamientos.

Bibliografía:

1. Casanueva-Fernández B, Llorca J, Rubió JB, Rodero-Fernández B, González-Gay MA. Efficacy of a multidisciplinary treatment program in patients with severe fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2012; 32: 2497-2502.
2. Hamnes B, Mowinckel P, Kjekshus I, Hagen K. Effects of a one week multidisciplinary inpatient self-management programme for patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2012; 13: 189-189.
3. Jones KD, Burckhardt CS, Deodhar AA, Perrin NA, Hanson GC, Bennett RM. A six-month randomized controlled trial of exercise and pyridostigmine in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2008; 58(2): 612-22.
4. Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E, Baumgartner E, Cohen P, Finckh A, et al. Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 290-6.
5. Lera S, Gelman SM, López MJ, Abenoza M, Zorrilla JG, Castro-Fornieles J, et al. Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *J Psychosom Res* 2009; 67: 433-41.

Capítulo CLXXXVIII

UPP en la UCI neonatal, un reto para enfermería

Autores:

Verónica Espinosa Velasco

Trinidad Hervás Martín

Tamara Ortega Muñoz

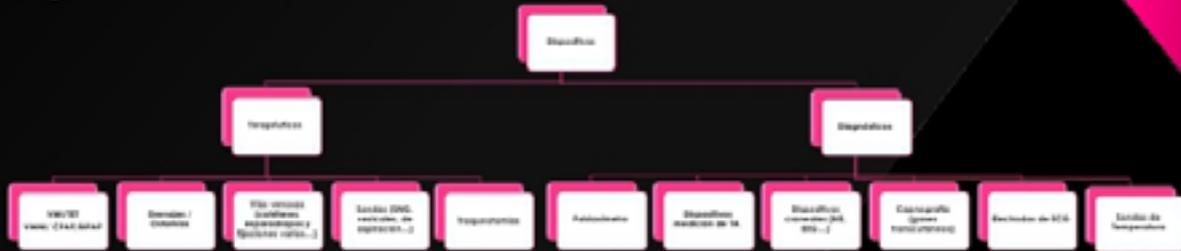
UPP EN LA UCI NEONATAL, UN RETO PARA ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Las UPP (Úlceras por presión) en las UCIN comprometen seriamente el estado clínico y la seguridad de estos pacientes con características fisiopatológicas tan especiales, lo que implica una merma importante y/o empeoramiento del estado de salud general. Este hecho conlleva un reto en la labor de enfermería que ha de realizar un minucioso trabajo observacional y de cuidados para conseguir una disminución de comorbilidad y secuelas posteriores, como consiguiente estas beneficios añadidos serán la satisfacción personal por prestar cuidados de calidad y logros en gestión por conseguir la excelencia.

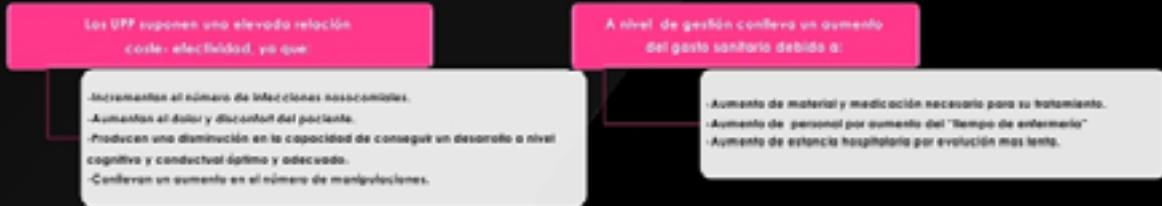
OBJETIVOS

El objetivo prioritario es la prevención y detección precoz con el fin de disminuir su incidencia y/o prevalencia en las UCIN, es por ello que este objetivo sea el pilar fundamental en el manejo y cuidado de estos pacientes. Otro de los objetivos fundamentales es la investigación para conseguir a través de nuevas materiales y dispositivos tecnológicos unas medidas de prevención excepcionales y unos tratamientos más eficaces al llegar a aparecer la UPP. Se establecerá una estrecha vigilancia en zonas: dorsal, distales, prominencias óseas, así como las de inserción de dispositivos varios, dentro de los cuales se distinguen:



METODOLOGÍA

Actualmente, con los avances tecnológicos como respiradores, ECMO, dispositivos terapéuticos, sensores, etc... existe correlativamente un aumento considerable de la incidencia de UPP en este tipo de pacientes de características físicas y fisiopatológicas tan especiales. Dentro de la prevención, según el plan estratégico de Gestión de seguridad del paciente 2009-2013, existen escalas de valoración de riesgo de UPP, distintas a las de adulto, que consideran criterios diferentes a tener en cuenta. Algunas de éstas son Pathold Scale, Starkid Scale, Pediatric Pressure Scale Risk Assessment, Neonatal Skin Condition Scale (NSCS), neonatal Skin Risk Assessment scale (NSARS), Braden Q Scale...



INTERVENCIONES

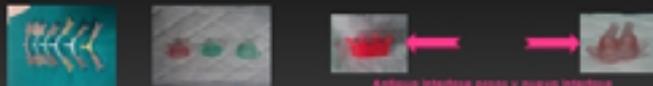
Hoy, la tecnología se pone al servicio de las necesidades actuales de tal manera que ya existe una aplicación para teléfonos móviles para ayudar al tratamiento de las UPP, fundamenta en guías redactadas por el grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en UPP y heridas crónicas, ya que todas las protocolos se basan en ellas. A través de una serie de cuestiones sobre el estado y características de la UPP nos orientara de técnicas y tratamientos más adecuados. Actualmente disponemos de:

- Nuevas interfaces de CPAP/BiPAP más ergonómicas y de material más flexible e hipoalérgico.
- Protección catéteres (T² piel) e apósitos de almohadilla, absorbida.
- Nuevas fijaciones para TET, que reducen a los antiguos esparadragos fáciles, y movilización de puntos de apoyo de sondas, catéteres, sensores, cables, etc...
- Nuevas prótesis en forma de film para sondas y electrodos.
- Cams para CPAP más anatómicas y adaptables al contorno de los EN.
- Altoparlantes circulares que aceleran el proceso o la voz que habitan la herida y ciertos gases hiperoxigenados.
- Algodones, gases, y vendajes que protegen de catéteres, líneas, sistemas, etc...
- Cambios frecuentes de pañal, vigilando que los zonas más frágiles y propensas a excoriarse como: inguinal, perianal, etc...
- Control de humedad (bien sea de incubadoras, sillas, envoltorios, fajas, sillas, fajas soro...) y uso de cremas barrera al agua necesario.
- Cambio postural/canguro y uso de colchones antiescaras y protectores de gel para hacer apoyo más confortable y evitar puntos de presión.
- Vigilancia de lesiones de riesgo como el estado nutricional, humedad, nivel de sedación/relajación, maduración neonatal (Escala Dubowit), existencia de edemas, bajo peso, hiperparatiroidismo fetal...

Algunos ejemplos de UPP más comunes en las UCIN son los siguientes:



Algunos de los sencillos dispositivos que han logrado disminuir la incidencia de UPP (véase la diferencia de las antiguas interfaces en comparación con las nuevas, mucho más ergonómicas y adaptables):



Actualmente la universidad de California está investigando sobre un parche que detecta el inicio de la UPP. Se trata de un apósito inteligente que detecta la existencia de daño tisular antes que el ojo humano. Es una fina lamina flexible sobre la que se ha impreso una serie de electrodos que mediante la transmisión de pequeños corrientes eléctricas genera un mapa espacial del tejido sobre el que se coloca el apósito. El flujo de corriente a diferentes frecuencias informa de cualquier cambio celular del tejido subyacente, es lo denominada técnica de impedancia espectroscópica.

CONCLUSIONES

Los avances en investigación y tecnología a pesar de las restricciones y dificultades económicas y materiales, van encaminados a mejorar notablemente la calidad de vida de los pacientes más críticos. Mientras aguardamos los esperados avances es fundamental que se concencie y se continúe con las medidas de prevención y tratamiento oportunos para disminuir la comorbilidad y conseguir una calidad suprema de cuidados asistenciales y de gestión.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de práctica clínica: Úlceras por presión. Área de Gestión de la Calidad en Infecciones Nosocomiales, Área de Cuidados. ISSN 1695-3411 (PAC 1)

Prevalencia y tratamiento de úlceras y escaras. Ed. Wolters, José Félix Martínez López. ISBN 978 84 92576 30 8.

Resumen: La aparición de úlceras cutáneas en los cuidados intensivos neonatales, comprometen seriamente el estado clínico y la seguridad del paciente. Existen unos factores de riesgo a valorar exhaustivamente para su prevención, ya que su aparición implica un aumento de comorbilidad y elevado coste- efectividad en gestión sanitaria. Existen dispositivos para disminuir su incidencia y medidas de intervención para tratarlas, aunque el estado nutricional y de salud en general conformará un pilar básico en su desarrollo. Mientras la investigación avanza, enfermería aplica sus conocimientos, experiencia y uso de los más novedosos avances a fin de disminuir su incidencia al mínimo.

Palabras Clave: Prevención; Infecciones Nosocomiales; Estado Nutricional.

Introducción:

Las UPP (Úlceras por presión) cutáneas se desarrollan como producto de las complicaciones derivadas de los pacientes críticos, sobretodo de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales). Factores como el estado nutricional, el grado de prematuridad o las infecciones nosocomiales llevan implícito o aceleran los procesos de aparición de las mismas, lo que implica un serio compromiso del estado clínico y la seguridad del paciente.

Objetivos:

El objetivo prioritario en la lucha contra las UPP es la prevención y detección precoz a fin de disminuir su incidencia y/o prevalencia en las UCIN, ya que la fragilidad de estos pacientes hace que éste, sea el pilar fundamental en su manejo y cuidado. Existen escalas de valoración de riesgo de UPP distintas a las del adulto, ya que se puntúan criterios diferentes a tener en cuenta para valorar el riesgo de aparición de las mismas.

Es primordial establecer una estrecha vigilancia en zonas dorsales, distales, prominencias óseas y de inserción de dispositivos, entre los que destacamos:

- Dispositivos terapéuticos: como es el caso de ventilación mecánica invasiva (a través de tubo endotraqueal) o no invasiva (a través de CPAP/ BIPAP), drenajes, ostomías, catéteres, fijaciones de vías venosas o arteriales, sondajes, traqueotomías, etc.
- Dispositivos diagnósticos: pulsioxímetros, manguitos de medición de tensión arterial, dispositivos craneales tipo BIS, EEG..., capnografía trascutánea, electrodos de monitorización de electrocardiograma, sondas de medición continua de temperatura, etc.

Otro de los objetivos fundamentales en el campo de las UPP es la investigación con la finalidad de conseguir a través de nuevos materiales, tratamientos tópicos más efectivos y mejora de los dispositivos tecnológicos ya existentes, que se evite la aparición en la medida de lo posible.

Metodología:

Se ha podido comprobar durante los últimos años que los avances tecnológicos como respiradores, ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea), sensores, etc... han sido muy beneficiosos para salvar muchas vidas en los neonatos; pero en consecuencia, existe un aumento correlativo considerable de la incidencia de UPP en estos pacientes de características físicas y fisiopatológicas tan especiales.

Es competencia de enfermería, ya que el personal está perfectamente capacitado, el mantener una vigilancia estrecha del estado nutricional, el nivel de maduración del neonato, el peso del mismo, la consistencia de la piel, la existencia de edemas, grado de humedad/ calor de incubadoras y cunas térmicas, nivel de sedación/ relajación, perfusión tisular adecuada, así como la vitalidad y otras características que estén relacionadas con la aparición de estos procesos con el fin de llevar a cabo un buen manejo de las UPP.

Las UPP suponen una elevada relación coste – efectividad en cuanto a gasto sanitario ya que:

- Producen un incremento en el número de infecciones nosocomiales, con el consiguiente gasto sanitario en medicación, material de curas y días de estancia hospitalaria.
- Provocan un aumento del disconfort y dolor del paciente, que hace que la demanda de tiempo de enfermería aumente considerablemente y se emplee mayor cantidad de medicación hasta acomodar al paciente.
- Disminuye la capacidad de desarrollo adecuado a nivel cognitivo y conductual por el aumento de manipulaciones y técnicas dolorosas cuya base científica se fundamenta en el NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)¹, lo que implica seguimiento posterior de estos pacientes en centros de atención temprana.

¹ NIDCAP es un programa de cuidados individualizados al recién nacido basado en cuidados del desarrollo. www.nidcap.org.

Una vez cruzado el umbral de la prevención, cuando las UPP ya se ha instaurado, se llevarán a cabo las medidas pertinentes para evitar la progresión del daño tisular a través, por ejemplo, del uso de ácidos grasos hiperoxigenados, movilización de los puntos de apoyo tanto corporales sobre la superficie de descanso, como los de sensores, sondas y electrodos...; uso de colchones antiescaras y protectores a base de gel para apoyo más confortable, etc.

Las medidas de “atenuación” o curación más usadas en la actualidad son el uso de dispositivos más ergonómicos y adaptables a la superficie corporal de los prematuros y neonatos, material más flexible e hipoalergénico, apósitos coloides o de elevado almohadillado o absorción con o sin medicación impregnada, fijaciones menos agresivas que los antiguos esparadrapos, hidrogeles cicatrizantes altamente hidratantes, pañales más absorbentes para evitar la humedad y candidiasis en pliegues, cremas barrera que evitan humedad de exudados, y otras medidas como el uso de algodones, vendajes o gasas para evitar lesiones por roces.

Como medida postural, además de los cambios frecuentes, el método madre canguro cuando el estado del bebé lo permite, proporciona alivio de los puntos de presión habituales y proporciona al bebé confort y seguridad, que hace que los efectos secundarios de las heridas, como el dolor, no aumenten.

Hoy día, la tecnología se suma a la práctica enfermera y se pone al servicio de las necesidades actuales de salud, de tal manera que ya existe una aplicación para teléfonos móviles que sirve para ayudar a detectar el grado de lesión y seleccionar el tratamiento más adecuado de la misma. Se apoya y fundamenta en guías redactadas por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en UPP y Heridas Crónicas, ya que todos los protocolos incluidos en el programa se basan en ella.

A través de una serie de cuestiones sobre el estado y características de la UPP, nos orientará de las técnicas actuales y tratamientos más adecuados.

En la actualidad, la universidad de California en EEUU, está investigando sobre el uso de un parche que adherido a las superficies propensas a excoriarse, detecta el inicio de las UPP. Es un apóposito inteligente que detecta la aparición de daño tisular antes que el ojo humano. Consiste en una lámina flexible con una serie de electrodos impresos que mediante pequeñísimas descargas eléctricas genera un mapa espacial. El flujo de corriente a diferentes frecuencias informa de los cambios a nivel celular del tejido subyacente, es la denominada técnica de impedancia espectroscópica.

Conclusiones:

Los avances en investigación y tecnología a pesar de las restricciones y dificultades políticas, económicas y materiales, van encaminadas a mejorar notablemente la calidad de vida de los pacientes más críticos. Mientras aguardamos los resultados de las investigaciones sobre el campo es fundamental que se continúen con las medidas de vigilancia, prevención y tratamiento oportunos para disminuir la comorbilidad y conseguir una calidad asistencial y de gestión al más alto nivel.

Bibliografía:

1. José Félix Martínez López. Prevención y tratamiento de úlceras y escaras. Málaga. Editorial Vértice; 2008.
2. Francisco Ruza Tarrio. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. 3ª ED. Vol. 1. Madrid. Capitel ediciones. Ediciones Norma; 2003.
3. Javier Cabo Salvador. Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias. Madrid. Ediciones Díaz de Santos; 2014.
4. Rosa Gisbert. Una aplicación de móvil para ayudar a tratar úlceras por presión. MS. Año 23. Núm. 384. Septiembre 2015;15:5.

Capítulo CLXXXIX

Uso de apósito de hidrocélular multicapa adhesivo en úlcera por presión

Autores:

Nicanor Arias Jiménez

Víctor Manuel Arias López-Peláez

USO DE APÓSITO DE HIDROCELULAR MULTICAPA ADHESIVO EN ÚLCERA POR PRESIÓN

INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras, 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

Mujer de 76 años y 44 kg de peso, encamada desde hace 6 años, en posición fetal, que presenta incontinencia urinaria, fecal y dieta hiperproteica enteral por sonda nasogástrica. Tres ingresos hospitalarios, presenta (imagen 1), úlcera por presión localizada en trocánter derecho en fase detensiva-contracción con exposición de zona ósea en superficie. Dispone de medios necesarios para el alivio de la presión.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
0006: Riesgo de infección. R.C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1183. Curación de la herida por primera intención. 1183. Curación de la herida por segunda intención.	3668. Cuidados de las heridas. 6549. Control de infecciones.	366906. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366914. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 654913. Poner en práctica precauciones universales. 654924. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
0024: Perforación tisular inefectiva. R.C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial; consecuencias.	0401. Estado circulatorio. 0407. Perforación tisular periférica. 1181. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3596. Vigilancia de la piel. 4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 4078. Precauciones circulatorias.	359906. Observar si hay infecciones, especialmente en la zona edematosa. 359913. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura). 406613. Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguillo debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). 407904. Abstenerse de aplicar presión o realizar tosiques en la extremidad afectada. 407905. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
0044: Deterioro de la integridad tisular. R.C 00074. Problemas circulatorios; consecuencias.	1183. Curación de las heridas por segunda intención.	3668. Cuidados de las heridas. 4078. Precauciones circulatorias.	366916. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366917. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. 407906. Evitar lesiones en la zona afectada. 407907. Evitar infecciones en heridas.
0046: Deterioro de la integridad cutánea. R.C 00074. Problemas circulatorios; consecuencias.	1183. Curación de las heridas por segunda intención.	3668. Cuidados de las heridas. 4078. Precauciones circulatorias.	366925. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. 366928. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 407908. Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. 407910. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
0032: Dolor agudo. R.C 00075. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	0848. Cambio de posición. 1406. Manejo del dolor. 2208. Administración de analgésicos. 6482. Manejo ambiental: confort.	084817. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 084826. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 140619. Enseñar los principios de control del dolor. 140621. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 221901. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 221921. 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 (caña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Se inicia tratamiento con colagenasa más apósito hidrocélular de espuma de poliuretano c/24h. Hasta desbridamiento completo del lecho ulceral. (Imagen 1 y 2), se continua el tratamiento con apósito hidrocélular de espuma de poliuretano c/48 h. observando una rápida y favorable evolución hasta la curación en 188 días.



Imagen 1: 17/07/14. Inicio de cura con colagenasa más apósito de hidrocélular de espuma de poliuretano.



Imagen 2: 22/09/14. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 3: 09/12/14. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 4: 27/01/15. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 5: 20/02/15. Curación completa hasta conseguir epitelización.

CONCLUSIONES

El uso de apósitos hidrocélulares multicapa adhesivo, mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida, protegiéndola de una infección secundaria, traumatismos y gérmenes. Facilita los cambios sin trauma, ayudando a acelerar su proceso de cicatrización, al no permitir que la herida se seque y favoreciendo la migración celular.

Resumen: El trabajo refleja un caso clínico de mujer de 76 años y 44 kg de peso, encamada desde hace 6 años, en posición fetal, con incontinencia urinaria y fecal. Tras ingresos hospitalarios, presenta úlcera por presión localizada en trocánter derecho en fase detersiva-contracción con exposición de zona ósea en superficie. Dispone de medios necesarios para el alivio de la presión. 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 hidrocélular multicapa adhesivo consiguiéndose buena evolución de la herida hasta la curación total.

Palabras Clave: Úlcera por Presión; Apósito de Hidrocélular Multicapa Adhesivo; Plan de Cuidados de Enfermería.

Introducción:

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras, 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:

Mujer de 76 años y 44 kg de peso, encamada desde hace 6 años, en posición fetal, que presenta incontinencia urinaria, fecal y dieta hiperproteica enteral por sonda nasogástrica. Tras ingresos hospitalarios presenta úlcera por presión localizada en trocánter derecho en fase detersiva-contracción con exposición de zona ósea en superficie. Dispone de medios necesarios para el alivio de la presión.

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 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 inicia tratamiento con colagenasa más apósito hidrocélular multicapa adhesivo c/24h. hasta desbridamiento completo del lecho ulceral. Se continúa el tratamiento con apósito hidrocélular multicapa adhesivo c/48 h., observando una rápida y favorable evolución hasta la curación en 188 días.

Conclusiones:

El uso de apósitos hidrocélulares multicapa adhesivo, mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida, protegiéndola de una infección secundaria, traumatismos y gérmenes. Facilita los cambios sin trauma, ayudando a acelerar su proceso de cicatrización, al no permitir que la herida se seque y favoreciendo la migración celular.

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 CXC

Uso de clorhexidina o povidona yodada en la asepsia del campo quirúrgico. Revisión bibliográfica actual

Autores:

Félix José Rodríguez González

Jaime Vellido Garrido

USO DE CLORHEXIDINA O POVIDONA YODADA EN LA ASEPSIA DEL CAMPO QUIRÚRGICO. Revisión bibliográfica actual.

INTRODUCCIÓN

Esta revisión surge para identificar cual de los dos antisépticos más utilizados, es el indicado en la prevención de la infección del sitio quirúrgico (ISQ): Clorhexidina (CH) y Povidona yodada (PVI). Basándose en la literatura actual y realizando una comparativa, que nos permita mejorar en términos sanitarios, sociales y económicos.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos de COCHRANE, CUIDEN, MEDLINE, SCIELO, ELSEVIER, y DIALNET. Escogemos trabajos publicados a partir del año 2010, en castellano e inglés. Palabras clave: Povidona, Chlorhexidine, Preoperative and Surgical field, truncados mediante el operador booleano AND. Formulación de la pregunta PICO: P- preoperativo I- povidona C-clorhexidina O- infección campo quirúrgico, para evitar ruido documental. Los estudios seleccionados se evaluaron críticamente, mediante el instrumento de valoración www.lecturacritica.com, permite evaluar de manera objetiva la calidad y validez de los estudios encontrados y sintetizar la información de manera clara y visible en tablas, escogiendo estudios de una calidad de evidencia media mínima, en las lecturas críticas.

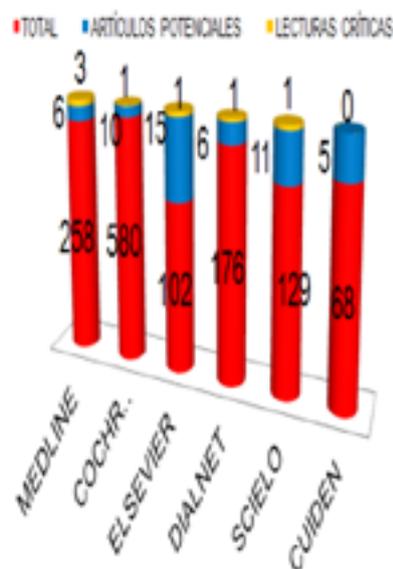
RESULTADOS

De 1.313 estudios identificados por el título y el cribado abstracto, 53 artículos fueron sometidos a revisión del texto completo, y 7 trabajos se incluyeron en nuestro análisis de lecturas críticas, con una evidencia científica media, según las tablas confeccionadas en la página web: www.lecturacritica.com. De los cuales 3 son estudios de campo (2015, 2013 y 2010), 3 revisiones bibliográficas (2015, 2014 y 2010) y 1 Guía práctica (2013)

CONCLUSIONES

- ❑ Las pruebas científicas disponibles sugieren que la clorhexidina puede ser más efectiva que la povidona yodada para prevenir la ISQ. Sin embargo, las características metodológicas de los estudios hacen que la calidad de las pruebas no sea suficientemente sólida.
- ❑ Es necesario realizar más investigaciones con un mayor rigor metodológico, para ello consideramos necesario concretar el tiempo de aplicación y la concentración del antiséptico utilizado, así como delimitar una única solución, acuosa o alcohólica, aumentando así la calidad del estudio.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA



Resumen: *Éste trabajo es una revisión bibliográfica, queríamos conocer si en la literatura actual hay una evidencia científica que respalde el uso de un determinado antiséptico en la preparación del campo quirúrgico, en éste caso povidona y clorhexidrina los más utilizados. Valorando propiedades como la efectividad y efectos secundarios. Realizamos una búsqueda en bases de datos: Cochrane, Cuiden, Medline, Scielo, Elsevier, y Dialnet. Como conclusión principal consideramos necesario realizar más investigaciones con un mayor rigor metodológico. Para ello consideramos necesario concretar el tiempo de aplicación y la concentración del antiséptico utilizado, así como delimitar una única solución, acuosa o alcohólica.*

Palabras Clave: *Povidona; Clorhexidrina; Campo Quirúrgico.*

Realizamos una revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos de Cochrane, CUIDEN, MEDLINE, SCIELO, ELSEVIER, y DIALNET.

Escogemos trabajos publicados a partir del año 2010, en castellano e inglés. Palabras clave: Povidona, Chlorhexidine, Preoperative y Surgical field, truncados mediante el operador booleano AND.

Formulamos la pregunta PICO: P- preoperativo, I- povidona, C-clorhexidina y O- infección campo quirúrgico, para evitar ruido documental.

Los estudios seleccionados se evaluaron críticamente, mediante el instrumento de valoración www.lecturacritica.com, permite evaluar de manera objetiva la calidad y validez de los estudios encontrados y sintetizar la información de manera clara y visible en tablas, escogiendo estudios de una calidad de evidencia media mínima, en las lecturas críticas.

Obtuvimos un total de 1.313 estudios identificados por el título y el cribado abstracto, 53 artículos fueron sometidos a revisión del texto completo, y 7 trabajos se incluyeron en nuestro análisis de lecturas críticas, con una evidencia científica media, según las tablas confeccionadas en la página web: www.lecturacritica.com. De los cuales 3 son estudios de campo (2015, 2013 y 2010), 3 revisiones bibliográficas (2015, 2014 y 2010) y 1 Guía práctica (2013).

Tras el análisis bibliográfico podemos afirmar las siguientes conclusiones: las pruebas científicas disponibles sugieren que la clorhexidina puede ser más efectiva que la povidona yodada para prevenir infecciones en heridas quirúrgicas. Sin embargo, las características metodológicas de los estudios hacen que la calidad de las pruebas no sea suficientemente sólida.

Nos parece necesario realizar más investigaciones con un mayor rigor metodológico, para ello consideramos necesario concretar el tiempo de aplicación, la concentración del antiséptico utilizado, el tipo de cirugía, así como delimitar una única solución acuosa o alcohólica, aumentando así la calidad del estudio.

Bibliografía:

1. Galindo, S. L. (2011). Clorhexidina versus povidona yodada en la asepsia del campo quirúrgico. *Revista Clínica Española*, 211(9), 480.
2. Edmiston, C. E., Okoli, O., Graham, M. B., Sinski, S., & Seabrook, G. R. (2010). Evidence for using chlorhexidine gluconate preoperative cleansing to reduce the risk of surgical site infection. *AORN journal*, 92(5), 509-518.
3. Maya, J. J., Ruiz, S. J., Pacheco, R., Valderrama, S. L., & Villegas, M. V. (2011). Role of chlorhexidine in the prevention of health care related infections. *Infectio*, 15(2), 98-107.

Capítulo CXCI

Uso de la hipotermia terapéutica en el síndrome postparada cardíaca

Autores:

Laura María Díaz Rincón

María De Las Nieves Ruiz López

USO DE LA HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN EL SINDROME POSTPARADA CARDIACA

AUTORES: DIAZ RINCON, LAURA MARIA; RUIZ LOPEZ, MARIA DE LAS NIEVES

INTRODUCCION

La parada cardiorrespiratoria es uno de los principales problemas sanitarios en los países desarrollados, además de por la mortalidad producida, por las importantes repercusiones neurológicas posteriores que presentan las personas que sobreviven. Hasta un 64% de los supervivientes puede presentar secuelas de gravedad, y tan sólo un 1.4% queda exento de algún tipo de alteración neurológica. Distintos ensayos clínicos muestran que el descenso controlado de la temperatura corporal mejora la supervivencia y los daños neurológicos en los pacientes adultos inconscientes tras una resucitación cardiopulmonar.

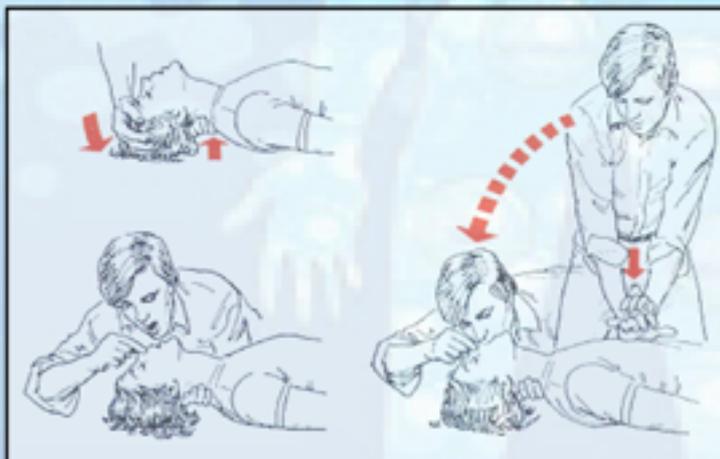
OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer la técnica de hipotermia terapéutica como cuidado post-resucitación tras sufrir una parada cardíaca.

MATERIAL Y METODO

Para esta revisión sistemática se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: CSIC, Medline PubMed, CINAHL, Biblioteca Cochrane, Cuiden Plus, Dialnet, Scopus y ScienceDirect.

Finalmente, se aceptaron 8 artículos que pertenecían a los criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, revisiones bibliográficas y documentos de consenso tras consejo de expertos, en español o inglés, publicados desde el año 2005 hasta el año 2013 cuyos sujetos de estudio son adultos.



RESULTADOS

En la actualidad, se recomienda que los pacientes adultos inconscientes, con recuperación de la circulación espontánea tras una parada cardíaca extrahospitalaria, deben ser enfriados a 32-34°C durante un período de 12-24 horas cuando el ritmo inicial sea fibrilación ventricular. Se establecen 4 periodos de tratamiento:

- **Inducción:** Desde el ingreso en la unidad hasta que se alcanzan los 33°C.
- **Montenimiento:** Desde el logro de los 33°C hasta 24 horas después.
- **Recalentamiento:** 12 horas de incremento de la temperatura, hasta alcanzar los 37°C.
- **Estabilización térmica:** 12 horas posteriores a alcanzar los 37°C.

CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica realizada acerca del uso de la hipotermia terapéutica como cuidado post-resucitación, indica que el descenso de la temperatura corporal a 32-34°C, mejora el resultado neurológico en aquellos pacientes en estado de coma que han sobrevivido a una parada cardíaca.

Según diversos estudios realizados, la hipotermia terapéutica, es la única técnica aplicada en el síndrome postparada cardíaca que se ha demostrado que aumenta las tasas de supervivencia. Sin embargo, en la actualidad no está del todo claro cuáles son los pacientes más indicados para recibir la terapia, la técnica de inducción ideal, la temperatura objetivo, su duración y la tasa idónea de recalentamiento.



Resumen: La parada cardiorrespiratoria es uno de los principales problemas sanitarios en los países desarrollados, además de por la mortalidad producida, por las importantes repercusiones neurológicas posteriores que presentan las personas que sobreviven. Hasta un 64% de los supervivientes puede presentar secuelas de gravedad, y tan solo un 1.4% queda exento de algún tipo de alteración neurológica. Distintos ensayos clínicos, muestran que la hipotermia inducida ligera, mejora la supervivencia y los daños neurológicos en los pacientes adultos inconscientes tras una resucitación cardiopulmonar. Sin embargo, no está del todo claro cuáles son los pacientes más indicados para recibir la terapia.

Palabras Clave: Hipotermia Inducida; Parada Cardíaca; Técnicas Enfriamiento.

En la actualidad se recomienda que los pacientes adultos inconscientes, con recuperación de la circulación espontánea tras una parada cardíaca extrahospitalaria, deben ser enfriados a 32-34°C durante un período de 12-24 horas cuando el ritmo inicial sea fabricación ventricular. Se establecen 4 períodos de tratamiento:

- Inducción: Comprende desde el ingreso en la unidad hasta que se alcanzan los 33°C
- Mantenimiento: Comprende desde el logro de los 33°C hasta 24 horas después.
- Recalentamiento: Establece 12 horas de incremento de la temperatura hasta alcanzar los 37°C
- Estabilización térmica: Comprende las 12 horas posteriores a alcanzar los 37°C

Dentro de los cuidados postresucitación, distintos ensayos clínicos muestran que la hipotermia inducida ligera mejora la supervivencia y los daños neurológicos en los pacientes inconscientes tras una resucitación cardiopulmonar. Incluye pacientes que han sufrido una PCR extrahospitalaria secundaria a una fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, que recuperan la circulación en menos de 60 minutos. Esto es consecuencia de que uno de los efectos protectores de la hipotermia se debe al enlentecimiento del metabolismo cerebral, que tiene como resultado una disminución del consumo de oxígeno y glucosa. Esto se debe a que por cada grado que se disminuye la temperatura, el metabolismo decrece en un 6-7%, permitiendo a los tejidos aguantar períodos de tiempo superiores sin oxígeno o flujo sanguíneo. Podemos clasificar la hipotermia inducida en distintos niveles:

- Hipotermia leve: 33-36°C, en la cuál se dan temblores, taquicardia, confusión, amnesia, ataxia, disartria y apatía.
- Hipotermia moderada: 28-33°C, cuando el sistema termorregulador comienza a fallar, continúan los temblores, se produce una disminución del nivel de consciencia, hiporreflexia, lentitud de los reflejos pupilares y bradicardia.
- Hipotermia profunda: 10-28°C, que tiene como resultado dilatación pupilar, coma, arreflexia, desequilibrio de los niveles ácido-base y FV.

En el caso del uso de la hipotermia en el SPP, la mayoría de los ensayos clínicos utilizan temperaturas de 32-34°C, es decir, se lleva a cabo la implantación de una hipotermia leve-moderada.

Cuando un paciente sufre una parada cardíaca, el tejido cerebral es sometido a un estado de isquemia aguda, que tiene como consecuencia dos tipos de daño; uno inmediato e irreversible, en

la zona circundante al vaso ocluido, y otro posterior, donde el flujo sanguíneo ha disminuido, produciéndose así muerte cerebral. Desde la aparición de la isquemia hasta el proceso de muerte celular, suceden una serie de reacciones químicas, que se pretenden prevenir con el uso de la terapia hipotérmica. Al inducir frío, se producen una serie de mecanismos de neuroprotección:

- Reducción del metabolismo neuronal, ya que por cada grado, la tasa metabólica cerebral disminuye un 6-7%, que tiene como consecuencia una mejora del suministro de oxígeno a las zonas isquémicas.
- Interrupción de la muerte cerebral mediante estabilización de la respuesta inflamatoria producida como consecuencia de la isquemia y reperfusión cerebral.
- Disminución de la demanda de Adenosín Trifosfato (ATP) con mejoría de la relación aporte-consumo de oxígeno.
- Disminución de la presión intracraneal por vasoconstricción.

Para lograr el descenso de la temperatura corporal (32-34°C), se han descrito gran variedad de técnicas de enfriamiento, pero sin embargo, en la actualidad ninguna combina facilidad de uso con alta eficacia. Se diferencian dos tipos de métodos, los métodos no invasivos y métodos invasivos.

Los métodos no invasivos, es decir, los de refrigeración externa son simples de usar, pero suponen una reducción lenta de la temperatura corporal central. Se incluyen el uso de mantas de enfriamiento, aplicación de paquetes de hielo en ingles, axilas y cuello, uso de toallas húmedas o uso de casco de refrigeración. Los métodos de enfriamiento invasivos, suponen un tiempo de enfriamiento menor. Entre ellos, se encuentra la infusión intravenosa de 30ml/kg de soluciones cristaloides a una temperatura de 4°C durante 30 minutos. Estudios recientes muestran que esta técnica reduce la temperatura central de forma significativa y no causa edema pulmonar. Se incluyen otras técnicas invasivas tales como enfriamiento por lavado peritoneal o pleural que son posibles pero no se utilizan; o refrigeración extracorpórea, demasiado invasiva para realizar en la mayoría de servicios de urgencia de los hospitales.

Papel de enfermería:

El papel del profesional de enfermería es de gran importancia a lo largo de todo el proceso del manejo del SPP. Las responsabilidades fundamentales del personal enfermero son el control de la hemodinámica del paciente así como un correcto estado de ventilación, con promoción de la oxigenación, la vigilancia de los cambios electrolíticos, asegurar que se alcanza la temperatura objetivo, y la administración de medicación según prescripción para proporcionar una adecuada sedación y analgesia.

Bibliografía:

1. Irigoyen MI, Yagüe A, Roldán J. Trayectoria clínica de hipotermia terapéutica posparada cardíaca. *Enfermería intensiva*. 2012; 21 (2): 58-67.
2. Castrejón S, Cortés M, Salto M, Benitez L, Rubio R, Juárez M et al. Mejora del pronóstico tras parada cardíaca cardiorespiratoria de causa cardíaca mediante el empleo de hipotermia moderada: comparación con grupo control. *Revista Española de Cardiología*. 2009; 62 (7): 733-741.
3. Herrera M, López F, González H, Domínguez P, García C, Bocanegra C. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). *Medicina intensiva*. 2010; 34 (3): 170-181.
4. Fernández JA. Supervivencia de la parada cardíaca. *Revista Clínica Española*. 2005; 202(12): 658-664.

Capítulo CXCII

Uso del chupete ¿sí o no?

Autores:

Pilar Carlos Arenas

Encarna López Muela

Laura Torres Montiel

VIII Congreso de investigación Satse C. Real

USO DEL CHUPETE, ¿SI O NO?



Desde tiempos remotos (Neolítico), objetos parecidos a un chupete, ya se usaban para ayudar a calmar a los bebés, normalmente eran telas, a veces rellenas con diferentes materiales preferiblemente dulces.

A mediados del 1800, hay datos de que en Inglaterra daban uso a unos anillos de goma simulando al chupete

Pero es en el 1901, cuando se patenta el primer chupete, fue en EE.UU por Christian W.Meinecke (farmacéutico de Manhattan)

Objetivo:

Ofrecer una visión completa del uso del chupete, de sus ventajas y sus inconvenientes

Metodología:

Revisión de la literatura publicada sobre lactancia materna, sobre problemas ortodontales y trastornos del lenguaje
 Revisión de artículos publicados por pediatras en distintas revistas de bebés
 Encuestas realizadas a un grupo de 40 madres con hijos en edad infantil

Ventajas

- ↳ Disminución del dolor o respuesta al malestar
- ↳ En prematuros, ayuda a mejorar el reflejo de succión si han sido alimentados con sonda
- ↳ Incita a la lengua y a los músculos de la masticación a un trabajo natural para ejercitar el paladar y la mandíbula
- ↳ Favorece la respiración nasal y evita la absorción de aire, reduciendo la aparición de cólicos e hipo
- ↳ Reduce el riesgo de sufrir Síndrome de la Muerte Súbita
- ↳ Ayuda a la no succión del dedo pulgar

Inconvenientes

- ↳ Puede interferir en el establecimiento de la lactancia materna
- ↳ Factor de riesgo de sufrir otitis media aguda de repetición
- ↳ Incorrecta formación del arco dental y maloclusiones dentarias
- ↳ Síndrome del biberón o chupete (caries diente de leche)
- ↳ Un uso excesivo, puede dar lugar a trastornos del lenguaje, ya que disminuye la práctica de los movimientos bucoarticularios necesarios para el desarrollo del habla

Recomendaciones

- ↳ No ofrecer el chupete hasta que la lactancia materna esté bien establecida
- ↳ Suprimirlo a partir de los 2 años para evitar deformaciones
- ↳ Usarlo solo cuando no es posible calmarlo de otra manera
- ↳ Lavar a menudo para evitar infecciones
- ↳ No sujetarlo con cintas o cadenas sin la supervisión de los padres

MALFORMACIONES POSIBLES



malformación chupete

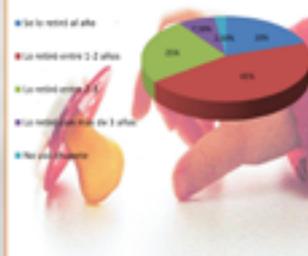
Bibliografía

- ↳ Asociación española de pediatría de atención primaria/guía orientación salud bucodental primer año de vida. C.palma, et-al.pag.353,354
- ↳ <http://www.asped.es/omitelactanciamaterna/focustemas/uso-chupete.ultima> captura octubre 2015
- ↳ <http://www.scielo.cl/096717-25182018000100007/revista> chilena de nutrición
- ↳ blogs CEU/Universidad Cardenal Herrera/Odontología
- ↳ Anuales españoles de pediatría.<http://www.anolesdepediatria.org/es/uso-chupete> artículo/S1695403310004777
- ↳ Revista nursing standard mayo 2006
- ↳ Revista biomedical central pediatrics
- ↳ Artículos publicados por varios pediatras/ Jose Luis Rosaler Bonzo, Silvia Díez Castillo, Marco Antonio Mendes Roche) en revistas como "padres", "mi bebé", "nreer".

Resultados

De estas 40 madres, el resultado fue que un 97,5% ofreció el chupete a su bebé en los primeros días de su nacimiento, sólo un 2,5% ni ofreció chupete, ni lo usó. A pesar de que estudios en la población infantil demuestran que el uso del chupete debe ir disminuyendo a partir de cierta edad, coincidiendo normalmente con la finalización de la etapa oral en el niño, alrededor de un.....lo siguen usando hasta los 3 años, incluso más.

Porcentaje - Tiempo Usando Chupete



Conclusión

Según los documentos analizados, deducimos que es mejor no usar el chupete de manera prolongada, priorizando siempre la lactancia natural. Se recomienda por tanto, solo en determinadas situaciones, cuando el niño realmente lo necesite. No iniciar su empleo antes de los 15 días de vida y comenzar a abandonarlo a partir del primer año.

Resumen: *Discusiones sobre la utilización o no del chupete, nos lleva a realizar un estudio sobre este tema, marcándonos un objetivo que será ofrecer una visión completa del uso del chupete, estudiando sus ventajas y sus inconvenientes. Para ello nos hemos ayudado de la revisión de la literatura publicada, de artículos, y encuestas realizadas a madres; obteniendo así unos resultados y llegando a la conclusión de que podemos ofrecer el chupete a nuestros hijos, pero no antes de los 15 días de vida. Y lo abandonaremos a partir del primer año para no llegar a desarrollar una serie de inconvenientes.*

Palabras Clave: *Chupetes; Maloclusión; Lactancia.*

Se sabe que desde tiempos remotos (Neolítico), objetos parecidos a un chupete ya se ofrecían a los bebés con el fin de calmar y tranquilizar. Normalmente eran telas rellenas de algún material preferiblemente dulce. Hay datos de mediados del 1800, en Inglaterra (donde lo denominan como “pacifier”) que daban uso a unos anillos de goma simulando al chupete, pero es en el año 1901 cuando se patenta el primer chupete, fue en EE.UU por Christian W.Meinecke (farmacéutico de Manhattan). Por lo tanto, basándonos en la historia del nacimiento del chupete, siendo un objeto tan remoto, lo lógico sería ofrecerlo al bebé por lo menos en su primer año de vida, etapa en la que el niño experimenta su fase oral, desarrollando su afectividad y satisfacción mediante la boca. Sin embargo en la actualidad se crea la duda de usar el chupete, si será bueno o no.

Por un lado escuchamos frases como: “ponle el chupete al niño que se duerma” y por otro: “quítale el chupete que se le va a deformar la boca”. Entonces ¿a quién hacemos caso?. Vamos a marcar un objetivo; que será ofrecer una visión completa del uso del chupete, de sus ventajas y sus inconvenientes.

Como metodología, se ha revisado literatura publicada sobre lactancia materna, problemas ortodontales, trastornos del lenguaje, artículos publicados por pediatras; así como la realización de encuestas a un grupo de 40 madres con hijos en edad infantil. A continuación, exponemos una serie de ventajas, inconvenientes y recomendaciones sobre el uso del chupete, que nos dará una visión más amplia sobre el tema:

- **Ventajas:** Como sustituto del pecho, el chupete puede ayudar a disminuir el dolor o respuesta al malestar; en prematuros, ayuda a estimular el reflejo de succión si han sido alimentados por sonda; incita a la lengua y a los músculos de la masticación a un trabajo natural, para ejercer el paladar y la mandíbula; favorece la respiración nasal y evita la absorción de aire, disminuyendo la aparición de cólicos e hipo; disminuye el síndrome de muerte súbita en el lactante, no se sabe cual es el mecanismo, pero parece que durante el sueño tiene un efecto protector (la Academia Americana de pediatría recomienda que los padres ofrezcan el chupete en el momento de dormir, sin forzar su uso); ayuda a la no succión del dedo pulgar.
- **Inconvenientes:** El uso precoz del chupete puede interferir en el establecimiento de la lactancia materna, siendo ésta mas corta y no exclusiva; puede ser un factor de riesgo en la aparición de otitis media aguda de repetición; se han sugerido infecciones digestivas, aunque no se han establecido evidencias firmes; puede darse una futura deformación del arco dental y paladar y por lo tanto una maloclusión dentaria, siempre y cuando el chupete haya sido usado más tiempo del recomendado; otro inconveniente es el “síndrome del biberón o chupete” (caries en los dientes de leche) que se puede dar tanto por el uso prolongado del chupete, como del biberón, como de la lactancia materna (tema a

debatir); se pueden producir laceraciones en la mucosa bucal; trastornos del lenguaje; desórdenes de estrés y frustración por el conflicto entre el deseo de succionar, completamente natural y la prohibición de hacerlo.

- Recomendaciones: no ofrecer el chupete hasta que la lactancia materna esté bien establecida; usarlo sólo cuando no es posible calmarlo de otra manera; utilizar una marca reconocida; el chupete debe tener un tope que impida su aspiración o deglución accidental; debe mantenerse limpio, lavarlo a menudo para evitar infecciones tanto bucales como gastrointestinales; la forma y tamaño se escoge normalmente por preferencia del bebé; en el momento que se ha decidido su uso, es aconsejable contar con varios de ellos porque posibles extravíos pueden generar una gran irritabilidad en el niño; nunca sujetaremos el chupete al cuello, a la mano o a la cuna, ya que la cadena puede estrangular el cuello del bebé; usaremos anclajes de plástico para sujetarlos a la ropa y con cadenas cortas, nunca alfileres de gancho metálico; no usaremos la tetina del biberón como chupete, puede haber peligro de aspiración.

Una vez conocidos estos datos y habiendo realizado una encuesta a nuestro grupo de mujeres, obtenemos unos resultados. De estas 40 madres:

- un 20% retiró el chupete al año de vida
- un 45% se lo retiró entre el primer y el segundo año de vida
- un 25% lo retiró entre el segundo y el tercer año de vida
- un 7,5% lo retiró con más de tres años
- y tan sólo un 2,5% ni ofreció el chupete ni lo usó

Observamos que un 97,5% ofreció el chupete a su bebé en los primeros quince días del nacimiento y que sólo un 2,5% no lo ofreció. A pesar de que estudios en la población infantil demuestran que el uso del chupete debe ir disminuyendo a partir de cierta edad, coincidiendo normalmente con la finalización de la fase oral en el niño, alrededor de un 25% lo sigue usando hasta los tres años, incluso más. Por lo tanto, según los documentos analizados, llegamos a la conclusión de que el chupete no es un elemento indispensable pero que puede ser útil en bebés que muestran un efecto positivo con su uso. Que es mejor no usar el chupete de manera prolongada, priorizando siempre la lactancia materna.

Se debe tener en cuenta que el llanto del bebé es parte de su lenguaje y que hay que intentar descifrarlo, si es hambre, si es dolor intestinal, si es sueño, exceso de abrigo, exceso de ruido, falta de afecto, etc, ya que ninguna de estas necesidades es cubierta por el chupete. No se deberá iniciar su empleo antes de los quince días de vida (hasta el establecimiento completo de la lactancia materna) y comenzar a abandonarlo a partir del primer año de vida.

Bibliografía:

1. C.Palma et.al "Guía de orientación de salud bucodental en el primer año de vida" (Aeped Atención Primaria) Act pediater Esp.2010; 68(7):351-357
2. M.J. Lozano de la Torre et.al "Anuales de pediatría- Uso del chupete y lactancia materna" (An Pediatr. Abril 2011; 74:271.e1-5/vol.74 nº4:10.1016/j.anpedi2010.09.014
3. José Luis Rosseler Bonzo. Uso del chupete. www.saludactual.cl/pediatria/uso_del_chupete.php
4. Pedro Antonio Marinov M. "Uso del chupete de entretención en la primera infancia y su influencia en el desarrollo posterior de sobrepeso y obesidad" (Rev.chil.nutr.vol40 nº 1 Santiago mar.2013) <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182013000100002>

Capítulo CXCIII

Uso del vendaje funcional en esguince de tobillo

Autores:

María De Las Nieves Bautista Moreno

Laura María Lozano Muñoz

USO DEL VENDAJE FUNCIONAL EN ESGUINCE DE TOBILLO

ESCRIBA EN ESTE ESPACIO SUS AUTORES E INDIQUE A CONTINUACIÓN SUS CORRESPONDIENTES ORGANIZACIONES O PUESTOS DE TRABAJO

OBJETIVO

Aumentar el grado de conocimiento sobre el vendaje funcional en el esguince de ligamento lateral externo de tobillo de los profesionales sanitarios de nuestra zona básica de salud, dado que es uno de los traumatismos músculo esqueléticos más frecuentemente atendidos en atención primaria; así como su aplicabilidad.

Ventajas de este vendaje

Permite la carga y la marcha desde las primeras 24 horas

Permite movimientos de bombos de tobillo, favorece la disminución del hematoma

Impide movimientos dañinos y da estabilidad

Evita la inmovilización prolongada y sus inconvenientes

METODOLOGÍA

Colocaremos un póster similar al que presentamos en cada una de las consultas de enfermería de nuestro centro de salud y consultorios locales, como apoyo de una serie de sesiones clínicas, que se programaran en nuestro centro de salud, para reforzar los conocimientos prácticos, con una metodología participativa de los profesionales.

INTERVENCIONES

Una vez realizado el diagnóstico de la lesión como esguince de ligamento lateral externo de tobillo por parte del facultativo, y pautada por su parte la necesidad de colocación de vendaje funcional, los profesionales de enfermería o fisioterapia procederán a su colocación:

1. Preparación de la piel (limpia, seca y desengrasada con alcohol). Conseguiremos con ello la máxima estabilidad de nuestro vendaje inelástico.
2. Colocación de la extremidad en posición neutra de 90°. Para mantener la posición usamos una venda que fijamos en los dedos de pie y que hacemos que la paciente tense cuando ponemos las tiras activas.

3. Colocación de los anclajes

Se colocan formando un círculo incompleto en torno a la extremidad para no interrumpir el retorno venoso al cerrar el círculo. La distal a la altura de la articulación metatarso-falángica del pie y la proximal a nivel del inicio del tendón de Aquiles.



4.2 Tira transversal

Desde la parte interna del anclaje inferior a la parte externa pasándolo por el maléolo.



4. Tiras activas

Las tiras activas se pueden repetir 2-3 veces, superponiéndolas a la anterior en al menos un tercio. Tras cada tira activa se deben repetir los anclajes.

4.1 Tira en U

Desde la parte interna del anclaje superior pasando por el talón y maléolo externo hasta la parte externa del anclaje como si fuera una U.



4.3 Tira en J

Desde el empeine por debajo de la planta del pie hasta el anclaje superior haciendo la forma de una J.



5. Cerramos el vendaje: Tapamos las ventanas solo por parte la superior sin darle la vuelta al pie para que el edema del esguince no salga por las ventanas.
6. Comprobar la comodidad del paciente al realizar algún movimiento y vigilar que no aparezcan arrugas en el vendaje. Se recordarán los signos de alarma de alteración vascular que tendrá que vigilar hasta la próxima revisión a los 5 días.



CONCLUSIONES

Al finalizar nuestra intervención, los profesionales de enfermería y fisioterapia de nuestro Centro de Salud contarán con las herramientas necesarias para llevar a cabo esta técnica, que nos permitirá una mayor facilidad en la realización del vendaje, una mayor comodidad para el paciente, consiguiendo impedir exclusivamente aquellos movimientos que afectan a las estructuras dañadas sin limitar el resto de movimientos.

Resumen: El esguince del ligamento lateral externo de tobillo es uno de los traumatismos más frecuentemente atendidos en atención primaria. El uso del vendaje funcional de tobillo presenta ventajas frente al vendaje tradicional. Este protocolo surge con el objetivo de reforzar los conocimientos prácticos de los profesionales de atención primaria de nuestra zona, así como para aumentar la comodidad para el paciente. Las intervenciones una vez terminada la preparación de la piel y colocada la extremidad en posición neutra, consistirán en la aplicación de anclajes y tiras activas que se dispondrán como tiras en U, transversales y tiras en J.

Palabras Clave: Esguinces y Distensiones; Vendajes; Ligamentos Laterales.

Introducción:

El esguince de ligamento lateral externo de tobillo es uno de los traumatismos más frecuentes, y la mayoría se deben a un movimiento forzado del pie en inversión. Su tratamiento ha sufrido un cambio desde la inmovilización total con escayolas a la inmovilización parcial o selectiva con un vendaje funcional. El vendaje funcional presenta importantes ventajas para el paciente entre las que destacan permitir la carga y la marcha desde las primeras 24 horas, impedir movimientos dañinos y proporcionar estabilidad a la articulación del tobillo, permitir movimientos de bombeo del tobillo favoreciendo la disminución del hematoma, así como evitar la inmovilización prolongada y sus inconvenientes.

Objetivo:

El objetivo del protocolo consiste en aumentar el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería y fisioterapia de nuestra zona básica de salud sobre la colocación del vendaje funcional de tobillo como técnica de inmovilización en lesiones de los ligamentos laterales de la articulación del tobillo, debido a que es uno de los traumatismos musculoesqueléticos más frecuentemente atendidos en atención primaria.

Metodología:

La metodología empleada consiste en la colocación en cada una de las consultas de enfermería y fisioterapia de nuestro centro de salud y consultorios locales de un póster, como apoyo de una serie de sesiones clínicas, que se programarán para reforzar los conocimientos prácticos, con una metodología participativa de los profesionales.

Intervenciones:

Una vez realizado el diagnóstico de la lesión como esguince de ligamento lateral externo de tobillo por parte del facultativo, y pautada por su parte la necesidad de colocación de vendaje funcional, el enfermero o fisioterapeuta del equipo procederá:

- 1. Preparación de la piel (limpia, seca y desengrasada con alcohol). Conseguiremos con ello la máxima estabilidad de nuestro vendaje.

- 2. Colocación de la extremidad en posición neutra de 90°. Para mantener la posición usamos una venda que fijamos en los dedos del pie y que hacemos que el paciente tense cuando ponemos las tiras activas.
- 3. Colocación de los anclajes. Se colocan formando un círculo incompleto en torno a la extremidad para no interrumpir el retorno venoso al cerrar el círculo. La tira distal a la altura de la articulación metatarso-falángica del pie y la proximal a nivel del inicio del tendón de Aquiles.
- 4. Tiras activas. Las tiras activas se pueden repetir 2-3 veces, superponiéndolas a la anterior en al menos un tercio y repitiendo cada vez los anclajes.
 - Tira en U. Desde la parte interna del anclaje superior pasando por el talón y maléolo externo hasta la parte externa del anclaje como si fuera una U. Se repite la tira de los anclajes para que no resbalen.
 - Tira transversal. Desde la parte interna del anclaje inferior a la parte externa pasándolo por el maléolo. Repetir tira de anclaje.
 - Tira en J. Desde el empeine por debajo de la planta del pie hasta el anclaje superior haciendo la forma de una J. Repetir tira de anclaje.
- 5. Cerramos el vendaje: Tapamos las ventanas superiores, solo por la parte superior, sin darle la vuelta al pie para que el edema del esguince no salga por las ventanas.
- 6. Comprobar la comodidad del paciente al realizar algún movimiento y vigilar que no aparezcan arrugas en el vendaje. Se recordarán los signos de alarma de alteración vascular que tendrá que vigilar hasta la próxima revisión a los 5 días.

Conclusiones:

Al finalizar nuestra intervención, los profesionales de enfermería y fisioterapia de nuestro Centro de Salud contarán con las herramientas necesarias para llevar a cabo esta técnica, que nos permitirá una mayor facilidad en la realización del vendaje, una mayor comodidad para el paciente, consiguiendo impedir exclusivamente aquellos movimientos que afectan a las estructuras dañadas sin limitar el resto de movimientos.

Bibliografía:

1. Neiger H. Manual de Vendajes funcionales. Paris: Masson; 1990.
2. Jurgen H, Asmussen PD. Técnicas de vendajes, volumen I. Colombia: Latros; 1992.
3. Jurgen H, Asmussen PD. Técnicas de vendajes, volumen II. Colombia: Latros; 1992.

Capítulo CXCIV

Utilidad clínica de la monitorización continua de glucosa retrospectiva en la detección de hipoglucemias inadvertidas y nocturnas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1

Autores:

José Alberto García Seco

María Concepción Lozano Hernández

Montserrat Lozano Serrano

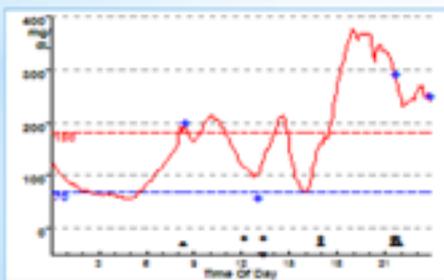
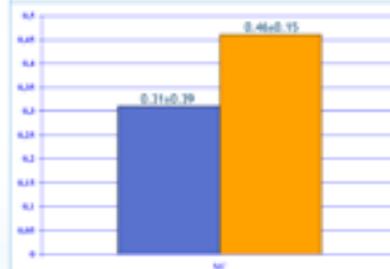
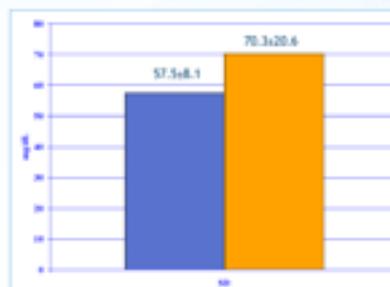
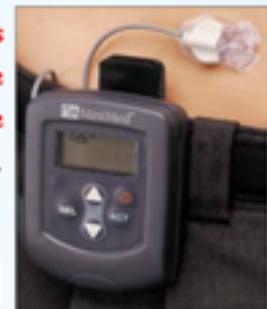
Ángela María Seco Segura

UTILIDAD CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA RETROSPECTIVA EN LA DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS Y NOCTURNAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La monitorización continua de glucosa retrospectiva (MCG-R) es una herramienta diagnóstica para valorar la frecuencia de hipoglucemias, hipoglucemias asintomáticas (HA) y nocturnas (HAN). Nuestro objetivo fue analizar estos eventos mediante MCG-R en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), así como identificar factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo de las MCG-R realizadas a pacientes con DM1. Consideramos hipoglucemia frecuente (HF) cuando >10% de los valores eran ≤ 70 mg/dl e HAN si se producía en el periodo 00-06 am. Se realizó MCG-R mediante el dispositivo CGMS-Gold (Medtronic Inc®, IL, EEUU). Análisis estadístico con SPSS (IBM Inc®, IL, EEUU) versión 15.0.

RESULTADOS: Analizamos los resultados de 70 MCG-R con una media de 1423.8 ± 244.2 valores de glucemia por paciente. Frecuencia de eventos hipoglucémicos: 0.45 ± 0.48 /día, HA 5.2 ± 4.7 totales (1.8 ± 2.1 además fueron HAN), graves 2.1 ± 2.4 /mes. Los pacientes con HF (37.1%) presentaron mayor variabilidad glucémica (VG), definido como valores superiores de DE interdía (70.3 ± 20.6 mg/dl vs 57.5 ± 8.1 mg/dl) y coeficiente de variación (CV) (0.46 ± 0.15 vs 0.31 ± 0.39). Los pacientes con HA presentaron mayor frecuencia de hipoglucemias graves respecto a los que sí notaban síntomas (1.0 ± 0.0 vs 0.13 ± 0.34 , $p=0.045$). No encontramos factores de riesgo para hipoglucemias nocturnas.



CONCLUSIONES: Nuestros resultados revelan una alta tasa de pacientes con HF, HA o graves, siendo estas últimas más frecuentes si los pacientes no las percibían. Los pacientes con HF tienen mayor VG.

Resumen: La monitorización continua de glucosa retrospectiva (MCG-R) es una herramienta diagnóstica para valorar la frecuencia de hipoglucemias, asintomáticas (HA) y nocturnas (HAN). Realizaremos un estudio descriptivo prospectivo de las MCG-R mediante dispositivo CGMS-Gold a pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) para analizar estos eventos. Consideramos hipoglucemia frecuente (HF) cuando >10% de los valores eran ≤ 70 mg/dl e HAN si se producía en el periodo 00-06 am. Análisis estadístico con SPSS versión 15.0. Nuestros resultados revelan una alta tasa de HF, HA y las graves más frecuentes en pacientes con HA. Los pacientes con HF tienen mayor variabilidad glucémica (VG).

Palabras Clave: Diabetes Mellitus Tipo 1; Monitorización Continua de Glucosa; Hipoglucemias.

Introducción:

La DM1 se caracteriza por una deficiencia absoluta de insulina debida a la destrucción de las células beta pancreáticas y la hipoglucemia es una de sus complicaciones más frecuentes.

El Grupo de Trabajo sobre Hipoglucemia de la American Diabetes Association (ADA) define la hipoglucemia como el episodio clínico en el que concurren los síntomas típicos de una hipoglucemia y una medición de glucemia plasmática ≤ 70 mg/dl. La ADA define la hipoglucemia grave, como el cuadro que requiere la asistencia de otra persona aún sin disponer del nivel de glucemia. La HA, cuando no se acompaña de síntomas típicos pero con una glucosa plasmática medida ≤ 70 mg/dl. Con frecuencia episodios de hipoglucemia nocturna también pasan inadvertidos para el sujeto (HAN).

Ante la sospecha de HA y/o HAN ó que se hayan presentado varios episodios de hipoglucemias graves se podría realizar la MCG.

En este sentido dispusimos durante el estudio de un dispositivo, el CGMS Gold (Medtronic Inc[®], Illinois, EEUU). Es un sistema tipo Holter, mide de forma continua la glucosa intersticial (GI) mediante un sensor de glucosa insertado en el tejido celular subcutáneo, enviando una señal eléctrica a un monitor externo.

Objetivos:

Evaluar: Las características clínicas de los eventos hipoglucémicos de pacientes con DM1. Las situaciones de hiperglucemia. La variabilidad glucémica (VG). Las características clínicas de los pacientes con HF, HA y/o graves. Identificar factores de riesgo clínicos para la presencia de HF, HA y/o graves.

Material y metodos:

Estudio descriptivo prospectivo de todas las MCG-R "ciegas" realizadas a pacientes con DM1 durante la asistencia regular a las consultas de Endocrinología del Hospital General Universitario de Ciudad Real desde Enero de 2009 hasta febrero del 2014.

Clasificamos HAN como aquella HA que se produce en el periodo 00-06 a.m. Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente tiene HF cuando el $\geq 10\%$ de los valores glucémicos capilares son ≤ 70 mg/dl. Los criterios de inclusión y exclusión empleados fueron los exigidos habitualmente en este tipo de estudio y tener indicación para realización de MCG-R: Hemoglobina glicosilada $>7\%$, sospecha de alta variabilidad glucémica (VG), de HA, HAN y graves.

Descripción del estudio: Inserción del sensor de glucosa. Adiestramiento del paciente en el manejo del monitor externo y transferencia de los datos al ordenador de la consulta. Los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Análisis estadístico: Las variables cuantitativas serán expresadas en media y desviación estándar (DE). Las variables categóricas serán descritas en porcentajes. Las diferencias estadísticas entre subgrupos de pacientes generados se realizarán mediante pruebas estadísticas paramétricas (T-student para variables cuantitativas y χ^2 para variables cualitativas) cuando el grupo de pacientes sea superior a 30 y no paramétricas cuando no se cumpla esta condición (Wilcoxon para variables cuantitativas y Monte Carlo para las categóricas). El grado de significancia estadística se establecerá en $p < 0.05$. Se utilizará el programa informático SPSS, versión 15.0.

Resultados:

70 MCG-R en pacientes con DM1 (60 % mujeres y 40 % hombres). Edad media: 41.6 años. Tiempo de evolución de la DM1: 20.9 ± 10.1 años, el 85.7% con más de 10 años de evolución. Duración media de la MCG-R: 5.9 ± 1.0 días, con una media de 1423.8 ± 244.2 valores de GI. Los resultados reflejados a continuación parten de estos valores: Descripción de eventos hipoglucémicos: Frecuencia diaria: 0.45 ± 0.48 hipoglucemias. El 37.1% de los pacientes tuvieron $>10\%$ de los valores de GI < 70 mg/dL. HA: 5.2 ± 4.7 episodios durante la MCG-R y 0.8 ± 0.7 eventos/día (90% de pacientes con HA). De ellos, 1.8 ± 2.1 eventos fueron nocturnos (64.3% de los pacientes con HAN). El 17.5% de los pacientes describió hipoglucemias graves en el último año, 2.1 ± 2.4 eventos mensuales. Los pacientes permanecieron un total de 15.1 ± 14.9 horas en hipoglucemia, presentando un AUC < 70 mg/dL de 1.9 ± 2.1 mg/dL/día. Descripción de eventos hiperglucémico: El tiempo en hiperglucemia > 180 mg/dL fue de 40.5 ± 20.0 horas (6.7 ± 3.3 hora/día) y un AUC sobre 180 mg/dl de 23.2 ± 16.7 mg/dl día. Variabilidad glucémica: (Definida por la DE y el CV). El 84.3% de los pacientes presentaron una DE > 50 mg/dl. La DE intradía del tercer día de MCG-R fue de 64.4 ± 25.0 mg/dl y el CV: 0.45 ± 0.16 .

Identificación de factores de riesgo para hipoglucemia: Los pacientes con HA mostraron mayor frecuencia diaria de HAN que los que sí las notaban (0.73 ± 0.3 vs 0.25 ± 0.3 , $p = 0.021$) e hipoglucemias graves (1.0 ± 0.0 vs 0.13 ± 0.34 , $p = 0.045$).

Los pacientes con HF presentan una mayor DE interdía (70.3 ± 20.6 vs 57.5 ± 8.1 mg/dl, $p = 0.047$), más HA durante la MCG (5.66 ± 4.74 vs 0.85 ± 1.46 , $p = 0.001$), más HA diarias (0.95 ± 0.79 vs 0.15 ± 0.24 , $p = 0.0$), más tiempo en hipoglucemia (16.49 ± 14.94 vs 2.14 ± 3.3 horas, $p = 0.001$), mayor porcentaje de hipoglucemias (11.5 ± 8.2 vs 1.2 ± 0.4 , $p = 0.0$), una AUC mayor en hiperglucemia (2.11 ± 2.08 vs 0.28 ± 0.75 mg/dl, $p = 0.001$), menor glucemia media capilar (151.6 ± 28.6 vs 178.2 ± 19.7 mg/dl, $p = 0.007$), mayor CV (0.46 ± 0.15 vs 0.31 ± 0.39 , $p = 0.001$) y menor GI media (155.9 ± 32.6 vs 184.1 ± 22.3 mg/dl, $p = 0.011$) que el grupo de pacientes que no tenían HF.

Discusión:

En los resultados obtenidos se evidencian una alta tasa de pacientes con HF pero con cifras menores a las registradas en los estudios encontrados (67,5%).

En relación a las HA y HAN detectamos unos porcentajes más altos a los observados en otros trabajos (HA 58-60% y HAN 40-54%). La diferencia importante encontrada en la tasa de HF, puede ser justificada por la consideración que hacemos de este concepto como punto de partida para el análisis estadístico y que no es tenido en cuenta en los estudios comparados.

En relación a las hipoglucemias graves no hemos encontrado datos para contrastar la frecuencia de estos eventos. En nuestro estudio ha sido interesante disponer de esta información al permitirnos detectar una relación estadística entre HA y graves.

Por otro lado observamos un tiempo en hiperglucemias, mayor al registrado en trabajos previos (192 ± 28 min/día). Como dato significativo los pacientes con HF presentan una mayor VG que no ha sido contrastada al no disponer de esta información en los artículos revisados.

La limitación principal en este estudio surge de la pregunta si son extrapolables estos datos a la situación habitual de los pacientes estudiados, aunque esta limitación se ve sesgada por el hecho de ser una monitorización "ciega".

Conclusiones:

- Detectamos una alta tasa de pacientes con HF (37.1%) que presentan más HA (90%) y estos a su vez mayor número de HAN (64.3%).
- Los pacientes con HF tiene mayor VG, definido como DE interdía (70.3 ± 20.6 mg/dL vs 57.5 ± 8.1 mg/dL) y CV (0.46 ± 0.15 vs 0.31 ± 0.39).
- Los pacientes con HA tienen mayor riesgo de hipoglucemias graves (1.0 ± 0.0 vs 0.13 ± 0.34 , $p=0.045$).
- Los pacientes con hipoglucemias graves tienen una alta frecuencia mensual de estos eventos (2.1 ± 2.4).

Bibliografía:

1. Martín Vaquero P, Barquiel Alcalá B, Puma Duque M.A, Lisbona Catalán A. Hipoglucemias leves y graves en la diabetes mellitus tipo 1 y 2. Av. Diabetol. 2009;25:269-79.
2. Ruiz de Adana M, Rigla M. Consenso sobre el uso de la monitorización continua de glucosa. Av Diabetol. 2009; 25:96-8.
3. Kubiak T, Hermanns N, Schreckling H.J, Kulzer B, Haak T. Assessment of hypoglycaemia awareness using continuous glucose monitoring. Diabet.Med. 21,487-490(2004).
4. Wiltshire EJ, NewtonK, McTavish L. Unrecognised hypoglycaemia in children and adolescents with type 1 diabetes using the continuous glucose monitoring system: prevalence and contributors. J Paediatr Child Health. 2006 Dec; 42(12): 758-63.
5. Maia FF, Araujo LR. Efficacy of continuous glucose monitoring system (CGMS) to detect postprandial hyperglycemia and unrecognized hypoglycemia in type 1 diabetic patients. Diabetes Research and Clinical Practice. Vol 75 N° 1. Pages 30-34. January 2007.

Capítulo CXCXV

Valoración de la adherencia terapéutica en el paciente anciano

Autores:

Cristina Belmonte Quintanilla

Aurora Carranza Román

María Gómez Sánchez

Marta Martínez Cantó

Rubén Martínez Parrilla

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE ANCIANO

INTRODUCCIÓN

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Con escasas excepciones, los estudios describen resultados inconsistentes acerca del perfil del paciente anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son: los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedición, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano. Esta revisión analiza la definición de adherencia, los métodos de medida, los determinantes de la no adherencia, su relevancia y las intervenciones para mejorarla.

OBJETIVOS

Revisar la definición actual y los factores asociados a la no-adherencia al tratamiento y las metodologías que mejoran la adherencia a la terapia. los pacientes que inadvertidamente omiten varias dosis y los médicos que atribuyen a falta de eficacia del medicamento pueden no ser conscientes que el problema subyacente es una pobre adherencia con el tratamiento prescrito.

MÉTODO

Estudio transversal (de prevalencia) en una muestra de 70 pacientes mayores de 65 años autosuficientes, dados de alta de una unidad de medicina interna.

RESULTADOS

Se encontró que solamente un 8,6% de los pacientes realizaba correctamente el tratamiento. El 85% de los medicamentos se tomó de forma incorrecta, en su mayoría se tomaba más de lo prescrito (67%), menos frecuentemente por debajo de lo prescrito (33%) y un 54% no seguía las recomendaciones en cuanto a horarios y relación con la comida. Las causas más frecuentes identificadas por los pacientes para no tomar correctamente la medicación fueron el olvido y la falta de conocimientos. Los factores de riesgo más frecuentes para no tomar la medicación adecuadamente fueron ser varón, convivir con hijos y tener un mayor número de medicamentos prescritos. Cuando la información acerca del tratamiento la proporcionó un profesional sanitario y cuando hubo la ayuda por parte de un familiar o amigo en el domicilio del paciente para aclarar sus dudas, aumentó la adherencia.



CONCLUSIONES

La adherencia terapéutica tras el alta de pacientes mayores de 65 años es muy baja. Es necesario buscar instrumentos para contrarrestar el olvido y adaptar nuestras recomendaciones para mejorar el conocimiento del paciente acerca de la prescripción.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Mir F, Palop Larrea V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Diabet*. 2004; vol. 28 (nº 5):pág 113-120
- Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. *Acta Med Colomb* 2005; 30: 268-73.
- García Díaz B. El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. Monografía 28. Año 2000. Disponible en: www.esteve.org
- Rodríguez Marín J. Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. Disponible en <http://www.fundacionmhen.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo7.pdf>

Resumen: La adherencia al tratamiento es un problema frecuente al que nos enfrentamos en la práctica clínica, se acentúa en los pacientes ancianos y en países como el nuestro alcanza el 50% de acuerdo a los informes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Una mala adherencia al tratamiento está relacionada con el empeoramiento de la enfermedad, el aumento de la mortalidad y el incremento de los costes sanitarios. Esta revisión analiza la definición de adherencia, los métodos de medida, los determinantes de la no adherencia, su relevancia y las intervenciones para mejorarla.

Palabras Clave: Adherencia al Tratamiento; Cumplimiento; Anciano.

Introducción:

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Con escasas excepciones, los estudios describen resultados inconsistentes acerca del perfil del paciente anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano.

Objetivos:

Revisar la definición actual y los factores asociados a la no-adherencia al tratamiento y las metodologías que mejoran la adherencia a la terapia. Los pacientes que inadvertidamente omiten varias dosis y los médicos que atribuyen a falta de eficacia del medicamento pueden no ser conscientes que el problema subyacente es una pobre adherencia con el tratamiento prescrito.

Material y método:

Estudio transversal (de prevalencia) en una muestra de 70 pacientes mayores de 65 años autosuficientes, dados de alta de una unidad de medicina interna.

Resultados:

Se encontró que solamente un 8,6% de los pacientes realizaba correctamente el tratamiento. El 85% de los medicamentos se tomó de forma incorrecta, en su mayoría se tomaba más de lo prescrito (67%), menos frecuentemente por debajo de lo prescrito (33%) y un 54% no seguía las recomendaciones en cuanto a horarios y relación con la comida. Las causas más frecuentes identificadas por los pacientes para no tomar correctamente la medicación fueron el olvido y la falta de conocimientos. Los factores de riesgo más frecuentes para no tomar la medicación adecuadamente fueron ser varón, convivir con hijos y tener un mayor número de medicamentos prescritos. Cuando la información acerca del tratamiento la proporcionó un profesional sanitario y cuando hubo la ayuda por parte de un familiar o amigo en el domicilio del paciente para aclarar sus dudas, aumentó la adherencia.

Conclusiones:

La adherencia terapéutica tras el alta de pacientes mayores de 65 años es muy baja. Es necesario buscar instrumentos para contrarrestar el olvido y adaptar nuestras recomendaciones para mejorar el conocimiento del paciente acerca de la prescripción.

Bibliografía:

1. Martínez Mir F, Palop Larrea V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Dialnet. 2004; vol. 28 (nº 5):pág 113-120.
2. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Acta Med Colomb 2005; 30: 268-73.
3. García Díaz B. El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. Monografía 28. Año 2000. Disponible en: www.esteve.org
4. Rodríguez Marín J. Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. Disponible en <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo7.pdf>

Capítulo CXCVI

Valoración de la cinemática del trauma en los accidentes de tráfico

Autores:

Ricardo Luis Benítez De María

Noelia Gutiérrez García

Elisabet Ponce Cañizares

Esther Rodríguez-Peral Valiente

VALORACIÓN DE LA CINEMÁTICA DEL TRAUMA EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

INTRODUCCIÓN

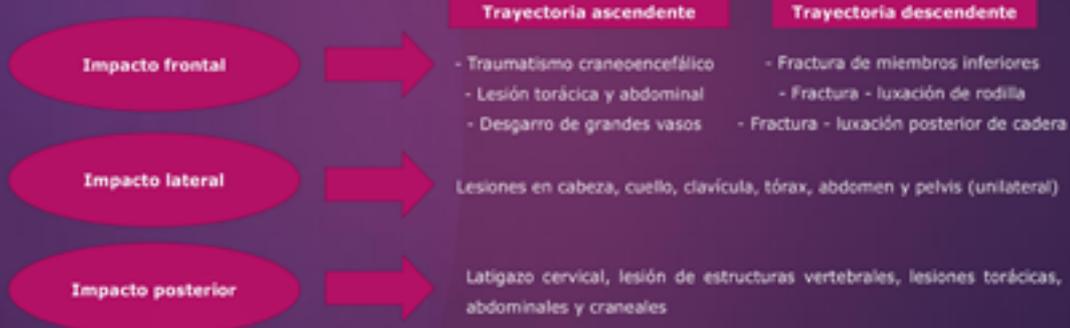
La supervivencia de las víctimas en accidentes de tráfico depende de la rápida identificación y tratamiento de las lesiones visibles y lesiones potenciales.

La cinemática del trauma ayuda a comprender las fuerzas, movimientos y mecanismos lesionales implicados en cada siniestro, los cuales, determinan las posibles lesiones que podemos encontrar en los pacientes que reciben asistencia. Una lesión que no se sospecha, no puede ser identificada ni tratada.



RESULTADOS

En los accidentes de tráfico, las lesiones orgánicas se producen por fuerzas de cizallamiento, de compresión, de flexión o de extensión. Además, en un traumatismo se sufren 3 tipos de impacto, cada uno de ellos con una lesión propia: impacto del vehículo contra otro objeto; impacto de los ocupantes del vehículo contra las estructuras del mismo e impacto de órganos internos contra las estructuras óseas y cavidades del organismo.



CONCLUSIONES

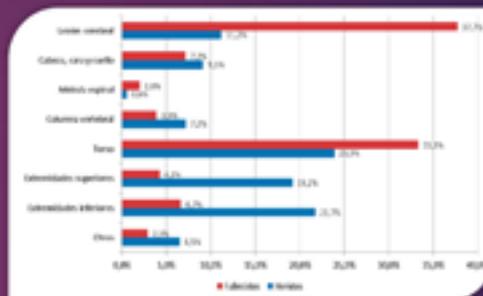
En los accidentes de tráfico, el tipo de colisión del vehículo determina el tipo de lesiones que podemos encontrar en los heridos y la gravedad de las mismas. El análisis de la cinemática del trauma es parte fundamental de la valoración del paciente politraumatizado, englobándose dentro de la valoración inicial de la escena del siniestro.

OBJETIVO

Explicar las lesiones traumáticas causadas por accidentes de automóvil y la gravedad de las mismas de acuerdo a los patrones lesionales presentes en cada siniestro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2000 - 2015 procedentes de bases de datos (Medline, Dialnet, Cochrane y Pubmed), manuales de Emergencias y web de la DGT y el INE.



Localización de las lesiones en heridos y fallecidos. DGT 2013 España

Resumen: *Introducción. La supervivencia de las víctimas de accidentes de tráfico depende del precoz tratamiento de las lesiones, siendo útil la valoración de la cinemática. Objetivos. Explicar las lesiones traumáticas asociadas a los patrones lesionales presentes.*

Material y métodos. Revisión bibliográfica, análisis de bases de datos, manuales de emergencias y datos estadísticos (DGT, INE). Desarrollo. Cada tipo de colisión genera lesiones características. El sanitario antes de la asistencia estimará el mecanismo lesional implicado en cada caso. Conclusiones. La cinemática es fundamental en la valoración del politraumatizado ya que aporta información de las posibles lesiones a encontrar.

Palabras Clave: *Cinemática; Politraumatizado; Extrahospitalaria.*

Introducción:

Los accidentes de tráfico representan en la actualidad un importante problema de salud pública debido a las elevadas tasas de mortalidad, morbilidad y años de vida perdidos que generan en nuestra sociedad. Suelen afectar en un 70% más a los hombres que a las mujeres y principalmente a personas jóvenes, en un rango de edad de 18 a 45 años. A pesar de las elevadas cifras que se manejan, la situación de accidentalidad en España tiende a disminuir en contraposición al incremento del número de vehículos en circulación. El éxito del tratamiento de los pacientes politraumatizados depende del reconocimiento precoz y tratamiento de las lesiones o posibles lesiones potenciales y de una buena capacidad de valoración del paciente. Con frecuencia, es difícil determinar una lesión con exactitud, más aún si ésta es una lesión interna que en los primeros momentos de la valoración pasa desapercibida pero la gravedad de la misma puede causar la muerte del paciente si no se toman las medidas oportunas. Los sistemas de emergencias tienen un papel decisivo en la asistencia inicial del politraumatizado, observando, valorando, priorizando y actuando con rapidez y de la forma oportuna según cada caso. Deben por tanto, no solo conocer cómo proceder ante una lesión, sino saber cómo valorarla y antes de todo cómo localizarla. Para ello es fundamental conocer los principios básicos de la cinemática del trauma y comprender los mecanismos lesionales implicados en cada accidente. Por definición, la cinemática del trauma se refiere al estudio de un evento traumático y de las fuerzas y movimientos originados en él que producen deformaciones mecánicas y determinan los posibles daños y lesiones que encontramos en un paciente politraumatizado.

Desde el punto de vista práctico, el mecanismo lesional de un accidente debe estudiarse antes incluso de asistir al paciente. Especial importancia adquiere esta información si el equipo de atención extrahospitalaria dispone de ella antes de llegar al lugar del suceso pues puede servir para planificar de antemano la asistencia. También orienta en la valoración y tratamiento in situ de las lesiones, tanto de las lesiones visibles a simple vista como de las que pasan desapercibidas. Por último, es una información valiosa a transmitir a los sanitarios de la Urgencia Hospitalaria para ayudarles a integrar la información dada con las lesiones que deben tratar y orientar al diagnóstico y tratamiento definitivo.

Objetivo:

Explicar las lesiones traumáticas por accidentes de automóvil y la gravedad de las mismas de acuerdo a los patrones lesionales presentes.

Material y método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica empleando como principales fuentes de datos la Dirección General de Tráfico, el Instituto Nacional de Estadística, bases de datos de fundamento científico (Medline, Dialnet, Cochrane, Pubmed, Cuiden), artículos de prensa y manuales de Enfermería y Medicina de urgencias y emergencias extrahospitalarias. En total, la búsqueda arrojó 28 artículos de los cuales se ha contado con 17 para la revisión. Se excluyeron 11 artículos que no desarrollaban en profundidad el tema a tratar.

Desarrollo y discusión:

En la escena de un accidente de tráfico, se plantean cuestiones tales como, ¿por qué algunos ocupantes del mismo vehículo resultan ilesos y otros heridos de gravedad?, ¿por qué pacientes no considerados críticos en la valoración inicial desarrollan posteriormente situaciones clínicas que comprometen su vida? La respuesta se obtiene del estudio del mecanismo lesional de la colisión. Los principios mecánicos que intervienen en los traumatismos contusos son las fuerzas de cizallamiento, la compresión, la flexión y la extensión. Cada uno de ellos generará unas lesiones características, por lo que el sanitario, para estimar el mecanismo lesional deberá observar el vehículo, determinar el tipo de colisión (frontal, posterior, lateral o con vueltas de campana), estimar el intercambio de energía y la dirección del impacto.

- Impacto frontal:

El uso de cinturón de seguridad evita el choque contra los obstáculos presentes en el interior del coche; si no se lleva abrochado los ocupantes chocarán con los obstáculos existentes dentro del vehículo. El conductor puede seguir 2 trayectorias: ascendente o descendente. En la trayectoria ascendente, el cuerpo del conductor se dirige por encima del volante chocando contra él y lesionándose la caja torácica, corazón, pulmones y arteria aorta. El diafragma y los órganos huecos pueden verse afectados por aumento de las presiones intracavitarias por compresión toraco-abdominal. El riñón, bazo e hígado pueden lesionarse por las fuerzas de cizallamiento al detenerse bruscamente la velocidad a la que se desplazaban. Además, se pueden generar desgarros de sus estructuras de anclaje y vasos sanguíneos que los irrigan (desgarro de los vasos renales y de la arteria aorta abdominal). La cabeza suele golpear contra el parabrisas o el techo produciendo hiperflexión o hiperextensión de la columna cervical y traumatismo craneoencefálico. En la trayectoria descendente, el cuerpo del conductor se desplaza fuera de su asiento hacia el salpicadero. Se producen lesiones en los miembros inferiores como fracturas de tobillo o metatarsianos debido a la colocación del pie sobre los pedales, luxación y fractura de rótula y ligamentos por el choque de la tibia contra el salpicadero y el desplazamiento del fémur hacia delante. Se puede dañar la arteria poplítea y complicarse la lesión con isquemia del miembro afectado. Si lo que primero impacta es el fémur, el desplazamiento de la pelvis hacia delante ocasiona una fractura - luxación posterior del acetábulo de la cadera. El tórax y la cabeza golpearán contra el volante ocasionando lesiones de la parte superior del tronco.

- Impacto posterior:

La lesión más frecuente es el esguince cervical debido a la hiperextensión y posterior hiperflexión de las vértebras cervicales.

- Impacto lateral:

Las lesiones resultantes dependerán de factores como la posición del ocupante y la fuerza de impacto. Las lesiones suelen ser unilaterales: fractura de clavícula, fractura de costillas, contusión pulmonar, neumotórax, lesiones por compresión de los órganos torácicos internos y rotura de la aorta por cizallamiento. A nivel abdominal y pélvico, puede producirse fractura de pelvis y lesión de órganos abdominales por compresión de los mismos. La cabeza puede golpearse contra la puerta del vehículo añadiendo traumatismo craneoencefálico y lesiones de la columna vertebral.

- Vueltas de campana:

Los impactos son múltiples y por ende, la combinación de todos los mecanismos lesionales, es posible. Las lesiones varían su gravedad de acuerdo al uso o no del cinturón de seguridad y la posibilidad de ser expulsado fuera del vehículo.

Conclusiones:

El estudio de la cinemática del trauma es parte fundamental de la valoración en el paciente politraumatizado ya que aporta información de las fuerzas de impacto, movimientos ocurridos en un accidente y posibles lesiones a tratar.

Bibliografía:

1. Arregui – Dalmases C, Luzón Navarro J, Seguí – Gómez M. Fundamentos de biomecánica en las lesiones por accidente de tráfico. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2007.
2. Brooke Lerner E, Shah MN, Cushman JT, Swor RA, Guse CE, Brasel K “et al”. Does mechanism of injury predict trauma center need?. *Prehosp Emerg Care*. 2011; 15: 518 – 525.
3. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial España 2013. Dirección General de Tráfico. Disponible en: www.dgt.es. Consultado el: 30 de abril de 2015.
4. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta Med Per*. 2011; 28 (2): 105 -111.
5. PHTLS. Soporte Vital Básico y Avanzado en el trauma prehospitalario. Barcelona; Elsevier. 7ª edición. 2012.

Capítulo CXCVII

Valoración del grado de ansiedad en padres de niños sometidos a estudios neurofisiológicos

Autores:

Antonia Gema García Gutiérrez

María González Redondo

Patricia Rodríguez Jiménez

Valoración del grado de ansiedad en padres de niños sometidos a estudios neurofisiológicos.

Autores:

INTRODUCCIÓN

Los padres, principales actores en el cuidado del niño, son los más afectados por el diagnóstico de una enfermedad crónica. Se resalta que los padres pueden exhibir síntomas físicos y emocionales, tales como la pérdida del control, de la autoestima, depresión, ansiedad, además de presentar un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales. Estas reacciones pueden estar presentes en la relación con el equipo de atención de salud, y pueden interferir en el nivel de entendimiento de los padres, en la adherencia al tratamiento e influenciar negativamente el comportamiento del niño.

La ansiedad es uno de los motivos por los que la información del personal sanitario no llega como debiese a los padres y es motivo de conflicto y de interferencia en la comunicación. Esto puede provocar una merma en la calidad de la atención a los niños, ya que una información adecuada favorece el que los padres tomen decisiones con mayor fundamento y autonomía.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 85 padres de los cuales el 31,4% (27) fueron hombres y el 68,6% (59) fueron mujeres (Figura 1). El estado civil y el tipo de estudios de los participantes pueden verse en la Figura 2 y 3. Al 80,2% (69) se les realizaron las pruebas diagnósticas por primera vez, mientras que al 19,8% (17) restante, las pruebas se encuadran dentro del proceso de seguimiento de patologías crónicas.

El 68,6% (59) recibió información sobre las pruebas diagnósticas a las que se sometería a su hijo, frente al 31,4% (27) que no recibió ninguna información.

La edad media se situó en $37,6,5$ años con un IC 95% (35,61-38,42). El tiempo de espera medio para la realización de la prueba se situó en $150,65 \pm 137,52$ días con un mínimo de un día y un máximo de 730 días.

La puntuación media de ansiedad como rasgo fue de $16,83 \pm 9,5$ y la de ansiedad como estado de $22,4 \pm 5,4$. El análisis de contraste entre la variable sexo y la puntuación obtenida por el STAI mostró diferencias estadísticamente significativas en la puntuación Rasgo Estado, siendo superior en los padres respecto a las madres $p=0,003$ (Figura 4 y 5). No hubo diferencias entre la puntuación STAI y el haber recibido o no información previa la prueba diagnóstica (Figura 6). Tampoco se encontraron diferencias entre la puntuación STAI obtenida y el estado civil $p=0,4$ y el STAI y el nivel de estudios de los participantes $p=0,6$.

CONCLUSIONES

Tras el análisis e interpretación de los datos, se observa que toda la muestra de padres presenta ansiedad como Estado, siendo superior la puntuación en hombres.

OBJETIVO

Evaluar el grado de ansiedad en padres de niños sometidos a estudios neurofisiológicos.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en la unidad de pruebas neurofisiológicas de un hospital de segundo nivel. La población de estudio fueron los padres cuyos hijos fueron sometidos a pruebas diagnósticas: electroencefalograma (EEG) y potenciales evocados. Se realizó un muestreo no probabilístico, consecutivo de los padres que acudieron a la unidad durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Padres o madres que no aceptaron participar en el estudio o tenían problemas de comprensión del castellano hablado y escrito.

Se midieron variables sociodemográficas y puntuación de la escala de ansiedad de rasgo y de ansiedad de estado.

Instrumento de medida: Para cuantificar la ansiedad se utilizó el cuestionario validado STAI (State Trait Anxiety Inventory).

Análisis de datos: Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio aritmético y mediana), medidas de dispersión (desviación estándar) en las variables cuantitativas. En segundo lugar se utilizó estadística inferencial, prueba de t de Student y ANOVA. El nivel de significancia definido fue $p < 0,05$. Se utilizó el Programa Estadístico Statistic Pack for Social Sciences (SPSS) en su versión 22.0.

Aspectos Éticos: Los datos fueron tratados de forma agregada respetando la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Se solicitó permiso al comité de ética para la realización del estudio.



Figura 1

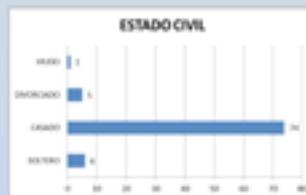


Figura 2



Figura 3

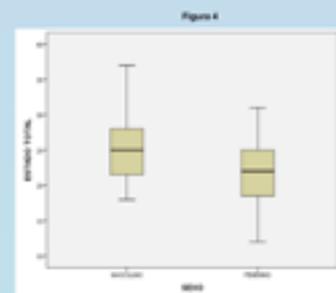
SEXO		N	Media
RASGO TOTAL	MASCULINO	27	14,9±9,8
	FEMENINO	59	17,6±9,4
ESTADO TOTAL	MASCULINO	27	24,9±4,7
	FEMENINO	59	21,±5,3

Figura 4



INFORMACION		N	Media±DE
RASGO TOTAL	SI	27	16,19±8
	NO	59	17,12±10,2
ESTADO TOTAL	SI	27	23,74±3,7
	NO	59	21,85±5,9

Figura 5



Resumen: El objetivo de este trabajo fue evaluar la existencia de ansiedad en los padres cuyos hijos son sometidos a pruebas neurofisiológicas. La muestra final la formaron un total de 86 participantes de los cuales el 31,4% (27) fueron hombres y el 68,6% (59) mujeres. Para cuantificar la ansiedad se utilizó el cuestionario validado STAI (State Trait Anxiety Inventory). El nivel de significancia definido fue $p < 0,05$. El análisis de contraste entre la variable sexo y la puntuación obtenida por el STAI mostró diferencias estadísticamente significativas en la puntuación Rasgo Estado, siendo superior en los padres respecto a las madres $p = 0,003$.

Palabras Clave: Ansiedad; Padres; Neurofisiología.

Introducción:

Los padres, principales actores en el cuidado del niño, son los más afectados por el diagnóstico de una enfermedad crónica. Se resalta que los padres pueden exhibir síntomas físicos y emocionales, tales como la pérdida del control, de la autoestima, depresión, ansiedad, además de presentar un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales. Estas reacciones pueden estar presentes en la relación con el equipo de atención de salud, y pueden interferir en el nivel de entendimiento de los padres, en la adherencia al tratamiento e influenciar negativamente el comportamiento del niño.

La ansiedad es uno de los motivos por los que la información del personal sanitario no llega como debiese a los padres y es motivo de conflicto y de interferencia en la comunicación. Esto puede provocar una merma en la calidad de la atención a los niños, ya que una información adecuada favorece el que los padres tomen decisiones con mayor fundamento y autonomía.

Objetivo:

Evaluar el grado de ansiedad en padres de niños sometidos a estudios neurofisiológicos.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en la unidad de pruebas neurofisiológicas de un hospital de segundo nivel. La población de estudio fueron los padres cuyos hijos fueron sometidos a pruebas diagnósticas: electroencefalograma (EEG) y potenciales evocados (PE). Se realizó un muestreo no probabilístico, consecutivo de los padres que acudieron a la unidad durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Padres o madres que no aceptaron participar en el estudio o tenían problemas de comprensión del castellano hablado y escrito. Se midieron variables sociodemográficas y puntuación de la escala de ansiedad de rasgo y de ansiedad de estado.

Instrumento de medida: Para cuantificar la ansiedad se utilizó el cuestionario validado STAI (State Trait Anxiety Inventory).

Análisis de datos: Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio aritmético y mediana), medidas de dispersión (desviación estándar) en las variables cuantitativas. En segundo lugar se utilizó estadística inferencial, prueba de t de Student y ANOVA. El nivel de significancia definido fue $p < 0,05$. Se utilizó el Programa Estadístico Statistic Pack for Social Sciences (SPSS) en su versión 22.0.

Aspectos Éticos: Los datos fueron tratados de forma agregada respetando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Se solicitó permiso al comité de ética para la realización del estudio.

Resultados:

Se obtuvo una muestra de 86 padres de los cuales el 31,4% (27) fueron hombres y el 68,6% (59) fueron mujeres.

Al 80,2% (69) se les realizaron las pruebas diagnósticas por primera vez, mientras que al 19,8% (17) restante, las pruebas se encuadran dentro del proceso de seguimiento de patologías crónicas.

El 68,6% (59) recibió información sobre las pruebas diagnósticas a las que se sometería a su hijo, frente al 31,4% (27) que no recibió ninguna información.

La edad media se situó en 37+6,5 años con un IC 95% (35,61-38,42). El tiempo de espera medio para la realización de la prueba se situó en 150,65+137,52 días con un mínimo de un día y un máximo de 730 días.

La puntuación media de ansiedad como rasgo fue de 16,83+9,5 y la de ansiedad como estado de 22,4+5,4. El análisis de contraste entre la variable sexo y la puntuación obtenida por el STAI mostró diferencias estadísticamente significativas en la puntuación Rasgo Estado, siendo superior en los padres respecto a las madres $p=0,003$. No hubo diferencias entre la puntuación STAI y el haber recibido o no información previa la prueba diagnóstica. Tampoco se encontraron diferencias entre la puntuación STAI obtenida y el estado civil $p=0,4$ y el STAI y el nivel de estudios de los participantes $p=0,6$.

Conclusión:

Tras el análisis e interpretación de los datos, se observa que toda la muestra de padres presenta ansiedad como Estado, siendo superior la puntuación en hombres.

Bibliografía:

1. Gonzalez R, Cubero C, Román B, Dominguez A, Rondán MA, Urquizas S. Disminución de la ansiedad parental mediante visita informativa en cuidados intensivos pediátricos. *Metas Enferm jun* 2014; 17(5): 27-31.
2. Collados L, Omayra T, Sanchez-Alarcos M, Calderari E, Rodriguez A. Ansiedad en padres de niños hospitalizados en unidades de críticos. *Rev ROL Enf* 2012; 35(2):122-127.
3. Li-Ping Kong, Yan Cui, Yu-Fang Qiu, Shu-Ping Han, Zhang-Bin Yu and Xi-Rong Guo. Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1163–1172.
4. Casado F. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apunt Psicol.* 2002; 20(3):403-414.

Capítulo CXCVIII

Valoración neurológica del paciente crítico en nuestra UCI

Autores:

Alberto José Cerrillo Urbina

Noelia Redondo García

Valoración Neurológica del paciente crítico en UCI

Autores: Cerrillo Urbina, Alberto Jose - Redondo García, Noelia

Resumen

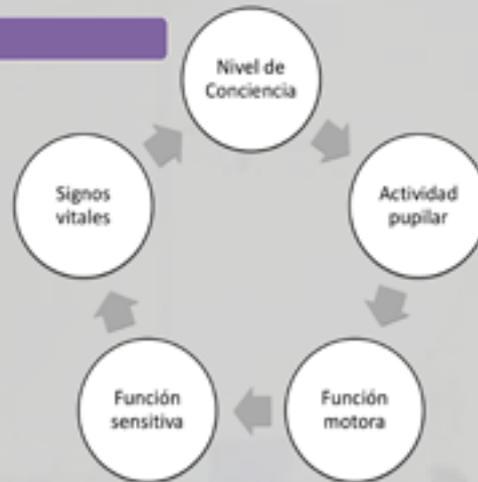
- El control neurológico podemos definirlo como el procedimiento exploratorio que nos dará a conocer el estado neurológico de un paciente y su evolución.
- La enfermera debe estar preparada para realizar una correcta valoración del estado neurológico puntual de un paciente y su evolución posterior, ya sea en servicios especiales como la Unidad de Cuidados Intensivos, como en otros servicios.
- El control neurológico es un procedimiento periódico y rápido que permite una evaluación continuada del estado del paciente, nos informará de los cambios del estado del paciente, en muchas ocasiones importantes y significativos.

Introducción

- La valoración es el primer paso del proceso de Enfermería.
- Es la base para determinar diagnósticos y tratamientos en función de la respuesta de nuestro paciente.
- El proceso de valoración tiene dos fases, la recolección de los datos y el registro de estos en un documento.
- Realizaremos una correcta valoración neurológica del paciente asignado en la Unidad de Cuidados Intensivos y procederemos a registrar esta información.

Método

- Valoración:



Nivel conciencia

- Uno de los mejores parámetros para indicar la función cerebral
- Primera clave en un posible estado de deterioro.
- **Escala de Glasgow** (puntuación entre 3 y 15 indica lesión cerebral severa).
- Evaluamos las respuestas verbales, motoras y apertura ocular.



Actividad pupilar

- Nos centraremos en tres prioridades:
 - Observar **tamaño** y **forma**.
 - Evaluar la **respuesta pupilar** a la luz.
 - **Simetría** de ambas pupilas.
 - Dirigir **fuerza de luz** al centro del ojo y realizar valoración.
 - Excluir traumatismos, efecto medicación y anisocoria congénita.
- La dilatación unilateral sugiere lesión occipital de espacio con hernia real o incipiente.
- La pupila dilatada y fija es el signo más confiable respecto al lado de la lesión.
- Miosis puede ser producida por opiáceos, barbitúricos e insecticidas.
- Midriasis, puede ser producida por atropina, alcohol, cocaína, psicostimulantes, antidepresivos, insecticidas y hongos.
- **Tamaño normal de pupilas 2-5 mm.**



Función motora

- La valoración de la función motora comprende:
 - **Fuerza muscular.**
 - **Tono muscular.**
 - **Postura.**
 - **Coordinación.**
 - **Reflejos.**
 - **Movimientos anormales.**
- La fuerza muscular se valora haciendo el paciente realice determinados movimientos contra resistencia (escala 0-5).
- El tono inspeccionando los músculos determinando su tamaño, forma, simetría e hipertrfia.
- Postura y coordinación pueden estar afectados por la medicación como sedantes.
- La valoración de reflejos, pupilares, nasales, deglución y plantar.
- Observar si el paciente presenta movimientos anormales como temblores o convulsiones.



Función sensitiva

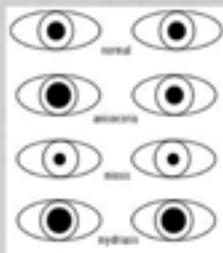
- Puede ser evaluado mientras el paciente o mantiene los miembros, se tocan las heridas, o respuestas ante estímulos.
- Valoramos, sensibilidad para tacto, dolor, temperatura, sensibilidad profunda, sentido de la posición de las articulaciones y posición.
- Alteraciones:
 - **Anestesia**, desaparición total de las sensaciones en una parte del cuerpo.
 - **Hipotesia**, es la disminución de una sensación, que es menor que la esperada para la intensidad del estímulo aplicado.
 - **Hiperestesia**, es cuando la sensación es más intensa que la esperada para el estímulo aplicado.
 - **Parestesia**, es una sensación en una parte del cuerpo que no está siendo estimulada, y frecuentemente se sienten como "ormigueros".
 - **Disección**, se pierde una modalidad de sensación y se conserva otra, en la misma región del cuerpo.



Signos vitales

- Parámetros claves de la función cerebral, influencia del cerebro y tronco encefálico sobre las funciones cardíaca, respiratoria y temperatura corporal.
- **ALTERACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES → DETERIORO DEL ESTADO NEUROLÓGICO.**
- Valoración de la función respiratoria:
 - **Patrón respiratorio** (frecuencia y ritmo)
 - **Comprobación y mantenimiento de la vía aérea.**
 - **Hipo-ventilación**, frecuente en el paciente con alteración del nivel de conciencia.
 - **Control de las secreciones.**
 - **Comprobación de los reflejos de la tos, vómito y de la deglución**, pueden estar disminuidos.
 - **La presión arterial y frecuencia cardíaca** son regulados por reflejos que tienen como estación central el centro vasomotor en el bulbo.
 - **La temperatura** es regulada por el hipotálamo cualquier lesión produce alteraciones térmicas.

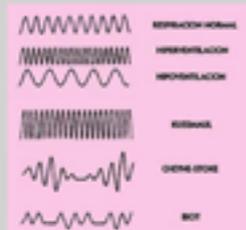
Escala de coma de Glasgow	
Respuesta verbal	
Orientación	5
Comandos verbales	5
Palabras incomprensibles	4
Responde al dolor (desorientación)	3
Responde al dolor (desorientación)	2
Responde al dolor (desorientación)	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Comandos verbales	5
Palabras incomprensibles	4
Responde al dolor (desorientación)	3
Responde al dolor (desorientación)	2
Responde al dolor (desorientación)	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Comandos verbales	5
Palabras incomprensibles	4
Responde al dolor (desorientación)	3
Responde al dolor (desorientación)	2
Responde al dolor (desorientación)	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Comandos verbales	5
Palabras incomprensibles	4
Responde al dolor (desorientación)	3
Responde al dolor (desorientación)	2
Responde al dolor (desorientación)	1



Monitoreo neurológico en la UCI

Detectar y tratar la aparición de lesiones secundarias que puedan llevar a un daño isquémico

- Valoración neurológica
- Cálculo de PIC. Para monitoreo y drenaje. Valor normal 3-15 mm Hg.
- Mantenimiento de la presión de perfusión cerebral (PPC= RME - PIC). Valor normal: 70-100 mm Hg.
- Sedación y analgesia.
- Relajación en caso necesario.
- Medicamentos que buscan disminuir el edema y favorecer la función cerebral.
- Valoración del déficit sensorial: Parestesia.
- Movimientos anormales: Flexión, extensión.
- Aparición de incontinencia u stomatocia.
- Posición de la cabeza del paciente a 30°.
- Si se tiene un sistema de drenaje, no bajar la cabeza de la cama. El drenaje no debe ser superior 250 ml día.



Conclusiones

- Realizar un buen control neurológico nos va permitir saber la situación neurológica del paciente en un momento puntual, sus cambios, y también prevenir las complicaciones que puedan aparecer más tarde al ser precedidas por estos cambios neurológicos. Seguiremos los pasos y detectaremos signos potencialmente amenazadores para la vida del paciente, se hará de manera objetiva con anotaciones concisas y cambios producidos. Informar rápidamente de cualquier anomalía al personal facultativo. La enfermería juega un papel muy importante ya que es la que va a detectar estos signos neurológicos.

Resumen: El control neurológico podemos definirlo como el procedimiento exploratorio que nos dará a conocer el estado neurológico de un paciente y su evolución. La enfermera debe estar preparada para realizar una correcta valoración del estado neurológico puntual de un paciente y su evolución posterior, ya sea en servicios especiales como la Unidad de Cuidados Intensivos, como en otros servicios. El control neurológico es un procedimiento periódico y rápido que permite una evaluación continuada del estado del paciente, nos informará de los cambios del estado del paciente, en muchas ocasiones importantes y significativos.

Palabras Clave: Cuidados Intensivos; Examen Neurológico; Monitoreo Fisiológico.

La valoración es el primer paso del proceso de Enfermería. Es la base para determinar diagnósticos y tratamientos en función de la respuesta de nuestro paciente. El proceso de valoración tiene dos fases, la recolección de los datos y el registro de estos en un documento. Realizaremos una correcta valoración neurológica del paciente asignado en la Unidad de Cuidados Intensivos y procederemos a registrar esta información.

- Nivel de Conciencia:

Uno de los mejores parámetros para indicar la función cerebral. Primera clave en un posible estado de deterioro, Escala de Glasgow (puntuación entre 3 y 8 de 15 indica lesión cerebral severa), evaluamos las respuestas verbales, motoras y apertura ocular.

- Actividad pupilar:

Nos centraremos en tres prioridades, observar tamaño y forma, evaluar la reacción pupilar a la luz y simetría de ambas pupilas. Dirigir fuente de luz al centro del ojo y realizar valoración. Excluir traumatismos, efecto medicación y anisocoria congénita. La dilatación unilateral sugiere lesión ocupante de espacio con hernia real o incipiente. La pupila dilatada y fija es el signo más confiable respecto al lado de la lesión. Miosis puede ser producida por opiáceos, barbitúricos e insecticidas. Midriasis, puede ser producida por atropina, alcohol, cocaína, psicoestimulantes, antidepresivos, insecticidas y hongos. Tamaño normal de pupilas 2-5 mm.

- Función motora:

La valoración de la función motora comprende: fuerza muscular, tono muscular, postura, coordinación, reflejos y movimientos anormales. La fuerza muscular se valora haciendo el paciente realice determinados movimientos contra resistencia (escala 0-5). El tono inspeccionando los músculos determinando su tamaño, forma, atrofia e hipertrofia. Postura y coordinación pueden estar afectados por la medicación como sedantes. La valoración de reflejos, parpadeo, nauseoso, deglución y plantar. Observar si paciente presenta movimientos anormales como temblores o convulsiones.

- Función sensitiva:

Puede ser evaluado mientras colocan o mantienen los catéteres, se limpian las heridas, o respuestas ante estímulos. Valoramos, sensibilidad para tacto, dolor, temperatura, sensibilidad profunda, sentido de la posición de las articulaciones y posición. Alteraciones: Anestesia,

desaparición todas las sensaciones en una parte del cuerpo. Hipoestesia, es la disminución de una sensación, que es menor que la esperada para la intensidad del estímulo aplicado. Hiperestesia, es cuando la sensación es más intensa que lo esperado para el estímulo aplicado. Parestesia, es una sensación en una parte del cuerpo que no está siendo estimulada, y frecuentemente se sienten como “hormigueo”. Disociación, se pierde una modalidad de sensación y se conserva otra, en la misma región del cuerpo.

- Signos vitales:

Parámetros claves de la función cerebral. Influencia del cerebro y tronco encefálico sobre las funciones cardíaca, respiratoria y temperatura corporal. La alteración de los signos vitales produce un deterioro del estado neurológico. Valoración de la función respiratoria: Patrón respiratorio (frecuencia y ritmo), comprobación y mantenimiento de la vía aérea, hipo-ventilación, frecuente en el paciente con alteración del nivel de conciencia, control de las secreciones, comprobación de los reflejos de la tos, vómito y de la deglución, pueden estar disminuidos, la presión arterial y frecuencia cardíaca son regulados por reflejos que tienen como estación central el centro vasomotor en el bulbo y la temperatura es regulada por el hipotálamo cualquier lesión produce alteraciones térmicas.

El monitoreo neurológico en la Unidad de Cuidados Intensivos para detectar y tratar la aparición de lesiones secundarias que puedan llevar a un daño isquémico, habrá que tener en cuenta, una valoración neurológica, catéter de PIC: Para monitoreo y drenaje. Valor normal 5-15 mm Hg, mantenimiento de la presión de perfusión cerebral. (PPC= PAM – PIC). Valor normal: 70-100 mm Hg, sedación y analgesia, relajación en caso necesario, medicamentos que buscan disminuir el edema y favorecer la función cerebral, valoración del déficit sensitivo (parestesias), movimientos anormales (flexión, extensión), aparición de rinorraquia u otorraquia, posición de la cabecera del paciente a 30º, y si se tiene un sistema de drenaje, no bajar la cabecera de la cama. El drenaje se puede incrementar y colapsar al paciente. El drenaje no debe ser superior 250 ml día.

En conclusión, realizar un buen control neurológico nos va permitir saber la situación neurológica del paciente en un momento puntual, sus cambios, y también prevenir las complicaciones que puedan aparecer más tarde al ser precedidas por estos cambios neurológicos. Seguiremos los pasos y detectaremos signos potencialmente amenazadores para la vida del paciente, se hará de manera objetiva con anotaciones concisas y cambios producidos. Informar rápidamente de cualquier anomalía al personal facultativo. La enfermería juega un papel muy importante ya que es la que va a detectar estos signos neurológicos.

Bibliografía:

1. Berman A, Shirlee J, Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería. Concepto, procesos y práctica. Madrid: Pearson Educación; 2008.
2. Ruiz Moreno J, Martín Delgado M^a C, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y Técnicas de Enfermería. 2 th ed. Barcelona: Rol; 2008.
3. Martínez Martín M^aL, Martín Salinas C, Canalejas Pérez C, Cid Galán M^aL. Guía para la valoración del paciente.
4. Brunner y Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica. 10th ed. México: McG.
5. Harrison TR. Principios de medicina interna. 17 th ed. Mexico: McGraw-Hill; 2008.

Capítulo CXCIX

Vía clínica en cirugía ginecológica: cuidados postquirúrgicos

Autores:

Juan Diego Díaz Valero

Miguel Ángel Gutiérrez Delgado

Víctor Manuel Narváez Argent

VÍA CLÍNICA EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA: CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

INTRODUCCIÓN

Las vías clínicas, también llamadas mapas de cuidados, son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial.

Su carácter de instrumento organizativo y multidisciplinario permite la estandarización de los cuidados para un grupo de pacientes con una misma patología y un curso clínico previsible.

Su formato habitual es el de una matriz de tareas-tiempo, tipo diagrama de Gantt, cuyas columnas contienen divisiones por días y sus filas identifican los principales componentes de cuidados.

Nuestra vía clínica abordará intervenciones quirúrgicas ginecológicas de complejidad elevada: histerectomías laparotómica, quistectomías, aneختomías laparotómicas, miomectomías laparotómicas, tumorectomía vulvar con/sin ganglio centinela y laparotomía exploradora.

OBJETIVOS

- ◆ Ayudar a los profesionales de enfermería en el abordaje de cuidados.
- ◆ Brindar cuidados de calidad basados en la evidencia científica, reduciendo la variabilidad clínica.
- ◆ Su aplicación a diagnósticos y procedimientos de elevada frecuencia y coste, especialmente en los que existen variaciones que comprometen la eficiencia del proceso asistencial.

METODOLOGÍA

	RETORNO A PLANTA DE URPA	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Vía pentérica	Mantener	Mantener/ desconectar	Vía heparinizada	Retirar
	Sonda vesical	Mantener	Retirar si tolera (salvo cirugía vulvar)		
	Drenajes	Mantener y vigilar	Valorar retirada si < 50 ml.	Valorar retirada si < 50 ml.	Retirar si < 50 ml.
	Movilización	En cama	Iniciar		
	Apósito	Vigilar a las 20h.	Vendaje compresivo en cirugía abdominal	Vendaje compresivo	Levantar apósito vendaje compresivo
	Dieta	Absoluta	Líquida: progresar	Blanda	Normal
	Catéter epidural	Mantener	Cortar perfusión a las 7:00 horas.		
	Analítica		A las 7:00 horas.		

RESULTADOS

NOC 1814. Conocimiento: proceso de la enfermedad.

NOC 1605. Control del dolor.

NOC 0503. Eliminación urinaria.

NOC 0761. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

NOC 1402. Control de la ansiedad.

INTERVENCIONES

NIC 2210. Administración de analgésicos.

NIC 1876. Cuidados del catéter urinario

NIC 5628. Enseñanza procedimiento/tratamiento.

NIC 7310. Cuidados de enfermería a su llegada.

NIC 0580. Sondaje vesical

NIC 0265. Cuidados del drenaje.

NIC 0740. Cuidados del paciente encamado.

NIC 5270. Apoyo emocional.

NIC 2380. Gestión de la medicación.

NIC 5340. Presencia.

NIC 3440. Cuidados del sitio de incisión.

NIC 4920. Escucha activa.

CONCLUSIONES

Entre las ventajas del uso de la vía clínica 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.

Las vías clínicas tienen una máxima implantación en procedimientos quirúrgicos.

La validez de la vía clínica es local, ya que solo sirve para un escenario clínico concreto.

BIBLIOGRAFÍA

- National Research Council. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
- Orellana A, Paravic T. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. *Cienc. Enferm.* 2007; 13(1): 17-24.
- "Introducción". En la elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. (Internet). Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud- IACS N 2006/01, p. 10. Disponible en <http://portal.guialsalud.es/emanales/elaboración/index-02.html>

Resumen: Las vías clínicas, también llamadas mapas de cuidados, son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial.

Palabras Clave: Vía Clínica; Cuidados; Ginecología.

Las vías clínicas, también llamadas mapas de cuidados, son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial.

Su carácter de instrumento organizativo y multidisciplinario permite la estandarización de los cuidados para un grupo de pacientes con una misma patología, intervención quirúrgica y que van a presentar un curso clínico previsible. Las vías clínicas pueden presentar diversos formatos con una mayor adecuación a la situación que vayan a abordar. Su formato habitual es el de Diagrama de Gantt, cuyas columnas contienen divisiones por días y sus filas identifican los principales componentes de cuidados.

La vía clínica que desarrollamos abordará intervenciones quirúrgicas ginecológicas de complejidad elevada: Histerectomías laparotómicas, quistectomías, anexectomías laparotómicas, miomectomías laparotómica, tumorectomía vulvar con o sin ganglio centinela y laparotomía exploradora.

Entre los objetivos de las vías clínicas están:

- Ayudar a los profesionales de enfermería en el abordaje de cuidados.
- Brindar cuidados de calidad basados en la evidencia científica, reduciendo así la variabilidad clínica y su aplicación a diagnósticos y procedimientos de elevada frecuencia y coste, especialmente en los que existen variaciones que comprometen la eficiencia del proceso asistencial. Sumamente importante reducir la frecuencia de los efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentación.
- Constituir una poderosa herramienta educativa para médicos residentes en formación así como personal de enfermería nuevo en la unidad para evitar la improvisación y ofrecer una visión global en la toma de decisiones.

Algunas ventajas coinciden con algún objetivo. Haciendo un resumen de las principales ventajas que encontramos se encuentran la capacidad de reducir la estancia hospitalaria, los costes, las complicaciones, las readmisiones y el número de pruebas diagnósticas innecesarias que disminuyen la eficacia y eficiencia del proceso. Mejora la acción terapéutica y la satisfacción de los pacientes.

Las vías clínicas tienen su máxima implantación en procedimientos quirúrgicos. La validez en la vía clínica es local, ya que sólo sirve para un espacio clínico concreto.

Bibliografía:

1. National Research Council. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
2. Orellana A, Paravic T. Enfermería Basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Cienc. Enferm. 2007; 13(1): 17-24.
3. Introducción en la elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico.(Internet). Madrid.Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS N 2006/01, p. 10. Disponible en <http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboración/index-02.html>

Capítulo CC

Vía intraósea: alternativa rápida y eficaz a la vía venosa periférica convencional en situaciones de urgencia vital en atención primaria

Autores:

Antonio Jesús Baena Bravo

José Antonio De La Cruz Villamayor

Pablo Ramírez Domenech

VÍA INTRAÓSEA: ALTERNATIVA RÁPIDA Y EFICAZ A LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CONVENCIONAL EN SITUACIONES DE URGENCIA VITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

INTRODUCCIÓN: Procedimiento mediante el cual se obtiene una vía venosa periférica en situaciones de urgencia vital y de especial interés práctico en los centros de Atención Primaria de Salud. Las situaciones que incluyen riesgo vital son la parada cardiorrespiratoria, shock, politraumatismo grave, grandes quemados, estafas epilépticas, etc. Siendo relevante su uso en consulta y en atención urgente domiciliaria.

Es una herramienta imprescindible en estas situaciones límite y cobra más relevancia en ambientes extrahospitales debido a la escasez de medios humanos y materiales ante urgencias extremas donde la vida del paciente depende del tiempo de reacción. Un niño o un adulto, evitarán secuelas, un peor pronóstico o la muerte, si no es posible la canalización de una vía venosa periférica convencional tras varios intentos o transcurridos más de un minuto.



La vía intraósea puede ser realizada a todo tipo de pacientes independientemente de su edad. Las normas internacionales consensuadas recomiendan que en recién nacidos y niños hasta 6 años se utilice preferentemente la tibia proximal. A partir de 6 años, el sitio de punción se sitúa 3 cm por encima del maléolo tibial interno. Los lugares alternativos que puede usarse son la cara lateral del femur, 2-3 cm por encima del cóndilo lateral y la cara anterior de la cabeza humeral (adolescentes).

Cualquier fármaco o solución que pueda ser administrada por vía intravenosa puede serlo por vía intraósea en la misma dosis y cantidad. Es un dispositivo de uso solo en caso de urgencia vital y por tanto debe ser sustituido por una vía venosa periférica ordinaria en la mayor brevedad posible. A nivel fisiológico esta vía está basada en que la cavidad medular de huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central y que permite pasar fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

OBJETIVOS:

- General: Poner de manifiesto la importancia del buen manejo por parte de los profesionales sanitarios de la obtención de una vía venosa periférica a través de la punción en situaciones vitales para un paciente.
- Específicos:
 - Enumerar los diferentes dispositivos para la punción intraósea.
 - Describir la técnica mediante unos pasos sencillos en la cara anterior de la tibia, en su tercio proximal con Sistema o Pistola BIG.
 - Desarrollar los cuidados generales de enfermería de su uso.

METODOLOGÍA:

Para llevar a cabo esta técnica se puede utilizar diversos dispositivos preparados para ello, y aunque existen en el mercado algunos otros, aquí se enumeran los más habituales: agujas de Cook, pistola o sistema BIG y taladro EZ-IO.

El procedimiento para obtener un acceso periférico a una red venosa intraósea mediante el Sistema BIG (Bone Injection Gun) consta de los siguientes pasos, que deben ser llevados a cabo por personal sanitario cualificado y debidamente formado. El tiempo medio de aplicación es de 17 segundos y su precio es de los más económicos respecto a otros sistemas del mercado, lo cual facilita su adquisición. Este dispositivo consta de una graduación para regular la profundidad de la punción, de modo que se debe ajustar a la anatomía ósea en la que se vaya a proceder dependiendo de que sea un niño o un adulto, en la tibia, en el maléolo interno tibial, en el esternón, etc. El dispositivo rojo es pediátrico y azul de adulto.

Sistema BIG



La técnica debe cumplir todos los requisitos de esterilidad para una canalización de vía venosa periférica y por ello, se coloca el profesional unos guantes y el compañero de equipo le debe asistir con el material necesario cada paso del procedimiento.

Colocar la rodilla semiflexionada, en rotación externa y con apoyo estable. Aplicar antiséptico tópico en la piel donde se va a ejecutar la punción. El lugar más adecuado es el centro de la tibia en su tercio proximal y para ello se debe palpar ambos laterales tibiales y señalar el centro óseo, luego coger el dispositivo tipo BIG, se retira la pestalla protectora y con la mano dominante, se presenta a 90° respecto a la cara anterior de la tibia en su tercio proximal, mientras la mano no dominante tensa la piel y estabiliza el miembro inferior.

A continuación se ejerce presión para atravesar los tejidos hasta llegar a la medula ósea. Luego se retira la pistola BIG y quedará insertada la aguja con un fador o guía interior. Tira del fador para ajustar una jeringa de 5ml con la que extraeremos 2 ml de contenido hemático para asegurar que se encuentra canalizada la vía en el lugar idóneo. A continuación introducir 5 ml de suero salino fisiológico para limpiar el catéter y fijarlo a la piel a través del dispositivo externo que se adjunta en el envase. Se enrosca el sistema de infusión de líquidos por goteo con una llave de tres pasos para disponer de varios accesos en caso de que fuera necesario.

INTERVENCIONES:

Los cuidados de enfermería de esta vía venosa periférica no difieren mucho de los cuidados de otros tipos de vías. Registrar en la historia la fecha, hora de inserción, tipo de catéter, lugar de inserción y medicación administrada. Para evitar complicaciones, se controlarán distintos signos: sangrado, presencia de pulsos distales, color, temperatura, aspecto y tamaño del miembro. Detección precoz de complicaciones como osteomielitis, necrosis, abscesos, embolismo graso, síndrome compartimental, alteraciones en el cartilago de crecimiento, fracturas óseas. La heparinización de la vía es conveniente para evitar obstrucción de la misma durante la pausa de su uso. No se recomienda apósito oclusivo porque favorece la maceración de la piel y la contaminación, a no ser el apósito que recomienda el fabricante de algunos dispositivos. Mantener una adecuada inmovilización del miembro donde está insertada la vía. Para retirar la vía habrá que desinfectar la zona y mantener presión con un apósito estéril durante minutos, tras lo cual se colocará un apósito seco estéril y se vigilará periódicamente la zona.

CONCLUSIÓN:

El dispositivo de obtención de una vía venosa periférica intraósea debe ser manejado por profesionales sanitarios cualificados tanto en Atención Especializada y como en Atención Primaria, debido a que resulta una herramienta vital para casos de extrema necesidad de canalización de un acceso vascular para la perfusión de líquidos o medicación de urgencia vital tanto en adultos como en niños.

BIBLIOGRAFÍA: 1. De RAR de, Melo CL, Dantas RB, Delfim LVV. Vascular access through the intraosseous route in pediatric emergencies. Rev Bras Ter Intensiva. diciembre de 2012;24(4):607-14.
 2. Rosenberg R, Cheung WK. Intraosseous access. CMAJ Can Med Assoc J. 19 de marzo de 2013;185(5):E238.
 3. Oksan D, Ayfer K. Povered Intraosseous device (EZ-IO) for critically ill patients. Indian Pediatr. julio de 2013;50(7):689-91.
 4. Olivé JM, Bou RN. La vía intraósea en situaciones de emergencia. Revisión bibliográfica. Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg. 2006;18(8):344-53.
 5. Miguez Burgos A, Muñoz Simano D, Tello Pérez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. Enferm Glob. octubre de 2011;10(4):0-5.
 6. Harhot KA, van Lierhout EMM, Thies WC, Palke P, Schipper IB. Intraosseous Devices: A Randomized Controlled Trial Comparing Three Intraosseous Devices. Prehosp Emerg Care. 2010;14(1):8-15.



Resumen: Una vía intraósea es un procedimiento mediante el cual se obtiene un acceso venoso periférica en situaciones de urgencia vital y de especial interés práctico en los centros de Atención Primaria de Salud. Las situaciones que incluyen riesgo vital son la parada cardiorrespiratoria, shock, politraumatismo grave, grandes quemados, estatus epiléptico, etc. Es una herramienta imprescindible en estas situaciones límite y cobra más relevancia en ambientes extrahospitalarios debido a la escasez de medios humanos y materiales ante urgencias extremas donde la vida del paciente depende del tiempo de reacción. Es una técnica que debe ser manejada por todos los profesionales sanitarios.

Palabras Clave: Intraosseous; Outpatients; Primary Health Care.

Introducción:

Procedimiento mediante el cual se obtiene una vía venosa periférica en situaciones de urgencia vital y de especial interés práctico en los centros de Atención Primaria de Salud. Las situaciones que incluyen riesgo vital son la parada cardiorrespiratoria, shock, politraumatismo grave, grandes quemados, estatus epiléptico, etc. Siendo relevante su uso en consulta y en atención urgente domiciliaria.

Es una herramienta imprescindible en estas situaciones límite y cobra más relevancia en ambientes extrahospitalarios debido a la escasez de medios humanos y materiales ante urgencias extremas donde la vida del paciente depende el tiempo de reacción. Un niño o un adulto, evitarán secuelas, un peor pronóstico o la muerte, si no es posible la canalización de una vía venosa periférica convencional tras varios intentos o transcurridos más de un minuto.

La vía intraósea puede ser realizada a todo tipo de pacientes independientemente de su edad. Las normas internacionales consensuadas recomiendan que en recién nacidos y niños hasta 6 años se utilice preferentemente la tibia proximal. A partir de 6 años, el sitio de punción se sitúa 3 cm por encima del maléolo tibial interno. Los lugares alternativos que puede usarse son la cara lateral del fémur, 2-3 cm por encima del cóndilo lateral y la cara anterior de la cabeza humeral (adolescentes).

Cualquier fármaco o solución que pueda ser administrada por vía intravenosa puede serlo por vía intraósea en la misma dosis y cantidad. Es un dispositivo de uso solo en caso de urgencia vital y por tanto debe ser sustituido por una vía venosa periférica ordinaria en la mayor brevedad posible.

A nivel fisiológico esta vía está basada en que la cavidad medular de huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central y que permite pasar fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

Objetivos:

- General: Poner de manifiesto la importancia del buen manejo por parte de los profesionales sanitarios de la obtención de una vía venosa periférica a través de la punción en situaciones vitales para un paciente.

- Específicos:
 - Enumerar los diferentes dispositivos para la punción intraósea.
 - Describir la técnica mediante unos pasos sencillos en la cara anterior de la tibia, en su tercio proximal con Sistema o Pistola BIG.
 - Desarrollar los cuidados generales de enfermería de su uso.

Metodología:

Para llevar a cabo esta técnica se puede utilizar diversos dispositivos preparados para ello, y aunque existen en el mercado algunos otros, aquí se enumeran los más habituales: agujas de Cook, pistola o sistema BIG y taladro EZ-IO.

El procedimiento para obtener un acceso periférico a una red venosa intraósea mediante el Sistema BIG (Bone Injection Gun) consta de los siguientes pasos, que deben ser llevados a cabo por personal sanitario cualificado y debidamente formado. El tiempo medio de aplicación es de 17 segundos y su precio es de los más económicos respecto a otros sistemas del mercado, lo cual facilita su adquisición. Este dispositivo consta de una graduación para regular la profundidad de la punción, de modo que se debe ajustar a la anatomía ósea en la que se vaya a proceder dependiendo de que sea un niño o un adulto, en la tibia, en el maléolo interno tibial, en el esternón, etc. El dispositivo rojo es pediátrico y azul de adulto.

La técnica debe cumplir todos los requisitos de esterilidad para una canalización de vía venosa periférica y por ello, se coloca el profesional unos guantes y el compañero de equipo le debe asistir con el material necesario cada paso del procedimiento.

Colocar la rodilla semiflexionada, en rotación externa y con apoyo estable. Aplicar antiséptico tópico en la piel donde se va a ejecutar la punción. El lugar más adecuado es el centro de la tibia en su tercio proximal y para ello se debe palpar ambos laterales tibiales y señalar el centro óseo, luego coger el dispositivo tipo BIG, se retira la pestaña protectora y con la mano dominante, se presenta a 90º respecto a la cara anterior de la tibia en su tercio proximal, mientras la mano no dominante tensa la piel y estabiliza el miembro inferior.

A continuación se ejerce presión para atravesar los tejidos hasta llegar a la medula ósea. Luego se retira la pistola BIG y quedará insertada la aguja con un fiador o guía interior. Tirar del fiador para ajustar una jeringa de 5ml con la que extraeremos 2 ml de contenido hemático para asegurar que se encuentra canalizada la vía en el lugar idóneo. A continuación introducir 5 ml de suero salino fisiológico para limpiar el catéter y fijarlo a la piel a través del dispositivo externo que se adjunta en el envase. Se enrosca el sistema de infusión de líquidos por goteo con una llave de tres pasos para disponer de varios accesos en caso de que fuera necesario.

Intervenciones:

Los cuidados de enfermería de esta vía venosa periférica no difieren mucho de los cuidados de otros tipos de vías. Registrar en la historia la fecha, hora de inserción, tipo de catéter, lugar de inserción y medicación administrada.

Para evitar complicaciones, se controlarán distintos signos: sangrado, presencia de pulsos distales, color, temperatura, aspecto y tamaño del miembro. Detección precoz de complicaciones como osteomielitis, necrosis, abscesos, embolismo graso, síndrome compartimental, alteraciones en el cartílago de crecimiento, fracturas óseas.

La heparinización de la vía es conveniente para evitar obstrucción de la misma durante la pausa de su uso.

No se recomienda apósito oclusivo porque favorece la maceración de la piel y la contaminación, a no ser el apósito que recomienda el fabricante de algunos dispositivos.

Mantener una adecuada inmovilización del miembro donde esté insertada la vía.

Para retirar la vía habrá que desinfectar la zona y mantener presión con un apósito estéril durante minutos, tras lo cual se colocará un apósito seco estéril y se vigilará periódicamente la zona.

Conclusión:

El dispositivo de obtención de una vía venosa periférica interósea debe ser manejado por profesionales sanitarios cualificados tanto en Atención Especializada y como en Atención Primaria, debido a que resulta una herramienta vital para casos de extrema necesidad de canalización de un acceso vascular para la perfusión de líquidos o medicación de urgencia vital tanto en adultos como en niños.

Bibliografía:

1. Sá RAR de, Melo CL, Dantas RB, Delfim LVV. Vascular access through the intraosseous route in pediatric emergencies. *Rev Bras Ter Intensiva*. diciembre de 2012;24(4):407-14.
2. Rosenberg H, Cheung WJ. Intraosseous access. *CMAJ Can Med Assoc J*. 19 de marzo de 2013;185(5):E238.
3. Oksan D, Ayfer K. Powered intraosseous device (EZ-IO) for critically ill patients. *Indian Pediatr*. julio de 2013;50(7):689-91.
4. Olivé JM, Bou RN. La vía intraósea en situaciones de emergencia: Revisión bibliográfica. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2006;18(6):344-53.
5. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Pérez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraosea. *Enferm Glob*. octubre de 2011;10(24):0-0.

Este libro ha sido creado con los trabajos aceptados en el VIII Congreso de Investigación, organizado por SATSE Ciudad Real y la Universidad de Castilla -La Mancha (Facultad de Enfermería).

Esta compilación está formada por 200 trabajos y en ella han intervenido 431 autores.



Sindicato
de Enfermería