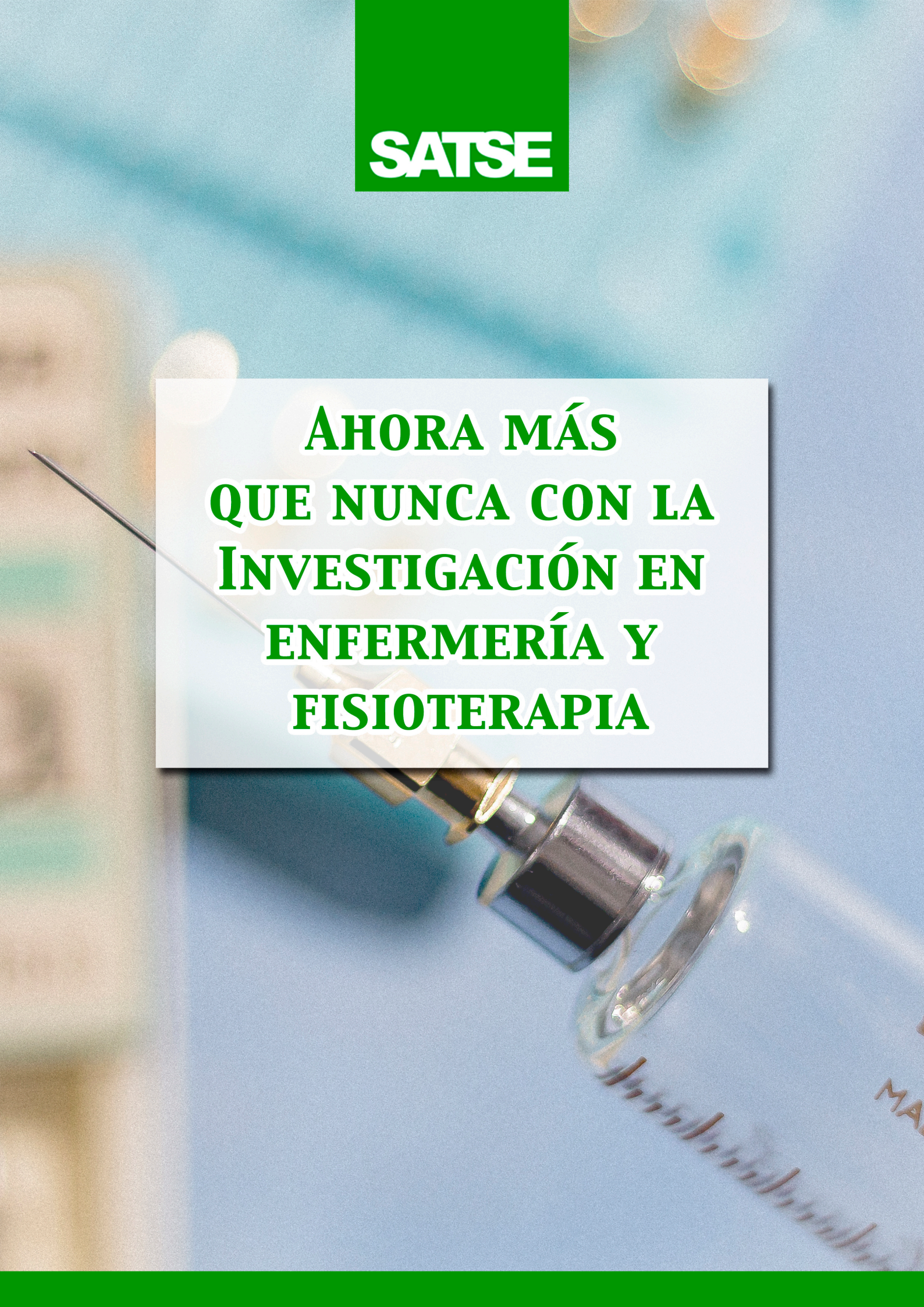


The logo for SATSE, consisting of the word "SATSE" in white, bold, uppercase letters on a green rectangular background.

SATSE

A close-up, low-angle shot of a medical syringe with a needle, set against a blurred background of a light blue surface. The syringe is the central focus, with its plunger and needle clearly visible. The background has a bokeh effect with soft, out-of-focus light spots.

**AHORA MÁS
QUE NUNCA CON LA
INVESTIGACIÓN EN
ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA**

**Ahora más que nunca con la
investigación en
Enfermería y Fisioterapia**

SATSE Ciudad Real
2021

Ahora más que nunca con la Investigación en enfermería y fisioterapia.

Coordinadoras:

Oropesa Fernández, Sara

Galán Zamora, Aránzazu

Espinosa Muñoz, Estrella

Editor: SATSE Ciudad Real

<http://ciudadreal.satse.es>

1ª Edición

ISBN: 978-84-123166-2-9

D.L.: CR 371-2022

@Todos los derechos reservados.

Índice

Capítulo 1	
<i>"Receta de la abuela", intoxicación pediátrica por hierbabuena, a propósito de un caso</i>	15
Capítulo 2	
<i>¿Aumenta la enfermedad tromboembólica en el paciente oncológico?</i>	19
Capítulo 3	
<i>¿Cómo afecta el síndrome confusional agudo en pacientes hospitalizados?</i>	23
Capítulo 4	
<i>¿Cómo prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica?</i>	27
Capítulo 5	
<i>¿Conocen los jóvenes las estrategias nutricionales para controlar el peso corporal?</i>	32
Capítulo 6	
<i>¿Es efectiva la terapia de electroestimulación en las úlceras por presión?</i>	36
Capítulo 7	
<i>¿Es efectivo el Adalimumab para la remisión de la enfermedad de Crohn?</i>	39
Capítulo 8	
<i>¿Está indicada la dieta cetogénica en el tratamiento de la epilepsia refractaria?</i>	44
Capítulo 9	
<i>¿Existe una correcta adherencia al tratamiento en el paciente polimedicado?</i>	49
Capítulo 10	
<i>¿Qué saben nuestros adolescentes sobre la protección solar?</i>	53
Capítulo 11	
<i>¿Qué se sabe de la profesión enfermera?</i>	57
Capítulo 12	
<i>¿Vacunamos de Bexsero? coberturas y desigualdades sociales en investigación</i>	61
Capítulo 13	
<i>A la mesa con el baby-led weaning.</i>	65
Capítulo 14	
<i>A propósito de un caso: trastorno afectivo bipolar</i>	70
Capítulo 15	
<i>Abordaje de enfermería en paciente con rabdomiólisis</i>	74
Capítulo 16	
<i>Abordaje de la plexopatía braquial post radioterapia: a propósito de un caso clínico</i>	79
Capítulo 17	
<i>Abordaje del dolor en las cicatrices postquirúrgicas con ENA: a propósito de un caso clínico</i>	84
Capítulo 18	
<i>Accidentes infantiles: "atragantamiento por cuerpo extraño"</i>	89
Capítulo 19	
<i>Acidosis propiónica. a propósito de un caso</i>	94

Capítulo 20	
Actuación de enfermería ante la alerta del código ictus.....	99
Capítulo 21	
Actuación de enfermería ante la ictericia neonatal: fototerapia.....	103
Capítulo 22	
Actuación de enfermería en la epidermólisis bullosa hereditaria.....	108
Capítulo 23	
Actuación enfermera en niños con el síndrome de progeria de Hutchinson-Gilford.....	113
Capítulo 24	
Alumbramiento ¿fisiológico o dirigido?.....	118
Capítulo 25	
Análisis de la satisfacción del cliente interno y externo del servicio de endoscopias del hospital de Puertollano...122	
Capítulo 26	
Análisis del bloqueo nervioso PENG como medida analgésica en cirugía de cadera	126
Capítulo 27	
Análisis del impacto de la implementación de un programa de gestor de casos para pacientes con mieloma múltiple	130
Capítulo 28	
Anquiloglosia en el recién nacido y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento.....	134
Capítulo 29	
Aplicación de corrientes analgésicas tipo tens para la cura dolorosa de una úlcera	139
Capítulo 30	
Aporte nutricional óptimo en la encefalopatía hepática.....	142
Capítulo 31	
Apoyo de LM en la consulta de enfermería pediátrica: extracción poderosa.....	146
Capítulo 32	
Atención de enfermería ante síndrome de fragilidad del anciano.....	151
Capítulo 33	
Beneficios de la actividad física en el anciano.....	156
Capítulo 34	
Beneficios de la práctica de yoga prenatal.....	160
Capítulo 35	
Beneficios de la teleenfermería en el seguimiento de casos Covid-19 en atención primaria.....	164
Capítulo 36	
Beneficios del uso del Isoproterenol y Quinidina en el tratamiento de la fibrilación ventricular en el síndrome de Brugada.	168
Capítulo 37	
Bicalutamida, revisión bibliográfica de la evolución de efectos secundarios en el tratamiento del cáncer de próstata.....	172
Capítulo 38	
Calidad de vida previa en pacientes sometidos a limitación de tratamiento de soporte vital en UCI.....	177
Capítulo 39	
Calidad del sueño del personal de UCI.....	181
Capítulo 40	
Cantidad de hemocomponentes transfundidos en las distintas unidades y servicios del hospital.....	185
Capítulo 41	
Carcinoma de células escamosas.....	189
Capítulo 42..	
Carencias nutricionales del deportista vegano y sus consecuencias.....	192
Capítulo 43	
Caso clínico representativo del beneficio del uso del Prontosan en la cura de una úlcera por presión grado IV...197	

Ahora más que nunca con la Investigación en enfermería y fisioterapia

Capítulo 44	
<i>Caso clínico: Parálisis cerebral infantil (PCI) tipo tetraparesia espástica secundario a mutación en SPATA 5....</i>	201
Capítulo 45	
<i>Caso clínico: amamantar con un solo pecho.....</i>	206
Capítulo 46	
<i>Caso clínico: atención y cuidados de enfermería en paciente oncológico con enfermedad de Hodgkin.....</i>	209
Capítulo 47	
<i>Caso clínico: condiloma gigante acuminado – tumor de Buschke- Löwenstein. Abordaje del caso en planta de cirugía general.....</i>	215
Capítulo 48	
<i>Caso clínico: cuidado paciente crítico con incontinencia fecal con dispositivo Flexiseal signal.....</i>	219
Capítulo 49	
<i>Caso clínico: disfagia en paciente con ICTUS.....</i>	222
Capítulo 50	
<i>Caso clínico: fisioterapia en fractura de hombro y cadera en usuario institucionalizado en residencia de mayores.....</i>	225
Capítulo 51	
<i>Caso clínico: mujeres con disuria.....</i>	230
Capítulo 52	
<i>Caso clínico: paciente con EPOC reagudizado.....</i>	235
Capítulo 53	
<i>Caso clínico: paciente con tumor de Wilms.....</i>	240
Capítulo 54	
<i>Caso clínico: paciente traqueostomizado.....</i>	244
Capítulo 55	
<i>Caso clínico: tratamiento fisioterápico en hemiparesia izquierda por ictus hemorrágico en usuario institucionalizado en residencia de mayores.....</i>	249
Capítulo 56	
<i>Cateterización Swan Ganz en el paciente crítico.....</i>	253
Capítulo 57	
<i>Cepillado o fricción alcohólica en el lavado quirúrgico de manos. Revisión bibliográfica.....</i>	258
Capítulo 58	
<i>Cobertura vacuna antigripal en mayores de 65 años. Situación en Castilla- la Mancha, España y Europa... </i>	262
Capítulo 59	
<i>Comparación de la punción seca con la medicación (AINEs) en el síndrome piramidal.....</i>	267
Capítulo 60	
<i>Comparación del vendaje funcional con la férula de escayola en el tratamiento del esguince de tobillo.....</i>	271
Capítulo 61	
<i>Complicaciones en hemodialisis. La hipotensión</i>	275
Capítulo 62	
<i>Complicaciones en heridas crónicas: hipergranulación.....</i>	281
Capítulo 63	
<i>Componentes del humo del bisturí eléctrico y posibles efectos colaterales. Revisión bibliográfica.....</i>	285
Capítulo 64	
<i>Conocimiento sobre resucitación cardiopulmonar en la sociedad actual.....</i>	289
Capítulo 65	
<i>Consecuencias del desgarramiento perineal durante el parto en la sexualidad femenina.....</i>	293
Capítulo 66	
<i>Consulta de enfermería de pacientes pre-quirúrgicos en el servicio de traumatología.....</i>	297
Capítulo 67	
<i>Cuidado de la boca del recién nacido.....</i>	301
Capítulo 68	
<i>Cuidados de enfermería del catéter venoso central en una Unidad de Cuidados Intensivos.....</i>	305

Capítulo 69	
<i>Cuidados de enfermería en el estado vegetativo persistente.....</i>	<i>310</i>
Capítulo 70	
<i>Cuidados de enfermería en paciente sometido a técnicas continuas de reemplazo renal con neumonía por SARS-CoV 2.....</i>	<i>315</i>
Capítulo 71	
<i>Cuidados de enfermería en un recién nacido con tratamiento de hipotermia.....</i>	<i>320</i>
Capítulo 72	
<i>Debonel/Tibola. La consecuencia del conocido y gran desconocido arácnido: la garrapata.....</i>	<i>325</i>
Capítulo 73	
<i>Deficit de vitamina D. El sol no es suficiente.....</i>	<i>329</i>
Capítulo 74	
<i>Dermatomiositis paraneoplásica de difícil evolución.....</i>	<i>334</i>
Capítulo 75	
<i>Desbridamiento cortante de hematoma subcutáneo en paciente tratada con antiagregante afectada por edemas en miembros inferiores secundarios a tratamiento con bloqueante de canales de calcio: caso clínico....</i>	<i>339</i>
Capítulo 76	
<i>Desbridamiento enzimático con colagenasa más ácido hialurónico en úlcera por presión.....</i>	<i>344</i>
Capítulo 77	
<i>Diagnostico diferencial y tratamiento de la hemocromatosis genética y secundaria.....</i>	<i>348</i>
Capítulo 78	
<i>Diagnóstico prenatal no invasivo. Detección de aneuploidías cromosómicas.....</i>	<i>353</i>
Capítulo 79	
<i>Discapacidad y epilepsia.....</i>	<i>357</i>
Capítulo 80	
<i>Disfunción suelo pélvico. A propósito de un caso.....</i>	<i>361</i>
Capítulo 81	
<i>Dolor, ansiedad y Delirium en UCI: valoración y tratamiento.....</i>	<i>365</i>
Capítulo 82	
<i>ECMO en pacientes Covid-19.....</i>	<i>370</i>
Capítulo 83	
<i>Efectividad de la fisioterapia en la parálisis de Bell.....</i>	<i>374</i>
Capítulo 84	
<i>Efectividad de la fisioterapia en la prevención del trauma perineal en el parto.....</i>	<i>379</i>
Capítulo 85	
<i>Efectividad de la movilización frente a MWM en pacientes con reducción en la flexión dorsal de tobillo.....</i>	<i>383</i>
Capítulo 86	
<i>Efectividad de la versión cefálica externa en embarazadas de 36 semanas gestacionales.....</i>	<i>388</i>
Capítulo 87	
<i>Efectos de la administración de ácido tranexámico en pacientes con shock hipovolémico tras politraumatismos.....</i>	<i>393</i>
Capítulo 88	
<i>Eficacia de los antidepresivos tricíclicos en la cefalea tensional.....</i>	<i>397</i>
Capítulo 89	
<i>Eficacia del uso de la bata por parte del personal del hospital y los visitantes para la prevención de la morbilidad y mortalidad neonatal.....</i>	<i>401</i>
Capítulo 90	
<i>Ejercicio físico como factor protector o terapia en la depresión postparto.....</i>	<i>405</i>
Capítulo 91	
<i>Ejercicios para prevenir la lumbalgia en futbolistas.....</i>	<i>410</i>
Capítulo 92	
<i>El boom de las técnicas de reproducción asistida: importancia de la labor enfermera.....</i>	<i>414</i>

Ahora más que nunca con la Investigación en enfermería y fisioterapia

Capítulo 93	
<i>El embarazo y los factores que influyen en el recién nacido.....</i>	<i>418</i>
Capítulo 94	
<i>El impacto de las redes sociales en el sector salud.....</i>	<i>422</i>
Capítulo 95	
<i>El trastorno mental en las urgencias de un punto de atención continuada.....</i>	<i>426</i>
Capítulo 96	
<i>Enfermedad de Hirschsprung en el adulto.....</i>	<i>430</i>
Capítulo 97	
<i>Enfermería en el inicio de la lactancia materna.....</i>	<i>435</i>
Capítulo 98	
<i>Enfermería en la prevención de la enfermedad hemolítica perinatal</i>	<i>439</i>
Capítulo 99	
<i>Enfermería y los problemas respiratorios asociados al uso regular de desinfectantes en la práctica clínica...444</i>	
Capítulo 100	
<i>Enfermería y los ultraprocesados en la infancia.....</i>	<i>449</i>
Capítulo 101	
<i>Equipo de geriatría de enlace y coordinación (EGEC) socio-sanitaria. Gestión de la pandemia por Covid-19...455</i>	
Capítulo 102	
<i>Esclerosis Múltiple: ¿qué opinan los pacientes de la atención sociosanitaria recibida?.....</i>	<i>459</i>
Capítulo 103	
<i>Estudio comparativo del consumo de ansiolíticos e hipnóticos entre población sanitaria y no sanitaria.....</i>	<i>464</i>
Capítulo 104	
<i>Estudio de la correlación entre la Diabetes Mellitus y las fracturas de cadera en ancianos.....</i>	<i>468</i>
Capítulo 105	
<i>Estudio observacional descriptivo sobre higiene y uso del dispositivo Satisfyer®</i>	<i>472</i>
Capítulo 106	
<i>Evaluación y análisis de la efectividad del protocolo antiemético implantado por el servicio de farmacia del HGUCR.....</i>	<i>476</i>
Capítulo 107	
<i>Evolución y seguimiento de 2 casos clínicos con imágenes de fluorescencia.....</i>	<i>480</i>
Capítulo 108	
<i>Fisioterapia en el síndrome de Guillain-Barré: caso clínico.....</i>	<i>486</i>
Capítulo 109	
<i>Fisioterapia en el síndrome subacromial con tendinitis calcificante.....</i>	<i>491</i>
Capítulo 110	
<i>Fisioterapia en la artrogriposis congénita: caso clínico.....</i>	<i>495</i>
Capítulo 111	
<i>Fisioterapia en la cervicalgia mecánica crónica osteodegenerativa.....</i>	<i>500</i>
Capítulo 112	
<i>Fisioterapia escolar en miopatía de Bethlem. A propósito de un caso clínico.....</i>	<i>504</i>
Capítulo 113	
<i>Fractura meseta tibial con rotura de ligamento cruzado anterior. Caso clínico.....</i>	<i>508</i>
Capítulo 114	
<i>Gestión ineficaz de la salud en paciente con gota crónica</i>	<i>511</i>
Capítulo 115	
<i>Grado de conocimiento sobre alimentación en pacientes en hemodiálisis.....</i>	<i>515</i>
Capítulo 116	
<i>Granuloma umbilical ¿qué hacemos?.....</i>	<i>519</i>
Capítulo 117	
<i>Hábitos alimentarios, actividad física e higiene postural en desviaciones del raquis.....</i>	<i>524</i>

Capítulo 118	
<i>Hemorragia postparto. Principales factores de riesgo. Tratamiento inmediato</i>	528
Capítulo 119	
<i>Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos</i>	532
Capítulo 120	
<i>Impacto de la anquiloglosia en la instauración de la lactancia materna: estudio descriptivo transversal</i>	537
Capítulo 121	
<i>Impacto del duelo perinatal en familias</i>	541
Capítulo 122	
<i>Importancia de la enfermera escolar en la prevención de la obesidad infantil</i>	545
Capítulo 123	
<i>Importancia de una adecuada formación para afrontar el embarazo, parto y post-parto</i>	549
Capítulo 124	
<i>Infección por ITS. Neisseria Gonorrhoeae</i>	553
Capítulo 125	
<i>Influencia de la somatometría perineal en la incidencia de traumatismos perineales en primíparas y múltiparas</i>	557
Capítulo 126	
<i>Influencia del SARS-CoV-2 en la población según género y edad</i>	562
Capítulo 127	
<i>Intervención de enfermería en agresiones sexuales</i>	566
Capítulo 128	
<i>Intervención de la enfermería del servicio de farmacia del HGUCR en el manejo de la emesis en pacientes oncohematológicos</i>	569
Capítulo 129	
<i>Intervención enfermera en la encopresis infantil en niños de 4 a 6 años</i>	573
Capítulo 130	
<i>Intubación de secuencia rápida (ISR) en pacientes con Covid 19</i>	579
Capítulo 131	
<i>Jugando a la plasticidad cerebral en el quiste porencefálico</i>	585
Capítulo 132	
<i>La Diabetes Mellitus y la influencia del insomnio en su desarrollo</i>	590
Capítulo 133	
<i>La importancia de los sesgos. Autismo y vacunas</i>	594
Capítulo 134	
<i>La importancia de un baño adecuado en el recién nacido prematuro</i>	598
Capítulo 135	
<i>La importancia del papel de la enfermería en radioterapia</i>	602
Capítulo 136	
<i>La musicoterapia como alternativa en cuidados paliativos</i>	607
Capítulo 137	
<i>Lactancia materna e infección por Covid-19 ¿qué hacer?</i>	612
Capítulo 138	
<i>Lesiones isquémicas. Seguimiento y cuidados de enfermería, caso clínico</i>	616
Capítulo 139	
<i>Lesiones tróficas en isquemia arterial crónica: a propósito de un caso</i>	620
Capítulo 140	
<i>Limpieza de la piel en inyecciones subcutáneas ¿sí o no?</i>	625
Capítulo 141	
<i>Los nuevos anticoagulantes orales y enfermería. Un abordaje desde la seguridad clínica</i>	629
Capítulo 142	
<i>Malas noticias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A propósito de un caso</i>	633

Ahora más que nunca con la Investigación en enfermería y fisioterapia

Capítulo 143	
<i>Manejo de Flebogamma en patología autoinmune: caso clínico Guillain-Barré</i>	637
Capítulo 144	
<i>Manejo de las tecnologías en el área de enfermería</i>	641
Capítulo 145	
<i>Más allá de la Esclerosis Múltiple. Escuela de pacientes</i>	645
Capítulo 146	
<i>Medicamentos peligrosos: uso de fármacos citostáticos</i>	649
Capítulo 147	
<i>Medidas de seguridad en pacientes hospitalizados</i>	653
Capítulo 148	
<i>Medidas sanitarias para hacer frente al Covid-19</i>	657
Capítulo 149	
<i>Método BLW: método de introducción de la alimentación complementaria en el bebé</i>	661
Capítulo 150	
<i>Métodos alternativos a la sutura de hilo. Adhesivos tisulares y suturas cutáneas</i>	666
Capítulo 151	
<i>Métodos fisioterápicos en el pie zambo: revisión sistemática</i>	669
Capítulo 152	
<i>Modo de vida en la población de Ciudad Real durante confinamiento por Covid-19</i>	673
Capítulo 153	
<i>Muerte digna: limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y cuidados enfermeros al final de la vida del paciente crítico</i>	678
Capítulo 154	
<i>Nacer de nuevo: afrontamiento de padres en la prematuridad</i>	683
Capítulo 155	
<i>Necesidades percibidas de educación para la salud en niños y niñas de la provincia de Ciudad Real</i>	688
Capítulo 156	
<i>Necrosis grasa subcutánea neonatal tras hipotermia terapéutica. A propósito de un caso.</i>	693
Capítulo 157	
<i>Necrosis grasa subcutánea tras tratamiento con hipotermia terapéutica</i>	697
Capítulo 158	
<i>Notificación de efectos adversos en España tras la vacunación frente a la Covid-19</i>	701
Capítulo 159	
<i>Nuestra pequeña PATAU. Cuidados paliativos que enamoran</i>	705
Capítulo 160	
<i>Nuevas tecnologías en diabetes</i>	710
Capítulo 161	
<i>Nutrición en el paciente quemado crítico</i>	715
Capítulo 162	
<i>Opinión de los estudiantes sobre el practicum del grado en enfermería en un hospital de segundo nivel</i>	720
Capítulo 163	
<i>Optimización del capital venoso por enfermería en hospitalización</i>	724
Capítulo 164	
<i>Ozonoterapia en úlceras de pie diabético</i>	729
Capítulo 165	
<i>Paciente con Anorexia nerviosa</i>	733
Capítulo 166	
<i>Paciente con síndrome de Distrés respiratorio por SARS-CoV 2 sometido a terapia ECMO</i>	738
Capítulo 167	
<i>Paciente gran quemado: unificación de criterios para el abordaje por el personal sanitario</i>	744

Capítulo 168	
<i>Manipulación de medicamentos peligrosos</i>	749
Capítulo 169	
<i>Papel de la enfermería en las transfusiones de hemoderivados</i>	753
Capítulo 170	
<i>Papel del personal de enfermería de traumatología en la complicación postquirúrgica de una prótesis de rodilla</i>	757
Capítulo 171	
<i>Papel enfermero ante paciente pluripatológicos diabéticos con complicaciones quirúrgicas</i>	762
Capítulo 172	
<i>PCR avanzada en prono. Tiempos de Covid-19</i>	766
Capítulo 173	
<i>Percepción del trato humano recibido por los usuarios del servicio de rehabilitación de la GAI de Tomelloso</i> ...	770
Capítulo 174	
<i>Peritonitis en diálisis peritoneal continua ambulatoria</i>	774
Capítulo 175	
<i>Pescado y gestación: ¿todos son igualmente seguros? influencia de la consulta preconcepcional en el grado de conocimientos sobre consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación</i>	778
Capítulo 176	
<i>Plagiocefalia y su afectación en el desarrollo del niño/a: revisión sistemática desde la fisioterapia</i>	783
Capítulo 177	
<i>Presencia familiar en la realización de procedimientos invasivos urgentes (opinión de familiares)</i>	787
Capítulo 178	
<i>Prevalencia de la lactancia materna</i>	792
Capítulo 179	
<i>Prevalencia entre depresión y anciano institucionalizado</i>	797
Capítulo 180	
<i>Prevención cardiovascular: hipertensión/obesidad</i>	801
Capítulo 181	
<i>Prevención de la infección urinaria en un paciente hospitalizado, según proyecto «ITU-zero»</i>	804
Capítulo 182	
<i>Prevención y manejo de la infección del tracto urinario recurrente con arándano rojo</i>	809
Capítulo 183	
<i>Problemas psicosociales de la Diabetes Mellitus tipo 1 en adolescentes y niños</i>	813
Capítulo 184	
<i>Programa de educación del dolor y del ejercicio terapéutico en el dolor lumbar crónico</i>	817
Capítulo 185	
<i>Programas de prevención de UPP y caídas</i>	821
Capítulo 186	
<i>Registro de nutriciones enterales domiciliarias (NED) en la consulta de enfermería de la unidad de nutrición del HGUCR</i>	825
Capítulo 187	
<i>Relación entre dieta y rendimiento académico</i>	829
Capítulo 188	
<i>Revisión bibliográfica sobre el manejo de rotura prematura de membranas a término</i>	833
Capítulo 189	
<i>Revisión bibliográfica sobre la necesidad de la dieta y el ejercicio físico en la diabetes mellitus</i>	837
Capítulo 190	
<i>Revisión bibliográfica. Enfermedad rara: insomnio familiar fatal (IFF) y sus posibles herramientas diagnósticas en la actualidad</i>	842

Capítulo 191	
<i>Revisión bibliográfica: coadyuvantes para la resección endoscópica de lesiones en el tracto gastrointestinal.....</i>	<i>846</i>
Capítulo 192	
<i>Revisión bibliográfica: conocimiento e importancia en la prevención de embolia aérea (EA) y otras complicaciones con la inserción y/o retirada del catéter venoso central (CVC).....</i>	<i>850</i>
Capítulo 193	
<i>Revisión bibliográfica: consulta preconcepcional en mujeres con SOP.....</i>	<i>854</i>
Capítulo 194	
<i>Revisión sistemática en la prevención y manejo en el uso de sondas PEG.....</i>	<i>858</i>
Capítulo 195	
<i>Revisión sistemática: vaginosis bacteriana y parto pretérmino.....</i>	<i>862</i>
Capítulo 196	
<i>Riesgos para enfermería en la exposición a fármacos citostáticos.....</i>	<i>866</i>
Capítulo 197	
<i>Riesgos para la salud de fumar en pipas de agua.....</i>	<i>871</i>
Capítulo 198	
<i>Segunda etapa del parto prolongada y su relación con la aparición de complicaciones neonatales. Revisión sistemática y metaanálisis.....</i>	<i>876</i>
Capítulo 199	
<i>Sí, a la enfermería escolar.....</i>	<i>881</i>
Capítulo 200	
<i>Síndrome de burnout en el personal de enfermería de quirófano.....</i>	<i>885</i>
Capítulo 201	
<i>Síndrome de Lowe. Reporte de un caso.....</i>	<i>889</i>
Capítulo 202	
<i>Síndrome del bastón de caramelo.....</i>	<i>893</i>
Capítulo 203	
<i>Síndrome Fosfolipídico primario en varón de 44 años.....</i>	<i>897</i>
Capítulo 204	
<i>Sobrecarga del rol del cuidador. Medición con la escala Zarit.....</i>	<i>901</i>
Capítulo 205	
<i>Tatuajes: riesgos y complicaciones.....</i>	<i>905</i>
Capítulo 206	
<i>Terapia de presión negativa (VAC) para el manejo de heridas.....</i>	<i>909</i>
Capítulo 207	
<i>Terapia electroconvulsiva en el síndrome depresivo mayor.....</i>	<i>913</i>
Capítulo 208	
<i>Terapia intravenosa. Catéter PICC, una nueva alternativa.....</i>	<i>919</i>
Capítulo 209	
<i>Transfusión de hemocomponentes a pacientes de extrema urgencia.....</i>	<i>923</i>
Capítulo 210	
<i>Transfusión de los diferentes hemocomponentes en el servicio de urgencias según motivo o diagnóstico.....</i>	<i>927</i>
Capítulo 211	
<i>Tratamiento caso clínico con apósitos antimicrobianos seguidos de espuma aceleradora del proceso de cicatrización.....</i>	<i>931</i>
Capítulo 212	
<i>Tratamiento de fisioterapia en fractura de tercio proximal de húmero.....</i>	<i>935</i>
Capítulo 213	
<i>Tratamiento de fisioterapia en lesionado medular secundario a mielitis longitudinal cervicodorsal.....</i>	<i>940</i>
Capítulo 214	
<i>Tratamiento de fisioterapia en paciente con cervicodorsalgia.....</i>	<i>945</i>

Capítulo 215	
<i>Tratamiento de úlceras de pie diabético con terapia de presión negativa.....</i>	<i>950</i>
Capítulo 216	
<i>Tratamiento durante el embarazo y la lactancia con antidepresivos: una elección certera y segura.....</i>	<i>955</i>
Capítulo 217	
<i>Tratamiento fisioterápico: abordaje terapéutico de la espasticidad mediante estiramientos mantenidos.....</i>	<i>959</i>
Capítulo 218	
<i>Uso combinado de hidrogel con apósito de alginato con plata en úlcera vascular.....</i>	<i>963</i>
Capítulo 219	
<i>Uso combinado de trama de poliéster adaptable e impregnada de hidrocoloide con hidrofibra en UPP en paciente anciano.....</i>	<i>967</i>
Capítulo 220	
<i>Uso de antibióticos en la rotura prematura de membranas</i>	<i>972</i>
Capítulo 221	
<i>Uso de los mórficos en el paciente paliativo.....</i>	<i>977</i>
Capítulo 222	
<i>Uso de Sulfadiazina de plata en herida de paciente con síndrome de Ehlers- Danlos.....</i>	<i>982</i>
Capítulo 223	
<i>Uso y abuso de las nuevas tecnologías (NTIC) en la población adolescente</i>	<i>986</i>
Capítulo 224	
<i>Utilización de Citrato trisódico como disolución para el sellado de catéteres venosos centrales en hemodiálisis.....</i>	<i>990</i>
Capítulo 225	
<i>Utilización del apósito PICO® en un paciente intervenido de cirugía cardiaca.....</i>	<i>994</i>
Capítulo 226	
<i>Vacunas durante el embarazo.....</i>	<i>998</i>
Capítulo 227	
<i>Valoración de costumbres sexuales entre el personal y alumnado de enfermería ante la prevención de VPH...1002</i>	
Capítulo 228	
<i>Valoración del grado de conocimiento de hábitos sexuales e infecciones de transmisión sexual en población joven.....</i>	<i>1007</i>
Capítulo 229	
<i>Varón de 14 años con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....</i>	<i>1011</i>
Capítulo 230	
<i>Ventajas de la implantación de PICCs en radiología vascular intervencionista.....</i>	<i>1017</i>

Capítulo 1

“Receta de la Abuela” Intoxicación pediátrica por Hierbabuena, a propósito de un caso.

Castellanos Moreno, María Almudena

Rubio Caravaca, Herminia

Fanara, Calogero

Lacramioara Simon, Mirela

Contreras Cañas, María José

Couque Hernández, Pilar



Autores:
 Castellanos Moreno A.
 Contreras Cañas M.J
 Lacramioara Simon M.
 Rubio Caravaca H.
 Fanara C.
 Couque Hernández P.



“RECETAS DE LA ABUELA”: Intoxicación pediátrica por HIERBA BUENA, a propósito de un caso

INTRODUCCIÓN

Las costumbres, religión y creencias populares de las personas, viajan con ellas en los movimientos migratorios de país a país. Algunas de estas personas de origen latinoamericano (sobre todo Chilenos), usan plantas medicinales para aliviar distintos malestares, lo llaman “RECETAS DE LA ABUELA”, y nadie parece tener prejuicios con su consumo.

Los productos de herbolario o hierbas medicinales y sus concentraciones y composición, varían de un país a otro, por lo que, éste desconocimiento provoca errores a la hora de su administración y consumo, pudiendo ser perjudiciales para la salud.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos el caso de un menor de 11 meses de edad, el cual acude al servicio de urgencias acompañado por ambos progenitores, ambos de origen latinoamericano, pero de regiones diferentes del mismo país, tras haber administrado 3 gotas vía oral, sin diluir, de Hierba-buena (aceite esencial 100% puro y natural), con el fin de conseguir relajar al pequeño y facilitar su descanso, práctica habitual en su país, y desarrollada por los abuelos, no habiendo leído las recomendaciones del producto en su prospecto, y siempre siguiendo las “Recetas de la abuela”.

A su llegada, es recibido por el personal de enfermería en el TRIAJE. El paciente se encuentra adormilado y poco reactivo a estímulos externos, pero con constantes vitales dentro de la normalidad.

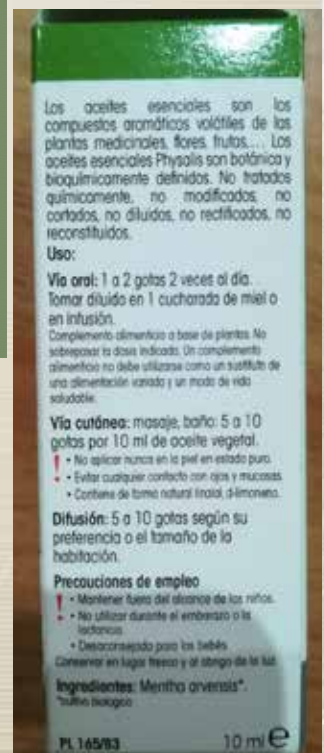
Tras ser valorado por Pediatra de guardia, se mantiene al menor en observación hospitalaria, durante unas horas para ver su evolución, con administración de oxígeno por cánula nasal a 1l/min.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA (00037) Riesgo de intoxicación	
NOC (2609) Apoyo familiar durante el tratamiento (1808) Conocimiento: medicación (1211) Nivel de ansiedad (1902) Control del riesgo	NIC (5820) Disminución de la ansiedad (2380) Manejo de la medicación (6680) Monitorización de los signos vitales (6364) Triaje: centro de urgencias (6650) Vigilancia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Como conclusión: Physalis Hierba-buena, es un aceite esencial 100% puro y natural. Usado en adultos y niños mayores de 6 años
- El desconocimiento de los productos naturales, sus concentraciones y usos, provoca muchas veces situaciones de riesgo para la salud de los pacientes que se automedican y de los familiares a los que se les administran.
- Es aconsejable, no dejarse llevar, de lleno, por los hábitos y costumbres, y muy recomendable, leer antes los prospectos de estos aceites esenciales.
- En el uso interno de este aceite esencial 100% puro, se especifica que debe PROHIBIRSE en niños menores de 6 años y embarazadas, y jamás sobrepasar la dosis de 2 gotas por toma



Resumen: Los productos de consumo y medicamentos son diferentes en cuanto a sus concentraciones, en los distintos países. Creímos que presentar éste caso, pondría en relevancia que pueden darse situaciones indeseables, si no se tiene esto en cuenta.

Observar que la población atendida debe valorarse desde un punto de vista holística, nos hace tener en cuenta, sus creencias, como parte del desarrollo de sus patologías.

Palabras Clave: *Menta Spicata (hierbabuena) Intoxicación. Pediátrica.*

Introducción:

Las costumbres, religión y creencias populares de las personas, viajan con ellas en los movimientos migratorios de país a país. Algunas de estas personas de origen latinoamericano (sobre todo chilenos), usan plantas medicinales para aliviar distintos malestares, lo llaman “RECETAS DE LA ABUELA”, y nadie parece tener perjuicios con su consumo.

Los productos de herbolario o hierbas medicinales y sus concentraciones y composición varían de un país a otro, por lo que, este desconocimiento provoca errores a la hora de su administración y consumo, pudiendo ser perjudiciales para la salud.

Observación Clínica:

Presentamos el caso de un menor de 11 meses de edad, el cual acude al servicio de urgencias acompañado por ambos progenitores, ambos de origen latinoamericano, pero de regiones diferentes del mismo país, tras haber administrado 3 gotas vía oral, sin diluir, de Hierbabuena (aceite esencial 100% puro y natural), con el fin de conseguir relajar al pequeño y facilitar su descanso, práctica habitual en su país, y desarrollada por los abuelos, no habiendo leído las recomendaciones del producto en su prospecto, y siempre siguiendo las “Recetas de la abuela”.

A su llegada, es recibido por el personal de enfermería en el TRIAJE. El paciente se encuentra adormilado y poco reactivo a estímulos externos, pero con constantes vitales dentro de la normalidad.

Tras ser valorado por Pediatra de guardia, se mantiene al menor en observación hospitalaria, durante unas horas para ver su evolución, con administración de oxígeno por cánula nasal a 1 l / min.

Plan de Cuidados:

NANDA (00037) Riesgo de intoxicación.

NOC (2609) Apoyo familiar durante el tratamiento.
 (1808) Conocimiento: medicación.
 (1211) Nivel de ansiedad.
 (1902) Control del riesgo.

NIC (5820) Disminución de la ansiedad.
 (2380) Manejo de la medicación.
 (6680) Monitorización de los signos vitales.
 (6364) Triage: centro de urgencias.
 (6650) Vigilancia.

Discusión y Conclusiones:

- Como conclusión: PHYSALIS Hierba-buena, es un aceite esencial 100% puro y natural. Usado en adultos y niños mayores de 6 años.

- El desconocimiento de los productos naturales, sus concentraciones y usos, provoca muchas veces situaciones de riesgo para la salud de los pacientes que se automedican y de los familiares a los que se les administran.

- Es aconsejable, no dejarse llevar, de lleno, por los hábitos y costumbres, y muy recomendable, leer antes los prospectos de estos aceites esenciales.

- En el uso interno de este aceite esencial 100% puro, se especifica que debe PROHIBIRSE en niños menores de 6 años y embarazadas, y jamás sobrepasar la dosis de 2 gotas por toma.

Bibliografía

1. FITOMED. Plantas Medicinales, La habana: Editorial Ciencias Medical,1991.
2. Roig J. T. Plantas medicinales aromáticas o venenosas de Cuba. La Habana: Editorial Científico- técnica, 1988:533.
3. Litter M. Farmacología experimental y clínica. 7 ed. Buenos Aires : El Ateneo, 1986: 179-200

Capítulo 2

¿Aumenta la enfermedad tromboembólica en el paciente oncológico?

Vizcaíno Caravantes, Cristina

Vizcaíno Navarro, José Luis

¿AUMENTA LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO?

Autores: Cristina Vizcaíno Caravantes, José Luis Vizcaíno Navarro.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la enfermedad tromboembólica en pacientes con neoplasias oscila entre el 1-8%, pudiendo alcanzar hasta el 20% en tumores de alto riesgo. El tratamiento quimioterápico incrementa el riesgo en 6,5 la posibilidad de presentar un episodio tromboembólico. Su incidencia va en constante aumento, con una tasa estimada de 13 por 1.000 personas-año. Uno de cada cinco casos de TVP o EP aparece en personas que sufren un cáncer activo. Se ha calculado que el 15% de ellos desarrollará una trombosis durante el curso de su enfermedad.

El riesgo de embolismo pulmonar mortal en pacientes con cáncer sometidos a cirugía es tres veces superior al de pacientes sin cáncer sometidos al mismo tipo de intervención. Se ha demostrado que la trombosis es la segunda causa de muerte de enfermos oncológicos (la primera es el mismo cáncer).

Existen diversos factores que justifican el mayor riesgo de tromboembolismo en pacientes con cáncer:

- ✓ Estado de hipercoagulabilidad por secreción de sustancias procoagulantes.
- ✓ Compresión y/o invasión tumoral de estructuras vasculares.
- ✓ Utilización de catéteres venosos centrales.
- ✓ Terapia hormonal.

OBJETIVO

- i. Conocer cuáles son los tumores con mayor incidencia de enfermedad tromboembólica.
- ii. Identificar cuáles son los agentes quimioterápicos y hormonales que más influyen en la enfermedad tromboembólica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y los buscadores científicos: ELSEVIER, SCIELO y GOOGLE ACADÉMICO.

Como criterios de inclusión nuestra selección se realizará a partir de trabajos con fecha de publicación a partir del 2013, en castellano. Los artículos seleccionados son de gran evidencia científica.

Mantendremos como criterios de exclusión: trabajos realizados antes del 2013 y trabajos con poca relevancia en investigación y/o dudosos.

Palabras clave: "trombosis", "cáncer", "tumores", "embolia pulmonar", etc.

La búsqueda bibliográfica comprende de 21 artículos, 14 de ellos se rechazan por no cumplir los criterios de inclusión y/o no ser de interés para nuestra revisión.

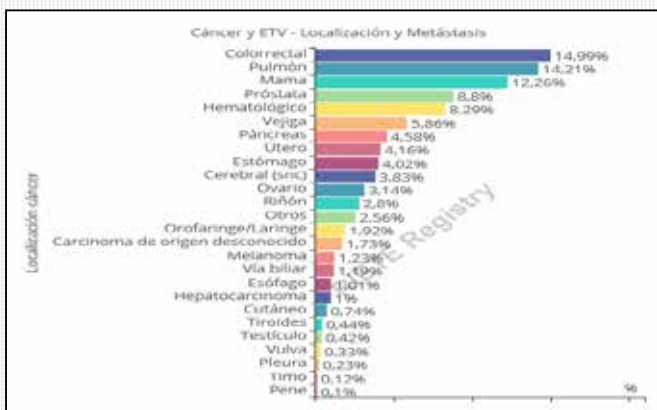


Figura 1. RIETE (Registro Informatizado de Pacientes con Enfermedad Tromboembólica)

Elsevier	Embolia pulmonar tumoral: una manifestación inicial infrecuente del cáncer
	Manejo de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes oncológicos: guías de práctica clínica española.
SciELO	Trombosis venosa profunda en adultos mayores con cáncer
Google Académico	La ETV es la segunda causa de muerte prevenible en los pacientes con cáncer. Y la prevalencia cáncer-ETV es mayor y más grave que la de cáncer-ictus o la de cáncer-infarto
	Enfermedad tromboembólica en el paciente con cáncer
	Enfermedad tromboembólica venosa y cáncer: una asociación frecuente

RESULTADOS

- La asociación entre el cáncer y la trombosis es bidireccional. Por una parte, los pacientes con cáncer presentan un mayor riesgo de desarrollar episodios de enfermedad tromboembólica venosa y, por otra, la activación de la coagulación puede influir en el crecimiento tumoral y la diseminación metastásica.
- Diversas drogas antineoplásicas se han visto implicadas en una mayor incidencia de enfermedad tromboembólica. Los mecanismos de acción no son claros, pero se ha observado un descenso de proteína C y S en pacientes que han sido tratados según protocolos quimioterápicos que incluyen ciclofosfamida, metotrexato o fluoracilo. También algunos quimioterápicos inducen un cambio en el endotelio que desencadena la formación del trombo. Uno de los fármacos implicados más estudiados ha sido el tamoxifeno en el cáncer de mama; el mecanismo no es bien conocido pero es presumiblemente similar a la trombosis inducida por estrógenos. También se han estudiado los inhibidores de la aromatasa de tercera generación, y en particular el anastrozol, parece ser que se asocian a un riesgo menor en el cáncer de mama.
- El tratamiento con talidomida o lenalidomida, agentes con actividad antiangiogénica, también se ha asociado a un riesgo aumentado de desarrollar enfermedad tromboembólica, especialmente al emplearlo asociado a corticoides u otros quimioterápicos en pacientes con mieloma múltiple. El empleo de bevacizumab, un fármaco antiangiogénico, no parece incrementar de forma significativa la tasa de incidencia de enfermedad tromboembólica.
- El riesgo trombótico en pacientes con estadio precoz de cáncer de mama sin tratamiento de quimioterapia adyuvante es de 0,2-0,8%, mientras que pacientes con cáncer de mama estadio II tratadas con quimioterapia tienen un 2-10% de riesgo de tener un episodio tromboembólico.
- Los pacientes con cáncer que han presentado un episodio de enfermedad tromboembólica y que están en tratamiento anticoagulante presentan de dos a cuatro veces más riesgo de recurrencia de la misma o de complicaciones hemorrágicas mayores que los pacientes sin cáncer.
- Según diversos estudios los tumores que se asocian con mayor frecuencia a trombosis son los del páncreas (tumor productor de mucina) y del pulmón en el hombre; y tumor ginecológico, colorrectal y pancreático en mujeres.

CONCLUSIONES

Se debe de tener en cuenta el tratamiento precoz preferentemente con HBPM para la trombosis en los pacientes con cáncer durante un mínimo de tres a seis meses. En los pacientes en un estado avanzado, con metástasis, a veces se usará la heparina de forma indefinida.

Resumen: *La enfermedad tromboembólica en pacientes con neoplasias oscila entre el 1-8%. El tratamiento quimioterápico incrementa el riesgo en 6,5 y su incidencia va en aumento, con una tasa de 13 por 1.000 personas-año. El riesgo de embolismo pulmonar mortal en pacientes con cáncer sometidos a cirugía es tres veces superior a pacientes sin cáncer. Se ha demostrado que la trombosis es la segunda causa de muerte de enfermos oncológicos (la primera es el cáncer). Los objetivos en nuestro estudio serán conocer qué tumores producen mayor incidencia de enfermedad tromboembólica e identificar cuáles son los agentes quimioterápicos y hormonales que influyen. Observar que la población atendida debe valorarse desde un punto de vista holístico, nos hace tener en cuenta, sus creencias, como parte del desarrollo de sus patologías.*

Palabras Clave: *Trombosis – Cáncer - Tumor.*

Introducción:

La incidencia de la enfermedad tromboembólica en pacientes con neoplasias oscila entre el 1-8%, pudiendo alcanzar hasta el 20% en tumores de alto riesgo. El tratamiento quimioterápico incrementa el riesgo en 6,5 la posibilidad de presentar un episodio tromboembólico. Su incidencia va en constante aumento, con una tasa estimada de 13 por 1.000 personas-año. Uno de cada cinco casos de TVP o EP aparece en personas que sufren un cáncer activo. Se ha calculado que el 15% de ellos desarrollará una trombosis durante el curso de su enfermedad. Por otro lado, el riesgo de embolismo pulmonar mortal en pacientes con cáncer sometidos a cirugía es tres veces superior al de pacientes sin cáncer sometidos al mismo tipo de intervención. Se ha demostrado que la trombosis es la segunda causa de muerte de enfermos oncológicos (la primera es el mismo cáncer). Existen diversos factores que justifican el mayor riesgo de tromboembolismo en pacientes con cáncer: estado de hipercoagulabilidad por secreción de sustancias procoagulantes, compresión y/o invasión tumoral de estructuras vasculares, utilización de catéteres venosos centrales y terapia hormonal.

Tendremos en nuestro trabajo dos objetivos claramente diferenciados: conocer cuáles son los tumores con mayor incidencia de enfermedad tromboembólica e identificar cuáles son los agentes quimioterápicos y hormonales que más influyen en la enfermedad tromboembólica.

Material y Método:

Vamos a realizar una revisión bibliográfica en las bases de datos y los buscadores científicos: EL-SEVIER, SCIELO y GOOGLE ACADÉMICO. Como criterios de inclusión nuestra selección se realizará a partir de trabajos con fecha de publicación a partir del 2013, en castellano. Los artículos seleccionados son de gran evidencia científica. Mantendremos como criterios de exclusión: trabajos realizados antes del 2013 y trabajos con poca relevancia en investigación y/o dudosos. La búsqueda bibliográfica comprende de 21 artículos, 14 de ellos se rechazan por no cumplir los criterios de inclusión y/o no ser de interés para nuestra revisión.

Resultados:

De todos los resultados obtenidos, los más relevantes serán los siguientes: la asociación entre el cáncer y la trombosis es bidireccional. Por una parte, los pacientes con cáncer presentan un mayor riesgo de desarrollar episodios de enfermedad tromboembólica venosa y, por otra, la ac-

tivación de la coagulación puede influir en el crecimiento tumoral y la diseminación metastásica. Diversas drogas antineoplásicas se han visto implicadas en una mayor incidencia de enfermedad tromboembólica. Los mecanismos de acción no son claros, pero se ha observado un descenso de proteína C y S en pacientes que han sido tratados según protocolos quimioterápicos que incluyen ciclofosfamida, metotrexate o fluoracilo. También algunos quimioterápicos inducen un cambio en el endotelio que desencadena la formación del trombo. Uno de los fármacos implicados más estudiados ha sido el tamoxifeno en el cáncer de mama; el mecanismo no es bien conocido, pero es presumiblemente similar a la trombosis inducida por estrógenos. También se han estudiado los inhibidores de la aromatasa de tercera generación, y en particular el anastrozol, parece ser que se asocian a un riesgo menor en el cáncer de mama. El tratamiento con talidomida o lenalidomida, agentes con actividad antiangiogénica, también se ha asociado a un riesgo aumentado de desarrollar enfermedad tromboembólica, especialmente al emplearlo asociado a corticoides u otros quimioterápicos en pacientes con mieloma múltiple. El empleo de bevacizumab, un fármaco antiangiogénico, no parece incrementar de forma significativa la tasa de incidencia de enfermedad tromboembólica. El riesgo trombótico en pacientes con estadio precoz de cáncer de mama sin tratamiento de quimioterapia adyuvante es de 0,2-0,8%, mientras que pacientes con cáncer de mama estadio II tratadas con quimioterapia tienen un 2-10% de riesgo de tener un episodio tromboembólico. Los pacientes con cáncer que han presentado un episodio de enfermedad tromboembólica y que están en tratamiento anticoagulante presentan de dos a cuatro veces más riesgo de recurrencia de la misma o de complicaciones hemorrágicas mayores que los pacientes sin cáncer. Según diversos estudios, los tumores que se asocian con mayor frecuencia a trombosis son los del páncreas (tumor productor de mucina) y del pulmón en el hombre; y tumor ginecológico, colorrectal y pancreático en mujeres.

Conclusión:

Como conclusión señalaremos que se debe de tener en cuenta el tratamiento precoz preferentemente con HBPM para la trombosis en los pacientes con cáncer durante un mínimo de tres a seis meses. En los pacientes en un estado avanzado, con metástasis, a veces se usará la heparina de forma indefinida.

Bibliografía

1. Valverde Cortés JA, Morales Sánchez EI. Embolia pulmonar tumoral: una manifestación inicial infrecuente del cáncer. 2018; 22(4): 186-190.
2. Garzón-Rodríguez C, Porta-Sales J, Mañas-Izquierdo V, Llorens-Torromé S. Enfermedad tromboembólica en el paciente oncológico avanzado: incidencia, complicaciones, trombopprofilaxis primaria y percepción del paciente. 2013; 22(2): 52-59.
3. Pachón Olmos V, Ramos Gallo MJ, Rebollo MA, Ballesteros Ortega D, Iglesias Docampo L, Romera-Villegas A, Gallardo Díaz E, Muñoz Martín A. Manejo de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes oncológicos: guías de práctica clínica española. 2015, 144(S1):13-15

Capítulo 3

¿Cómo afecta el Síndrome Confusional agudo en pacientes hospitalizados?

Vizcaíno Caravantes, Cristina

Vizcaíno Navarro, José Luis

¿CÓMO AFECTA EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS?

Autores: Cristina Vizcaíno Caravantes, José Luis Vizcaíno Navarro.

INTRODUCCIÓN

El SCA generalmente es de aparición brusca, se produce una alteración de la atención y de las capacidades mentales, con tendencia a la fluctuación a lo largo del día. Entre el 10 y el 60% de las personas mayores que son hospitalizadas pueden sufrir el síndrome de confusión agudo, ya sea en el momento del ingreso o durante su estancia en el hospital.

Del mismo modo, sólo el 25% de los pacientes que presentan el SCA tienen una demencia, mientras que el 40% de los que tienen demencia sufren un síndrome de confusión agudo.

Este síndrome es muy raro en personas de 60-65 años y muy habitual entre los 75 y los 80.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y los buscadores científicos BIREME, ELSEVIER, SCIELO, LILACS, GOOGLE ACADÉMICO.

Como criterios de inclusión nuestra selección se realizará a partir de trabajos con fecha de publicación a partir del 2010, en castellano e inglés.

Seleccionamos como criterios de exclusión: trabajos realizados antes del 2010 y trabajos con poca relevancia en investigación y/o dudosos.

Palabras clave: "Síndrome confusional Agudo"; "anciano"; "delirium"; "tratamiento". Los operadores booleanos que hemos utilizados son "and" y "not".

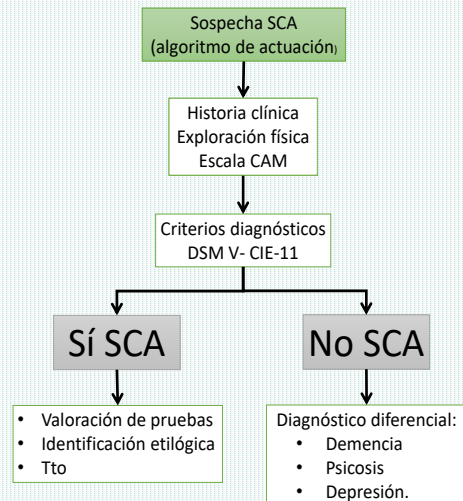
La búsqueda bibliográfica comprende de 28 artículos, 17 de ellos se rechazan por no cumplir los criterios de inclusión y/o no ser de interés para nuestra revisión

ELSEVIER	Síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados en una sala de Medicina Interna
	Valoración del síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados en un servicio de medicina interna
	Complicaciones de la hospitalización en personas mayores
	Causas de cuadros confusionales agudos asistidos en el departamento de urgencias
BIREME	Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano
	Medicación potencialmente inadecuada como factor de riesgo para Síndrome Confusional Agudo en adultos mayores internados en Emergencia
MEDLINE	Delirio
SCIELO	Dos miradas diferentes frente al delirium en el hospital: Cuidadora familiar e inmigrante
LILACS	Delirium en el hospital, una revisión narrativa
GOOGLE ACADÉMICO	Síndrome confusional (delirium) en el anciano
	Síndrome confusional agudo en el Servicio de Geriátria. Hospital "V. I. Lenin".



OBJETIVO

- Conocer en qué sexo se produce mayor afectación del SCA.
- Evaluar cuáles son las patologías que más influyen.
- Saber la mortalidad a corto / largo plazo.



RESULTADOS

- ✓ Entre el 10 y el 60% de las personas mayores que son hospitalizadas pueden sufrir un síndrome de confusión agudo o delirio, ya sea en el momento del ingreso o durante su estancia en el hospital. Este síndrome es muy raro en personas de 60-65 años y muy habitual entre los 75 y los 80. En los mayores de 85 años se presenta en hasta 14 % de los pacientes.
- ✓ El SCA en personas mayores de 65 años suele ocurrir el 30% en el servicio de urgencias y el 10-42% durante la internación hospitalaria.
- ✓ El delirium complica al 17-61% de los procedimientos quirúrgicos mayores y ocurre en el 25-83% de los pacientes al final de la vida.
- ✓ En 38% de los pacientes el SCA tuvo un predominio matinal y en un 62% apareció después del atardecer.
- ✓ Los factores desencadenantes del SCA como se ha comentado fueron múltiples, siendo la infección la causa más frecuente.
- ✓ Los hospitalizados con SCA tienen más probabilidades de presentar complicaciones (o incluso morir) que cualquier otra persona durante la estancia en el hospital. Del 35 al 40% de los afectados por delirio durante una estancia hospitalaria fallecen antes de 1 año, pero la causa de la muerte suele ser otro trastorno grave, no el propio delirio.
- ✓ A pesar de la prevalencia del delirium, los profesionales de la salud reconocen solo el 20-50% de los casos.

CONCLUSIONES

Dadas las importantes consecuencias negativas que produce el SCA en los ancianos durante su hospitalización y el mayor deterioro funcional posterior que conlleva, es necesario aplicar medidas preventivas para evitar su aparición, y si esto no fuese suficiente, medidas precoces para limitar el daño.

Resumen: El SCA es de aparición brusca, produce en los pacientes una alteración en la atención y en las capacidades mentales, predomina la fluctuación a lo largo del día. Entre el 10 y el 60% de las personas mayores hospitalizadas pueden sufrir el síndrome confusional agudo, ya sea en el momento del ingreso o durante su estancia en el hospital. En el capítulo que vamos a comentar, intentaremos conocer en qué sexo se produce mayor afectación del SCA, evaluaremos cuáles son las patologías que más influyen y conoceremos la mortalidad a corto/largo plazo de los pacientes con el síndrome confusional agudo.

Palabras Clave: Síndrome - Anciano - Delirio.

Introducción:

El Síndrome Confusional Agudo generalmente es de aparición brusca, se produce una alteración de la atención y de las capacidades mentales, con tendencia a la fluctuación a lo largo del día. Entre el 10 y el 60% de las personas mayores que son hospitalizadas pueden sufrir el síndrome de confusión agudo, ya sea en el momento del ingreso o durante su estancia en el hospital. Del mismo modo, sólo el 25% de los pacientes que presentan el SCA tienen una demencia, mientras que el 40% de los que tienen demencia sufren un síndrome de confusión agudo. Este síndrome es muy raro en personas de 60-65 años y muy habitual entre los 75 y los 80.

Material y Método:

En nuestro trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos y los buscadores científicos BIREME, ELSEVIER, SCIELO, LILACS, GOOGLE ACADÉMICO. Como criterios de inclusión nuestra selección se realizará a partir de trabajos con fecha de publicación a partir del 2010, en castellano e inglés. Seleccionamos como criterios de exclusión: trabajos realizados antes del 2010 y trabajos con poca relevancia en investigación y/o dudosos. Los operadores booleanos que hemos utilizados son “and” y “not”. La búsqueda bibliográfica comprende de 28 artículos, 17 de ellos se rechazan por no cumplir los criterios de inclusión y/o no ser de interés para nuestra revisión. Los principales objetivos a tener en cuenta son: conocer en qué sexo se produce mayor afectación del SCA, evaluar cuáles son las patologías que más influyen y saber la mortalidad a corto / largo plazo.

Resultados:

Los resultados encontrados serán los que vamos a exponer a continuación: entre el 10 y el 60% de las personas mayores que son hospitalizadas pueden sufrir un síndrome de confusión agudo o delirio, ya sea en el momento del ingreso o durante su estancia en el hospital. Este síndrome es muy raro en personas de 60-65 años y muy habitual entre los 75 y los 80. En los mayores de 85 años se presenta en hasta 14 % de los pacientes. El SCA en personas mayores de 65 años suele ocurrir el 30% en el servicio de urgencias y el 10-42% durante la internación hospitalaria. El delirium complica al 17-61% de los procedimientos quirúrgicos mayores y ocurre en el 25-83% de los pacientes al final de la vida. En 38% de los pacientes el SCA tuvo un predominio matinal y en un 62% apareció después del atardecer. Los factores desencadenantes del SCA como se ha comentado fueron múltiples, siendo la infección la causa más frecuente. Los hospitalizados con SCA tienen más probabilidades de presentar complicaciones (o incluso morir) que cualquier otra persona durante la estancia en el hospital. Del 35 al 40% de los afectados por delirio durante una estancia

hospitalaria fallecen antes de 1 año, pero la causa de la muerte suele ser otro trastorno grave, no el propio delirio. A pesar de la prevalencia del delirium, los profesionales de la salud reconocen solo el 20-50% de los casos.

Conclusiones:

Las conclusiones extraídas dadas las importantes consecuencias negativas que produce el SCA en los ancianos durante su hospitalización y el mayor deterioro funcional posterior que conlleva, es necesario aplicar medidas preventivas para evitar su aparición, y si esto no fuese suficiente, medidas precoces para limitar el daño.

Bibliografía

1. Pérez Pérez Y, Turro Mesa LN, Mesa Valiente R, Turro Caró E. Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. 2018; Vol 22 (5). Disponible en: Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano (sld.cu)
2. Gómez-Traveso T, Briongos-Figuero LS, Hernanz Román L, Pérez-Castrillón JL. Valoración del síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados en un servicio de medicina interna. 2013; 48 (2): 95-96
3. Martínez Lomakin F, Tobar Bustos C, Fuentes Rojas P. Delirium en el hospital, una revisión narrativa. 2013; 13 (3). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-679676?lang=es>

Capítulo 4

¿Cómo prevenir la Neumonía asociada a la ventilación Mecánica?

Ruiz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen

Ruiz Sánchez de León, Fermín

¿CÓMO PREVENIR LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA?

Ruiz Sánchez de León, I C
Ruiz Sánchez de León, F
Arroyo Martínez, E

INTRODUCCIÓN

Se define la neumonía asociada a ventilación mecánica como la inflamación del parénquima pulmonar producido por agentes infecciosos que se desarrolla 72 horas después de la intubación y que no estaba incubándose en el momento de la intubación.

La neumonía nosocomial es la segunda complicación infecciosa a nivel hospitalario y la primera dentro de las unidades de cuidados intensivos. En estas unidades el 82% de los episodios de neumonía nosocomial se producen en pacientes con vía aérea artificial, denominándose neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). La presencia de la vía aérea artificial aumenta el resto de desarrollo de NAVM más de 20 veces.

La infección nosocomial (IN) en UCI es una complicación frecuente y de elevada morbimortalidad, ya que ocurre en alrededor de 20–25% de los pacientes ventilados durante más de 48 horas. Además, hay una incidencia de 1% adicional por cada día de ventilación mecánica (VM). Se ha estimado que el riesgo de tener neumonía es 21 veces mayor en los pacientes ventilados mecánicamente.

Esta entidad, que se desarrolla en pacientes con VM, es la primera causa de muerte atribuible a las IN y tiene el mayor impacto en la morbilidad y mortalidad, la cual va desde 30 al 70% según diferentes estudios. Esta es una de las principales causas por las que se ha desarrollado un gran número de investigaciones científicas sobre sus factores riesgo, etiología, diagnóstico, tratamiento antibiótico y estrategias preventivas basadas en la evidencia científica. A pesar de todos los trabajos realizados, guías de cuidados, protocolos, esta patología sigue siendo una de las infecciones más difíciles de evitar y de realizar un diagnóstico clínico precoz, que junto a un tratamiento adecuado, son los elementos clave para reducir la morbimortalidad y costes sanitarios y sociales.

Palabras claves.

Neumonía, ventilación mecánica, tratamiento, cuidados intensivos, prevención.

OBJETIVOS:

Con la realización de este trabajo buscamos conocer:

- Qué es la neumonía asociada a la ventilación mecánica
- Por qué aparece
- Cuidados de enfermería sobre cómo se puede prevenir o retrasar su aparición

MATERIAL Y MÉTODO:

Para esta comunicación científica se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes páginas webs tanto de artículos científicos como médicos para la realización de una revisión bibliográfica sistemática.

- Buscadores utilizados fueron: Google académico, SciELO, IBECs y Pubmed, principalmente.
- Criterios de inclusión fueron que los artículos científicos estuviesen publicados en revistas con carácter científico, que estuviesen redactados entre los años 2015 y 2020 y con acceso libre a texto completo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Factores que influyen en la etiología de la NAV:

- Relacionados con el manejo de los enfermos en las unidades de cuidados intensivos.
- Extrínsecos.
- Intrínsecos.

Tipos de neumonías:

- Precoz: se inicia en los primeros 5 días de inicio de la ventilación mecánica. Patógenos que normalmente la producen:
 - Streptococcus pneumoniae
 - Haemophilus influenzae
 - Staphylococcus aureus
- Tardía: se desarrolla a partir del quinto día de la intubación. Patógenos que la producen:
 - Pseudomonas aeruginosa
 - Acinetobacter baumannii

La mayoría de estudios coinciden en señalar que el desarrollo de una NAVM conlleva un aumento de la estancia hospitalaria y por consiguiente ocasiona un elevado coste al sistema sanitario. En pacientes médicos, el aumento de la estancia atribuible se estima en 10 días con un coste extra estimado de 16000 dólares por episodio. Pero lo que todavía es más importante para los pacientes críticos, el desarrollo de esta complicación conlleva un aumento de mortalidad. En estudios de casos y controles con estrictos criterios de apareamiento, la mortalidad cruda en UCI fue mayor en los casos que en los controles, sobre todo en aquellos casos de NAVM causados por gérmenes multirresistentes (mortalidad global entre 14% y 76%, mortalidad atribuida: entre 13,5% y 17,5%, incremento de estancia en UCI: entre 7,3 y 9,6 días e incremento de coste medio: 22.875 dólares).

Recomendaciones para disminuir la NAV:

- Vía de intubación. Intubación orotraqueal como primera elección.
- Tipos de tubo endotraqueal con *cuff* en forma cónica: aspiración subglótica.
- cuidados asociados a la mantención del *cuff* del tubo endotraqueal (TET) manteniendo una presión entre 20–30 cm de H₂O.
- Posición del paciente manteniendo el cabecero de la cama con un ángulo de 30–40°.
- Higiene de la cavidad bucal (mejillas, encías, dientes y paladar) cada 8–12 horas con solución de clorhexidina y aplicando pasta orofaríngea.
- Tipo de humidificación, ya sea HH (activa) o HME (pasiva).
- Sistemas de aspiración, ya sea cerrado o abierto. No existe una evidencia de calidad que recomiende un sistema por encima de otro.
- Vía de nutrición en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV). El principal objetivo es evitar la sobredistensión gástrica y verificar de forma rutinaria la correcta colocación de la sonda de alimentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arancibia H Francisco, Fica C Alberto, Hervé E Béatrice, Ruiz C Mauricio, Yunge B Mauricio. Diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2001 [citado 2021 Jun 13]; 18(Suppl 2): 41–57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182001018200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182001018200002>.
2. García JLB, Sáenz MC, Gavilán E del P. Characterization of post-surgical critical patients with infections associated with healthcare after prolonged perfusion of remifentanyl. Rev Assoc Med Bras. 2018;64(8):736–42.
3. Inter-sociedades AYR, Sociedad I, Lares M, González ANAL, Garcés AF, Carbone E. Neumonía asociada a ventilación mecánica. Actualización y recomendaciones inter-sociedades, sociedad argentina de infectología – sociedad argentina de terapia invasiva. 2018;78:99–106.
4. Durán Rodríguez R, Mercedes A, Méndez R, Cobas Sánchez A, Paján R, Castillo Pérez Y. Behavior of mechanic ventilator-associated pneumonia in adult at intensive care. Rev Inf Cient. 2017;96(4):615–25.

Resumen: Se define la neumonía asociada a ventilación mecánica como la inflamación del parénquima pulmonar producido por agentes infecciosos que se desarrolla 72 horas después de la intubación y que no estaba incubándose en el momento de la intubación.

La neumonía nosocomial es la segunda complicación infecciosa a nivel hospitalario y la primera dentro de las unidades de cuidados intensivos. El 82% de las neumonías nosocomiales se producen en pacientes con vía aérea artificial, denominándose neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). La presencia de la vía aérea artificial aumenta el riesgo de desarrollo de NAV más de 20 veces.

Palabras Clave: Neumonía Ventilación mecánica Cuidados intensivos

Introducción:

La infección nosocomial (IN) en UCI es una complicación frecuente y de elevada morbimortalidad, ya que ocurre en alrededor de 20-25% de los pacientes ventilados durante más de 48 horas. Además, hay una incidencia de 1% adicional por cada día de ventilación mecánica (VM). Se ha estimado que el riesgo de tener neumonía es 21 veces mayor en los pacientes ventilados mecánicamente.

Esta entidad, que se desarrolla en pacientes con VM, es la primera causa de muerte atribuible a las IN y tiene el mayor impacto en la morbilidad y mortalidad, la cual va desde 30 al 70% según diferentes estudios. Esta es una de las principales causas por las que se ha desarrollado un gran número de investigaciones científicas sobre sus factores riesgo, etiología, diagnóstico, tratamiento antibiótico y estrategias preventivas basadas en la evidencia científica. A pesar de todos los trabajos realizados, guías de cuidados, protocolos, esta patología sigue siendo una de las infecciones más difíciles de evitar y de realizar un diagnóstico clínico precoz, que junto a un tratamiento adecuado, son los elementos clave para reducir la morbimortalidad y costes sanitarios y sociales.

Material y Método:

Para esta comunicación científica se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes páginas webs tanto de artículos científicos como médicos para la realización de una revisión bibliográfica sistemática.

- Buscadores utilizados fueron: Google académico, SciELO, IBECs y Pubmed, principalmente.
- Criterios de inclusión fueron que los artículos científicos estuviesen publicados en revistas con carácter científico, que estuviesen redactados entre los años 2015 y 2020 y con acceso libre a texto completo

Resultados y Conclusiones:

Factores que influyen en la etiología de la NAV:

- Relacionados con el manejo de los enfermos en las unidades de cuidados intensivos.
- Extrínsecos.
- Intrínsecos.

Tipos de neumonías:

- Precoz: se inicia en los primeros 5 días de inicio de la ventilación mecánica. Patógenos que normalmente la producen:

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Staphylococcus aureus

- Tardía: se desarrolla a partir del quinto día de la intubación. Patógenos que la producen:

- Pseudomonas aeruginosa
- Acinetobacter baumannii

Recomendaciones para disminuir la NAV:

- Vía de intubación. Intubación orotraqueal como primera elección.

- Tipos de tubo endotraqueal con cuff en forma cónica: aspiración subglótica.

- Cuidados asociados a la mantención del cuff del tubo endotraqueal (TET) manteniendo una presión entre 20-30 cm de H₂O.

- Posición del paciente manteniendo el cabecero de la cama con un ángulo de 30-40°.

- Higiene de la cavidad bucal (mejillas, encías, dientes y paladar) cada 8-12 horas con solución de clorhexidina y aplicando pasta orofaríngea.

- Tipo de humidificación, ya sea HH (activa) o HME (pasiva).

- Sistemas de aspiración, ya sea cerrado o abierto. No existe una evidencia de calidad que recomiende un sistema por encima de otro.

- Vía de nutrición en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM). El principal objetivo es evitar la sobredistensión gástrica y verificar de forma rutinaria la correcta colocación de la sonda de alimentación.

La mayoría de estudios coinciden en señalar que el desarrollo de una NAVVM conlleva un aumento de la estancia hospitalaria y por consiguiente ocasiona un elevado coste al sistema sanitario. En pacientes médicos, el aumento de la estancia atribuible se estima en 10 días con un coste extra estimado de 16000 dólares por episodio. Pero lo que todavía es más importante para los pacientes críticos, el desarrollo de esta complicación conlleva un aumento de mortalidad. En estudios de casos y controles con estrictos criterios de apareamiento, la mortalidad cruda en UCI fue mayor en los casos que en los controles, sobre todo en aquellos casos de NAVVM causados por gérmenes multirresistentes (mortalidad global entre 14% y 76%, mortalidad atribuida: entre 13,5% y 17,5%, incremento de estancia en UCI: entre 7,3 y 9,6 días e incremento de coste medio: 22.875 dólares).

Bibliografía

1. Arancibia H Francisco, Fica C Alberto, Hervé E Béatrice, Ruiz C Mauricio, Yunge B Mauricio. Diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2001 [citado 2021 Jun 13] ; 18(Suppl 2): 41-57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182001018200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182001018200002>.
2. García JLB, Sáenz MC, Gavilán E del P. Characterization of post-surgical critical patients with infections associated with healthcare after prolonged perfusion of remifentanil. Rev Assoc Med Bras. 2018;64(8):736–42.
3. Inter-sociedades AYR, Sociedad I, Lares M, González ANAL, Garcés AF, Carbone E. Neumonía asociada a ventilación mecánica. Actualización y recomendaciones inter-sociedades, sociedad argentina de infectología - sociedad argentina de terapia invasiva. 2018;78:99–106.
4. Durán Rodríguez R, Mercedes A, Méndez R, Cobas Sánchez A, Paján R, Castillo Pérez Y. Behavior of mechanic ventilator-associated pneumonia in adult at intensive care. Rev Inf Cient. 2017;96(4):615–25.

Capítulo 5

¿Conocen los jóvenes las estrategias nutricionales para controlar el peso corporal?

Gallego Cejudo, Beatriz

¿Conocen los jóvenes las estrategias nutricionales para controlar el peso corporal?



Gallego Cejudo, Beatriz

INTRODUCCIÓN

La estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea puede producir en los jóvenes una preocupación excesiva por su cuerpo. Esta preocupación por el peso, lleva al deseo de perderlo por razones estéticas, como consecuencia se potencia la realización de dietas de adelgazamiento, la mayor parte de las cuales no tienen ninguna base científica ni han demostrado eficacia. Además diversos estudios ponen de manifiesto el gran desconocimiento respecto a las pautas que resultan de mayor ayuda para mantener un peso adecuado, y dado que esta materia preocupa a un elevado porcentaje de jóvenes, es evidente la necesidad de mejorar la educación nutricional, en este terreno, para evitar el seguimiento de pautas equivocadas que puedan perjudicar el estado nutritivo y la salud de la población.

OBJETIVOS

- Determinar el nivel de conocimientos y creencias sobre las estrategias para controlar el peso corporal que poseen un colectivo de jóvenes universitarios.
- Conocer el índice de masa corporal de un grupo de jóvenes.

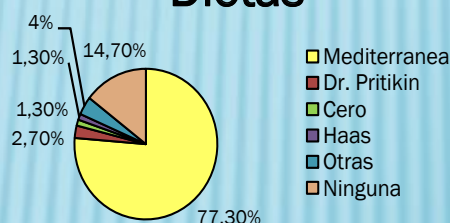
MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal, se tomó una muestra de 75 jóvenes universitarios de la facultad de Enfermería de Ciudad Real de 18-20 años. Aplicando un cuestionario de elaboración propia y respuestas cerradas, voluntario y anónimo. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, frecuencia y porcentajes

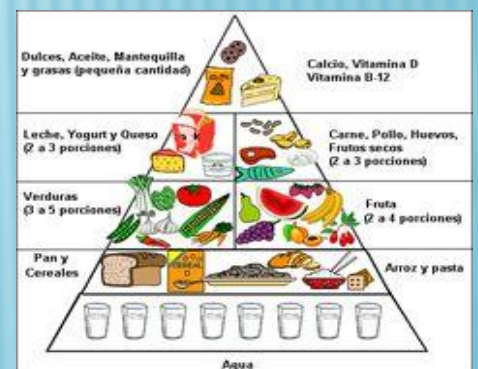
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Encontramos que un 40% de los jóvenes no están satisfechos con su peso, así mismo el 77% declararon que seguían una dieta mediterránea. Además las principales deficiencia de conocimientos y creencias sobre estrategias para controlar el peso corporal, en modo general, las encontramos en la frecuencia de consumo de huevos, farináceos y carnes, ya que indican una ingesta por debajo de las recomendaciones adecuadas.

Dietas



POBLACION		
	Edad	Media IMC
75 Estudiantes de Enfermería	18-20	21,16 ± 2,58



CONCLUSIONES

- Se pone de relieve la existencia de un desconocimiento de una pequeña parte de la población en relación con el tema de estrategias más adecuadas para el control del peso, pero en general los jóvenes tienen conocimientos nutricionales correctos.
- Necesidad de promover una educación alimentaria desde edades tempranas.
- El índice de masa corporal es adecuado ya que un 75,6% de los universitarios se encuentran en un valor de normopeso.

BIBLIOGRAFIA

- Cossio-Bolaños, M. A., De Arruda, M., Moyano Portillo, A., Gañán Moreno, E., Pino López, L.M. y Lancho Alonso, J.L.: "Composición corporal de jóvenes universitarios en relación a la salud". Nutr. Clín. Diet. Hosp, 2011; 31(3): 15-21.
- Martínez Álvarez, J.R., Villarino Marín, A., Iglesias Rosado, C., De Arpe Muñoz, C. y Gómez Candela, C. "Recomendaciones de alimentación para la población española" Nutr. Clín. Diet. Hosp. 2010; 30(1): 4-14

Resumen: *La estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea puede producir en los jóvenes una preocupación excesiva por su cuerpo, esto lleva al deseo de perderlo por razones estéticas realizando dietas de adelgazamiento sin base científica. Además, diversos estudios exponen el gran desconocimiento respecto a las pautas adecuadas para mantener un peso adecuado. Por consiguiente, para conocer la satisfacción corporal, conocimientos y creencias sobre la relación dieta-control de peso hemos aplicado un cuestionario a 75 jóvenes universitarios.*

Concluiremos en el desconocimiento de una parte de la población en relación con las estrategias adecuadas para el control del peso.

Palabras Clave: *Peso corporal Dietas Jóvenes.*

Introducción:

Los hábitos saludables, patrones dietéticos y hábitos higiénicos, se adquieren en la infancia, influenciados en gran medida por la familia y la escuela, por las tradiciones culturales y las preferencias personales. Pero durante la adolescencia se produce un importante paso en la alimentación porque en ocasiones la rebeldía y el deseo de autoafirmación pueden llevar a seguir dietas incorrectas y en la juventud estos hábitos se afianzan.

La imagen física tiene una gran importancia en nuestra sociedad porque la cultura nos expone un estereotipo corporal excesivamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y normas que determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal, como utilización de dietas milagro.

En diversos estudios se pone de manifiesto el gran desconocimiento respecto a las pautas que resultan de mayor ayuda para mantener un peso adecuado, y dado que esta materia preocupa a un elevado porcentaje de jóvenes, es evidente la necesidad de mejorar la educación nutricional, en este terreno, para evitar el seguimiento de pautas equivocadas que puedan perjudicar el estado nutritivo y la salud de la población.

Objetivos:

- Determinar el nivel de conocimientos y creencias sobre las estrategias para controlar el peso corporal que poseen un colectivo de jóvenes universitarios.
- Conocer el índice de masa corporal de un grupo de jóvenes.

Material y Método:

Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal, se tomó una muestra de 75 jóvenes universitarios de la facultad de Enfermería de Ciudad Real de 18-20 años. Aplicando un cuestionario de elaboración propia y respuestas cerradas, voluntario y anónimo.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, frecuencia y porcentajes. Los datos se presentan como valores medios, desviación típica y porcentaje de respuestas a las diferentes cuestiones planteadas.

Resultados y Discusión:

En nuestro estudio el IMC de los jóvenes universitarios encuestados oscila entre un máximo de 28,84 kg/m² y un mínimo de 15,57 kg/m² con un valor medio de 21.15 ± 2.58, entre valores de normopeso. Con relación a la satisfacción con el peso e imagen corporal observamos que 74.6% de los jóvenes consideran que tienen un peso normal. A sí mismo un 60% de los jóvenes están conformes con su peso corporal y un 40% no está conforme con el mismo.

Así mismo el 77% declararon que seguían una dieta mediterránea, el resto de los encuestados han probado otras dietas como la cero, Dr. Pritikin...

Con respecto a la frecuencia de consumo apropiado de los diferentes alimentos, indicaron que lo aconsejable era consumir verduras 1,7 veces/día, mientras que lo realmente aconsejable es tomarlas 2-3 veces/día. En relación con el grupo de los cereales y derivados indicaron que lo aconsejables es tomar 2,2 veces por día, mientras que o realmente aconsejable es 4-6 veces/día. Así como el bajo consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, especialmente verdura, hortalizas, cereales y legumbres, hace que le perfil calórico de nuestra dieta sea desequilibrado con altas ingestas de grasa y escaso aporte de carbohidratos. Esta tendencia favorece el padecimiento de deficiencias en fibra, vitaminas y minerales.

Se pone en manifiesto que las principales deficiencias de conocimientos y creencias sobre estrategias para controlar el peso corporal, en modo general, las encontramos en la frecuencia de consumo de huevos, farináceos y carnes, ya que indican una ingesta por debajo de las recomendaciones adecuadas.

Conclusiones:

- Se pone de relieve la existencia de un desconocimiento de una pequeña parte de la población en relación con el tema de estrategias más adecuadas para el control del peso, pero en general los jóvenes tienen conocimientos nutricionales correctos.
- Necesidad de promover una educación alimentaria desde edades tempranas.
- El índice de masa corporal es adecuado ya que un 75,6% de los universitarios se encuentran en un valor de normopeso.

Bibliografía

1. Cossio-Bolaños, M. A., De Arruda, M., Moyano Portillo, A., Gañán Moreno, E., Pino López, L.M. y Lancho Alonso, J.L.: "Composición corporal de jóvenes universitarios en relación a la salud". Nutr. Clín. Diet. Hosp, 2011; 31(3): 15-21. -Martínez Álvarez, J.R., Villarino Marín,
2. A., Iglesias Rosado, C., De Arpe Muñoz, C. y Gómez Candela, C. "Recomendaciones de alimentación para la población española" Nutr. Clín. Diet. Hosp. 2010; 30(1): 4-14
3. Gallardo Fernández M. y cols. "Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos". Revista Española de Obesidad Vol. 10, 2011
4. García-Gálvez, C., Salvador, M. y De la Fuente, M. "Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima". European Journal of Education and Psychology, vol. 3, nº 2, 2010, pp.257-273

Capítulo 6

¿Es efectiva la terapia de electroestimulación en las úlceras por presión?

Adrián Vera, Esther

Díaz Suárez, Marta

Sánchez Serrano, Ana María

Ortiz Patricio, Patricia

Ortiz Rodrigo, Javier

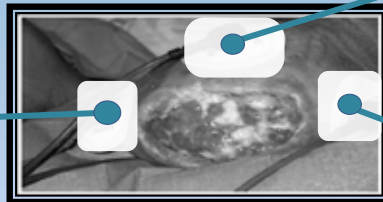
Carabella García, Mónica

¿ES EFECTIVA LA TERAPIA DE ELECTROESTIMULACION EN LAS ULCERAS POR PRESION?

ADRIAN VERA, E.; DIAZ SUAREZ, M.; ORTIZ PATRICIO, P.; ORTIZ RODRIGO, J.; CARABELLA GARCIA, M.

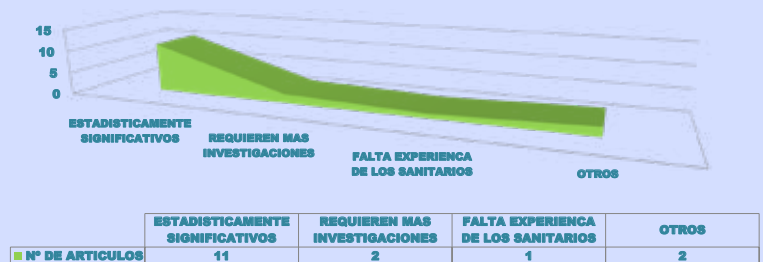
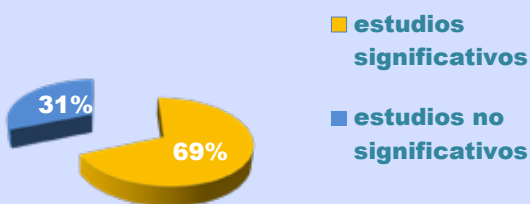
INTRODUCCION: En la terapia de electroestimulación se usa corriente pulsada, que es la aplicación de energía electromagnética, con el fin de producir, sobre el organismo, reacciones fisiológicas y biológicas; reacciones que son aprovechadas para mejorar los tejidos, sometidos a enfermedad o alteraciones metabólicas de las células que lo componen.

OBJETIVO: Analizar, a través de la revisión de distintos estudios, si hay evidencia de la efectividad de la corriente pulsada en úlceras por presión, sola o conjuntamente con la terapia convencional de curación.



MATERIAL Y METODO: Estudio retrospectivo de 16 artículos encontrados dentro de un periodo de tiempo (del año 2005 al año 2019), donde se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos COCHRANE, SCIELO y PUBMED; y en el metabuscador GOOGLE SCHOLAR.

RESULTADOS: 16 artículos revisados



CONCLUSIONES:

1. En la mayoría de los artículos se evidencia que la **TERAPIA DE ELECTROESTIMULACION**, favorece la curación de las UPP, por lo tanto es **EFECTIVA**, pero esa **efectividad depende de cómo de use y las características de la paciente (piel, edad, género,...)**
2. Esta terapia junto a la convencional, disminuye el tiempo de cicatrización de las UPP
3. Los profesionales sanitarios deben mejorar la competencia practica para un buen manejo de la corriente pulsada

BIBLIOGRAFIA:

Polak A, Kloth LG, Blaszczyk E, Taradaj J, Nawrat-Szoltysek A, Walczak A, Bialek L, Paczula M, Franek A, Kucio C. Advance in skin & wound care, 2016, 29(10), 447-459 / added to CENTRAL: 28 February 2018 / 2018 Issue 2. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000493164.75337.de>

Ullah MO. Journal of medical sciences (taipei, Taiwan), 2007, 7(8), 1320.1324 / added to CENTRAL:31 March 2019 / 2019 Issue 3

Jankovic A, Binie I. Archives of dermatological research, 2008, 300(7), 377-383 / added to CENTRAL: 30 April 2009 / 2009 Issue 2. <https://doi.org/10.1007/s00403-008-0875-9>

Resumen: Este trabajo es una revisión bibliográfica, en la cual queremos observar si la terapia de electroestimulación en las úlceras por presión es efectiva sola o acompañada de la terapia convencional de curación. Y para ello hemos revisado dieciséis artículos entre los años 2005 al 2019. De los cuales hemos analizado cuales tienen un carácter estadísticamente significativo, para nuestra revisión, y cuales no por diversos motivos.

Palabras Clave: Pressure Ulcer Electric Stimulation Therapy.

Introducción:

La introducción se explica en que consiste la terapia de electroestimulación, en donde se usa corriente pulsada que es la aplicación de energía electromagnética, con el fin de producir, sobre el organismo, reacciones fisiológicas y biológicas; reacciones que son aprovechadas para mejorar los tejidos, sometidos a enfermedad o alteraciones metabólicas de las células que lo componen.

El objetivo del estudio es analizar, a través de la revisión de distintos estudios, si hay evidencia sobre la corriente pulsada en úlceras por presión, sola o conjuntamente con la terapia convencional de curación.

Se revisan 16 artículos donde: 11 son estadísticamente significativos, 2 requieren más investigaciones, 1 hay falta de experiencia de los sanitarios y 2 existen otros problemas.

La conclusión a la que hemos llegado es que en la mayoría de los artículos se evidencia que la terapia de electroestimulación es efectiva sola, pero depende de cómo se use y las características del paciente (piel, edad, genero...). Si se usa en conjunto con la terapia convencional se disminuye el tiempo de cicatrización y por último que los profesionales deben mejorar la competencia práctica para un buen manejo de la corriente pulsada.

Bibliografía

1. Polak A, Kloth LC, Blaszczyk E, Taradaj J, Nawrat-Szoltysik A, Walczak A, Bialek L, Paczula M, Franek A, Kucio C. Advance in skin & wound care, 2016, 29 (10), 447-459/added to CENTRAL: 28 February 2018/2018 Issue 2.
2. Ullah MO. Journal of medical sciences (taipei, Taiwan), 2007, 7 (8), 1320.1324/added to CENTRAL: 31 March 2019/2019 Issue 3
3. Jankovic A, Binie I. Archives of dermatological research, 2008, 300 (7), 377-383/added to CENTRAL: 30 April 2009/2009 Issue 2

Capítulo 7

¿Es efectivo el Adalimumab para la remisión de la enfermedad de Crohn?

Nieto Aparicio, Saúl

Cantero Rivero, Virginia

Cantero Rivero, José Carlos

Sánchez-Camacho González-Carrato, María José

¿ES EFECTIVO EL ADALIMUMAB PARA LA REMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN?



INTRODUCCIÓN

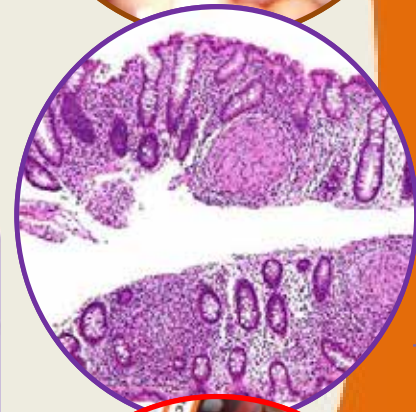
La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria intestinal crónica que puede afectar a todas las capas del intestino (mucosa, submucosa, muscular y serosa). También a toda su longitud, es decir desde la mucosa oral hasta el ano, aunque su localización más frecuente es el íleon. En algunos casos puede haber tramos del tubo digestivo sanos intercalados con zonas afectadas. Cursa en forma de brotes o exacerbaciones.

Esta patología es incurable y el tratamiento farmacológico, unido a dieta, y en algunas ocasiones cirugía, se han convertido en la única manera de paliar los síntomas de la enfermedad.

Los medicamentos convencionales usados en la enfermedad de Crohn incluyen fármacos antiinflamatorios, inmunosupresores y corticosteroides. Sin embargo, si el paciente no responde a estos tratamientos, entonces las terapias biológicas que incluyen infliximab, certolizumab pegol y adalimumab son los siguientes tratamientos de elección.

El adalimumab es un fármaco biológico que ayuda a reducir la inflamación y aliviar el dolor en personas que padecen afecciones inflamatorias como la enfermedad de Crohn. El adalimumab actúa uniéndose al factor de necrosis tumoral alfa y bloqueando el efecto inflamatorio, lo que resulta en la reducción del dolor en la inflamación en los pacientes con esta enfermedad.

Generalmente se inicia con una dosis inicial de 160mg seguida de una dosis de 80mg a las dos semanas, para posteriormente continuar con 40mg hasta finalizar el tratamiento.



MATERIAL Y MÉTODO

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda sistemática de los distintos estudios existentes en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y Cuiden.

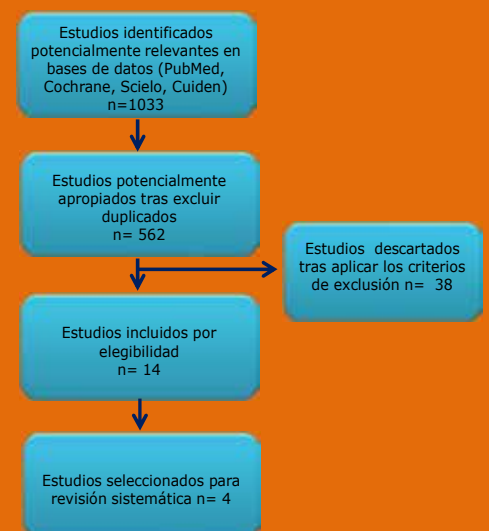
Palabras clave: Crohn disease and adalimumab, monoclonal antibodies, adalimumab therapeutic use.

Criterios de inclusión:

- *Según diseño de los estudios:* revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorizados que compararon la eficacia de distintas dosis de adalimumab respecto al placebo u otros tratamientos activos.
- *Según el tipo de participantes:* adultos diagnosticados con enfermedad de Crohn activa, excluyendo a las embarazadas.
- *Según tipo de intervención:* ensayos clínicos en los que se comparó la eficacia del uso del adalimumab comparado con el del placebo durante al menos 6 meses.
- *Según fecha de publicación e idioma:* Estudios incluidos publicados a partir del año 2011 en inglés y castellano.

Criterios de exclusión:

- Ensayos clínicos no aleatorizados.
- Estudios anteriores al año 2011.
- Estudios en idiomas diferentes al inglés y castellano.



RESULTADOS

Se incluyeron 4 ensayos clínicos aleatorizados en los que participaron 249 pacientes. Todos ellos con EC diagnosticada de moderada a grave. Dos estudios fueron controlados con un placebo. Otro dos estudios compararon la efectividad del tratamiento con adalimumab frente a otros tratamientos activos con azatioprina o mesalamina. Todos ellos utilizaron escalas de valoración de resultados validadas.

En *Watanabe 2012* se produjo una disminución de el CDAI (Índice de la actividad de la enfermedad de Crohn) en torno a 100-70 puntos cada cuatro semanas de tratamiento.

En *Rutgeerts 2012* el criterio de valoración principal fue la curación de la mucosa en la semana 12 y 52. Se corroboró un descenso del índice endoscópico de gravedad de la enfermedad de Crohn (CDEIS).

Dos estudios (*Savarino 2013*, *Scapa 2015*) examinaron su eficacia en el postoperatorio comparado a otros tratamientos activos con azatioprina o mesalamina, obteniendo un descenso notablemente superior del CDEIS y del CDAI en participantes que siguieron el tratamiento con adalimumab.

CONCLUSIONES

La evidencia sugiere que el adalimumab presenta mayor efectividad respecto al placebo, la azatioprina y la mesalamina mejorando la respuesta clínica en las personas con EC de moderada a severa. Aunque se notificaron menos eventos adversos que al utilizar el placebo, aún se requieren más estudios para analizar la seguridad a largo plazo del uso del adalimumab en pacientes con EC.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del adalimumab en el tratamiento de la Enfermedad de Crohn.



AUTORES
SAUL NIETO APARICIO
VIRGINIA CANTERO RIVERO
MARIA JOSE SANCHEZ-CAMACHO
GONZALEZ-CARRATO
JOSE CARLOS CANTERO RIVERO

XII Congreso Enfermería y Fisioterapia

Resumen: La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria intestinal crónica incurable y en la que el tratamiento farmacológico junto con la dieta y la cirugía son la única manera de aliviar sus síntomas. En este trabajo se ha evaluado la terapia alternativa al tratamiento de primera elección, como el uso del Adalimumab en la EC, resulta eficaz a la hora de paliar estos síntomas, a través de una búsqueda sistemática y lo más actualizada posible en cuanto a bibliografía existente.

Tras su análisis exhaustivo, los síntomas de la enfermedad de Crohn disminuyeron con el uso de esta terapia respecto al placebo.

Palabras Clave: Crohn Disease, Adalimumab, Antibodies.

Introducción:

La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria intestinal crónica que puede afectar a todas las capas del intestino (mucosa, submucosa, muscular y serosa). También a toda su longitud, es decir, desde la mucosa oral hasta el ano, aunque su localización más frecuente es el íleon. En algunos casos puede haber tramos de tubo digestivos sanos intercalados con zonas afectadas. Cursa en forma de brote o exacerbación.

Esta patología es incurable y el tratamiento farmacológico unido a la dieta y en algunas ocasiones la cirugía, se han convertido en la única manera de paliar sus síntomas.

Los medicamentos convencionales usados en la enfermedad de Crohn incluyen fármacos, antiinflamatorios, inmunosupresores y corticosteroides. Sin embargo, si el paciente no responde a estos tratamientos, entonces las terapias biológicas que incluyen Infliximab, Certolizumab, Pegol y Adalimumab son los siguientes tratamientos de elección.

El Adalimumab es un fármaco biológico que ayuda a reducir la inflamación y aliviar el dolor en personas que padecen afecciones inflamatorias como la enfermedad de Crohn. El Adalimumab actúa uniéndose al factor de necrosis tumoral alfa bloqueando el efecto inflamatorio, lo que resulta en la reducción del dolor en la inflamación de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Generalmente se inicia con una dosis inicial de 160mg, seguida de una dosis de 80mg a las dos semanas. Posteriormente, continúan con 40mg hasta finalizar el tratamiento.

Objetivos:

Evaluar la eficacia del Adalimumab en el tratamiento de la Enfermedad de Crohn.

Material y Método:

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda sistemática de los distintos estudios existentes en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y Cuiden.

Palabras clave: Crohn disease and Adalimumab, Monoclonal Antibodies, Adalimumab therapeutic use.

Criterios de Inclusión:

-Según diseño de los estudios: revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorizados que compararon la eficacia de distintas dosis de Adalimumab respecto al placebo u otros tratamientos activos.

-Según el tipo de participantes: adultos diagnosticados con enfermedad de Crohn activa, excluyendo a las embarazadas.

-Según tipo de intervención: ensayos clínicos en lo que se comparó la eficacia del uso del adalimumab comparado con el del placebo durante al menos 6 meses.

-Según fecha de publicación e idioma: Estudios incluidos publicados a partir del año 2011 en inglés y castellano.

Criterios de Exclusión:

-Ensayos clínicos no aleatorizados.

-Estudios anteriores al año 2011.

-Estudios en idiomas diferentes al inglés y castellano.

-Estudios identificados potencialmente relevantes en bases de datos (PubMed, Cochrane, Scielo, Cuiden) n=1033

-Estudios potencialmente apropiados tras excluir duplicados. n= 562 Estudios descartados tras aplicar los criterios de exclusión n= 38 Estudios incluidos por elegibilidad. n= 14

-Estudios seleccionados para revisión sistemática n= 4

Resultados:

Se incluyeron 4 ensayos clínicos aleatorizados en los que participaron 249 pacientes. Todos ellos con EC diagnosticada de moderada a grave. Dos estudios fueron controlados con un placebo. Otros dos estudios compararon la efectividad del tratamiento con Adalimumab frente a otros tratamientos activos con Azatioprina o Mesalamina. Todos ellos utilizaron escalas de valoración de resultados validadas.

En Watanabe 2012 se produjo una disminución de el CDAI (Índice de la actividad de la enfermedad de Crohn) en torno a 100-70 puntos cada cuatro semanas de tratamiento.

En Rutgeerts 2012 el criterio de valoración principal fue la curación de la mucosa en la semana 12 y 52. Se corroboró un descenso del índice endoscópico de gravedad de la enfermedad de Crohn (CDEIS).

Dos estudios (Savorino 2013, Scapa 2015) examinaron su eficacia en el postoperatorio comparado a otros tratamientos activos con Azatioprina o Mesalamina, obteniendo un descenso notablemente superior del CDEIS y del CDAI en participantes que siguieron el tratamiento con Adalimumab.

Conclusiones:

La evidencia sugiere que el Adalimumab presenta mayor efectividad respecto al placebo, la Azatioprina y la Mesalamina mejorando la respuesta clínica en las personas con EC de moderada a severa.

Aunque se notificaron menos eventos adversos que al utilizar el placebo, aún se requieren más estudios para analizar la seguridad a largo plazo del uso del Adalimumab en pacientes con enfermedad de Crohn.

Bibliografía

- 1.Watanabe M, Hibi T, Lomax KG, Paulson SK, Chao J, Alam MS, Comez A; Study Investigators. Adalimumab for the induction and maintenance of clinical remission in Japanese patients with Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2012 Mar;6(2):160-73. doi: 10.1016/j.crohns.2011.07.013. Epub 2011 Aug 26. PMID: 22325170.
- 2.Rutgeerts P, Van Assche G, Sandborn WJ, Wolf DC, Geboes K, Colombel JF, Reinisch W; EXTEND Investigators, Kumar A, Lazar A, Comez A, Lomax KG, Pollack PF, D'Haens G. Adalimumab induces and maintains mucosal healing in patients with Crohn's disease: data from the EXTEND trial. *Gastroenterology*. 2012 May;142(5):1102-1111.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2012.01.035. Epub 2012 Feb 8.
- 3.PMID: 22326435. Savarino E, Bodini G, Dulbecco P, Assandri L, Bruzzone L, Mazza F, Frigo AC, Fazio V, Marabotto E, Savarino V. Adalimumab is more effective than azathioprine and mesalamine at preventing postoperative recurrence of Crohn's disease: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2013 Nov;108(11):1731-42. doi: 10.1038/ajg.2013.287. Epub 2013 Sep 10. PMID: 24019080.

Capítulo 8

¿Está indicada la dieta cetogénica en el tratamiento de la epilepsia refractaria?

Ruiz Felipe , Rosa María

DIETA CETOGENICA COMO TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA DURANTE LA INFANCIA

Autores:
Rosa María Ruiz Felipe

Introducción

La epilepsia refractaria (ER) es aquella en la que se ha usado al menos dos fármacos antiepilépticos (FAEs) durante un tiempo adecuado sin obtener un buen control de la crisis.

La dieta cetogénica (DC) se caracteriza por ser rica en grasas, pobre en hidratos de carbono y niveles adecuados de proteínas (1 gr/kg)

Se pretende evaluar los efectos de las DC en los pacientes con epilepsia resistente a los fármacos.

Metodología

Objetivos:

- Evaluar la eficacia de la prescripción hospitalaria de la dieta cetogénica en el tratamiento de la epilepsia refractaria.
- Comparar la eficacia de los diferentes tipos de dietas cetogénicas en la disminución de crisis epilépticas.
- Eficacia de la dieta cetogénica en función del síndrome epiléptico.
- Eficacia de la dieta cetogénica en función de la edad y sexo del paciente.
- Comparar la eficacia de la dieta cetogénica conjuntamente con fármacos antiepilépticos o exclusivamente con uno de los dos tratamientos.

Criterios de inclusión:

- Niño/as de 2 a 18 años.
- Pacientes refractarios al tratamiento farmacológico.
- Independientemente del síndrome epiléptico que presentaron.

Criterios de exclusión:

- Población adulta.
- Niños con enfermedad hepática, renal, cardíaca, gastrointestinal, psiquiátrica y otras encefalopatías progresivas.

Resultados

Con los datos de los estudios encontrados, se puede afirmar que la DC está indicada en el tratamiento de las epilepsias refractarias antes de valorar otras opciones terapéuticas más agresivas, o incluso en pacientes que no sean candidatos a cirugía.

Se han encontrado varios estudios aleatorizados que respaldan la eficacia de la DC en la ER en los que se obtuvo una reducción de al menos el 50% de las crisis en una tercera parte de la muestra. Cabe decir que sólo hemos encontrado un estudio aleatorizado realizado sobre el tema que estudiamos, por lo que los estudios futuros deberían incluir ensayos clínicos controlados aleatorizados y con mayores muestras poblacionales.

Aunque no se logre suspender la totalidad de los FAEs, con la DC si se puede lograr la disminución de las dosis y el número de los mismos, aportando así, una mayor calidad de vida de los pacientes. De hecho, si existe un consenso en que la mejor forma de prescripción de la DC es como un tratamiento coadyuvante al farmacológico. Ningún estudio revisado recomienda la completa retirada de los FAEs pero no se ha encontrado ninguno comparativo que excluyera al tratamiento de elección.

Conclusiones

Podemos afirmar que la dieta cetogénica es considerada como una alternativa terapéutica en pacientes refractarios al tratamiento convencional ya que ha demostrado una buena eficacia en la disminución del número de crisis epilépticas, sin poder constatar que ésta sea más eficaz según el sexo o del síndrome epiléptico. La DC puede ser eficaz no sólo en epilepsias generalizadas o multifocales sintomáticas, sino también focales y lesionales. No se han encontrado evidencias de una mayor efectividad de la dieta según la edad del paciente pero si un mayor cumplimiento de la dieta en pediatras. Por último, la DC permite reducir el número de (FAEs) pero no su exclusión completa del tratamiento.

Referencias

- Armeno, M., Caraballo, R., Vaccarezza, M., Alberti, M.J., Ríos, V. (2014). Consenso nacional sobre dieta cetogénica. Rev. Neurol, 59, 213-23
- Pedrón Giner, C. (2009). Epilepsia y alimentación. Dietas cetogénicas. Nutr Hosp, 79-80
- Pablos-Sánchez, T., Oliveros-Leal, L., Nuñez-Enamorado, N. Experiencia en el tratamiento con dieta cetogénica de la epilepsia refractaria en la edad pediátrica. Rev Neurol, 58, 55-62
- Ballesteros Pomar, M., & Arés Luque, A. (2005). Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades neurológicas. Endocrinología y Nutrición, 52 (Supl. 2), 97-102
- Álamo, C. (2007) Abordaje terapéutico de la epilepsia desde la perspectiva nutricional: situación actual del tratamiento dietético. Neurología, 22 (8), 517-525

Resumen: La dieta cetogénica es un tratamiento dietoterápico para niños con epilepsia refractaria. Los fármacos anticonvulsivantes son la principal línea de tratamiento y proporciona un buen control de las crisis. Sin embargo, un 25% de ellos sufre epilepsia refractaria con algunos riesgos: mayores índices de mortalidad, accidentes, lesiones y mayor incidencia de trastornos cognitivos, ansiedad, depresión, aislamiento.

La dieta cetogénica, alta en grasas y pobre en hidratos de carbono, es una alternativa; estudios recientes indican existencia de mecanismos implicados: como la interrupción de la transmisión sináptica glutamatérgica, inhibición de la glucólisis y la activación de los canales de potasio sensibles a ATP.

Palabras Clave: Dieta Cetogénica, Epilepsia Refractaria, Fármacos Antiepilépticos.

Introducción:

La epilepsia refractaria (ER) es aquella en la que se ha usado al menos dos fármacos antiepilépticos (FAEs) durante un tiempo adecuado sin obtener un buen control de la crisis.

La dieta cetogénica (DC) se caracteriza por ser rica en grasas, pobre en hidratos de carbono y niveles adecuados de proteínas (1 gr/kg) cuyo rasgo esencial es la producción hepática de cuerpos cetónicos como sustrato alternativo a la glucosa para su uso energético.

Se pretende evaluar los efectos de la dieta cetogénica en los pacientes con epilepsia resistente a los fármacos.

Metodología:

Para esta revisión bibliográfica se han utilizado como principales bases de datos Pubmed, IME, CINHALL, Ibecs, SciELO y, limitando los resultados de búsqueda a los últimos diez años, se han escogido veinte publicaciones de interés para el propósito.

Objetivos:

-Evaluar la eficacia de la prescripción hospitalaria de la dieta cetogénica en el tratamiento de la epilepsia refractaria.

- Comparar la eficacia de los diferentes tipos de dietas cetogénicas en la disminución de crisis epilépticas.

-Eficacia de la dieta cetogénica en función del síndrome epiléptico.

-Eficacia de la dieta cetogénica en función de la edad y sexo del paciente.

-Comparar la eficacia de la dieta cetogénica conjuntamente con fármacos antiepilépticos o exclusivamente con uno de los dos tratamientos.

Criterios de inclusión:

- Niño/as de 2 a 18 años.

- Pacientes refractarios al tratamiento farmacológico.

- Independientemente del síndrome epiléptico que presentaron.

Criterios de exclusión:

- Población adulta.
- Niños con enfermedad hepática, renal, cardiaca, gastrointestinal, psiquiátrica y otras encefalopatías progresivas.
- Cualquier paciente con historia familiar para mantener estrictamente este tipo de dieta.
- Aquellos niños/as que ya habían utilizado anteriormente la dieta cetogénica como tratamiento.

Resultados:

La dieta cetogénica es una opción más en el tratamiento de las epilepsias refractarias, ya que se ha demostrado su eficacia en diversos estudios.

Uno de los primeros estudios obtuvo en su estudio un 52% de respuestas positivas con una disminución de más del 50% de las crisis totales.

En un estudio realizado con una muestra de veintiún niños, sólo dieciséis pacientes se mantuvieron en dieta durante los seis meses de seguimiento. El 24% de éstos permanecieron sin convulsiones al año de estar con la dieta, a los seis meses dos pacientes estaban sin crisis, en ocho niños habían disminuido en más del 90%, en tres a la mitad y tres no habían cumplido el criterio de respuesta.

Hasta el momento, el único estudio aleatorio controlado se incluyó a ciento tres niños de dos a dieciséis años (54 niños con dieta cetogénica y 49 con niños controles). A los tres meses, el 38 % de los pacientes experimentó una reducción de las crisis en más del 50 % y un 7% de los pacientes redujeron sus crisis más del 90%.

En otro estudio con otra muestra poblacional de veintinueve niños, se obtuvieron resultados aún más optimistas. Después de seis meses, se redujo en un 90% la frecuencia de las crisis en casi la mitad de los pacientes (48,3%), y la otra mitad se mantuvieron sin crisis. Sin embargo, estas cifras disminuyeron a lo largo de los meses, de tal forma que, a los seis meses se mantenían sólo siete niños sin crisis (n=22). Cabe destacar que, tras veintiocho meses de tratamiento, sólo permanecían ocho pacientes en el estudio; esta exclusión fue principalmente debida al incorrecto seguimiento de la dieta por los participantes.

En el hospital San Joan de Déu se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas, a los que se les había pautado la dieta cetogénica en los últimos veinte años (n= 27) Un 37% de éstos, presentaron una reducción de más del 50 % de las crisis a los seis meses de tratamiento.

Cabe destacar que, aunque según la bibliografía revisada, la eficacia de la dieta disminuye a lo largo adversos)

Conclusiones:

Podemos afirmar que la dieta cetogénica es considerada como una alternativa terapéutica en pacientes refractarios al tratamiento convencional antes de valorar otras opciones terapéuticas más agresivas, o incluso en pacientes que no sean candidatos a cirugía, ya que ha demostrado una buena eficacia en la disminución del número de crisis epilépticas, sin poder constatar que ésta sea más eficaz según el sexo o del síndrome epiléptico.

Se han encontrado varios estudios aleatorizados que respaldan la eficacia de la dieta cetogénica en la epilepsia refractaria en los que se obtuvo una reducción de al menos el 50% de las crisis en una tercera parte de la muestra.

La dieta cetogénica puede ser eficaz no sólo en epilepsias generalizadas o multifocales sintomáticas, sino también focales y lesionales.

No se han encontrado evidencias de una mayor efectividad de la dieta según la edad del paciente, pero sí un mayor cumplimiento de la dieta en pacientes pediátricos.

Por último, la dieta cetogénica permite reducir el número de fármacos antiepilépticos, pero no su exclusión completa del tratamiento aportando así, una mayor calidad de vida a los pacientes. De hecho, sí existe un consenso en que la mejor forma de prescripción de la dieta cetogénica es como tratamiento coadyuvante al farmacológico.

Ningún estudio revisado recomienda la completa retirada de los fármacos antiepilépticos pero no se ha encontrado ninguno comparativo que excluyera al tratamiento farmacológico como tratamiento de elección.

Bibliografía

1. Armeno M, Caraballo R, Vaccarezza M, Alberti MJ, Ríos V. (2014). Consenso nacional sobre dieta cetogénica. Rev. Neurol, 59, 213-23
2. Pedrón Giner C. (2009). Epilepsia y alimentación. Dietas cetogénicas. Nutr Hosp, 79-80
3. Pablos-Sánchez T, Oliveros-Leal L, Nuñez-Enamorado N. Experiencia en el tratamiento con dieta cetogénica de la epilepsia refractaria en la edad pediátrica. Rev Neurol, 58, 55-62
4. Ballesteros Pomar M, & Arés Luque A. (2005). Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades nerológicas. Endocrinología y Nutrición, 52 (Supl. 2), 97-102
5. Álamo C. (2007) Abordaje terapéutico de la epilepsia desde la perspectiva nutricional: situación actual del tratamiento dietético. Neurología, 22 (8), 517-525

Capítulo 9

¿Existe una correcta adherencia al tratamiento en el Paciente Polimedicado?

Gómez - Caraballo Jiménez - Galanes , Jesús Manuel

¿EXISTE UNA CORRECTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE POLIMEDICADO?

AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)

INTRODUCCIÓN

La polimedicación desde el punto de vista cuantitativo es el consumo de un número concreto de fármacos (generalmente 5 o más) y desde el punto de vista cualitativo, con un uso no indicado o inadecuado de algún medicamento. En los últimos años ha habido un aumento de la esperanza de vida, conllevando una mayor incidencia de patologías asociadas. Todo ello, gracias al sistema sanitario y a la medicación. Una correcta adherencia al tratamiento sería que el comportamiento del paciente en la toma de su tratamiento coincidiese con las recomendaciones del profesional sanitario. Pero a un mayor número de fármacos en el mismo tratamiento conlleva una mayor complejidad terapéutica y una menor adherencia, unido a la dificultad en la metabolización y excreción de los fármacos en los ancianos.

Nos plantearemos si el paciente está correctamente capacitado para tomar sus medicamentos y el papel de enfermería en la mejora de la seguridad en estas situaciones.

OBJETIVOS

- Nuestro objetivo como enfermería es conocer si el paciente se toma correctamente la medicación prescrita tras la visita de enfermería
- Extrapolar las características de los pacientes polimedcados según edad y sexo y que son atendidos por enfermería.
- Identificar si la educación sanitaria mejora la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS

De los pacientes visitados, un 58% eran mujeres y un 42% hombres, de los cuales un 49% tenían más de 80 años. Al trasladarles las preguntas, un 60% saben para que sirven los medicamentos, un 25% se ha olvidado alguna vez de tomar la medicación, un 20% no se toma la medicación a la hora indicada y un 12% cuando se encuentra bien o le sienta mal, dejan de tomarla.

Además he observado que en sus botiquines existe medicación caducada y medicamentos no pautados.

CONCLUSIONES

La polimedicación en personas mayores es un problema frecuente y grave que precisa revisión y monitorización continua. Para obtener un buen resultado sobre su salud debe cumplir correctamente la pauta prescrita. En varias ocasiones el paciente no cumple la pauta o dosis indicada por lo que aumenta el mal cumplimiento del tratamiento. Los equipos de enfermería deberán, junto con el médico, revisar tratamientos mediante las visitas domiciliarias, viendo adherencia y revisando botiquines, programando si fuese necesario una próxima visita.

La educación sanitaria individualizada, mejora la adherencia al tratamiento, ya que resuelve dudas e inseguridades, instruye en la administración y detecta discrepancias.

Por otro lado, en un futuro, debemos buscar estrategias para mejorar la calidad de los servicios prestados a los usuarios, para así fomentar su seguridad.

METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en los domicilios de los pacientes de un centro de salud, seleccionando 100 historias clínicas de pacientes a los cuales se les visitó.

El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Enero a Julio de 2019.

Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo y actuación de enfermería. Para ello utilizaremos el test de Morisky-Green de adherencia al tratamiento en la visita domiciliaria, haciendo las siguientes preguntas:

¿Olvida alguna vez tomar sus medicamentos para tratar su enfermedad?

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

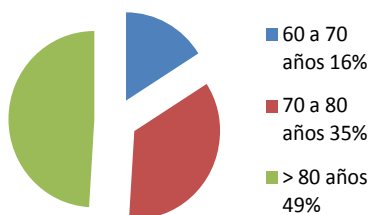
¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar sus medicamentos?

¿Si alguna vez, le sienta mal, deja usted de tomarlas?

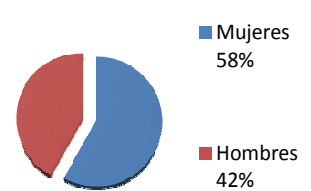
En todos los casos debe responder SI o NO.

Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan NO a las 4 preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a uno o más.

EDAD



SEXO



Bibliografía:

- 1.-Perez MF, Castillo R, Rodríguez J, Martos E. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedcada. 2002.
- 2.-Gavilan Moral, E. Vilafaina Barroso, A. Polimedcación y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. 2011.
- 3.-Leal Hernandez ,M. Abellan Alemán, J. Casa Pina, MT. Paciente polimedcado ¿conoce la posología de la medicación? ¿afirma tomarla correctamente? Atenc Primaria. 2014.

Resumen: *En los últimos años ha habido un aumento de la esperanza de vida, conllevando una mayor incidencia de patologías asociadas. Todo ello, gracias al sistema sanitario y a la medicación. Una correcta adherencia al tratamiento sería que el comportamiento del paciente en la toma de su tratamiento coincidiese con las recomendaciones del profesional sanitario. Pero a un mayor número de fármacos en el mismo tratamiento conlleva una mayor complejidad terapéutica y una menor adherencia, unido a la dificultad en la metabolización y excreción de los fármacos en los ancianos.*

Palabras Clave: *Polimedicación, Fármacos, Adherencia.*

Introducción:

La polimedicación desde el punto de vista cuantitativo es el consumo de un número concreto de fármacos (generalmente 5 o más) y desde el punto de vista cualitativo, con un uso no indicado o inadecuado de algún medicamento. En los últimos años ha habido un aumento de la esperanza de vida, conllevando una mayor incidencia de patologías asociadas. Todo ello, gracias al sistema sanitario y a la medicación. Una correcta adherencia al tratamiento sería que el comportamiento del paciente en la toma de su tratamiento coincidiese con las recomendaciones del profesional sanitario. Pero a un mayor número de fármacos en el mismo tratamiento conlleva una mayor complejidad terapéutica y una menor adherencia, unido a la dificultad en la metabolización y excreción de los fármacos en los ancianos.

Nos plantearemos si el paciente está correctamente capacitado para tomar sus medicamentos y el papel de enfermería en la mejora de la seguridad en estas situaciones.

Objetivos:

- Nuestro objetivo como enfermería es conocer si el paciente se toma correctamente la medicación prescrita tras la visita de enfermería.
- Extrapolar las características de los pacientes polimedicados según edad y sexo y que son atendidos por enfermería.
- Identificar si la educación sanitaria mejora la adherencia al tratamiento.

Metodología:

- El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en los domicilios de los pacientes de un centro de salud, seleccionando 100 historias clínicas de pacientes a los cuales se les visitó.

El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Enero a Julio de 2019.

Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo y actuación de enfermería. Para ello utilizaremos el test de Morisky-Green de adherencia al tratamiento en la visita domiciliaria, haciendo las siguientes preguntas:

¿Olvida alguna vez tomar sus medicamentos para tratar su enfermedad?

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar sus medicamentos?

¿Si alguna vez, le sienta mal, deja usted de tomarlas?

En todos los casos debe responder SI o NO.

Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan NO a las 4 preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a uno o más.

Resultados:

De los pacientes visitados, un 58% eran mujeres y un 42% hombres, de los cuales un 49% tenían más de 80 años. Al trasladarles las preguntas, un 60% saben para que sirven los medicamentos, un 25% se ha olvidado alguna vez de tomar la medicación, un 20% no se toma la medicación a la hora indicada y un 12% cuando se encuentra bien o le sienta mal, dejan de tomarla.

Además, he observado que en sus botiquines existe medicación caducada y medicamentos no pautados.

Conclusiones:

La polimedicación en personas mayores es un problema frecuente y grave que precisa revisión y monitorización continua. Para obtener un buen resultado sobre su salud debe cumplir correctamente la pauta prescrita. En varias ocasiones el paciente no cumple la pauta o dosis indicada por lo que aumenta el mal cumplimiento del tratamiento. Los equipos de enfermería deberán, junto con el médico, revisar tratamientos mediante las visitas domiciliarias, viendo adherencia y revisando botiquines, programando si fuese necesaria una próxima visita.

La educación sanitaria individualizada, mejora la adherencia al tratamiento, ya que resuelve dudas e inseguridades, instruye en la administración y detecta discrepancias.

Por otro lado, en un futuro, debemos buscar estrategias para mejorar la calidad de los servicios prestados a los usuarios, para así fomentar su seguridad.

Bibliografía

1. Perez MF, Castillo R, Rodríguez J, Martos E. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedcada. 2002.
2. Gavilan Moral, E. Vilafaina Barroso, A. Polimedicación y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. 2011.
3. Leal Hernandez ,M. Abellan Alemán, J. Casa Pina, MT. Paciente polimedcado ¿conoce la posología de la medicación? ¿afirma tomarla correctamente? Atenc Primaria. 2014.

Capítulo 10

¿Qué saben nuestros adolescentes sobre la protección solar?

Baos Calzado, Rosa María

Díaz Valero, Juan Diego

González de Rivas, María del Carmen

¿QUÉ SABEN NUESTROS ADOLESCENTES SOBRE LA PROTECCIÓN SOLAR?

AUTORES: ROSA M^a BAOS CALZADO, JUAN DIEGO DÍAZ VALERO, M^a CARMEN GONZÁLEZ DE RIVAS

INTRODUCCION:

En los últimos años el estar moreno se ha convertido en una moda, acudir a cabinas de rayos ultravioletas o tomar el sol cueste lo que cueste para mostrar nuestra imagen bronceada, de ahí que se pueda llevar a una adicción obsesiva al bronceado llamada tanorexia.

Tomar el sol de manera indiscriminada puede desencadenar patologías a nivel dermatológico muy agresivas como los melanomas por lo que hay que concienciar en el tema de la prevención solar desde las etapas más tempranas de la vida.

OBJETIVO:

Valorar el conocimiento de los adolescentes sobre la protección solar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Población de estudio:

- muestra de 80 escolares de edades comprendidas entre los 16 y 18 años

Tipo de estudio:

- Descriptivo observacional transversal en un instituto de educación secundaria obligatoria (IES) de una población rural.

Método:

- Cuestionario anónimo, con 8 ítems sobre conocimientos y actitudes que toman frente a la protección solar



1. ¿UTILIZAS PROTECCIÓN SOLAR?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ NUNCA: 25% ✓ SIEMPRE: 18,75% ✓ SÓLO EN VACACIONES: 56,25%
2. ¿EL FACTOR DE PROTECCIÓN SOLAR DEPENDE DEL TIPO DE PIEL QUE TIENES?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sí: 72,5% ✓ NO: 12,5% ✓ NO SABE/NO RESPONDE: 15%
3. ¿CONOCES TU FOTOTIPO DE PIEL?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sí: 72,5% ✓ NO: 12,5% ✓ NO SABE LO QUE ES EL FOTOTIPO: 0 %
4. CUANDO TE EXPONES AL SOL, ¿CUÁNTAS VECES TE PONES LA CREMA DE PROTECCIÓN SOLAR?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 VEZ: 55% ✓ CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE ME BAÑO: 20% ✓ NUNCA: 25%
5. ¿CUÁNDO SE DEBE APLICAR LA PROTECCIÓN SOLAR?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 30 MIN. ANTES DE LA EXPOSICIÓN :47,5% ✓ CUANDO ESTAS EXPUESTO: 37,5% ✓ SI NOTAS QUE TE QUEMAS: 15%
6. ¿ EL USO DE PROTECTOR SOLAR IMPIDE PONERSE BRONCEADO?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sí: 52,5% ✓ NO: 35% ✓ LO DESCONOCE:12,5%
7.QUE FRANJA HORARIA DEBEMOS EVITAR LA EXPOSICIÓN AL SOL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DE 8 A 12 HORAS: 21,25% ✓ DE 12 A 16 HORAS: 65% ✓ DE 16 A 20 HORAS: 13,75%
8. ¿PIENSA QUE EL SOL ENVEJECE?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sí:6,25% ✓ NO, ES SANO: 85% ✓ NO, TE HACE MAS GUAPO/a:8,75%



RESULTADOS:

Del total de la muestra de jóvenes el 56,25% sólo utiliza protección solar en vacaciones, un 72,5% indican que el factor de protección solar depende del tipo de piel, el 87,5% sí reconocen su fototipo de piel. Sobre las actitudes el 47,5% indica que debe aplicarse la protección solar 30 minutos antes de la exposición frente al 37,5 que indica que al exponerte al sol y un 15% cuando notas que te quemas. Un 52,5% indica que el uso de protección solar sí impide broncearse frente a una minoría del 35% que indica que no lo impide y un 12,5% que lo desconoce. La franja de horarios que se debe evitar la exposición solar 65% de 12 a 16 horas, 21,25% evitar de 8 a 12 horas y un 13,75% de 16 a 20 horas. Respecto al envejecimiento de la piel tan solo un 6,25% cree que sí envejece.



CONCLUSIONES:

En línea general nuestros adolescentes estudiados tiene conocimiento de los prototipos de piel que tienen y del uso correcto de factor de protección dependiendo del prototipo, pero sus actitudes frente a la exposición solar no son adecuadas en la mayoría, por lo que no ven un problema el exponerse sin precaución. La edad de nuestros escolares es un punto de inflexión muy importante para hacer educación sanitaria sobre un tema tan importante a tratar ya que en esta franja de edad se empiezan a tomar decisiones importantes, son más independientes y las actividades recreativas como ir a piscinas, practicar actividades al aire libre ya no suelen ir acompañados de los adultos que están continuamente pendientes de ellos. Es una edad de imitación a seguir de los cánones de belleza, redes sociales, blogueras... por lo que hay que enseñarles medidas de autoprotección y las que ya tienen reforzarlas para evitar daños futuros ya que el tema de la apariencia física es muy importante en esta etapa.

Resumen: *El estar moreno se ha convertido en una moda en la actualidad, el problema se da cuando el bronceado se consigue sin medidas de protección adecuada.*

Este trabajo de investigación se basa en indagar los conocimientos que nuestros adolescentes tienen y ponen en practica de manera que podamos trabajar en la educación sanitaria que tan importante es en nuestra profesión enfermera.

Palabras Clave: *Factor de Protección Solar, Radiación Ultravioleta, Fotoenvejecimiento.*

Introducción:

En los últimos años el estar moreno se ha convertido en una moda, acudir a cabinas de rayos ultravioletas o tomar el sol cueste lo que cueste para mostrar nuestra imagen bronceada, de ahí que se pueda llevar a una adicción obsesiva al bronceado llamada tanorexia.

Tomar el sol de manera indiscriminada puede desencadenar patologías a nivel dermatológico muy agresivas como los melanomas por lo que hay que concienciar en el tema de la prevención solar desde las etapas más tempranas de la vida.

Objetivos:

Valorar el conocimiento de los adolescentes sobre la protección solar.

Metodología:

Estudio realizado con una muestra de 80 escolares de edades comprendidas entre los 16 y 18 años de un Instituto de Enseñanza Secundario (IES) de una población rural de Ciudad Real. Se ha realizado un estudio observacional transversal, como instrumento de trabajo un cuestionario anónimo con 8 ítems sobre conocimientos y actitudes que toman frente a la protección solar.

Resultados:

Del total de la muestra de jóvenes el 56,25% sólo utiliza protección solar en vacaciones, un 72,5% indican que el factor de protección solar depende del tipo de piel, el 87,5% sí reconocen su fototipo de piel. Sobre las actitudes el 47,5% indica que debe aplicarse la protección solar 30 minutos antes de la exposición frente al 37,5 que indica que al exponerte al sol y un 15% cuando notas que te quemas. Un 52,5% indica que el uso de protección solar sí impide broncearse frente a una minoría del 35% que indica que no lo impide y un 12,5% que lo desconoce. La franja de horarios que se debe evitar la exposición solar 65% de 12 a 16 horas, 21,25% evitar de 8 a 12 horas y un 13,75% de 16 a 20 horas.

Respecto al envejecimiento de la piel tan solo un 6,25% cree que sí envejece.

Conclusiones:

En línea general nuestros adolescentes estudiados tienen conocimiento de los prototipos de piel que tienen y del uso correcto de factor de protección dependiendo del prototipo, pero sus actitudes frente a la exposición solar no son adecuadas en la mayoría, por lo que no ven un problema el exponerse sin medidas de precaución al sol. La edad de nuestros escolares es un punto

de inflexión muy importante para hacer educación sanitaria sobre un tema tan importante a tratar ya que en esta franja de edad se empiezan a tomar decisiones importantes, son más independientes y las actividades recreativas como ir a piscinas, practicar actividades al aire libre ya no suelen ir acompañados de los padres/familiares adultos que están continuamente pendientes de ellos. Sin olvidar que están en una edad de imitación a seguir de los cánones de belleza, redes sociales, blogueras... por lo que hay que enseñarles las medidas de autoprotección y las que ya tienen reforzarlas para evitar daños futuros ya que el tema de la apariencia física es muy importante en esta etapa.

Bibliografía

1. Garnacho Saucedo G, Salido Vallejo J, Moreno Gimenez J. Efectos de la radiación solar y actualización en fotoprotección. Science direct. Junio 2020. volumen 92. pagina 377-386.
2. <http://previnfad.aepap.org/monografia/proteccion-solar>
3. Mulero Abellán M. Efectos de la radiación ultravioleta (RUV) sobre los procesos de estrés oxidativo e inmunodepresión cutánea. Efecto protector de los filtros solares. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina Universidad Rovira y Virgili. Reus, 2004.

Capítulo 11

¿Qué se sabe de la profesión enfermera?

Díaz Valero, Juan Diego

González de Rivas, María del Carmen

Baos Calzado, Rosa María

Rodríguez González, Félix José



Autores: **DÍAZ VALERO, JUAN DIEGO**; **GONZÁLEZ DE RIVAS, M^a CARMEN**; **BAOS CALZADO, ROSA M^a**; **RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, FÉLIX JOSÉ**

INTRODUCCION

El número de Enfermeras colegiadas en España creció un 2,9% en 2017 hasta alcanzar los 299.824, siendo una de las profesiones con mayor presencia en el ámbito sanitario.

Nuestra misión siempre será el cuidado del paciente de forma autónoma, promoviendo y restaurando su salud, previniendo la enfermedad, y aliviando el sufrimiento. Así como la ejecución de tratamientos derivados del diagnóstico médico.

OBJETIVOS

Identificar la imagen, percepciones y conocimientos que tiene la sociedad de la profesión Enfermera, averiguando si el trabajo que realizamos coincide con lo que los usuarios esperan de nosotros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal de carácter descriptivo (mayo-noviembre 2019), en el que se pretende analizar si existen diferencias significativas entre los conocimientos que tienen los acompañantes de pacientes ingresados en una unidad hospitalaria y la población general sobre la profesión Enfermera.

Muestra: 267 personas (70 ♂- 197 ♀) con una media de edad de 45,2 años y una desviación estándar de 5,2.

Se utilizará un muestreo aleatorio estratificado, teniendo como variables la edad, el nivel de estudios y si ha tenido relación cercana y directa con la Enfermería. La información se obtendrá utilizando un cuestionario autocumplimentado.

Grupo A: Personas que no han tenido relación cercana con la Enfermería (n=105)

Grupo B: Acompañantes de pacientes ingresados en una unidad hospitalaria (n= 162)

¿A qué nivel de estudios corresponde la titulación de Enfermería?

¿Es Enfermería una profesión dependiente del médico?

¿Piensa que las Enfermeras de un Hospital están mejor preparadas que las que trabajan en un centro de salud?

Siendo la Enfermería una profesión de marcado carácter femenino. ¿Quién le transmite más seguridad?

¿Le hubiera gustado ser Enfermera/o?

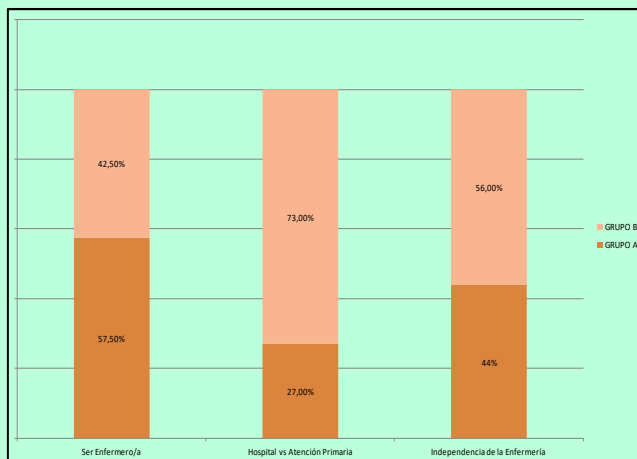
RESULTADOS

Los datos más significativos que podemos extrapolar de nuestro estudio fueron:

▪56% de los acompañantes de pacientes ingresados (Grupo B) considerada a Enfermería una profesión autónoma, independiente de la del médico respecto al 44% de los encuestados que no han tenido relación con la profesión Enfermera (Grupo A).

▪73% de los encuestados del Grupo B considerada que el personal de Enfermería que desarrolla sus funciones en un Hospital esta más preparado que las que desarrollan su labor en atención primaria.

▪42,5% de los familiares con pacientes ingresados (Grupo B) refiere que hubiese deseado ser Enfermera/o.



CONCLUSIONES

Con nuestro estudio hemos podido evidenciar el desconocimiento por parte de la sociedad sobre las funciones de Enfermería, limitando nuestra actuación a lo meramente asistencial, describiendo la profesión como una realización de técnicas, en gran medida derivadas de tratamientos y órdenes médicas.

El contacto cercano de familiares con los profesionales de Enfermería mejora el conocimiento acerca de nuestra labor, nuestras competencias, que van más allá de lo asistencial y que permiten realizar funciones de prevención, promoción o educación para la salud. Persiste en la actualidad muchos estereotipos sobre la figura de la Enfermería, vinculando aún la profesión al sexo femenino.

BIBLIOGRAFÍA

- Clotilde, E.S., Casado, M.I y Fernández, A.M. (2006). Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo desarrollado por los profesionales enfermeros. *Biblioteca Las casas*, 2(4). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0188.pdf>
- De Nova, L. y Vargas- Machuca, F.A (2011). Percepciones de los pacientes sobre la enfermera y su trabajo. Estudio cualitativo en un Hospital de Sevilla. Ponencia al III congreso Universitario Nacional: "Investigación y género". <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39630>
- Calvo, M.A. (2011). Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enfermería*,20(3), 184-188.
- Bernalte, V. (2015). Minoría del hombre en la profesión de Enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global*, 14(1), 328-334.

Resumen: El número de Enfermeras colegiadas en España creció un 2,9% en 2017 hasta alcanzar los 299.824, siendo una de las profesiones con mayor presencia en el ámbito sanitario.

Nuestra misión siempre será el cuidado del paciente de forma autónoma, promoviendo y restaurando su salud, previniendo la enfermedad, y aliviando el sufrimiento. Así como la ejecución de tratamientos derivados del diagnóstico médico.

Palabras Clave: Enfermería Especializada, Atención primaria.

Introducción:

Realizamos un estudio transversal de carácter descriptivo (mayo-noviembre 2019), en el que se pretende analizar si existen diferencias significativas entre los conocimientos que tienen los acompañantes de pacientes ingresados en una unidad hospitalaria y la población general sobre la profesión Enfermera.

Resultados:

Muestra: 267 personas (70♂- 197♀) con una media de edad de 45,2 años y una desviación estándar de 5,2.

Se utilizará un muestreo aleatorio estratificado, teniendo como variables la edad, el nivel de estudios y si ha tenido relación cercana y directa con la Enfermería. La información se obtendrá utilizando un cuestionario autocumplimentado.

Grupo A: Personas que no han tenido relación cercana con la Enfermería (n=105)

Grupo B: Acompañantes de pacientes ingresados en una unidad hospitalaria (n= 162)

Conclusiones:

Con nuestro estudio hemos podido evidenciar el desconocimiento por parte de la sociedad sobre las funciones de Enfermería, limitando nuestra actuación a lo meramente asistencial, describiendo la profesión como una realización de técnicas, en gran medida derivadas de tratamientos y órdenes médicas.

El contacto cercano de familiares con los profesionales de Enfermería mejora el conocimiento acerca de nuestra labor, nuestras competencias, que van más allá de lo asistencial y que permiten realizar funciones de prevención, promoción o educación para la salud.

Persiste en la actualidad muchos estereotipos sobre la figura de la Enfermería, vinculando aún la profesión al sexo femenino.

Bibliografía

1. Clotilde, E.S., Casado, M.I y Fernández, A.M. (2006). Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo desarrollado por los profesionales enfermeros. Biblioteca Las casas, 2(4). Recuperado de [http:// www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0188.pdf](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0188.pdf)
2. De Nova, L. y Vargas- Machuca, F.A (2011). Percepciones de los pacientes sobre la enfermera y su trabajo. Estudio cualitativo en un Hospital de Sevilla. Ponencia al III congreso Universitario Nacional: “Investigación y género”. [https:// idus.us.es/xmlui/handle/11441/39630](https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39630)
3. Calvo, M.A. (2011). Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enfermería*,20(3), 184-188.
4. Bernalte, V. (2015). Minoría del hombre en la profesión de Enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global*, 14 (1), 328-334.

Capítulo 12

¿Vacunamos de Bexsero? coberturas y desigualdades sociales en investigación.

Talavera García, Irene

Moya López, Lorena

¿VACUNAMOS DE BEXSERO?

Cobertura y desigualdades sociales en vacunación

IRENE TALAVERA GARCÍA, LORENA MOYA LÓPEZ, ESTÍBALIZ LADERAS DÍAZ

INTRODUCCIÓN

La vacuna contra el meningococo B o meningitis B (Bexsero) es una vacuna recomendada, pero no financiada ni incluida en el calendario vacunal Infantil de España. Esto hace que sean los propios padres los cuales bajo sus circunstancias deciden o no obtener la vacuna por sus propios medios. ¿Estamos ante una situación que crea desigualdades?.

Objetivo principal

Observar a través de un cuestionario la cobertura vacunal de Bexsero y las causas de la no vacunación en la población.

Objetivos secundarios

- Conocer el factor que más influye a la hora de la no vacunación.
- Observar si la población tiene información clara y veraz sobre Bexsero.
- Saber si la población está a favor de la inclusión de Bexsero en el calendario vacunal.

Material y método:

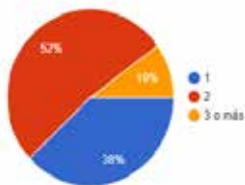
Muestra: 100 participantes voluntarios, padres de niños menores de 10 años que rellenaron cuestionarios online entre los meses de Enero de 2020 y Marzo de 2020.

Instrumento:

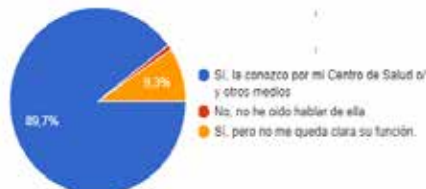
Cuestionario formado por 10 ítems donde se incluyen factores socioeconómicos, (como el número de hijos o el sueldo mensual que entra en la unidad familiar) información de la vacuna, reacciones o miedos respecto a otras vacunas y/o otras causas posibles de la decisión de no vacunación.

ÍTEMS Y SOBRE EL 100% DE ENCUESTADOS

¿Cuántos hijos tiene?



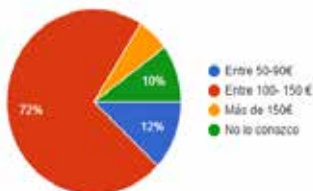
¿Conoce la vacuna contra la Meningitis B?



¿Ha vacunado o está en proceso de vacunación de Bexsero?



¿Conoce el precio de cada dosis de la vacuna?



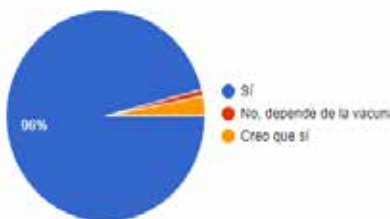
¿Cuál cree que es la principal causa de NO vacunación?



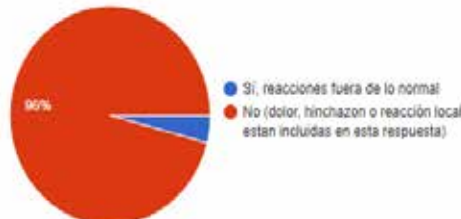
¿Qué sueldo mensual entra en su unidad familiar?



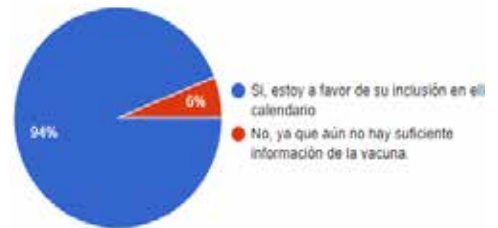
¿Sus hijos/as llevan al día la vacunación incluida en el calendario?



¿Sus hijos/as han sufrido alguna reacción tras la administración de alguna vacuna incluida?



¿Cree que la vacuna Bexsero debería estar financiada?



¿Ha vacunado o está en proceso de vacunación de Bexsero?



CONCLUSIONES GENERALES:

- ✓ El 18% de los niños menores de 10 años no está protegida frente al Meningococo B.
- ✓ Más del 94% de los padres está a favor de su inclusión en el calendario.
- ✓ Hay padres que desconocen su función, el número de dosis y/o el precio, por lo que la educación sanitaria debe mejorar.
- ✓ El 96% de los niños menores de 10 años llevan al día la vacunación incluida en el calendario.

CONCLUSIONES SOBRE LA NO VACUNACIÓN:

- ✓ El 44% de padres que no vacunaron, piensan que el precio de la vacuna es el motivo principal, la cual puede paliarse mediante la financiación.
- ✓ El 22% tenía poca o mala información sobre la vacuna, ya que desconocían, precio, número de dosis o función.
- ✓ El 34% restante, opina que aun no es una vacuna segura o eficaz, estando dos de ellos en desacuerdo con su inclusión.

Resumen: La vacuna contra el meningococo B o meningitis B (Bexsero) es una vacuna recomendada, pero no financiada ni incluida en el calendario vacunal infantil de España. Esto hace que sean los propios padres los cuales bajo sus circunstancias decidan o no obtener la vacuna por sus propios medios, siendo el factor económico uno de los principales motivo que influyen en su determinación. ¿Estamos ante una situación que crea desigualdades?

Palabras Clave: Vacuna Cobertura de Salud Financiación en Salud.

Introducción:

La vacunación se ha convertido en un paso de salud importante a todos los niveles. Es gracias a ella, como hemos conseguido inmunizarnos de algunas enfermedades e incluso erradicar algunas otras, como la viruela. Actualmente, la cobertura de vacunación nacional está entre una de las más eficaces a nivel Europeo, siendo la implantación del calendario vacunal infantil un método infalible para el control de enfermedades a nivel de la población general.

Las revisiones por edad y las recomendaciones por los profesionales hacen que cada vez sean más padres los que sin dudar deciden proteger a sus hijos frente a las diferentes infecciones.

Son muchas las vacunas financiadas, pero algunas otras, como la vacuna vírica contra el rotavirus o la vacuna del meningococo B, que es una vacuna bacteriana llamada comúnmente Bexsero, no están incluidas en la cartera de servicios del sistema nacional de salud.

Material y método:

Nos planteamos realizar un estudio cuantitativo a través de encuestas anónimas mediante escalas tipo Likert y obtener resultados sobre condicionantes en la decisión de la vacunación.

Este estudio se realizó durante los meses de Enero y Marzo de 2020. Se pasaron cuestionarios formados por 10 ítems donde se incluyeron factores socioeconómicos, (como el número de hijos o el sueldo mensual que entra en la unidad familiar) información de la vacuna, reacciones, miedos respecto a otras vacunas y otras causas posibles de la decisión de no vacunación.

La muestra aleatoria fue de 100 participantes con hijos menores de 10 años que voluntariamente rellenaron la encuesta por vía online.

Objetivo:

El objetivo principal que nos planteamos fue observar a través de dicho cuestionario, la cobertura vacunal de Bexsero y las causas de la no vacunación en la población. Además también quisimos conocer otro tipo de información importante que nos diera causas concretas de las decisiones de los padres. Entre dichos objetivos se encontraban:

- Conocer el factor que más influye a la hora de la no vacunación.
- Observar si la población tiene información clara y veraz sobre Bexsero.
- Saber si la población está a favor de la inclusión de la vacuna contra el meningococo B (Bexsero) en el calendario vacunal.

Resultados:

Tras pasar el cuestionario se valoraron los resultados obtenidos llegando a dichas conclusiones:

- El 18% de los niños menores de 10 años no está protegida frente al Meningococo B.
- Más del 94% de los padres está a favor de su inclusión en el calendario.
- Hay padres que desconocen su función, el número de dosis y/o el precio, por lo que la educación sanitaria debe mejorar.
- El 96% de los niños menores de 10 años llevan al día la vacunación incluida en el calendario

Respecto a la no vacunación:

- El 44% de padres que no vacunaron, piensan que el precio de la vacuna es el motivo principal, la cual puede paliarse mediante la financiación.
- El 22% tenía poca o mala información sobre la vacuna, ya que desconocían, precio, número de dosis o función.
- El 34% restante, opina que aún no es una vacuna segura o eficaz, estando dos de ellos en desacuerdo con su inclusión.

Por lo tanto, hay que hacer hincapié en una cobertura nacional de calidad y accesible para todos, ya que casi el 50% de los no vacunados son debidos a causas económicas, creando una desigualdad sanitaria en la población.

Por otro lado, la educación para la salud y la información básica sobre la vacunación, ayudarían a eliminar mitos, mejoraría el conocimiento de los padres que se plantean la puesta en marcha de la protección frente a enfermedades y garantizaría la seguridad a los padres que si apuestan por ella, situación en la que los/as enfermeros/as tenemos una labor muy importante como profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. Aranaz JM, Fernández A, Lasheras M, García L, Ordoñez G. “Impacto de la financiación pública de la vacuna frente a neumococo en el cumplimiento de la pauta vacunal”. Rev Esp Salud Pública. Julio 2020.
2. Bernaola E, Giménez F, Baca M, Díez Domingo J, et al. “Criterios de inclusión de vacunas en el calendario de la Asociación Española de Pediatría” Vol. 68. Num 1. Enero 2008.
3. Cilleruelo MJ, Piñeiro R “Vacunación frente al meningococo B” Vol 12. Num 5. Octubre 2014.

Capítulo 13

A la mesa con el baby-led weaning

Ortega Abengozar, María

Antón Ruano, Noelia

Lobero Gurriarán, Verónica

Cámara Sevilla, María Del Carmen



A la mesa con el Baby-led weaning



Ortega Abengózar, M; Antón Ruano, N; Cámara Sevilla, M. C; Lobero Gurriaran, V

Introducción

EL Baby-Led weaning (BLW) es un método de introducción a la alimentación complementaria (AC) en lactantes. La filosofía del BLW es hacer al niño participe y activo en su alimentación, él mismo dirige el proceso desde el principio, empleando alimentos enteros que coge y se lleva a la boca. Existen métodos de BLW modificado. A pesar de tener muchos beneficios, también presenta dudas y riesgos

Objetivo

En los últimos años, este método ha cobrado mayor relevancia, pero:

¿podría decirse que el BLW es una práctica segura y recomendada?

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica, utilizando diferentes bases de datos: Medline, Pub med, google Scholar. Se recopilaron 9 estudios y se emplearon 4. Motor de búsqueda: Baby led weaning, alimentación complementaria, beikost, lactantes

Resultados

- A través del BLW, se sienta al niño a la mesa durante la comida familiar y se le proporcionan alimentos enteros con tamaño y forma adecuados para que se los lleve a la boca.
- Primero alimentos blandos y alargados “finger foods”
- Hay que supervisar al niño en todo momento, advertir señales de saciedad, así el niño regula la cantidad y el ritmo. Vigilar atragantamientos
- Hay estudios que muestran un IMC menor en niños con BLW



Requisitos niño

- Mayor de 6m LM o LA
- Mantener sedestación
- Adecuado control motor y coordinación oral
- Niños sanos, nacidos a término y con desarrollo psicomotor normal



Ventajas

- Fomenta hábitos alimentación saludable, previene la obesidad
- Mejor transición alimentos sólidos
- Fomenta la autonomía y desarrollo psicomotor del niño
- Favorece mantenimiento de LM

Inconvenientes

- Mayor riesgo de asfixia?
- Riesgo de aporte inadecuado de energía y micro nutrientes (principalmente hierro)
- Disparidad de opiniones entre profesionales
- Falta de estudios

Conclusiones

Por todo lo descrito podemos decir que el BWL es un método seguro en niño sano, siempre con supervisión para evitar y actuar ante atragantamientos (formar primeros auxilios), y aportando diariamente alimentos ricos en hierro y con nivel energético suficiente. Los niños alimentados por BLW no presentan mayor número de episodios de asfixia, que los alimentados con técnicas tradicionales. Sería recomendable mayor formación sobre BLW a los profesionales de la salud que orientan sobre la AC a los padres. Aún no existen suficientes estudio sobre este método, sobretodo en cuanto al aporte energético y de micronutrientes, lo que abre futuras líneas de investigación

Referencias

- Libro blanco de la nutrición infantil en España / Montserrat Rivero Urgell... [et al.]. — Zaragoza : Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2015 ISBN 978-84-16515-24-0
- RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Noviembre 2018
- Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66
- Leis Trabazo R. ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? Evid Pediatr. 2017;13:27.

Resumen: *La alimentación complementaria en el bebé, tradicionalmente se introduce con purés, pero en los últimos años está en auge un nuevo método llamado Baby Led Weaning.*

Este método ha demostrado favorecer la lactancia materna, fomentar hábitos alimenticios más saludables y hay una mejor transición a los alimentos sólidos, así como una mayor autonomía del niño que es quien autorregula su alimentación.

Para iniciar este método es fundamental que haya una buena información y cumplir unas normas básicas de seguridad, de tal forma que el riesgo de atragantamiento sea mínimo y similar al que existe con la alimentación tradicional.

Palabras Clave: *Baby Led Weaning, Alimentación Complementaria, Lactantes.*

Desarrollo del Trabajo:

El BLW o alimentación complementaria autorregulada, también conocida como comida por “trozos”, es un método de introducción alimentaria con alimentos de tamaño y textura adecuados para que el niño pueda comer sólo y que en estos últimos años ha ido cobrando cada vez mayor importancia, siendo muchos los padres que lo eligen como método para iniciar la alimentación complementaria de sus hijos.

Este método consiste básicamente en sustituir la comida triturada por comida sólida, en trozos. Pero no sólo eso, también permite al niño autorregularse ya que se le va a permitir comer sólo desde el principio, haciéndole partícipe activo de su alimentación.

Por supuesto son los padres los encargados de ofrecer comida sana, variada y segura, pero es el niño quien decide qué y cuánto va a comer.

Las ventajas de este método son:

2. Favorece el mantenimiento de lactancia materna, aunque este método no es exclusivo para niños con lactancia materna, los niños con lactancia artificial también lo pueden seguir.

3. Está relacionado con un menor índice de obesidad ya que favorece los hábitos alimenticios saludables, al dar suma importancia a la autorregulación por parte del niño, de su sensación de hambre y saciedad. En estos niños se ve mayor preferencia por la comida sana y variada, aunque esto dependa de la dieta familiar. Se ha visto que los padres que se decantan por este tipo de alimentación tienden a hacer una revisión de su propia dieta, mejorándola antes de iniciar éste método con sus hijos.

4. Se fomenta la autonomía, ayudando en el desarrollo de la motricidad fina y el desarrollo oral.

5. Mejor transición a los alimentos sólidos, que con otras técnicas de iniciación.

6. Como el bebé regula su alimentación, en el hogar hay menos tensión y estrés a la hora de comer, además el bebé come lo mismo que el resto de familiares.

Una de las cosas que más preocupa de este método es el riesgo de atragantamiento, pero según los estudios, no hay diferencia respecto a los niños que siguen la alimentación tradicional

con cuchara, siendo además, el riesgo de ofrecer alimentos potencialmente asfixiantes, similar en ambos grupos.

No obstante, cuando llega el momento de introducir la alimentación complementaria se debería instruir a los padres en la prevención de atragantamientos.

Si los papás siguen unas normas básicas no existe diferencia en el riesgo de asfixia entre ambos métodos.

Otro problema que se ha podido relacionar, es el riesgo de aporte inadecuado de energía y micronutrientes, principalmente hierro, por lo que habría que hacer hincapié en el aporte de una dieta equilibrada, con alimentos con aporte energético adecuado y alimentos ricos en hierro y otros micronutrientes.

Antes de comenzar con BLW, los padres deben conocer cierta información y ciertos requisitos, como:

7. Edad mayor o igual a 6 meses y en niño sano, nacido a término y con un desarrollo psicomotor normal. En niños prematuros se podría hacer también, siempre bajo supervisión, analizando cada caso en particular y con la edad corregida de 6 meses.

8. Debe mostrar interés por la comida y querer llevarse los alimentos a la boca.

9. El niño debe ser capaz de mantenerse erguido sin apoyo ni ayuda.

10. En cualquier tipo de alimentación y en esta en particular: nunca hay dejar al niño comiendo sólo sin supervisión de un adulto.

También hay que tener cuidado con el tipo de alimentos que se ofrecen al niño ya que aparte de proporcionarle una dieta saludable y equilibrada también hay que evitar ofrecer al niño alimentos que aumenten el riesgo de atragantamiento, bien por su textura, tamaño o forma. Por ejemplo, se deben evitar los frutos secos enteros, la manzana o la zanahoria sin cocinar, las uvas o salchichas por su forma redonda...

Los alimentos más apropiados para comenzar con BLW son aquellos que al cocinarlos conservan sus nutrientes y que tienen una consistencia adecuada para que el niño los pueda agarrar y manejar con sus manos. El niño comerá solo, prescindiendo al principio de cubiertos y usando sus manos para comer por lo que le será más fácil coger trozos de comida grandes como arbolitos de brócoli, muslitos de pollo, verduras cortadas en tiras, alimentos cortados tipo "finges food". Muy pronto y en la mayoría de los casos el niño será capaz de utilizar los cubiertos desarrollando esta capacidad a muy temprana edad.

Otro beneficio que tiene este tipo de alimentación es la integración del niño en las comidas familiares ya que se aconseja que el niño coma en la misma mesa que los adultos y la misma comida que ellos, haciéndole partícipe de cada comida con sus padres y hermanos.

El baby led weaning es otro método de introducción a la alimentación complementaria tan válido como el método tradicional. Lo importante, es que los padres tengan la información a su alcance y puedan decidir que método se adapta más a sus circunstancias, a sus hijos y a su forma de criar.

Igual que en el método tradicional evitaremos la sal, los azúcares, los pescados azules grandes, las cabezas de los mariscos, los animales de caza, espinacas, la miel por el *Clostridium botulinum*...

Bibliografía

1. Montserrat Rivero Urgell... [et al.] (coords.). Libro blanco de la nutrición infantil en España. Prensas de la Universidad de Zaragoza (Vicerrectorado de Cultura y Política Social); 2015.
2. Dra Marta Gómez Fernández- Vegue, Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. Comité de la lactancia materna y comité de nutrición de la asociación española de pediatría; Noviembre 2018.
3. Espín Jaime B, Martín Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guion escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? Lúa ediciones. Madrid 2016.
4. Leis Trabazo R. ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? Evid pediatr. 2017
5. Díaz S. Alimentación complementaria y Baby-led weaning: todo lo que debes saber explicado por los expertos. Bebesymas.com. Bebés y más; 2018. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/alimentacion-para-bebes-y-ninos/baby-led-weaning-todo-que-debes-saber-explicado-expertos/amp>

Capítulo 14

A propósito de un caso: trastorno afectivo bipolar

Velázquez Peña, Manuel Jesús

Plaza Campos, Beatriz

Montes Mansilla, Marta

Muñoz - Quirós Rodríguez - Manzaneque, Laura

Rodríguez Montero, Ángel Antonio



AUTORES : Velázquez Peña, Manuel Jesús / Muñoz Quirós Rodríguez Manzanque , Laura / Rodríguez Montero, Angel Antonio / Montes Mansilla, Marta y Plaza Campos, Beatriz.

INTRODUCCIÓN:

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad que ocasiona cambios abruptos en el estado de ánimo como en la conducta.

Estos cambios anímicos pueden ir desde :

- Bajadas o depresiones: sentimientos de depresión intensa y desesperanza.
- Subidas o manías: sentimiento de felicidad extrema y desesperanza.
- Mixto.: Por ejemplo, sentirse deprimido y al mismo tiempo tener la inquietud y el exceso de actividad de una fase maniaca.

El TB constituye la segunda causa de los años de vida ajustados por discapacidad dentro de los trastornos de la Salud Mental.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

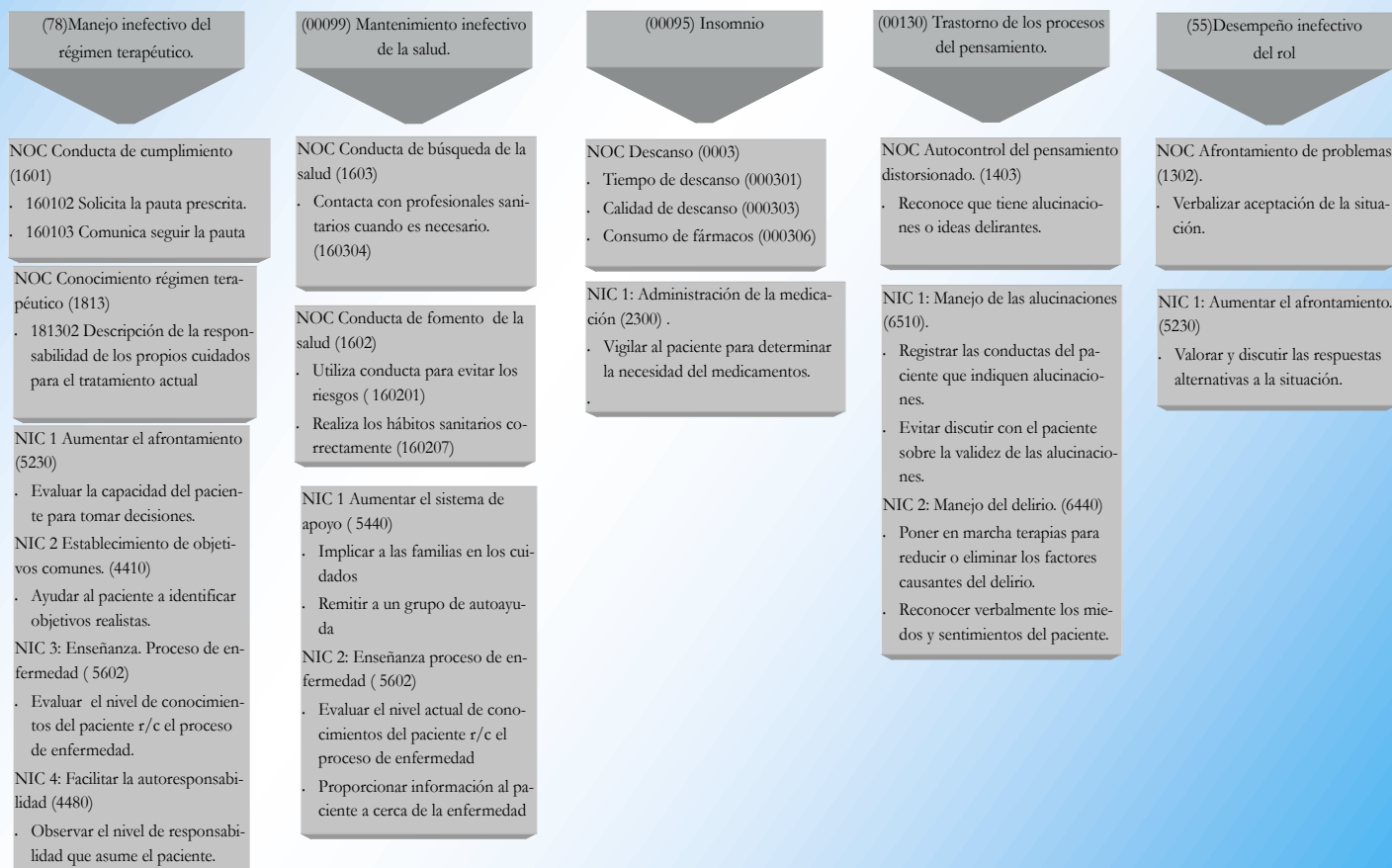
Paciente de 48 años de edad, soltero vive con su madre en Madrid , pero pasa temporadas solo en una casa que se compró en Alcázar de San Juan. Estudio Filosofía y Letras sin licenciarse, pensionista por enfermedad mental en seguimiento en CSM en Madrid desde julio de 2015 con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. Numerosos ingresos en UHB de Gregorio Marañón e Infanta Leonor por descompensaciones maniacas. Acudió a la última cita en junio de 2019 y había abandonado el seguimiento y tratamiento.

Enfermedad actual: paciente con los antecedentes descritos que se encuentra cursando una descompensación de su cuadro de base. Llevaba unos días eufóricos, verborreico, expansivo, y con delirio megalómano que alarman a su familia y a sus vecinos quienes deciden llamar a la policía y al 112 para su traslado al hospital. Los días previos, según refiere la familia, había verbalizado ideas delirantes a su madre como “que él era Dios, que la gente ya no se iba a morir, que era el hijo del Rey...” Al parecer era un paciente que cíclicamente abandona el tratamiento y seguimiento en su CSM de referencia y recae en fases maniacas aunque ha presentado también fases depresivas graves. Según la familia presenta un insomnio crónico exacerbado durante los periodos de recaídas maniacas.

Inicialmente se intenta derivar al paciente a Urgencias del Hospital de referencia (Hospital Infanta Leonor) , se intentó tramitar ambulancia con soporte y enfermería para traslado hacia la zona de referencia pero requería una serie de trámites burocráticos engorrosos que dilatarían excesivamente su estancia en Urgencias por lo que en consenso con su familia se decide su ingreso .

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

Partiendo del caso clínico, se realizó una valoración enfermera siguiendo los once patrones funcionales de M. Gordon, para elaborar un plan de cuidados estandarizado mediante el uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, de los problemas más frecuentes.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La evolución del paciente durante su estancia hospitalaria fue muy buena. Al alta se encontró abordable y colaborador., tranquilo. Discurso fluido, lógico y coherente. Motivado, Apetito y sueño conservado. Una vez estabilizado el paciente se programa el alta para seguimiento preferente en consulta de psiquiatría.

Más de un millón de personas sufren TB en España, con frecuentes recaídas y remisiones que afectan del 1 al 2 % de la población . Aun con la eficacia de los tratamientos disponibles actualmente , las recaídas son frecuentes por tanto, el costo y el consumo de recursos asociados a cada nuevo episodio tienen un impacto importante en el sistema sanitario, por lo que refleja la necesidad de diseñar mejores estrategias costo-efectivas en el manejo y prevención de estos episodios a fin de evitar ingresos hospitalarios.

Resumen: El trastorno afectivo bipolar (TAB) es un conjunto de trastornos del ánimo caracterizado por fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento y la capacidad de realizar AVD, alternando estado de ánimo entre la manía y la depresión. Se presenta en adultos jóvenes siendo la segunda causa de discapacidad laboral a nivel mundial, afecta a alrededor de 60 millones de personas y más de un millón en España. Es una enfermedad con frecuentes recaídas conllevando un aumento en el coste y el consumo de recursos en el sistema sanitario.

Palabras Clave: Trastorno Bipolar (Bipolar Disorder), Depresión (Depression), Manía (mania)

Desarrollo del Trabajo:

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad que ocasiona cambios abruptos en el estado de ánimo como en la conducta.

Estos cambios anímicos pueden ir desde:

- Bajadas o depresiones: sentimientos de depresión intensa y desesperanza.
- Subidas o manías: sentimiento de felicidad extrema y desesperanza.
- Mixto.: Por ejemplo, sentirse deprimido y al mismo tiempo tener la inquietud y el exceso de actividad de una fase maniaca.

El TAB constituye la segunda causa de los años de vida ajustados por discapacidad dentro de los trastornos de la Salud Mental.

Observación Clínica:

Paciente de 48 años de edad, soltero vive con su madre en Madrid, pero pasa temporadas solo en una casa que se compró en Alcázar de San Juan. Estudio Filosofía y Letras sin licenciarse, pensionista por enfermedad mental en seguimiento en CSM en Madrid desde julio de 2015 con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. Numerosos ingresos en UHB de Gregorio Marañón e Infanta Leonor por descompensaciones maniacas. Acudió a la última cita en junio de 2019 y había abandonado el seguimiento y tratamiento.

Enfermedad actual: paciente con los antecedentes descritos que se encuentra cursando una descompensación de su cuadro de base. Llevaba unos días eufóricos, verborreico, expansivo, y con delirio megalómano que alarman a su familia y a sus vecinos quienes deciden llamar a la policía y al 112 para su traslado al hospital. Los días previos, según refiere la familia, había verbalizado ideas delirantes a su madre como “que él era Dios, que la gente ya no se iba a morir, que era el hijo del Rey...” Al parecer era un paciente que cíclicamente abandona el tratamiento y seguimiento en su CSM de referencia y recae en fases maniacas, aunque ha presentado también fases depresivas graves. Según la familia presenta un insomnio crónico exacerbado durante los periodos de recaídas maniacas.

Inicialmente se intenta derivar al paciente a Urgencias del Hospital de referencia (Hospital Infanta Leonor), se intentó tramitar ambulancia con soporte y enfermería para traslado hacia la zona de referencia pero requería una serie de trámites burocráticos engorrosos que dilatarían excesivamente su estancia en Urgencias por lo que en consenso con su familia se decide su ingreso.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

Partiendo del caso clínico, se realizó una valoración enfermera siguiendo los once patrones funcionales de M. Gordon, para elaborar un plan de cuidados estandarizado mediante el uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, de los problemas más frecuentes.

Conclusiones:

La evolución del paciente durante su estancia hospitalaria fue muy buena. Al alta se encontró abordable y colaborador, tranquilo. Discurso fluido, lógico y coherente. Motivado, Apetito y sueño conservado. Una vez estabilizado el paciente se programa el alta para seguimiento preferente en consulta de psiquiatría.

Más de un millón de personas sufren TAB en España, con frecuentes recaídas y remisiones que afectan del 1 al 2 % de la población. Aun con la eficacia de los tratamientos disponibles actualmente, las recaídas son frecuentes, por tanto, el costo y el consumo de recursos asociados a cada nuevo episodio tienen un impacto importante en el sistema sanitario, por lo que refleja la necesidad de diseñar mejores estrategias costo-efectivas en el manejo y prevención de estos episodios a fin de evitar ingresos hospitalarios

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Bipolar and related disorders. In : American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013 : 123-154
2. AUBRY, JM, FERRERO, F y SCHAAD, N : Pharmacotherapy of Bipolar Disorders, Willey, Juny of 2007
3. Perlis RH, Ostacher MJ. Bipolar disorders, In: Stern TA , Fava M. Wilens TE, Rosenbaum JF, eds Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016; chap 30.

Capítulo 15

Abordaje de enfermería en paciente con rabdomiólisis

Mora Muñoz, Juan David

García Díaz, María de los Reyes

Mansilla Flores, María Gema

Arias Jiménez, Nicanor

Arias López-Peláez, Víctor Manuel

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON RABDOMIÓLISIS

INTRODUCCIÓN

La rabdomiólisis fue descrita clínicamente por primera vez en la Segunda Guerra Mundial por los doctores Bywaters y Bell en el año 1941 durante los bombardeos que se produjeron en Londres por las fuerzas aéreas nazis. En ellos, vieron que 4 de las víctimas que habían presentado traumatismos severos a causa de los bombardeos, a los pocos días presentaban insuficiencia renal aguda; pero no fue hasta pasadas unas décadas cuando establecieron la asociación entre la gran liberación de mioglobina en el torrente sanguíneo y la nefrotoxicidad.

Epidemiológicamente es más frecuente en hombres que en mujeres, sobre todo en varones jóvenes. Entre el 15-33% de los pacientes llega a la insuficiencia renal aguda y hasta el 37% requiere diálisis. La mortalidad llega hasta el 5% salvo cuando existen complicaciones asociadas que llega hasta el 25%.

Fisiopatológicamente consiste en el daño muscular y a causa de esto se liberan al torrente sanguíneo electrolitos, mioglobina y proteínas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Omar (nombre ficticio), de 54 años, es un paciente varón que se encuentra eventualmente trabajando en la campaña de la vendimia de Tomelloso (Ciudad Real). Tras varios días trabajando acude al servicio de urgencias del Centro Hospitalario de Tomelloso por astenia y mialgias generalizadas.

El paciente es fumador de un paquete de tabaco diario y no tiene enfermedades ni alergias conocidas.

En la exploración física, el hallazgo más relevante es el dolor abdominal a la palpación.

-Glucosa: 101 mg/dl.

Electrocardiograma:

-Normal.

De la analítica sanguínea, destaca:

-Urea: 105mg/dl (15-55 mg/dl).

-Creatinina: 3.57 mg/dl (0.6-1.2 mg/dl).

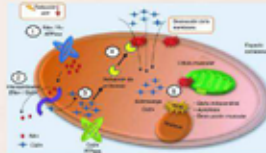
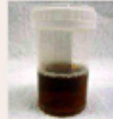
-C.P.K: 57392 UI/L (25-195 UI/L).

Analítica de orina:

-Hemáties: 250.

*Nota: Orina de aspecto oscuro y color castaño.

Con estos valores altos de C.P.K observamos que hay una lesión del aparato músculo-esquelético (habitualmente los valores altos de C.P.K se asocian a la lesión del músculo cardíaco, pero no es algo específico y también puede aparecer elevada cuando hay una lesión a cualquier nivel muscular). También en la analítica de orina podemos ver hemáties (puede ser que el reactivo de la tira de orina reaccione a la mioglobina) y orina de aspecto oscuro de color castaño.



JUICIO DIAGNÓSTICO: RABDOMIÓLISIS.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico principal (NANDA).

(00132) Dolor Agudo.

El paciente refiere dolor abdominal intenso, que se acompaña de ligera febrícula y malestar general .

(00016) Deterioro de la Eliminación Urinaria.

El paciente presenta una sobrecarga renal (valores de urea y creatinina alterados, junto con hematuria).

Resultados esperados (NOC).

(1300) Aceptación: estado de salud.

El paciente debe conocer el estado actual de su salud y su manejo correspondiente.

Indicadores: (130007) Expresa sentimientos sobre el estado de salud: Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana :4.

(1605) Control del dolor.

El dolor es un síntoma asociado generalmente a una lesión, en este caso, por ser un dolor abdominal tan intenso acompañado de mialgias, se administran analgésicos vía intravenosa.

Indicadores: (160511) Refiere dolor controlado: Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana: 5.

(0504) Función renal. La serología muestra elevada la creatinina.

Indicadores: (050404) Creatinina serológica: Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana: 4.

Intervenciones (NIC).

(4190) Punción intravenosa (I.V).

Se realiza punción en la vena radial del miembro superior izquierdo y se introduce un catéter abocath n° 20.

(2314) Administración de medicación intravenosa.

Es fundamental la rápida administración de suero fisiológico al 0.9 % , para prevenir el fallo renal, así como 2 gr. de metamizol magnésico para controlar el dolor.

(0580) Sondaje vesical.

El sondaje vesical nos asegura mediciones exactas de la cantidad de orina excretada. En este caso utilizamos una sonda 16 ch de silicona.

(0590) Manejo de la eliminación urinaria.

Es necesario el control de la diuresis.

(6680) Monitorización de signos vitales.

Los signos vitales nos muestran información a cerca de nuestro estado general de salud. En este caso no hay nada llamativo durante la estancia hospitalaria del paciente salvo una ligera hipertensión y febrícula al ingreso, siendo las de último control:

-Tensión arterial: 114/82 mm de Hg.

-Frecuencia cardiaca: 68 latidos por minuto.

-Saturación de oxígeno: 96 %

-Diuresis: 900 cc en el último turno.

Patrones de Gordon alterados:

- Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud.
- Patrón 2: Nutricional - Metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividades - Ejercicio.
- Patrón 5: Sueño - Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.
- Patrón 8: Rol - Relaciones.

Plan de cuidados:

Diagnóstico principal:
00132 Dolor Agudo.
00016 Deterioro de la Eliminación Urinaria.
Resultados esperados:
1300 Aceptación: estado de salud.
130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud. Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana: 4.
1605 Control del dolor.
160511 Refiere dolor controlado. Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana: 5.
0504 Función renal. La serología muestra elevada la creatinina.
050404 Creatinina serológica: Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana: 4.
Intervenciones:
4190 Punción intravenosa (I.V).
2314 Administración de medicación intravenosa.
0580 Sondaje vesical.
0590 Manejo de la eliminación urinaria.
6680 Monitorización de signos vitales.

Evolución y evaluación de los resultados.

SEÑAL INDICADORA NOC	PUNTAJES INICIALES DE LIKERT INICIAL	INTERVENCIONES	PUNTAJES FINALES DE LIKERT FINAL.
ACEPTACIÓN ESTADO DE SALUD (1300)	2	EXPRESAR SENTIMIENTOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD (130007)	4
CONTROL DEL DOLOR (1605)	2	ADMINISTRAR DOLOR CONTROLADO (160511)	5
FUNCION RENAL (0504)	2	CONTROLAR SIGNOS VITALES (6680)	4

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

EVOLUCIÓN.

Analíticas sanguíneas en los días posteriores:

2/10/2016:

-Urea: 100 mg/dl (15 - 55)

-Creatinina: 3.27 mg/dl (0.6 - 1.2)

-C.P.K: 34735 UI/L (25 - 195).

Presenta unas diuresis en torno a 900cc - 1200cc por turno.

El paciente presenta mejoría clínica asegurando balances positivos moderados y diuresis alcalina en los últimos días.

Corrección hasta la normalización de la función renal, mejoría importante de la citolisis muscular. Buenas diuresis. No hay clínica asociada a la enfermedad, no hay edemas y presenta buena tolerancia oral. El paciente es dado de alta y se recomienda evitar el ejercicio físico en los próximos 15 días, buena hidratación y hacer de nuevo otra analítica dentro de 10 días.

La buena coordinación interprofesional ha sido esencial en la resolución del caso, remitiendo los signos y síntomas de la enfermedad hasta la totalidad, mejorando el estado psicológico al paciente. Un diagnóstico rápido, así como la elaboración de un buen plan de cuidados son importantes en el abordaje de la enfermedad para prevenir el fallo renal y evitar la diálisis al paciente.

Por último, por parte de enfermería, se debe de dar una buena información en cuanto a la importancia de la hidratación cuando se realiza una actividad física extenuante, ya que es de vital importancia para favorecer la eliminación urinaria y ayudar a prevenir nuevos eventos.

3/10/2016:

-Urea: 89 mg/dl

-Creatinina: 2.60 mg/dl

-CPK: no hay datos

4/10/2016:

-Urea: 54 mg/dl.

-Creatinina: 1.61 mg/dl

-CPK: 15948 UI/L

Resumen: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 54 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que trabaja en la vendimia. El trabajo físico tan extenuante, así como las condiciones climatológicas y la mala hidratación, han hecho que sufra rabdomiólisis, una enfermedad poco común pero que puede llegar a ser fatal para la salud del paciente si no actuamos con rapidez.

Unos cuidados de enfermería estrictos y meticulosos son esenciales y necesarios por el riesgo que tiene el paciente de llegar a un fallo renal.

Reposición de líquidos y electrolitos y monitorización son puntos claves del tratamiento.

Palabras Clave: Rabdomiólisis, Mialgia, Deshidratación

Desarrollo del Trabajo:

La rabdomiólisis fue descrita clínicamente por primera vez en la Segunda Guerra Mundial por los doctores Bywaters y Bell en el año 1941 durante los bombardeos que se produjeron en Londres por las fuerzas aéreas nazis. En ellos, vieron que 4 de las víctimas que habían presentado traumatismos severos a causa de los bombardeos, a los pocos días presentaban insuficiencia renal aguda; pero no fue hasta pasadas unas décadas cuando establecieron la asociación entre la gran liberación de mioglobina en el torrente sanguíneo y la nefrotoxicidad.

Epidemiológicamente es más frecuente en hombres que en mujeres, sobre todo en varones jóvenes. Entre el 15-33% de los pacientes llega a la insuficiencia renal aguda y hasta el 37% requiere diálisis. La mortalidad llega hasta el 5% salvo cuando existen complicaciones asociadas que llega hasta el 25%. Fisiopatológicamente consiste en el daño muscular y a causa de esto se liberan al torrente sanguíneo electrolitos, mioglobina y proteínas.

Observación Clínica:

Omar (nombre ficticio), de 54 años, es un paciente varón que se encuentra eventualmente trabajando en la campaña de la vendimia.

Tras varios días trabajando acude al servicio de urgencias por astenia y mialgias generalizadas.

El paciente es fumador de un paquete de tabaco diario y no tiene enfermedades ni alergias conocidas. En la exploración física, el hallazgo más relevante es el dolor abdominal a la palpación.

-Glucosa: 101 mg/dl. Electrocardiograma: normal.

De la analítica sanguínea, destaca:

-Urea: 105mg/dl (15-55 mg/dl).

-Creatinina: 3.57 mg/dl (0.6-1.2 mg/dl).

-C.P.K: 57392 UI/L (25-195 UI/L).

Analítica de orina:

-Hematíes: 250.

*Nota: Orina de aspecto oscuro y color castaño.

Con estos valores altos de C.P.K observamos que hay una lesión del aparato músculo-esquelético (habitualmente los valores altos de C.P.K se asocian a la lesión del músculo cardiaco, pero no es algo específico y también puede aparecer elevada cuando hay una lesión a cualquier nivel muscular).

También en la analítica de orina podemos ver hematíes (puede ser que el reactivo de la tira de orina reaccione a la mioglobina) y orina de aspecto oscuro de color castaño.

Plan de Cuidados:

Diagnóstico principal (NANDA). (00132) Dolor Agudo.

El paciente refiere dolor abdominal intenso, que se acompaña de ligera febrícula y malestar general. (00016) Deterioro de la Eliminación Urinaria.

El paciente presenta una sobrecarga renal (valores de urea y creatinina alterados, junto con hematuria).

Resultados esperados (NOC).

(1300) Aceptación: estado de salud.

El paciente debe conocer el estado actual de su salud y su manejo correspondiente.

Indicadores: (130007) Expresa sentimientos sobre el estado de salud: Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana :4.

(1605) Control del dolor.

El dolor es un síntoma asociado generalmente a una lesión, en este caso, por ser un dolor abdominal tan intenso acompañado de mialgias, se administran analgésicos vía intravenosa.

Indicadores: (160511) Refiere dolor controlado: Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana: 5.

(0504) Función renal. La serología muestra elevada la creatinina.

Indicadores: (050404) Creatinina serológica: Puntuación inicial Escala de Likert: 2. Puntuación diana: 4. Intervenciones (NIC).

(4190) Punción intravenosa (i.v).

Se realiza punción en la vena radial del miembro superior izquierdo y se introduce un catéter abocath nº 20.

(2314) Administración de medicación intravenosa.

Es fundamental la rápida administración de suero fisiológico al 0.9 % , para prevenir el fallo renal, así como 2 gr. de metamizol magnésico para controlar el dolor.

(0580) Sondaje vesical.

El sondaje vesical nos asegura mediciones exactas de la cantidad de orina excretada. En este caso utilizamos una sonda 16 ch de silicona.

(0590) Manejo de la eliminación urinaria. Es necesario el control de la diuresis.

(6680) Monitorización de signos vitales.

Los signos vitales nos muestran información a cerca de nuestro estado general de salud. En este caso no hay nada llamativo durante la estancia hospitalaria del paciente salvo una ligera hipertensión y febrícula al ingreso, siendo las de último control:

-Tensión arterial: 114/82 mm de Hg.

-Frecuencia cardíaca: 68 latidos por minuto.

-Saturación de oxígeno: 96 %

-Diuresis: 900 cc en el último turno.

Bibliografía

1. Yiannis S. Chatzizisis, Gesthimani Misirli, Apostolos I. Hatzitolios, George D. Giannoglou. The syndrome of rhabdomyolysis: Complications and treatment. European Journal of Internal Medicine 2008.
2. I. Perez Diaz, M. Sanchez Argai, E. Sanchez Gomez. Posible rabdomiolisis por rosuvastatina. Elsevier España, S.L. 2011; 35: 340-346.
3. Jose Ramón Cacelin-Garza, Susana Díaz-Gutiérrez. Rabdomiólisis. Comunicación de dos casos relacionados con esfuerzo y revisión de la bibliografía. 2013; 29(4): 410-423.
4. S. Mrozek, T. Geeraerts. Rabdomiólisis traumáticas y no traumáticas. EMC – Anestesia – Reanimación 2016; 42.

Capítulo 16

Abordaje de la plexopatía braquial postradioterapia: a propósito de un caso clínico

*Torrijos López, Laura
Sánchez Pérez, Pedro
Rodríguez Sánchez, Cristina*



L. Torrijos López¹, P. Sánchez Perez², C. Rodríguez Sánchez³

¹Fisioterapeuta CEDT Azuqueca de Henares (G.A.I. Guadalajara) SESCAM

²Fisioterapeuta Centro de Salud de Miguelturra (G.A.I. Ciudad Real) SESCAM

³Fisioterapeuta. C. S. Rejas Madrid SERMAS



INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina española, pues representa el 29% de los tumores diagnosticados y su prevalencia se ha incrementado globalmente con una estimación de 17 millones de nuevos casos proyectados para el 2020.

Los pacientes pueden sufrir una gran variedad de síntomas asociados con la enfermedad y su tratamiento, y el pobre control de estos síntomas está asociado a una disminución en su calidad de vida.

La radioterapia puede provocar numerosos síndromes de dolor crónico que pueden ocurrir meses o años después de finalizar el tratamiento, aumentando el dolor que en un principio se relacionaba con la dermatitis por radiación, y más tarde, produciendo fibrosis miofascial con desarrollo de dolor y limitación de los arcos de movilidad.

La **plexopatía braquial inducida por radiación** es la más frecuente con un 2% de incidencia, cursando con parestesias, debilidad y dolor en el miembro superior afecto.

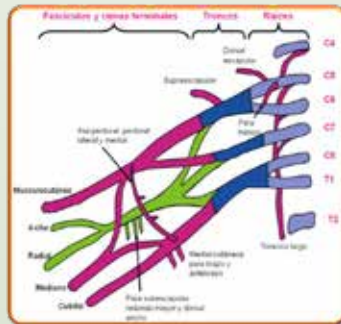


Figura 1. Plexo braquial

OBSERVACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Mujer de 40 años, 1,64 m y 68kg, que acude al servicio de Fisioterapia por limitación y dolor en hombro izdo.

La paciente refiere dolor cervical continuo irradiado a MSI con parestesias y limitación funcional, en tratamiento farmacológico con Zaldiar desde hace un mes sin ningún cambio en la sintomatología.

▪ **Antecedentes personales:** Carcinoma ducal infiltrante de mama izda, tumorectomía y linfadenectomía axilar izda + radioterapia loco regional (hace 2 años)

▪ **Exploración física:**

Hombro izdo: presenta escápula alada, atrofia moderada de deltoides y musculatura braquial y trapecio izdo. Balance articular: ABD de brazo de 40º en fuerza 3-/5, no llega a la horizontal. Flexión de brazo de 45º con fuerza 3/5, no llega a la horizontal. Extensión de brazo de 20º con fuerza 3-/5.

Codo y muñeca izdos: balance articular libre, con fuerza de 4+/5 y sin dolor

▪ **Exploraciones complementarias:**

- Realizado estudio con **EMG:** denervación aguda en deltoides, infraespinoso, supraespinoso, trapecio superior, romboides mayor, serrato mayor, bíceps braquial, tríceps braquial, abductor del V dedo, todo ello del miembro superior.

- Realizada **RMN:** no se aprecian alteraciones, descartándose infiltración del mismo u otras patologías alternativas.

▪ **Diagnóstico:** plexopatía braquial post radioterapia, en relación con antecedentes personales previos



PLAN DE TRATAMIENTO

- Cinesiterapia pasiva de MS y cervicales
- Cinesiterapia activa de MS y cervicales
- Estiramientos musculares de forma suave, para disminuir la hiperactividad sobre todo de pectoral mayor y menor
- Ejercicios de control sensoriomotor y ejercicio terapéutico de MS
- Mecanoterapia (autopasivos de MS, escalera de dedos, poleas,...)
- Masoterapia descontracturante
- Punción seca en puntos gatillo de músculos afectos
- Reeducción postural global (RPG)
- Imaginería motora
- Técnica de inducción miofascial de MS
- EMS (electroestimulación muscular) de romboides mayor y trapecio inferior
- TENS (estimulación transcutánea), para disminuir el dolor
- Reeducción propioceptiva de MS
- Integración del brazo en actividades de la vida diaria



DISCUSIÓN

Se realizaron 5 sesiones/semana durante 6 meses de tratamiento en sala utilizando las técnicas anteriormente descritas.

Al final de este periodo, la paciente ha mejorado la atrofia muscular y movilidad y refiere una disminución del dolor de 2 puntos en la escala EVA aunque persisten las parestesias. Además presenta un aumento de fuerza medible de 4/5 en todos los movimientos y un mayor balance articular libre: flexión de brazo 110º activo y ABD de brazo 100º activo. Por lo que la paciente también desestimo una intervención quirúrgica de fijación escapular.

Por lo tanto se observa una disminución significativa de la sintomatología previa y un aumento en la calidad de vida de la paciente.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes tendrán un alivio significativo con intervenciones farmacológicas pero también incluyendo terapias de fisioterapia, intervenciones psicológicas, terapia cognitivo-conductual y manejo del estrés.

La realización de un tratamiento combinado de terapias nos va a garantizar unos tratamientos globalizados y resultados beneficiosos a largo plazo.

Por lo que se necesitan estudios más profundos de investigación sobre la eficacia de estos métodos, tanto combinados como separados, con muestras representativas para poder obtener conclusiones, establecer protocolos de actuación y generalizar los resultados.

Resumen: *Introducción: Los pacientes de cáncer de mama sufren una gran variedad de síntomas asociados con la enfermedad y su tratamiento. Objetivo: analizar la necesidad de combinar diferentes terapias para mitigar estos síntomas. Presentación del caso: mujer de 40 años con limitación articular y dolor en hombro izdo, tras tumorectomía y linfadenectomía axilar hace 2 años. Tras la exploración, se le diagnostica y trata desde fisioterapia de una plexopatía braquial, incluyendo diferentes terapias físicas durante 6 meses. Resultados: al finalizar se evidencia una disminución significativa de la sintomatología inicial. Conclusión: los tratamientos combinados son necesarios para una mejor recuperación del paciente.*

Palabras Clave: *Cáncer de mama, fisioterapia, terapia física.*

Desarrollo del Trabajo:

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina española, pues representa el 29% de los tumores diagnosticados y su prevalencia se ha incrementado globalmente con una estimación de 17 millones de nuevos casos proyectados para el 2020.

Los pacientes pueden sufrir una gran variedad de síntomas asociados con la enfermedad y su tratamiento, y el pobre control de estos síntomas está asociado a una disminución en su calidad de vida.

La radioterapia puede provocar numerosos síndromes de dolor crónico que pueden ocurrir meses o años después de finalizar el tratamiento, aumentando el dolor que en un principio se relacionaba con la dermatitis por radiación, y más tarde, produciendo fibrosis miofascial con desarrollo de dolor y limitación de los arcos de movilidad.

La plexopatía braquial inducida por radiación es la más frecuente con un 2% de incidencia, cursando con parestesias, debilidad y dolor en el miembro superior afecto.

OBSERVACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Mujer de 40 años, 1,64 m y 68kg, que acude al servicio de Fisioterapia por limitación y dolor en hombro izdo.

La paciente refiere dolor cervical continuo irradiado a MSI con parestesias y limitación funcional, en tratamiento farmacológico con Zaldiar desde hace un mes sin ningún cambio en la sintomatología.

- Antecedentes personales: Carcinoma ducal infiltrante de mama izda, tumorectomía y linfadenectomía axilar izda + radioterapia loco regional (hace 2 años)

- Exploración física:

Hombro izdo: presenta escápula alada, atrofia moderada de deltoides y musculatura braquial y trapecio izdo. Balance articular: ABD de brazo de 40º con fuerza 3-/5, no llega a la horizontal. Flexión de brazo de 45º con fuerza 3/5, no llega a la horizontal. Extensión de brazo de 20º con fuerza 3-/5.

Codo y muñeca izdos: balance articular libre, con fuerza de 4+/5 y sin dolor

▪ Exploraciones complementarias:

- Realizado estudio con EMG: denervación aguda en deltoides, infraespinoso, supraespinoso, trapecio superior, romboides mayor, serrato mayor, bíceps braquial, tríceps braquial, abductor del V dedo, todo ello del miembro superior.

- Realizada RMN: no se aprecian alteraciones, descartándose infiltración del mismo u otras patologías alternativas.

▪ Diagnóstico: plexopatía braquial post radioterapia, en relación con antecedentes personales previos

Plan de Tratamiento:

Cinesiterapia pasiva de MS y cervicales Cinesiterapia activa de MS y cervicales

Estiramientos musculares de forma suave, para disminuir la hiperactividad sobre todo de pectoral mayor y menor

Ejercicios de control sensoriomotor y ejercicio terapéutico de MS Mecanoterapia (autopasivos de MS, escalera de dedos, poleas,...) Masoterapia descontracturante

Punción seca en puntos gatillo de músculos afectos Reeducción postural global (RPG)

Imaginería motora

Técnica de inducción miofascial de MS

EMS (electroestimulación muscular) de romboides mayor y trapecio inferior TENS (estimulación transcutánea), para disminuir el dolor

Reeducación propioceptiva de MS

Integración del brazo en actividades de la vida diaria.

Discusión:

Se realizaron 5 sesiones/semana durante 6 meses de tratamiento en sala utilizando las técnicas anteriormente descritas.

Al final de este periodo, la paciente ha mejorado la atrofia muscular y movilidad y refiere una disminución del dolor de 2 puntos en la escala EVA aunque persisten las parestesias. Además presenta un aumento de fuerza medible de 4/5 en todos los movimientos y un mayor balance articular libre: flexión de brazo 110º activo y ABD de brazo 100º activo. Por lo que la paciente también desestimo una intervención quirúrgica de fijación escapular.

Por lo tanto se observa una disminución significativa de la sintomatología previa y un aumento en la calidad de vida de la paciente.

Conclusión:

La mayoría de los pacientes tendrán un alivio significativo con intervenciones farmacológicas pero también incluyendo terapias de fisioterapia, intervenciones psicológicas, terapia cognitivo-conductual y manejo del estrés.

La realización de un tratamiento combinado de terapias nos va a garantizar unos tratamientos globalizados y resultados beneficiosos a largo plazo.

Por lo que se necesitan estudios más profundos de investigación sobre la eficacia de estos métodos, tanto combinados como separados, con muestras representativas para poder obtener conclusiones, establecer protocolos de actuación y generalizar los resultados.

Bibliografía

1. Colby, Lynn Allen. Ejercicio terapéutico; fundamentos y técnicas. 5ª edición. Buenos Aires. Editoria Médica Panamericana. 2010
2. Souchard P. RPG Principios de la reeducación postural global. 9ª reimpresión de la 1ª edición. Editorial Paidotribo. 2018
3. Mayoral, O. Fisioterapia Invasiva del Síndrome de Dolor Miofascial. Manual de Punción Seca de Puntos Gatillo. 1ª edición. Editorial Medica Panamericana. 2017

Capítulo 17

Abordaje del dolor en las cicatrices postquirúrgicas con ENA®: a propósito de un caso clínico

Sánchez Pérez, Pedro

Sánchez Carrión, Pedro José

Torrijos López, Laura

INTRODUCCIÓN

La **ElectroNeuroAcupuntura (ENA®)** es una herramienta que aunque la consideramos dentro de las disciplinas terapéuticas de la Medicina Tradicional China (MTC), engloba las visiones de la medicina occidental y oriental, integrando la justificación anatómica (mediante la descripción del recorrido de las principales raíces nerviosas de nuestro organismo, así como un detallado conocimiento de la neurofisiología del dolor y de la anatomía del sistema nervioso central y periférico) y la energética (mediante la descripción del recorrido de los meridianos y puntos acupunturales más destacados y su correlación anatómica con el recorrido neural expuesto anteriormente).

Figura 1. Electroestimulador ES-130



Figura 2. Agujas Acupuntura-Acumatic



El **tejido cicatricial** generalmente se forma después de un trauma profundo, como perforaciones, quemaduras y cirugía, en la dermis. A veces evoluciona con una proliferación excesiva y desordenada de fibroblastos, dando lugar a cicatrices excesivas hipertróficas o queloides, invaginaciones,... que ocasionan secuelas en forma de adherencias y alteraciones de la función.

OBSERVACIÓN CLÍNICA y DIAGNÓSTICO SEGÚN MTC

Varón de 39 años, 1,74 m.y 77 kg. que acude a la consulta con secuelas ocasionadas por una cicatriz de unos 5 cm. en zona abdominal tras IQ apendicectomía tradicional realizada hace 12 años. La cicatriz oblicua sobre el meridiano de Bazo (aprox. en punto 13 B - *Fu She*) presenta un aspecto de color rojo, resistente, dura y sensible al tacto, prurito (*Síndrome de Estancamiento de Xüe*¹). El nivel de dolor fue de 6 en la escala EVA (0-10). Manifiesta sensación de astenia y problemas gastrointestinales (*Insuficiencia Qi de B*²), propio del meridiano por el que transita la cicatriz).

✓ **Antecedentes personales:** no alergias medicamentosas conocidas. IQ apendicectomía, fimosis, artralgias leves asociadas a su práctica deportiva habitual. A nivel orgánico, refiere problemas de digestiones lentas.



Figura 3. Fibrólisis Diacutánea Intratisular- Gancho.

PLAN DE TRATAMIENTO

- **Tratamientos médicos:** posibilidad de utilizar corticoides por vía tópica o mediante inyección intralesional, radioterapia, cirugía estética, terapia neural: Procaína 0,5%- bajo supervisión facultativa), parches lidocaína, etc.
- Aplicación de **cremas**, aceites esenciales de lavanda sin diluir, Aloe Vera, Rosa Mosqueta, Hipérico, Homeoplasmine, MSM en pomada, Plata Coloidal, Esencia de geranio,...
- **Mesoterapia:** GRAPHITES HEEL®
- **Kinesiotaping (VNM):** Técnica en estrella.

- **ElectroNeuroAcupuntura (ENA®).** Parámetros:
 - **FORMA DE ONDA:** Rectangular Bifásica Asimétrica
 - **FRECUENCIA:** 1-500 Hz. (200Hz. en nervios sensitivos puros). Frecuencias bajas (2 Hz) en dolor crónico y altas (100Hz) en el agudo.
 - **ANCHURA DE PULSO:** 50-250 microsegundos.
 - **INTENSIDAD:** alta por encima de umbral sensitivo en dolor crónico, baja por debajo de dicho umbral en agudos.
 - **TIPO DE ONDA:** continua, lenta y progresiva (tonífica), intermitente, brusca (dispersa).

- Otras terapias:
 - **Terapia miofascial** o inducción directa.
 - **Cupping Therapy** o masoterapia con ventosas.
 - **Fibrólisis diacutánea intratisular** o técnica de gancho.
 - **Acupuntura con Moxibustión.**
 - **Kinesiología Holística:** para trabajar posibles desarreglos bioquímicos, el terreno emocional con Flores de Bach, y el aspecto energético con auriculoterapia, etc.



Figura 4. Cupping Therapy.



Figura 5. ENA®



Figura 6. Kinesiotaping - VNM cicatrices

DISCUSIÓN

Se realizaron 4 sesiones de ENA® en un período de 7 semanas utilizando la técnica *Wei Ci* (rodeando al dragón) en la cual se colocan agujas subdérmicas alrededor de la cicatriz. Además, se siguió el protocolo a distancia para los *síndromes*¹⁻² descritos, realizando acupuntura en B3,B6,E36 para tonificar Bazo,V17,B10 para el éxtasis de Xüe, junto con la potente combinación "las 4 puertas" IG4+H3 para mover Qi y Xüe.

Al final de este período, notó una disminución de dolor de 1-2 puntos en la escala EVA, mejora de la sensación de prurito, astenia, así como liberación de las tensiones fasciales abdominales con mejora de la motilidad gastrointestinal.

CONCLUSIONES

Aunque el uso de la acupuntura en el tratamiento de las cicatrices tiene un bajo nivel de evidencia científica, hemos obtenido resultados positivos combinando la ENA® junto con las otras técnicas aquí descritas en cuanto a mejora de la calidad de la cicatriz y de la sintomatología asociada a la misma.

Por todo esto, se requieren más ensayos bien diseñados y controlados, que marquen la frecuencia, duración, puntos y demás parámetros para protocolizar esta terapia.

Resumen: *No solo en las intervenciones quirúrgicas, sino cualquier herida, corte ... ocasiona cicatrices, que a veces no son tenidas en cuenta, y generan secuelas a nivel mecánico y orgánico.*

En este trabajo, presentamos una cirugía como la apendicectomía, con buen resultado quirúrgico, pero que 12 años después, no era bien aceptada estéticamente, y además acarrea problemas de adherencias, con sus restricciones de movilidad fascial y alteraciones orgánicas asociadas. Aquí se presentan diferentes posibilidades de tratamiento que se emplean en estas lesiones, y en concreto una técnica novedosa como la ElectroNeuroAcupuntura (ENA®), con la que se están obteniendo excelentes resultados en la práctica clínica.

Palabras Clave: *Cicatriz Kinesiology Applied Osteopathic Physicians*

Desarrollo del Trabajo:

La ElectroNeuroAcupuntura (ENA®) es una herramienta que aunque la consideramos dentro de las disciplinas terapéuticas de la Medicina Tradicional China (MTC), engloba las visiones de la medicina occidental y oriental, integrando la justificación anatómica (mediante la descripción del recorrido de las principales raíces nerviosas de nuestro organismo, así como un detallado conocimiento de la neurofisiología del dolor y de la anatomía del sistema nervioso central y periférico) y la energética (mediante la descripción del recorrido de los meridianos y puntos acupunturales más destacados y su correlación anatómica con el recorrido neural expuesto anteriormente).

El tejido cicatricial generalmente se forma después de un trauma profundo, como perforaciones, quemaduras y cirugía, en la dermis.

A veces evoluciona con una proliferación excesiva y desordenada de fibroblastos, dando lugar a cicatrices excesivas hipertróficas o queloides, invaginaciones, ... que ocasionan secuelas en forma de adherencias y alteraciones de la función.

Observación Clínica:

Varón de 39 años, 1,74 m. y 77 kg que acude a la consulta con secuelas ocasionadas por una cicatriz de unos 5 cm. en zona abdominal tras IQ apendicectomía tradicional realizada hace 12 años. La cicatriz oblicua sobre el meridiano de Bazo (aprox. en punto 13 B - Fu She) presenta un aspecto de color rojo, resistente, dura y sensible al tacto, prurito (Síndrome de Estancamiento de Xüe¹). El nivel de dolor fue de 6 en la escala EVA (0-10). Manifiesta sensación de astenia y problemas gastrointestinales (Insuficiencia Qi de B²), propio del meridiano por el que transita la cicatriz).

· Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. IQ apendicectomía, fimosis, artralgiyas leves asociadas a su práctica deportiva habitual. A nivel orgánico, refiere problemas de digestiones lentas.

Plan de Tratamiento:

3.1- Tratamientos médicos: posibilidad de utilizar corticoides por vía tópica o mediante inyección intralesional, radioterapia, cirugía estética, terapia neural: Procaína 0,5%- bajo supervisión facultativa), parches lidocaína, etc.

* Aplicación de cremas, aceites esenciales de lavanda sin diluir, Aloe Vera, Rosa Mosqueta, Hipérico, Homeoplasmine, MSM en pomada, Plata Coloidal, Esencia de geranio, ...

3.2.- Mesoterapia: GRAPHITES HEEL®

3.3.- ElectroNeuroAcupuntura (ENA®). Parámetros:

- FORMA DE ONDA: Rectangular Bifásica Asimétrica

- FRECUENCIA: 1-500 Hz. (200Hz. en nervios sensitivos puros). Frecuencias bajas (2 Hz) en dolor crónico y altas (100Hz) en el agudo.

- ANCHURA DE PULSO: 50-250 microsegundos.

- INTENSIDAD: alta por encima de umbral sensitivo en dolor crónico, baja por debajo de dicho umbral en agudos.

- TIPO DE ONDA: continua, lenta y progresiva (tonifica), intermitente, brusca (dispersa).

3.4.- Terapia miofascial o inducción directa.

3.5.- Cupping Therapy o masoterapia con ventosas.

3.6.- Fibrólisis diacutánea intratisular o técnica de gancho.

3.7.- Acupuntura con Moxibustión.

3.8.- Kinesiología Holística:

TESTAJE Y TRATAMIENTO SEGÚN LA KINESIOLOGÍA HOLÍSTICA:

1.1.- PRETEST: "Preparar al organismo" al diálogo entre el paciente y terapeuta, dándonos así respuestas coherentes y que no sean erróneas.

1.2.- TERAPIA ESPECÍFICA: Mediante el test del Arm-Reflex (AR) buscamos cuál es su problema prioritario y su terapia más adecuada.

1º Terapia de localización (TL): Provocando un AR positivo al estimular la zona de la cicatriz.

2º Fijamos el AR (XY).

3º CHACKRA DE LA MANO: En MS derecho haremos los mudras de testaje.

4º MUDRA PRIORIDAD= Positivo. Si es primordial tratar la cicatriz.

5º MUDRAS= Campo estructural, bioquímico, emocional y energético.

6º TRATAMIENTO= Energético-Electroneuroacupuntura según protocolo.

7º CONTROL DE TERAPIA= Vuelve a dar AR positivo, con lo que volvemos al

3.9.-TESTAJE Y TRATAMIENTO SEGÚN LA OSTEOPATÍA:

a) INSPECCIÓN

Observamos la estática del paciente en bipedestación y la mecánica durante la marcha, desde una visión frontal, sagital y transversal, donde encontramos un sujeto con tendencia a tipología AM (según

G.D. Struyf). Como tal, presenta una actitud cifótica, pelvis en retroversión y contranutación, y sacro abombado. De ahí su uncoartrosis, problemas de constricción discal, tendencia a la rigidez, fibrosis, ptosis visceral...

B) TEST EXPLORATORIOS

- En bipedestación: test TFA Piedallu, Test Goosip, test lateroflexión de tronco, test Gillet, exploración de sacroilíaca en su brazo corto y largo y escucha fascial.

- En sedestación: Test de flexión anterior, test de exploración raquis cervical (pares craneales, descartar inestabilidades, test de la arteria vértebro-basilar...) y raquis dorsal.

- En decúbito: scanning lumbar, posición de esfinge y mahometano, exploración de Ilíacos con test de Illy, test de hipertensión portal... Valoración de diafragmas y mecánica periférica (MMSS y MMII).

- Exploración visceral: Dermalgias de Jarricot, Puntos de Chapman, testaje kinesiológico...

- Test de escucha craneal: impulso rítmico craneal, escucha movimiento respiratorio primario...

C) TRATAMIENTO

3.10.- Kinesiotaping (VNM): Técnica en estrella.

Discusión:

Se realizaron 4 sesiones de ENA® en un período de 7 semanas utilizando la técnica Wei Ci (rodeando al dragón) en la cual se colocan agujas subdérmicas alrededor de la cicatriz. Además, se siguió el protocolo a distancia para los síndromes¹⁻² descritos, realizando acupuntura en B3, B6, E36 para tonificar Bazo, V17, B10 para el éxtasis de Xüe, junto con la potente combinación "las 4 puertas" IG4+H3 para mover Qi y Xüe.

Al final de este período, notó una disminución de dolor de 1-2 puntos en la escala EVA, mejora de la sensación de prurito, astenia, así como liberación de las tensiones fasciales abdominales con mejora de la motilidad gastrointestinal.

Conclusión:

Aunque el uso de la acupuntura en el tratamiento de las cicatrices tiene un bajo nivel de evidencia científica, hemos obtenido resultados positivos combinando la ENA® junto con las otras técnicas aquí descritas en cuanto a mejora de la calidad de la cicatriz y de la sintomatología asociada a la misma.

Por todo esto, se requieren más ensayos bien diseñados y controlados, que marquen la frecuencia, duración, puntos y demás parámetros para protocolizar esta terapia.

Bibliografía

1.A. Al-Attar, S. Mess, JM Thomassen, CL Kauffman, SP Davison Patógeno y tratamiento de queloides *Plast Reconstr Surg*, 117 (2006), págs. 286 – 300

2.AE Slem, RE Kirschner Queloides y cicatrices: una revisión de queloides y cicatrices, su patogénesis, factores de riesgo y manejo *Curr Opin Pediatr*, 18 (2006), págs. 396 - 402

Capítulo 18

Accidentes infantiles: “Atragantamiento por cuerpo extraño”

*Márquez Arriaga, Vanesa
Martínez Rodríguez, Sandra
Laderas Díaz, Estíbaliz*

Accidentes infantiles: "Atragantamiento por cuerpo extraño"

Vanesa Márquez Arriaga / Sandra MartínezRodríguez / Estíbaliz Laderas Díaz

INTRODUCCIÓN

- Los accidentes infantiles son considerados un problema de salud pública por la magnitud del problema y el impacto que causan. Además de la repercusión que tienen en la calidad de vida y en las secuelas cuando ocurren a edades tempranas.
- La Asociación Española de pediatría establece que los accidentes infantiles son la primera causa de muerte infantil.

Según las edades tenemos que:

- ✓ *Menores de 6 meses:* caídas desde alturas, accidentes de tráfico, atragantamiento y quemaduras.
- ✓ *A partir de los 6 meses:* caídas, intoxicaciones, atragantamientos, ahogamientos, quemaduras y accidentes de tráfico.

Según el INE la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años es de **3,26 por cada mil** nacidos vivos. Por todo esto trataremos los accidentes por atragantamiento por cuerpo extraño dado que la obstrucción de la vía aérea es una emergencia vital, que si no se resuelve inmediatamente acabara en PCR.

La broncoaspiración es "la presencia de un elemento no habitual a cualquier nivel del árbol bronquial".

- Las edades más frecuentes: en el 2º año de vida por material orgánico (frutos secos) y en edad escolar por inorgánico.

Cuerpo extraño	1,0%
Asfixia, atragantamiento	0,5%
Caída	56,7%
Corte o pinchazo	4,3%
Golpe contra objeto, persona o animal	26,2%
Intoxicación	1,3%
Mordedura de animal	0,5%
Quemadura	6,0%
Total	100%

- ✓ *Menores de 2 años:* 11,8%
- ✓ *2-4 años:* 29,4%
- ✓ *5-9 años:* 23,5%
- ✓ *8-11 años:* 11,8%
- ✓ *Mayor de 11 años:* 23,5%

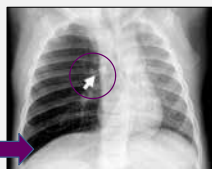
Caso clínico:

Niño menor de 1 año que se ha tragado una bola de una pulsera de plástico de su hermana. Los padres llegan al SUH materno infantil con el niño en brazos y presentando en una primera valoración dificultad respiratoria, cianosis en piel y mucosas y pérdida de conciencia.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

- A:** Vía aérea permeable. No es una obstrucción total.
 - B:** Ventilación comprometida. Amplitud respiratoria superficial. **FR: 30-40rpm. SO2 del 80%.** En la gasometría arterial aparece PaO2 y una PaCO2 (55mmHg).
 - C:** **>140ppm; T.A:50/30 mmHg; RC<2".**
 - D:** Inconsciente.
 - E:** Mal estado general. Cianosis peribucal.
- ** En la Rx: obstrucción del bronquio principal.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA

Riesgo de Asfixia r/c obstrucción bronquial con bola de plástico

NOC:

- 0403:** estado respiratorio: ventilación.
- 040316** disnea
- 040326** hallazgos en la Rx de tórax.



NIC:

- 3140:** Manejo de las vías aéreas.
- 314001** abordar la vía aérea oral si procede.
- 314002** abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.
- 314020** vigilar estado respiratorio y de oxigenación si procede.

- 3350:** Monitorización respiratoria.
- 335001** abrir la vía aérea, elevando la barbilla o empujando la mandíbula.
- 335009** comprobar la capacidad del paciente para toser.
- 3390** Ayuda a la ventilación.
- 5628:** Enseñanza seguridad infantil

CONCLUSIONES:

Tras observar numerosos diagnósticos por obstrucción por cuerpo extraño, elegimos el de riesgo de asfixia, considerando que es una situación de emergencia vital y necesita una resolución rápida.

Según el estudio realizado observamos que la mejor manera para bajar las tasas de mortalidad infantil causadas por esto es realizar una buena educación en ámbitos hospitalarios y centros educativos a niños, padres, profesores y cuidadores.

En la prevención es muy importante aplicar medidas como enseñar a los niños a comportarse de manera segura mostrándoles los peligros y dándoles, progresivamente, la autonomía adecuada a su grado de desarrollo para que vayan adquiriendo conductas seguras. Y enseñar a los adultos a como actuar y aplicar la Maniobra de Heimlich.

Algunas recomendaciones de atragantamiento en niños menores de 1 año:

Realizar bocados pequeños, evitar distracciones, evitar que coma tumbado o si está adormilado y no tumbarle inmediatamente tras comer. Mantener objetos que puedan causar asfixia fuera del alcance de los niños: monedas, botones, juguetes de piezas pequeñas, canicas...

Resumen: Los accidentes infantiles son considerados un problema de salud pública por la magnitud del problema y el impacto que causan.

Además de la repercusión que tienen en la calidad de vida y en las secuelas cuando ocurren a edades tempranas.

- La Asociación Española de pediatría establece que los accidentes infantiles son la primera causa de muerte infantil.
- Las edades más frecuentes: en el 2º año de vida por material orgánico (frutos secos) y en edad escolar por inorgánico.

Palabras Clave: Aspiración, Asfixia, Cuerpo Extraño.

Desarrollo del Trabajo:

Los accidentes infantiles son considerados un problema de salud pública por la magnitud del problema y el impacto que causan.

Además de la repercusión que tienen en la calidad de vida y en las secuelas cuando ocurren a edades tempranas.

- La Asociación Española de pediatría establece que los accidentes infantiles son la primera causa de muerte infantil.

Según las edades tenemos que:

- Menores de 6 meses: caídas desde alturas, accidentes de tráfico, atragantamiento y quemaduras.
- A partir de los 6 meses: caídas, intoxicaciones, atragantamientos, ahogamientos, quemaduras y accidentes de tráfico.

Según el INE la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años es de 3,26 por cada mil nacidos vivos. Por todo esto trataremos los accidentes por atragantamiento por cuerpo extraño dado que la obstrucción de la vía aérea es una emergencia vital, que si no se resuelve inmediatamente acabará en PCR.

La broncoaspiración es “la presencia de un elemento no habitual a cualquier nivel del árbol bronquial”.

Cuerpo extraño 1,0%
 Asfixia, atragantamiento 0,5%
 Caída 56,7%
 Corte o pinchazo 4,3%
 Golpe contra objeto, persona o animal 26,2%
 Intoxicación 1,3%
 Mordedura de animal 0,5%
 Quemadura 6,0%
 Total 100%

- Las edades más frecuentes: en el 2º año de vida por material orgánico (frutos secos) y en edad escolar por inorgánico.

- Menores de 2 años: 11,8%
- 2-4 años: 29,4%
- 5-9 años: 23,5%
- 8-11 años: 11,8%
- Mayor de 11 años: 23,5%

Caso Clínico:

Niño menor de 1 año que se ha tragado una bola de una pulsera de plástico de su hermana. Los padres llegan al SUH materno infantil con el niño en brazos y presentando en una primera valoración dificultad respiratoria, cianosis en piel y mucosas y pérdida de conciencia.

Observación Clínica

- A: Vía aérea permeable. No es una obstrucción total.
- B: Ventilación comprometida. Amplitud respiratoria superficial. FR: 30-40rpm. SO₂ del 80%. En la gasometría arterial aparece PaO₂ y una PaCO₂ (55mmHg).
- C: >140ppm; T.A:50/30 mmHg; RC<2".
- D: Inconsciente.
- E: Mal estado general. Cianosis peribucal.

** En la Rx: obstrucción del bronquio principal.

Plan de Cuidados Enfermero NANDA

- Riesgo de Asfixia r/c obstrucción bronquial con bola de plástico.

NIC:

3140: Manejo de las vías aéreas.

314001 abordar la vía aérea oral si procede.

314002 abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.

314020 vigilar estado respiratorio y de oxigenación si procede.

NOC:

0403: estado respiratorio: ventilación. 040316 disnea

040326 hallazgos en la Rx de tórax.

Conclusión

Tras observar numerosos diagnósticos por obstrucción por cuerpo extraño, elegimos el de riesgo de asfixia, considerando que es una situación de emergencia vital y necesita una resolución rápida.

Según el estudio realizado observamos que la mejor manera para bajar las tasas de mortalidad infantil causadas por esto es realizar una buena educación en ámbitos hospitalarios y centros educativos a niños, padres, profesores y cuidadores.

En la prevención es muy importante aplicar medidas como enseñar a los niños a comportarse de manera segura mostrándoles los peligros y dándoles, progresivamente, la autonomía adecuada a su grado de desarrollo para que vayan adquiriendo conductas seguras y enseñar a los adultos a cómo actuar y aplicar la Maniobra de Heimlich.

Algunas recomendaciones de atragantamiento en niños menores de 1 año:

Realizar bocados pequeños, evitar distracciones, evitar que coma tumbado o si está adormilado y no tumbarle

inmediatamente tras comer. Mantener objetos que puedan causar asfixia fuera del alcance de los niños: monedas, botones, juguetes de piezas pequeñas, canicas...

Bibliografía

1. Aspectos destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 para RCP Y ACE. American Heart Association JN-1090; 2021.
2. “Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años”. Asociación Española de Pediatría; 2013.
3. Recomendaciones sobre la prevención de aspiraciones de cuerpos extraños 1695-4033. Asociación Española de Pediatría. Elsevier; 2016

Capítulo 19

Acidosis propiónica. A propósito de un caso

Madueño Moreno, Silvia

Madueño Moreno, José Luis

ACIDOSIS PROPIÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Silvia Madueño Moreno y Jose Luis Madueño Moreno

INTRODUCCIÓN:

La acidosis propiónica (AP) es un trastorno causado por la deficiencia de la enzima mitocondrial propionil-CoA carboxilasa, que se encuentra involucrada en el catabolismo de los aminoácidos y causa la acumulación en plasma, orina y tejidos de unos productos tóxicos, el ácido propiónico y sus derivados. Se acumulan también secundariamente el amonio y el lactato.

Trastorno infrecuente con patrón de herencia autosómico recesivo.



El tratamiento se basa en evitar la intoxicación por los productos tóxicos acumulados, restringiendo las proteínas naturales de la dieta ya que contienen los aminoácidos precursores del defecto (valina, isoleucina, metionina y treonina). No obstante, los aminoácidos son indispensables para la formación de proteínas que permitirán el crecimiento, por lo que se aportan mediante una fórmula especial que no contiene los aminoácidos precursores del ácido propiónico. Además, se eliminarán los productos tóxicos mediante la carnitina, que los convierte en no tóxicos y los elimina por la orina.

La fórmula especial contiene los demás aminoácidos (excepto valina, isoleucina, metionina y treonina), vitaminas, oligoelementos y sustancias antioxidantes para evitar defectos nutricionales.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Adolescente de 18 años de edad, fue diagnosticada de acidosis propiónica al mes y medio de vida. **CONSAGUINEIDAD**

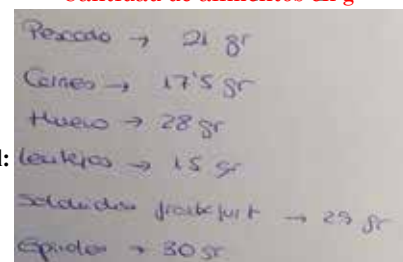
PADRE: los abuelos eran primos. MADRE: los abuelos eran primos.

Estudio genético; paciente homocigótica para la mutación R165Q y padres portadores.

Presenta epilepsia secundaria con debut a los 15 días de vida. Tratamiento con fenobarbital hasta los tres años, se retiró por ausencias de crisis. Agosto de 2018 vuelve a tener 2 crisis comiciales en el mismo día y se inicia tratamiento con keppra. Retraso psicomotor secundario a AP, alargamiento del QT desde Mayo del 2011, secuelas en aparto locomotor (pies planos, valgus, deambulación independiente, torpe, sedestación estable, escoliosis), hipermetropía corregida desde los 6 años, anemia ferropénica, sobrecrecimiento bacteriano por clostridium difficile. Lenguaje escaso sin dificultades en la articulación coherente. Dificultad para gestionar algunas texturas de los alimentos que le provocan Trastorno Gastrointestinal. Dieta de 1650 kcal/día, proteínas especiales 45g/día, proteínas de alto valor biológico 17 g/día, proteínas de bajo valor biológico + productos bajos en proteínas: 12 g/día. Tratamiento: Gastrostomía 800 cc/12h, keppra 800 mg/12h, Fumil 30-20, carnitor 3ml De, Co, Me, Ce y noche, Medebiotin forte 1 ampolla De, Co, Ce y noche, anamix junior MMA/PA 19g Co, ferplex 2 ampollas C/12h, solución de descontaminación 10 ml c/8h, durante 1 semana al mes (3ª semana del mes). Buccolam 10 mg si crisis mayor de 5 minutos.

Otras recomendaciones:

- Alimentación: Realizará 4 tomas al día por boca y NE nocturna por gastrostomía. Dieta de 1650 kcal: proteínas especiales 45g/día, proteínas de alto valor biológico 17 g/día, proteínas de bajo valor biológico + productos bajos en proteínas: 12 g/día.
- Distribución de los productos especiales: 45g de equivalente proteico al día repartidos en 5 tomas (9g/toma). MMA/PA Anamix Junior 19 g en la comida.



Plan de cuidados de enfermería		
DIAGNOSTICO	NOC	NIC
00102 Déficit de autocuidado: alimentación	303 Cuidados personales: comer 1010 Estado de deglución	5606 Enseñanza: individual 1050 Alimentación 1100 Manejo de la nutrición 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c Retraso o dificultad para realizar las habilidades (motoras, sociales o expresivas)	0108 Desarrollo infantil: segunda infancia 1802 Conocimiento: dieta	4310 terapia de actividad 5100 potenciación de la socialización 5246 Asesoramiento nutricional
00155 Riesgo de caídas	202 equilibrio 212 Movimiento coordinado	222 terapia de ejercicios: equilibrio 840 Cambio de posición 1800 Ayuda con el autocuidado: aseo 1806 Ayuda con el autocuidado: transferencias 6490 Prevención de caídas 6610 Identificación de riesgos
00182 Disposición para mejorar el autocuidado	4480 Facilitar la autorresponsabilidad	5540. Potenciación de la disposición de aprendizaje
00002 Desequilibrio nutricional; ingesta inferior a las necesidades	1802 Conocimiento de la dieta prescrita 1856 Conocimiento manejo de la enfermedad 1014 Apetito 16212 Conducta de adhesión: dieta saludable 1010 Estado de deglución	180 Manejo de la energía 1100 Manejo de la nutrición 1860 Terapia de deglución 1056 Alimentación enteral por sonda

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La acidosis propiónica (AP) es una enfermedad hereditaria, autosómica, recesiva, causada por deficiencias en la actividad de la propionil CoA-carboxilasa, y se caracteriza por episodios potencialmente mortales de descompensación metabólica y disfunción neurológica.

En el caso de esta paciente, el debut fue al mes y medio de vida. Es perfectamente conocedora de cuales son los alimentos permitidos en su dieta, no así de las cantidades y en que consiste el resto de tratamiento necesario para mantener la estabilidad metabólica. El plan de cuidados de enfermería al completo está orientado a mejorar su manejo de la alimentación, potenciar la autonomía de la paciente en las actividades de la vida diaria y mantener su capacidad motora.

1. Aviña Fierro JA, García Salazar O. Acidemia propiónica progresiva. A propósito de un caso. Revista Mexicana de Pediatría. Vol 73, Núm 5. Sep. - Oct. 2006. pp 230 - 232.

2. Cammarata-Sealici F, Yen-Hui C, Tze-Tze L, Da Silva G, et al. Hallazgos clínicos, iquímicos y moleculares de la acidemia propiónica. Reporte de un caso. Arch Argent Pediatr 2019;117(3):e288-e291.

3. Adriana Montealegre MD, Erlin Robledo MD, José Yecid Moreno MD, Natalia Restrepo MD, Grégory Alfonso García MD. Acidemia propiónica neonatal con deterioro neurológico, rechazo al alimento y emesis. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Repert.med.cir.2012;21 (4): 225-237

Resumen: *La acidosis propiónica es un trastorno causado por la deficiencia de la enzima mitocondrial propionil-CoA carboxilasa, que se encuentra involucrada en el catabolismo de los aminoácidos y causa la acumulación en plasma, orina y tejidos de unos productos tóxicos, el ácido propiónico y sus derivados. Se acumulan también secundariamente el amonio y el lactato.*

Trastorno infrecuente con patrón de herencia autosómico.

Palabras Clave: *Acidosis propiónica, acidosis metabólica, síndrome de Falconi*

Desarrollo del Trabajo:

Como ya hemos descrito la acidosis propiónica es una enfermedad producida por un desajuste metabólico, en el que la deficiencia de una enzima (propionil-CoA carboxilasa), causa la acumulación de unos productos de desecho que resultan ser tóxicos para el organismo.

El tratamiento se basa en evitar la intoxicación por los productos tóxicos acumulados, restringiendo las proteínas naturales de la dieta ya que contienen los aminoácidos precursores del defecto (valina, isoleucina, metionina y treonina). No obstante, los aminoácidos son indispensables para la formación de proteínas que permitirán el crecimiento, por lo que se aportan mediante una fórmula especial que no contiene los aminoácidos precursores del ácido propiónico. Además, se eliminarán los productos tóxicos mediante la carnitina, que los convierte en no tóxicos y los elimina por la orina.

La fórmula especial contiene los demás aminoácidos (excepto valina, isoleucina, metionina y treonina), vitaminas, oligoelementos y sustancias antioxidantes para evitar defectos nutricionales. Presentación de un caso.

Adolescente de 18 años de edad, fue diagnosticada de acidosis propiónica al mes y medio de vida. En su familia existe consanguineidad: En el caso de su padre, los abuelos eran primos, en el caso de su madre los abuelos también eran primos.

En el estudio genético se determinó que la paciente es homocigótica para la mutación R165Q y los padres son portadores.

Presenta epilepsia secundaria con debut a los 15 días de vida. Tratamiento con fenobarbital hasta los tres años, se retiró por ausencias de crisis. Agosto de 2018 vuelve a tener 2 crisis comiciales en el mismo día y se inicia tratamiento con keppra. Retraso psicomotor secundario a AP, alargamiento del QT desde Mayo del 2011, secuelas en aparto locomotor (pies planos, valgus, deambulación independiente, torpe, sedestación estable, escoliosis), hipermetropía corregida desde los 6 años, anemia ferropénica, sobrecrecimiento bacteriano por clostridium difficile. Lenguaje escaso sin dificultades en la articulación coherente. Dificultad para gestionar algunas texturas de los alimentos que le provocan nauseas. Gastrostomía desde los 4 meses, Sonda Mickey 20 Fr, 3.0 cm.

Tratamiento: carbaglú 900 mg c/12h, keppra 800 mg c/12h, sumial 30-20-20, carnivor 3ml De, Co, Me, Ce y noche, Medebiotin forte 1 ampolla De, Co, Ce y noche, anamix junior MMA/PA 19g Co, ferplex 2 ampollas C/12h, solución de descontaminación 10 ml c/8h, durante 1 semana al mes (3ª semana del mes). Buccolam 10 mg si crisis mayor de 5 minutos.

Otras recomendaciones:

Alimentación: Realizará 4 tomas al día por boca y NE nocturna por gastrostomía. Dieta de 1650 kcal: proteínas especiales 45g/día, proteínas de alto valor biológico 17 g/día, proteínas de bajo valor biológico + productos bajos en proteínas: 12 g/día.

Distribución de los productos especiales: 45g de equivalente proteico al día repartidos en 5 tomas (9g/toma). MMA/PA Anamix Junior 19 g en la comida.

Plan de cuidados de enfermería

1. Diagnóstico: 00102 Déficit de autocuidado: alimentación

NOC: 303 Cuidados personales: comer

1010 Estado de deglución

NIC: 5606 Enseñanza: individual

1050 Alimentación

1100 Manejo de la nutrición

1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación

2. Diagnóstico: 00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c Retraso o dificultad para realizar las habilidades (motoras, sociales o expresivas)

NOC: 0108 Desarrollo infantil: segunda infancia

1802 Conocimiento: dieta

NIC: 4310 terapia de actividad

5100 potenciación de la socialización

5246 Asesoramiento nutricional

3. Diagnóstico: 00155 Riesgo de caídas

NOC: 202 equilibrio

212 Movimiento coordinado

NIC: 222 terapia de ejercicios: equilibrio

840 Cambio de posición

1800 Ayuda con el autocuidado: aseo

1806 Ayuda con el autocuidado: transferencias

6490 Prevención de caídas

6610 Identificación de riesgos

4. Diagnóstico: 00182 Disposición para mejorar el autocuidado

NOC: 4480 Facilitar la autorresponsabilidad

NIC: 5540. Potenciación de la disposición de aprendizaje

5. Diagnóstico: 00002 Desequilibrio nutricional; ingesta inferior a las necesidades

NOC: 1802 Conocimiento de la dieta prescrita

1856 Conocimiento manejo de la enfermedad

1014 Apetito

16212 Conducta de adhesión: dieta saludable

1010 Estado de deglución

NIC: 180 Manejo de la energía

1100 Manejo de la nutrición

1860 Terapia de deglución

1056 Alimentación enteral por sonda

Discusión y conclusiones:

La acidosis propiónica es una enfermedad hereditaria, autosómica, recesiva, causada por deficiencias en la actividad de la propionil CoA-carboxilasa, y se caracteriza por episodios potencialmente mortales de descompensación metabólica y disfunción neurológica.

En el caso de esta paciente, el debut fue al mes y medio de vida. Es perfectamente conocedora de cuáles son los alimentos permitidos en su dieta, no así de las cantidades y en que consiste el resto de tratamiento necesario para mantener la estabilidad metabólica. El plan de cuidados de enfermería al completo está orientado a mejorar su manejo de la alimentación, potenciar la autonomía de la paciente en las actividades de la vida diaria y mantener su capacidad motora.

Bibliografía

1. Aviña Fierro J A, García Salazar O. Acidemia propiónica progresiva. A propósito de un caso. Revista mexicana de pediatría. Vol. 73, Núm. 5, Sep.-Oct. 2006 pp 230-232
2. Ruiz Martín de Villodres, C; Roldán Morales, J. C; Sánchez Cuenca, M. J; Damas Fernández Fígares, M; Malo Poyatos, M. C; González de Selgas, J. M; Blanca Jover, E. Farm. hosp ; 25(3): 169-172, mayo 2001.
3. Licourt Otero D, León Vara Cuesta O, Sarmiento Portales Y, Toledo Toledo Z. Acidemia propiónica. Una enfermedad genética rara. Revista de ciencias médicas Pinar del Rio. Marzo -abril, 2018; vol. 22 (2)

Capítulo 20

Actuación de enfermería ante la alerta del Código Ictus

Gómez - Caraballo Jiménez - Galanes, Jesús Manuel

ACTUACIÓN DE ENFERMERIA ANTE LA ALERTA DEL CÓDIGO ICTUS

AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)

INTRODUCCIÓN

Esta patología es la tercera causa de muerte en los países occidentales y la primera causa de invalidez en nuestro país, siendo el motivo más frecuente de ingreso en los servicios de neurología de nuestra región. El Código Ictus fue implantado en el SESCAM a comienzos de 2009 con el primer protocolo a nivel regional. El Código Ictus es un procedimiento asistencial regional, en red, y coordinado que pretende **garantizar** a los ciudadanos el **acceso a las terapias** de reperfusión cerebral en el ictus isquémico agudo. Este sistema permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus agudo que no se encuentran en un hospital, a los centros hospitalarios de referencia preparados para estos casos. Entre las novedades introducidas destaca la ampliación de la ventana terapéutica de la **trombectomía** mecánica hasta las siete horas desde el inicio de los síntomas, la posibilidad de incluir en el tratamiento a pacientes de mayor edad y la inclusión del "ictus del despertar". Una adecuada activación del Código Ictus mejorará la supervivencia de nuestros usuarios.

OBJETIVOS

-Nuestro objetivo como enfermería es detectar y activar alertas dándoles la mayor prioridad, acortar los tiempos de espera, realizar todas las actividades propias de enfermería, eliminando las posibles barreras y garantizando así, la continuidad asistencial necesaria para minimizar el impacto y las posibles secuelas de esta enfermedad.

-Extrapolar las características de los pacientes que sufren un Ictus, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del punto de atención continuada.

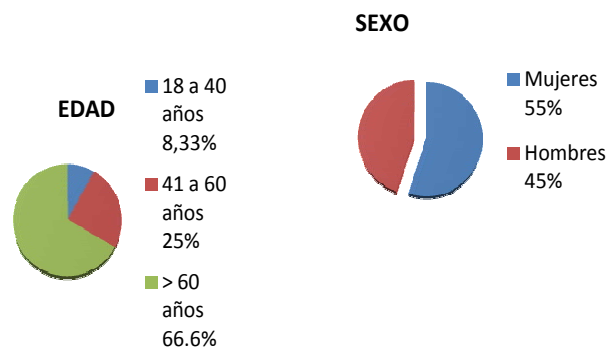
-Identificar la actuación de enfermería a seguir.

METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en un Punto de Atención Continuada, seleccionando 60 historias clínicas de pacientes a los cuales se les atendió por Ictus. El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Enero a Diciembre de 2019.

Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo y actuación de enfermería.

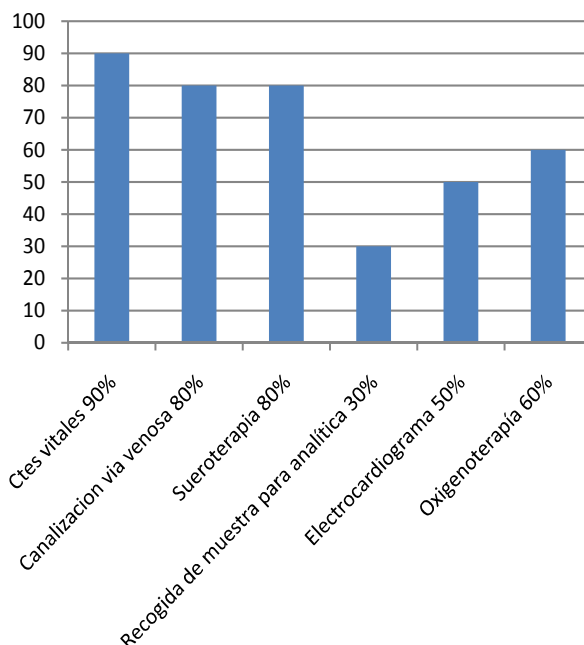
RESULTADOS



RESULTADOS

Nuestro servicio de urgencias, durante el año 2019 ha atendido un total de 60 casos de Ictus, de los cuales 39 fueron Código Ictus. El 55% de los casos fueron mujeres. Esta patología se da más en mayores de 60 años. El equipo de enfermería está preparado para una adecuada actuación con las intervenciones necesarias para solventar dicha situación.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA



CONCLUSIONES

Este sistema de alerta es fundamental para aplicar el tratamiento y cuidados adecuados a estos pacientes, que pueden tener importantes secuelas físicas y cognitivas si no se actúa a tiempo. Con la aplicación del Código Ictus correctamente, se ha podido demostrar no sólo la validez del mismo, sino la buena disposición y coordinación extrahospitalaria.

Bibliografía:

- 1.-Reeducación funcional tras en ICTUS. Castillo Sánchez, José. Jiménez Martín, Isabel. 2015.
- 2.-Comprender el ICTUS. Dr. Álvarez Sabín. Dr. Masjuan Vallejo. 2013.
- 3.-Soporte Vital Avanzado. Uriarte, Javier. Cortón, Leire. Sánchez, Fernando. 2011.

Resumen: El Código Ictus es un procedimiento asistencial regional, en red, y coordinado que pretende garantizar a los ciudadanos el acceso a terapias de reperusión cerebral en el ictus isquémico agudo. Este sistema permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus agudo que no se encuentran en un hospital, a los centros hospitalarios de referencia. Entre las novedades destaca la ampliación de la ventana terapéutica de la tromboectomía mecánica hasta las siete horas desde el inicio de los síntomas, la posibilidad de incluir en el tratamiento a pacientes de mayor edad y la inclusión del “ictus del despertar”.

Palabras Clave: Ictus, Reperusión, Traslado

Desarrollo del Trabajo:

Esta patología es la tercera causa de muerte en los países occidentales y la primera causa de invalidez en nuestro país, siendo el motivo más frecuente de ingreso en los servicios de neurología de nuestra región. El Código Ictus fue implantado en el SESCAM a comienzos de 2009 con el primer protocolo a nivel regional. El Código Ictus es un procedimiento asistencial regional, en red, y coordinado que pretende garantizar a los ciudadanos el acceso a las terapias de reperusión cerebral en el ictus isquémico agudo. Este sistema permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus agudo que no se encuentran en un hospital, a los centros hospitalarios de referencia preparados para estos casos. Entre las novedades introducidas destaca la ampliación de la ventana terapéutica de la tromboectomía mecánica hasta las siete horas desde el inicio de los síntomas, la posibilidad de incluir en el tratamiento a pacientes de mayor edad y la inclusión del “ictus del despertar”. Una adecuada activación del Código Ictus mejorará la supervivencia de nuestros usuarios.

Objetivos:

-Nuestro objetivo como enfermería es detectar y activar alertas dándoles la mayor prioridad, acortar los tiempos de espera, realizar todas las actividades propias de enfermería, eliminando las posibles barreras y garantizando así, la continuidad asistencial necesaria para minimizar el impacto y las posibles secuelas de esta enfermedad.

-Extrapolar las características de los pacientes que sufren un Ictus, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del punto de atención continuada.

-Identificar la actuación de enfermería a seguir.

Metodología:

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en un Punto de Atención Continuada, seleccionando 60 historias clínicas de pacientes a los cuales se les atendió por Ictus.

El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Enero a Diciembre de 2019. Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo y actuación de enfermería.

Resultados:

Nuestro servicio de urgencias, durante el año 2019 ha atendido un total de 60 casos de Ictus, de los cuales 39 fueron Código Ictus. El 55% de los casos fueron mujeres. Esta patología se da más en mayores de 60 años. El equipo de enfermería está preparado para una adecuada actuación con las intervenciones necesarias para solventar dicha situación.

Bibliografía

- 1.-Castillo Sánchez, José. Jiménez Martín, Isabel. Reeduccion funcional tras el ICTUS, 2015.
- 2.-Dr. Álvarez Sabín. Dr. Masjuan Vallejo. Comprender el ICTUS, 2013.
- 3.-Uriarte, Javier. Cortón, Leire. Sánchez, Fernando. SOPORTE VITAL AVANZADO, 2011.

Capítulo 21

Actuación de enfermería ante la ictericia neonatal: fototerapia

*Gómez Ruiz, Inmaculada
Aranda Ruiz, Ángela María
Barón Almansa, Tamara
Alcaraz García, Beatriz*

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA ICTERICIA NEONATAL: FOTOTERAPIA

AUTORAS: Inmaculada Gómez Ruiz, Tamara Barón Almansa, Beatriz Alcaraz García y Ángela Aranda Ruiz

INTRODUCCIÓN

La **ictericia** es una coloración amarillenta de la piel, la esclera y las mucosas, signo de hiperbilirrubinemia.

Puede aparecer de manera fisiológica en el recién nacido, o bien de forma patológica corriendo el riesgo de desarrollar una complicación grave llamada **kernícterus**.

La hiperbilirrubinemia **no fisiológica** se caracteriza por:

- Ictericia en las primeras 24 horas de vida.
- Bilirrubina sérica total mayor de 12 mg/dl.
- Ictericia que persiste tras el octavo día de vida.
- Incremento de la bilirrubina sérica mayor de 5 mg/dl/día.

OBJETIVOS

- Conocer la fisiopatología de la ictericia neonatal.
- Exponer la fototerapia como medida de tratamiento más frecuente de esta patología.
- Enumerar los cuidados de Enfermería más importantes que se deben realizar a un RN sometido a fototerapia

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: Cinahl, Pubmed, Cuiden, Scielo, Instituto de salud Carlos III, Medline y Cochrane Library.

RESULTADOS



El **tratamiento con fototerapia** no trata la causa de ictericia pero reduce la cantidad de bilirrubina indirecta al convertirla en un isómero hidrosoluble fácilmente excretable.

Entre los cuidados de Enfermería que se deben llevar a cabo en un niño sometido a este tratamiento, destacamos:

Asegurar que la lámpara está a una distancia adecuada del RN

Posicionar las lámparas de fototerapia o colchones para garantizar la más completa exposición de la piel posible

Realizar cambios posturales para aumentar el área de superficie expuesta y evitar quemaduras

Utilizar antifaz o escudo opaco para proteger los ojos del RN

Hidratación y vigilancia de la integridad de la piel. Evitar sustancias oleosas sobre la piel del RN



Anotar el número de pañales mojados, frecuencia y consistencia de las heces, monitorización de electrolitos, por aumentar las pérdidas insensibles

Control de temperatura

Realizar controles periódicos de bilirrubina sérica. Apagar la lámpara para tomar la muestra

Salvo casos graves, puede ser interrumpida para amamantar al bebé, visitas paternas y el cuidado piel con piel

Apoyo a los padres

CONCLUSIONES

La ictericia neonatal es una patología relativamente frecuente, especialmente en RN prematuros. Conocer la fisiopatología de este trastorno y unificar los cuidados de Enfermería más importantes permite a la enfermera proporcionar unos cuidados óptimos y basados en evidencia científica, así como interpretar signos clínicos, monitorizar cambios y detectar de forma precoz complicaciones.



Resumen: La ictericia es un proceso que sufren en España casi el 80% de los bebés y se caracteriza por la coloración amarillenta de piel, mucosas y esclera. Se debe al aumento de la bilirrubina sérica por encima de 7 mg/dl.

Normalmente, es una patología que aparece dentro de los 2-4 primeros días tras nacimiento y se debe a diferentes causas entre las que se puede destacar la incompatibilidad Rh o asociada a la lactancia materna.

El principal tratamiento es la fototerapia, cuyo procedimiento se basa en aplicar una luz de forma continua o intermitente sobre la superficie corporal del neonato.

Palabras Clave: Ictericia, Fototerapia, Cuidados Enfermería

Desarrollo del Trabajo:

El término cuidado del neonato hace referencia a aquellas actividades enfocadas a apoyar y facilitar la estabilización, recuperación y desarrollo de los bebés y familias ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El aumento de supervivencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer hace que el equipo multidisciplinar explore nuevas estrategias que elaboren un resultado óptimo para esos niños. Proporcionar cuidados críticos en la UCI es muy complejo y es imprescindible detectar las dificultades de combinar el arte y la ciencia, los tratamientos tecnológicos y los actos humanitarios de crianza para obtener el bienestar del neonato.

Además del manejo que se lleva a cabo, el apoyo psicosocial de los padres y familia se puede ver en las formas en las que la atención se centra en dicha familia; promoviendo determinadas actividades como favorecer la lactancia materna, el apego entre padres e hijos y disminuir la ansiedad, depresión y hostilidad.

En los últimos tiempos, la evidencia de los ensayos es escasa y equívoca. Sin embargo, se acepta que los esfuerzos por nutrir, consolar, proteger y defender los derechos de los pacientes frágiles valen la pena. Todo esto tiene implicaciones para la capacitación, modificación ambiental, equipos y recursos.

Objetivos:

Explicar la fisiopatología de la Ictericia Neonatal

Enumerar los cuidados de enfermería a realizar al neonato con fototerapia

Metodología:

Esta investigación consiste en una revisión bibliográfica que se lleva a cabo a través de una búsqueda a través de bases de datos nacionales e internacionales como Cinahl, Pubmed, Cuiden, Scielo, Instituto de Salud Carlos III, Medline y Cochrane Library.

Resultados:

Tratar a los neonatos con enfermedades hematológicas constituye uno de los retos más importantes para el equipo responsable de su salud.

Esta ictericia neonatal se define como la coloración amarillenta de piel, mucosas y esclera debido a un aumento de bilirrubina sérica por encima de 7 mg/dl. Esta patología suele aparecer entre los 2-4 primeros días de vida de los bebés.

Algunas de las causas de esta enfermedad son:

- Incompatibilidad Rh

La cual se conoce como la hemólisis de eritrocitos. Ésta se produce cuando los anticuerpos de una madre Rh negativa provoca la destrucción de los glóbulos rojos fetales Rh positivos.

- Deficiencia G6PD:

Se produce por la inexistencia de la enzima glucosa – 6 fosfato deshidrogenasa, responsable de mantener la integridad de la membrana de los glóbulos rojos. Al apenas existir dicha enzima, estos glóbulos rojos son más propensos a sufrir hemólisis fetal de una madre con un Rh contrario al bebé.

- Ictericia asociada a la lactancia materna:

Esto puede deberse a que los recién nacidos que son amamantados tienen una menor ingesta de líquidos, produciendo un aumento en los niveles de bilirrubina. También debido a un tránsito intestinal más lento.

El principal tratamiento de la ictericia es la Fototerapia, la cual disminuye rápidamente la concentración sérica de bilirrubina. Este proceso funciona sobre la piel del paciente.

Para ello, será necesario prestar especial interés en el cuidado de la piel, hidratando adecuadamente y controlando la integridad de la misma. En cuanto a la alimentación, se fomentará la lactancia materna si es el deseo de la madre.

También se tiene que proteger los ojos del neonato mediante protección ocular para evitar lesiones corneales o bloqueos de los conductos lagrimales.

Discusión y Conclusiones:

Desde el punto de vista sanitario, la ictericia juega un papel importante en las Unidades de Cuidados Intensivos. Esto implica un mayor esfuerzo y aplicación por parte de los profesionales sanitarios, en necesario estar al día de los tratamientos más innovadores y dar la mejor respuesta al paciente y familiares en dicha patología.

También tienen que decidir cuál es el momento más idóneo para empezar la fototerapia e identificar posibles alteraciones que pueden sufrir los neonatos durante este proceso.

Es muy importante que lleven a cabo todos los cuidados de enfermería pertinentes durante la fototerapia y den a los padres la posibilidad de implicarse en este procedimiento.

Bibliografía

1. Anand, K.J.S. and Scalzo, F.M. 'Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior?' *Biology of the Neonate*. (2000); 77: 69– 82.
2. Fasting, U.'The new iatrogenesis', in B. Lindström and N. Spencer (eds) *Social Paediatrics*, Oxford: Oxford University Press. (1995) pp. 259–70.
3. Perlman, J.M. 'Neurobehavioural deficits in premature graduates of intensive care: potential medical and environmental risk factors', *Pediatrics*. (2001); 108(6): 1339–48.
4. Ment, L.R., Vohr, B. and Allen, W. 'Changes in cognitive function over time in very low birth weight infants', *Journal of the American Medical Association* (2003); 289(6): 705–11.

Capítulo 22

Actuación de enfermería en la epidermólisis bullosa hereditaria

*Aranda Ruiz, Ángela María
Alcaraz García, Beatriz
Barón Almansa, Tamara
Gómez Ruiz, Inmaculada*

AUTORAS: Tamara Barón Almansa, Inmaculada Gómez Ruiz, Beatriz Alcaraz García y Ángela Aranda Ruiz

INTRODUCCIÓN

La **epidermólisis bullosa hereditaria** es una dermatosis de causa genética de escasa prevalencia; en España se estima que viven unas 1000 personas con esta enfermedad. Es causada por una alteración de las proteínas de la piel, causando una división de la dermis con la epidermis, lo que conlleva la aparición de erosiones y heridas en piel y mucosas.

OBJETIVOS

- Ampliar los conocimientos acerca del abordaje y cuidados de enfermería de las lesiones derivadas de esta patología.
- Puesta al día en medidas de prevención y educación para el cuidador principal y personal sanitario.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la Epidermólisis Bullosa Hereditaria y el abordaje y cuidados de enfermería ante las lesiones derivadas de la enfermedad. Para ello, se han consultado bases de datos como: Pubmed, Scielo, Medline, así como de la página oficial de la Asociación Española de Epidermólisis Bullosa (DEBRA).

RESULTADOS

Cuidados de la piel sin lesiones:

- Vigilar hidratación de la piel.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Evitar procedimientos innecesarios (SNG, SV, etc.) así como apósitos adhesivos para preservar la integridad de la piel.

Cuidados de la piel con lesiones:

- Analgesia antes de las curas.
- Irrigar con SSF. Si el paciente presenta ampollas, drenarlas sin retirar la piel. Realizar cura con apósitos impregnados con agentes cicatrizantes.
- Un objetivo importante es evitar la infección bacteriana de las ampollas de la piel del paciente. Para ello es interesante el uso de apósitos antibacterianos no adhesivos.
- Es frecuente en estos pacientes la formación de costras, las cuales se retirarán de forma estéril.

Lesiones de la cavidad oral:

- Cepillado dental con dentífricos y colutorios aplicados 3 veces al día.
- Utilizar cepillos de cabezal pequeño y cerdas suaves.
- Control químico trimestral de la placa bacteriana y limpieza semestral de la boca para evitar complicaciones como caries.

Educación sanitaria:

- Proteger el entorno del paciente para evitar accidentes en la medida de lo posible.
- Utilizar ropa de algodón. Evitar cremalleras, gomas, etiquetas que puedan rozar la piel.
- Utilizar protector solar. Cuidar la hidratación de la piel.
- En cuanto a la alimentación del niño, es importante una nutrición adecuada para evitar retrasos en la cicatrización de las heridas, infecciones, etc.
- La aparición del prurito se relaciona con el proceso de cicatrización constante al que están sometidas las lesiones, así como la sequedad de la piel y procesos inflamatorios. Para aliviar el prurito: utilizar ropa de fibras naturales, mantener ambiente fresco, utilizar geles de baño a base de avena. Para prevenir lesiones derivadas del rascado: mantener las uñas cortas, utilizar guantes de algodón para proteger del rascado.



“Para saber más, escanea este código con tu móvil”



CONCLUSIONES

El papel de enfermería es muy importante a la hora de realizar los cuidados en la piel con o sin lesiones de las personas que sufren esta enfermedad, así como en la prevención de las mismas y la educación de los cuidadores principales a la hora de realizar los cuidados del día a día en el domicilio.



Resumen: La epidermólisis bullosa hereditaria es una dermatosis de causa genética transmitida de forma recesiva o autosómica dominante y de escasa prevalencia; en España se estima que viven unas 1000 personas con esta enfermedad. Es causada por una alteración de las proteínas de la piel, causando una división de la dermis con la epidermis, lo que conlleva la aparición de erosiones y heridas en piel y mucosas. El objetivo del trabajo es ampliar los conocimientos acerca del abordaje y cuidados de enfermería de las lesiones derivadas de la enfermedad.

Palabras Clave: Heridas y lesiones, Cura, Dolor

Desarrollo del Trabajo:

La incidencia de esta enfermedad es de 15-19 nacidos afectados por cada millón de nacidos. Se distinguen tres tipos, según el nivel de formación de ampollas:

- EB epidermolíticas o simples (EBS): ampolla localizada en las células de la capa basal.
- EB de la unión o junturales (EBJ): ampolla localizada en la membrana basal.
- EB dermolíticas o distróficas (EBD): ampolla localizada por debajo de la membrana basal.

Pueden aparecer alteraciones nutricionales por afectación de la mucosa oral y esofágica que pueden conducir a la muerte, por lo que el tratamiento y seguimiento de la enfermedad es muy importante.

Objetivos:

- Ampliar los conocimientos acerca de los cuidados y abordaje de enfermería en las lesiones derivadas de la enfermedad.

- Puesta al día en medidas de prevención y educación para el cuidador principal y el personal de enfermería.

Metodología:

Revisión bibliográfica sobre la Epidermólisis Bullosa Hereditaria. Se han consultado bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline, así como en la página oficial de la Asociación Española de Epidermólisis Bullosa (DEBRA).

Resultados:

Abordaje y cuidados de enfermería:

El abordaje de enfermería será muy importante a la hora de realizar cuidados en la piel con o sin lesiones, así como en la educación y prevención para realizar los cuidados domiciliarios.

Cuidados de la piel sin lesiones:

La piel sin lesiones debe mantenerse a una temperatura uniforme, evitando cambios grandes de temperatura que favorecerían la aparición de lesiones. También es necesario el uso de fotoprotectores cuando se expongan a la luz solar en zonas epitelizadas.

Se evitarán procedimientos innecesarios, como la colocación de SNG o SV, así como apósitos adhesivos para preservar la integridad de la piel. Es importante vigilar la hidratación de la piel y el control de la humedad.

Cuidados de la piel con lesiones:

Una de las complicaciones principales de la enfermedad es la infección bacteriana de las lesiones, que pueden dar lugar a la aparición de septicemia.

Para realizar la cura, usaremos en primer lugar suero fisiológico para limpiar el lecho de la herida para posteriormente aplicar apósitos antibacterianos no adhesivos. Se aconseja el uso de analgésicos antes de la realización de la cura para evitar dolor.

Para tratar la ampollas, se deberá drenarlas y dejarlas con la parte superior intacta para proteger el lecho de la lesión y después taparlas con gasas impregnadas en vaselina para favorecer la cicatrización. Es muy común la formación de costras, que se deberán retirar de forma estéril para evitar la sobreinfección.

Las lesiones también pueden aparecer en la cavidad oral, provocando caries y problemas nutricionales. Por lo tanto, es importante el cepillado dental, usar cepillos con cerdas suaves y cabezal pequeño.

Estas personas tienen que realizarse una limpieza semestral de la boca y llevar un control químico trimestral de la placa bacteriana.

Por último señalar que la cura deberá realizarse conforme a un orden; primero las lesiones que no muestran signos de infección y terminar con las infectadas. Algunas recomendaciones para evitar infección serían:

- No aplicar pomadas antibióticas como prevención.
- Las heridas siempre están colonizadas.
- Usar guantes y lavarse las manos. Cambio de guantes si se trata de heridas infectadas.
- Desinfectar el baño antes y después de usarlo.
- Esterilizar el material entre usos.
- Delimitar bien la zona de cura limpia y sucia.
- No cortar el apósito con el envase y cortarlo con tijeras esterilizadas para evitar su contaminación.

Medidas dirigidas al cuidador principal.

- No aplicar productos adhesivos. Fijar vías endovenosas con adhesivos de silicona o gasa y venda.
- Evitar fricción o presión.
- Proteger el entorno para evitar golpes.
- Proteger con algodón o gasas los bordes del pañal para evitar roces.
- Usar ropa preferiblemente de algodón. Se deben evitar gomas, cremalleras... Las costuras deben colocarse del revés.

Problemas relacionados con la Alimentación:

Un deterioro nutricional puede conllevar retraso en la cicatrización, anemia, debilidad, infecciones, retraso en el crecimiento, etc...

Entre las recomendaciones de enfermería, tenemos:

- Ejercicios diarios: apertura bucal, movilización del cuello y articulaciones.
- Tomar suficiente fibra y líquido.
- Aconsejar sobre cómo enriquecer las comidas o cambiar su textura.
- Explicar cuidados en pacientes con gastrostomía.
- En bebés se aconseja el uso de biberones para niños con labio leporino (biberón Haberman), para reducir traumatismos.

Prurito

Es un síntoma muy común en estos pacientes y aparece como consecuencia de la constante cicatrización de las lesiones, de la sequedad de la piel y de procesos inflamatorios.

Para aliviarlo conviene utilizar ropa de fibras naturales, mantener un ambiente fresco, usar geles de baño a base de avena... Para prevenir las lesiones del rascado es importante mantener las uñas cortas y usar guantes de algodón para proteger del rascado.

Dolor

El síntoma que causa más incomodidad es el dolor. En algunos tipos de Epidermólisis Bullosa este síntoma se agrava, como puede ser en la EB distrofias, ya que las ampollas aparecen por debajo de la membrana basal, que es donde se encuentran las terminaciones nerviosas.

Está aconsejado el uso de analgésicos para disminuir y tratar el dolor.

Discusión-Conclusión:

La enfermedad de mariposa, es una enfermedad de presentación variable, desde

formas más graves, hasta formas más leves. El papel de enfermería es muy importante a la hora de realizar los cuidados de la piel con lesiones, así como en la prevención y educación de los cuidadores principales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología.

Bibliografía

1. Baquero C. Guía de atención clínica integral de la epidermólisis bullosa hereditaria. 1a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2008.
2. Uitto J, Bruckner-Tuderman L, Christiano A, McGrath J, Has C, South A et al. Progress toward Treatment and Cure of Epidermolysis Bullosa: Summary of the DEBRA International Research Symposium EB2015. Journal of Investigative Dermatology. 2016;136(2):352-358.
3. Fine JD. Federación Española de Enfermedades Raras [Internet]. Enfermedadesraras.

Capítulo 23

Actuación enfermera en niños con el síndrome de progeria de Hutchinson–Gilford

Manzaneque López, Gemma

Tentea, Laura Luminita

López Ruiz, Cecilia María

Díaz Gallego, César

ACTUACIÓN ENFERMERA EN NIÑOS CON EL SÍNDROME DE PROGERIA DE HUTCHINSON-GILFORD

XII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia. SATSE

AUTORES: Gema Manzaneque López; Laura Luminita Tentea; Cecilia María López Ruiz; César Díaz Gallego

INTRODUCCIÓN

La progeria es un trastorno genético conocido también como la enfermedad de Hutchinsin-Gilford que causa un rápido envejecimiento en la edad infantil.

Los niños con progeria tienen un crecimiento lento con una altura y peso por debajo de la media, una cara estrecha y la nariz picuda.

También poseen otros rasgos característicos como una cabeza desproporcionadamente grande para la cara, alopecia, mandíbula inferior pequeña, labios delgados, venas visibles, ojos prominentes, voz aguda, malformaciones de los dientes, disminución de la grasa corporal y del músculo, baja estatura y un latido del corazón irregular.

OBJETIVOS

Promocionar la autonomía mejorando las habilidades funcionales en los niños con el síndrome de progeria.

Dotar a los pacientes de herramientas, conocimientos y técnicas de autocuidado para la mejorar su calidad de vida.

Conocer y mejorar los recursos y servicios de los que hacen uso, así como la infraestructura y los apoyos personales con los que cuentan.



RESULTADOS

La incidencia de la progeria clásica ha sido estimada en 1/8000000 de recién nacidos vivos. No se ha demostrado que haya una preferencia por ningún sexo en particular, pero se han registrado un número significativamente mayor en pacientes de raza blanca (97%).

Salvo en casos muy aislados en los que se ha llegado incluso a documentar un fallecimiento de un paciente de progeria con 45 años, lo realidad es que la esperanza de vida media es de 13 años, estableciéndose un rango de edades medias entre los 7 y los 27 años.

En cuanto a las principales causas de muerte encontramos un denominador común en el trastorno cardiovascular como el más destacado (75%), siendo el infarto de miocardio y la falla cardíaca congestiva las mayores causas de fallecimiento. La desnutrición, inanición, las convulsiones o el trauma encefálico son también otras causas de muerte entre los pacientes con esta patología.

CONCLUSIÓN

Debido a que la progeria es una patología genética englobada dentro de las enfermedades raras, dado que no hay tratamiento y siempre es mortal y que existen pocos casos registrados, documentados y diagnosticados en todo el mundo, consideramos que es de vital importancia concienciar a la sociedad general y sanitaria de lo que es esta enfermedad.

La falta de información y cura a nivel científico acarrea una situación difícil tanto para familiares como personas que sufren la enfermedad, ya que detrás de la calvicie, los huesos, una piel frágil y su baja estatura, existe un niño sufriendo la frustración de no ser como los demás.

Por ello, como enfermeros queremos mostrar que el conocimiento de la enfermedad trae consigo responsabilidad y por tanto inserción dentro de la sociedad. Su bienestar físico, emocional e intelectual procurará que no se sientan ni menospreciados ni olvidados. Todo esto, sumado al mantenimiento de un tratamiento apropiado, es fundamental para disponer de los cuidados adecuados que permitan alargar y mejorar la calidad de vida del paciente con progeria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza revisión sistemática utilizando las bases de datos **PubMed**, **Cuiden**, **SciELO**.

Se analizan los artículos en inglés y español con menos de 10 años.



Resumen: *La progeria o síndrome Hutchinson-Gilford es un trastorno genético caracterizado por un rápido envejecimiento en la edad infantil.*

Su incidencia se estima en 1/8000000 de recién nacidos vivos, en ambos sexos por igual, registrando un número significativamente mayor en pacientes de raza blanca (97%). La esperanza de vida media es de 13 años, con un rango de edad situado entre 7 y 27 años. La principal causa de muerte son los trastornos cardiovasculares.

El papel de la enfermería en este tipo de pacientes se basa en una dotación de conocimientos y herramientas que promocionen su autonomía y calidad de vida.

Palabras Clave: *Progeria Progeria and síndrome Progeria or Hutchinson- Gilford*

Desarrollo del Trabajo:

La progeria es un trastorno genético conocido también como la enfermedad de Hutchinson-Gilford que causa un rápido envejecimiento en la edad infantil; causada por una sustitución de un solo nucleótido en el gen LMNA, tratándose pues de una patología autosómica dominante.

Estos niños tienen un desarrollo fetal normal, de aspecto saludable al nacer, las primeras manifestaciones clínicas se evidencian en los 18, 24 primeros meses de vida, como son: retraso del crecimiento (altura y peso por debajo de la media a pesar de la ingesta calórica adecuada), anomalías dermatológicas, musculoesqueléticas y neurológicas; además enfermedad cardiovascular que limita la vida.

Poseen rasgos característicos como una cabeza desproporcionadamente grande en proporción a la cara, alopecia, cara estrecha, nariz picuda, mandíbula inferior pequeña, labios delgados, venas visibles, ojos prominentes, voz aguda, malformaciones de los dientes, disminución de la grasa corporal y del músculo, baja estatura y un latido del corazón irregular.

Muestran problemas de audición, dentales y oftalmológicos.

Objetivos:

Promocionar la autonomía mejorando las habilidades funcionales en los niños con el síndrome de progeria.

Dotar a los pacientes/familiares/cuidadores de herramientas, conocimientos y técnicas de autocuidado para la mejora de su calidad de vida.

Conocer y mejorar los recursos y servicios de los que hacen uso, así como la infraestructura y los apoyos personales con los que cuentan.

Metodología:

Revisión sistemática utilizando las bases de datos PubMed, Cuiden y Scielo. Criterios de inclusión, todos los artículos en inglés y castellano.

Resultados:

Epidemiológicamente se puede decir que la incidencia de la progeria clásica ha sido estimada en 1/18000000 de recién nacidos vivos. No se ha demostrado que haya una predilección por ningún sexo en particular, pero si se han registrado un número significativamente mayor en pacientes de raza blanca (97%).

En cuanto a las principales causas de muerte encontramos un denominador común son los trastornos cardiovasculares como los más destacados (75%), siendo el infarto de miocardio y la falla cardiaca congestiva las mayores causas de fallecimiento. La desnutrición, inanición, convulsiones o accidente cerebrovasculares son también otras causas de muerte entre los pacientes con esta patología.

El diagnóstico del síndrome de progeria de Hutchinson-Gilford se establece mediante identificación del gen LMNA con pruebas genéticas y la presencia de las siguientes características clínicas:

- Fracaso para prosperar en el primer año de vida.
- Aspecto facial característico con micrognatia, ojos prominentes.
- Alopecia y venas prominentes del cuero cabelludo.
- Cambios escleróticos en la piel con protuberancias y hoyuelos / moteados, especialmente en el abdomen
- Disminución del rango de movimiento articular y contracturas articulares.

Conclusiones:

Debido a que la progeria es una patología genética englobada dentro de las enfermedades raras, dado que no existen un tratamiento siendo una enfermedad mortal y que existen pocos casos registrados, documentados y diagnosticados en todo el mundo, se considera de vital importancia dar visibilidad sobre este síndrome y/o enfermedad a toda la población en general y a los profesionales sanitarios en particular.

La falta de información y cura a nivel científico acarrea una situación difícil tanto para familiares como a personas que sufren la enfermedad, ya que detrás de la alopecia, huesos, una piel frágil y su baja estatura, existe un niño sufriendo la frustración de no ser como los demás.

El manejo es de apoyo e implica garantizar una nutrición óptima, el seguimiento de la progresión de la enfermedad y el tratamiento de las complicaciones a medida que se presentan.

Por tanto el papel de enfermería ha de mostrar que el conocimiento de la enfermedad trae consigo responsabilidad y por tanto la integración dentro de la sociedad. Proporcionando un bienestar físico, emocional e intelectual dando como resultado que no se produzcan sentimientos negativos como falta de autoestima u olvido. Todo ello sumado a un mantenimiento de un tratamiento apropiado será fundamental para poder disponer de unos cuidados adecuados que permitan alargar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Wendy J Introne, MD, Melissa A Merideth, MD, MPH, FACOG, FACMG. Síndrome de progeria de Hutchinson-Gilford. Uptodate; 2021. Disponible en: https://www-uptodate-com.m-hmos.a17.csinet.es/contents/hutchinson-gilford-progeria-syndrome?search=progeria&source=search_result&selectedTitle=1~13&usage_type=default&display_rank=1
2. González Morán M.G. Síndrome de Progeria de Hutchinson-Gilford. Causas, investigación y tratamientos farmacológicos. Educación química [revista en Internet]. 2014; 25(4):432-439. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-893X2014000400005&lng=es.
3. Lugones BM, Ramírez BM, Miyar PE, et al. Progeria o de Prisa por la Vida. Acta Cient Estud. Cuiden; 2006; 6(4):221-225. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2008/ace084h.pdf>
4. Gordon LB, Brown WT, Collins FS. Hutchinson-Gilford Progeria Syndrome. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Mirzaa G, Amemiya A, editores.[Internet]. Seattle; 1993–2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20301300/>

Capítulo 24

Alumbramiento ¿fisiológico o dirigido?

*Rabanal Marcos, Marta
García Mulas, Isabel*



ALUMBRAMIENTO ¿FISIOLÓGICO O DIRIGIDO?

Marta Rabanal Marcos, Isabel García Mulas

INTRODUCCIÓN

El alumbramiento o tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se caracteriza por un periodo de pausa al que le siguen pequeñas contracciones uterinas junto con una hemorragia que no suele exceder de 200 ml. Actualmente, cuando la obstetricia se encuentra más desarrollada que nunca, sigue sin haber consenso en todos los hospitales sobre la manera de actuar. Existiendo dos enfoques contradictorios: el tratamiento activo o el espontáneo.

OBJETIVOS

Comparar los efectos en las púerperas que han recibido un tratamiento activo de la tercera etapa del parto con las que han recibido un tratamiento fisiológico, con el fin de unificar criterios de actuación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: La Biblioteca Cochrane Plus, MedlinePlus, PubMed, CINAHL o Scielo; utilizando los siguientes descriptores: parto, parturition, oxitocina, oxytocin, periodo posparto, postpartum period; limitada a los últimos 15 años.

RESULTADOS

Mientras que la conducta espontánea trata de mantener una actitud expectante, sin uso de ningún fármaco uterotónico, desprendiéndose la placenta de manera fisiológica o por esfuerzo materno. La conducta activa incluye:

- Administración de uterotónicos, siendo el fármaco de elección la oxitocina por sus pocos efectos secundarios. Se recomiendan 10 UI vía intramuscular, con la salida del hombro anterior, o inmediatamente después del nacimiento del bebé y antes del pinzamiento del cordón.
- Aplicar una tracción controlada del cordón umbilical. Es importante registrar el estado general de la púerpera, cuantificar la salida de sangre vaginal y tiempo de tracción de cordón. Se considera que la tercera etapa de parto es prolongada cuando exceda de los 30 minutos desde la salida del bebé si la conducta es activa.
- Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta.

Si se está realizando un alumbramiento fisiológico, se deberá pasar al manejo activo ante hemorragia, ante una placenta que no se desprende pasada una hora del nacimiento del bebé o bien, si la púerpera desea acortar la tercera etapa de parto.

En la actualidad, las Guías de Práctica Clínica de Atención al Parto en el SNS, así como la última actualización de la NICE, la OMS o SEGO apoyan el manejo activo de la tercera etapa de parto con un grado de recomendación A. En comparación con el alumbramiento fisiológico, se ha observado menor riesgo de hemorragia mayor de 1 litro (13/1000 frente a 20/1000) y menor tasa de transfusiones sanguíneas (14/1000 frente a 40/1000).



Aunque la bibliografía consultada revele que la tercera etapa de parto debe abarcarse de forma activa, aún en algunos hospitales se sigue practicando el alumbramiento fisiológico, no habiendo consenso con la forma de actuar de algunos profesionales. No obstante, se debe informar adecuadamente a la gestante para que ella pueda participar, junto con los profesionales que la asisten, en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

- Las recomendaciones de diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la SEGO, la NICE o las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad, abogan por la utilización de un manejo activo del tercer período del parto.
- El manejo de este período es muy importante, ya que ayudará a prevenir determinadas complicaciones, como la hemorragia postparto, siendo catalogada como una de las principales causas de mortalidad materna, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.
- Es primordial proporcionar información a las mujeres sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales del manejo activo de la tercera etapa del parto, para apoyar una decisión informada.

Resumen: El alumbramiento o tercera etapa del parto es la que transcurre desde el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se caracteriza por un periodo de pausa al que le siguen pequeñas contracciones uterinas junto con una hemorragia que no suele exceder de 200 ml. Actualmente, no existe consenso en todos los hospitales sobre la manera de actuar, existiendo dos enfoques contradictorios: el tratamiento pasivo que puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico, y el tratamiento activo mediante el uso de uterotónicos, los cuales desempeñan un importante papel en la reducción de la hemorragia posparto.

Palabras Clave: Parto, Oxitocina, Periodo, Posparto

Desarrollo del Trabajo:

Introducción: El arte de partear se remonta a épocas remotas de la prehistoria, los cuidados fueron transmitidos de generación en generación como buen hacer por el otro y la especie. El alumbramiento se realizaba de manera fisiológica. En el siglo XIX se comienza a observar la influencia de la oxitocina natural en las contracciones uterinas, pero no es hasta el siglo XX cuando se obtiene la oxitocina sintética, lo que significa un hito que revoluciona la obstetricia tal y como se conocía hasta entonces. Poco a poco los uterotónicos se han ido usando de manera rutinaria durante el parto. Tras la etapa de expulsivo se introdujeron para el tratamiento de la hemorragia posparto.

En la actualidad, las últimas Guías de Práctica Clínica de Atención al Parto en el SNS, así como la última actualización de la NICE, la OMS o la SEGO apoyan el manejo activo de la tercera etapa de parto con un grado de recomendación A.

A pesar de esto, la realidad es que sigue sin haber una unificación de criterios en los hospitales públicos españoles sobre el manejo del alumbramiento.

Objetivos:

Comparar los efectos en las puérperas que han recibido un tratamiento activo en la tercera etapa del parto con las que han recibido un tratamiento fisiológico, con el fin de unificar criterios de actuación.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como La Biblioteca Cochrane Plus, MedlinePlus, Pubmed, CINAHL o Scielo, limitada a los últimos 15 años.

Resultados:

La conducta activa incluye las siguientes acciones:

2. Administración de uterotónicos, siendo el fármaco de elección la oxitocina por sus pocos efectos secundarios. Se recomiendan 10 UI vía intramuscular, con la salida del hombro anterior, o inmediatamente después del nacimiento del bebé y antes del pinzamiento del cordón.

3. Aplicar una tracción controlada del cordón umbilical. Es importante registrar el estado general de la puérpera, cuantificar la salida de sangre vaginal y el tiempo de tracción de cordón. Se considera que la tercera etapa de parto es prolongada cuando exceda de los 30 minutos desde la salida del bebé si la conducta es activa.

4. Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta.

Si se está realizando un alumbramiento fisiológico, se deberá pasar al manejo activo ante hemorragia, ante una placenta que no se desprende pasada una hora del nacimiento del bebé o bien, si la puérpera desea acortar la tercera etapa de parto.

En comparación con el alumbramiento fisiológico, se ha observado un menor riesgo de hemorragia mayor de 1 litro (13/1000 frente a 20/1000) y menor tasa de transfusiones sanguíneas (14/1000 frente a 40/1000). No obstante el manejo activo se asocia en mayor medida con náuseas y vómitos (100/1000 frente a 50/1000).

Aunque la bibliografía consultada revele que la tercera etapa de parto debe abarcarse de forma activa, principalmente por el acortamiento del periodo de alumbramiento y con ello la disminución de la hemorragia posparto; existe evidencia de que puede provocar algunas complicaciones maternas como aumento de la presión diastólica, náuseas, vómitos, cefalea. Incluso, hay referencias sobre un estudio realizado en otros mamíferos por la neurobióloga Sue Carter, donde concluye que el uso de la oxitocina sintética puede tener implicaciones en el comportamiento materno en relación con el vínculo y la lactancia.

Conclusiones:

Las recomendaciones de diferentes organizaciones y sociedades científicas como la OMS, SEGO, NICE o las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad, abogan por un manejo activo de la tercera etapa de parto.

El manejo de forma activa de esta etapa puede ser determinante, ya que ayudará a prevenir complicaciones como la hemorragia posparto, siendo catalogada como una de las principales causas de mortalidad materna, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo.

Es primordial proporcionar información a las mujeres sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto para apoyar una decisión informada.

Bibliografía

1. López-Ramírez CE, Arámbula-Almanza J, Camarena-Pulido EE. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. *Rev Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82: 472-482.
2. National Institute for Health and Care Excellence. NICE. Care in third stage of labour. Intrapartum care. 2019.
3. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012. WHO: Ginebra, Suiza.
4. . SEGO. Documento de consenso Recomendaciones sobre la asistencia al parto. SEGO; 2007.
5. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub4

Capítulo 25

Análisis de la satisfacción del cliente interno y externo del servicio de endoscopias del hospital de Puertollano

*Lavín Expósito , Cristina
Jurado Monroy, Rosa María*

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL DE PUERTOLLANO

AUTORES: Lavín Expósito, Cristina ; Rabadán Arévalo, Marta; Jurado Monroy, Rosa María;
 Hospital Santa Bárbara de Puertollano

INTRODUCCIÓN

La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de calidad es fundamental en la evaluación del funcionamiento de los servicios. La satisfacción de los clientes, internos y externos, nos aportará dicha información la cual nos ayudará a plantearnos nuestros objetivos de calidad.

Refiriéndonos a cliente interno como los profesionales sanitarios con expectativas sobre nuestros procesos y cliente externo como pacientes con necesidades.

OBJETIVOS

- Conocer el grado de satisfacción de los clientes y entender sus necesidades.
- Detectar áreas de mejora concretas en nuestro servicio.



MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo transversal a una muestra de 50 pacientes y 75 profesionales sanitarios en activo de forma aleatoria mediante la aplicación de un cuestionario autocumplimentado de satisfacción durante los meses de Marzo y Abril del año 2019.

La determinación del tamaño de la muestra se realiza utilizando el programa EPIDAT 3.0.

En cuanto al cliente interno, el parámetro para determinar el tamaño de la muestra es la desviación típica, de modo que para un universo de 181 médicos y una precisión del 1% se obtiene un tamaño de muestra igual a 6. Decidiendo determinar en 100 el tamaño de la muestra por conveniencia de los responsables de calidad, determinando de forma aleatoria a los profesionales y recogiendo a profesionales de primaria y especializada.

En cuanto al cliente externo, el servicio realiza una encuesta con escala de Likert con un tamaño muestral de 50 pacientes.

RESULTADOS

CLIENTE INTERNO	
Tasa de respuesta: 100 enviadas/ 75 contestadas	
Pregunta	% De acuerdo + totalmente de acuerdo 2018
¿Considera suficiente la información aportada en las interconsultas que se responden desde nuestro servicio?	82,43
¿Considera adecuado el tiempo de respuesta a la interconsulta?	63,51
¿Ha tenido problemas para contactar con los profesionales del servicio?	78,37
¿Como valoraría el Servicio de Endoscopias?	82,43
Recomendaría endoscopias: media 8,31 (1,68)	



CLIENTE EXTERNO							
Información	Preparación	Tiempo hasta la prueba	Tiempo día prueba	Información tras prueba	Atención	Instalaciones	Comodidad
96	98	84	96	98	100	96	100

CONCLUSIONES

La valoración del servicio es positiva, tanto por el cliente interno como por el externo. Los resultados obtenidos nos han permitido identificar las

Resumen: La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de calidad es fundamental en la evaluación del funcionamiento de los servicios. La satisfacción de los clientes, internos y externos, nos aportará dicha información la cual nos ayudará a plantearnos nuestros objetivos de calidad.

Realizamos un estudio descriptivo transversal a una muestra de 50 pacientes y 75 profesionales sanitarios en activo de forma aleatoria mediante la aplicación de un cuestionario autocumplimentado de satisfacción.

Los resultados obtenidos nos han permitido identificar las áreas de mejora en las que debemos seguir trabajando, para incrementar la calidad asistencial.

Palabras Clave: Satisfacción del paciente Calidad Mejora continua

Desarrollo del Trabajo:

La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de calidad es fundamental en la evaluación del funcionamiento de los servicios. La satisfacción de los clientes, internos y externos, nos aportará dicha información la cual nos ayudará a plantearnos nuestros objetivos de calidad.

Refiriéndonos a cliente interno como los profesionales sanitarios con expectativas sobre nuestros procesos y cliente externo como pacientes con necesidades.

Objetivos:

- Conocer el grado de satisfacción de los clientes y entender sus necesidades.
- Detectar áreas de mejora concretas en nuestro servicio.

Metodología:

Realizamos un estudio descriptivo transversal a una muestra de 50 pacientes y 75 profesionales sanitarios en activo de forma aleatoria mediante la aplicación de un cuestionario autocumplimentado de satisfacción durante los meses de Marzo y Abril del año 2019.

La determinación del tamaño de la muestra se realiza utilizando el programa EPIDAT 3.0.

En cuanto al cliente interno, el parámetro para determinar el tamaño de la muestra es la desviación típica, de modo que para un universo de 181 médicos y una precisión del 1% se obtiene un tamaño de muestra igual a 6. Decidiendo determinar en 100 el tamaño de la muestra por conveniencia de los responsables de calidad, determinando de forma aleatoria a los profesionales y recogiendo a profesionales de primaria y especializada.

En cuanto al cliente externo, el servicio realiza una encuesta con escala de Likert con un tamaño muestral de 50 pacientes.

Resultados:

La tasa de respuesta de las encuestas de satisfacción del cliente interno fue del 75% y de sus respuestas se obtuvieron unos resultados satisfactorios, de ellos un 83,43% consideran suficiente la información aportada en las interconsultas que se responden desde el servicio de digestivo y un 63,51% considera adecuado el tiempo de consulta a la interconsulta; un 78,37% no ha tenido problemas para contactar con los profesionales del servicio y el 82,43% valora positivamente al servicio de digestivo. Por otro lado, una media de 8,31 (1,68) recomendaría la Unidad de Endoscopias Digestivas. Los resultados obtenidos de las encuestas a los clientes externos, es decir, a los pacientes, fueron igualmente gratamente satisfactorias, con una participación del 100% y unos resultados muestran una satisfacción de la información recibida previa a la prueba del 98%, del tiempo de lista de espera del 84%, del tiempo de espera el día de la prueba del 96%, de la información tras la prueba del 98%, de la atención recibida por el personal de la Unidad de Endoscopias del 100%, de las instalaciones del 96% y de la comodidad del 100%.

Conclusiones:

La valoración del servicio es positiva, tanto por el cliente interno como por el externo. Los resultados obtenidos nos han permitido identificar las áreas de mejora en las que debemos seguir trabajando, para incrementar la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Organización Internacional de Normalización. (2015). Sistemas de Gestión de Calidad (ISO 9001). Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
2. Organización Internacional de Normalización. Sistema de Gestión de Calidad (ISO 9000). Disponible en: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/normas-iso-9000>.
3. Grupo de Trabajo de "Indicadores de calidad en endoscopia" de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Quality indicators in colonoscopy. The colonoscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig. 2018 May;110(5):316-326.

Capítulo 26

Análisis del bloqueo nervioso PENG como medida analgésica en cirugía de cadera

*Balzanelli Duchini, Alejandro
Mazuecos Araque, María del Pilar
Molina Torrecillas, Inmaculada
Lorente Cañadas, Yeneva
Ruda Higuero, Alba
Vivar López-Bueno, Silvia*

ANÁLISIS DEL BLOQUEO NERVIOSO PENG COMO MEDIDA ANALGÉSICA EN CIRUGÍA DE CADERA

SATSE

AUTORES: Alejandro Balzanelli Duchini; María del Pilar Mazuecos Araque; Inmaculada Molina Torrecillas; Yeneva Lorente Cañadas; Alba Ruda Higuero

INTRODUCCIÓN

El empleo de anestesia regional mediante bloqueos nerviosos es una técnica contrastada y cuyos beneficios han sido demostrados con el paso del tiempo. Una novedosa variante de este tipo de anestesia, es el bloqueo del grupo de nervios pericapsulares, también conocido como bloqueo PENG (*pericapsular nerve group*), cada vez más empleado como analgesia postoperatoria en cirugías de cadera, como pueden ser fracturas de cadera o la implantación de una prótesis total de cadera (PTC).

OBJETIVOS

En este trabajo se pretende describir y analizar esta técnica, además de valorar su efectividad y compararla con otro tipo de bloqueos o métodos analgésicos con los mismos fines.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos, publicaciones o estudios, mediante la búsqueda de información relacionada en bases de datos como PubMed o Scielo, además de diferentes revistas de índole científica.

RESULTADOS

-Se trata de una técnica realizada mediante la introducción de anestésico con una aguja ecoguiada buscando infiltrar la zona localizada entre el tendón del músculo psoas y la eminencia ileopectínea (EIP)
-Esta zona se caracteriza por tener mayor porcentaje de inervación sensitiva (involucrando el nervio obturador, el obturador accesorio y las ramas proximales del nervio femoral), disminuyendo el compromiso de la inervación motora como puede ocurrir en otros tipos de bloqueos más convencionales como son el bloqueo 3 en 1, bloqueo de nervio femoral o bloqueo de la fascia iliaca
-Como única desventaja cabe destacar la no incidencia del bloqueo PENG en el nervio femorocutáneo lateral, el cual inerva la región cutánea lateral del muslo, zona donde se suele realizar a incisión para el abordaje quirúrgico.

CONCLUSIONES

-El bloqueo PENG ha demostrado ser una técnica segura y efectiva para el manejo del dolor postoperatorio en este tipo de intervenciones quirúrgicas
-Presenta una serie de ventajas con respecto a otros tipos de bloqueos y frente a otro tipo de analgesia más convencional como el empleo de opiáceos como el cloruro mórfico o AINES (náuseas, antiagregación plaquetaria, depresión respiratoria,..)

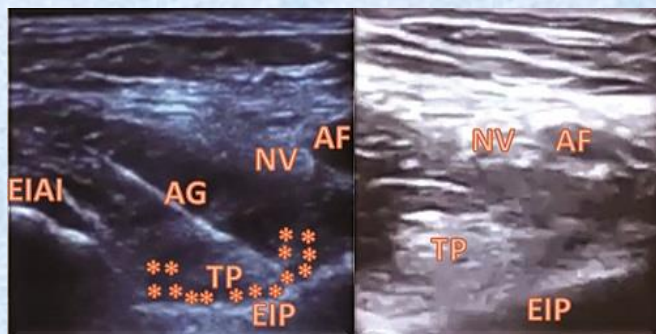


Figura 1. imagen ecográfica con sonda lineal. AF: arteria femoral, NV: nervio femoral, TP: tendón del psoas, EIAI: espina iliaca antero inferior, Asterisco: anestésico local. EIP: eminencia iliopúbica, AG: aguja.

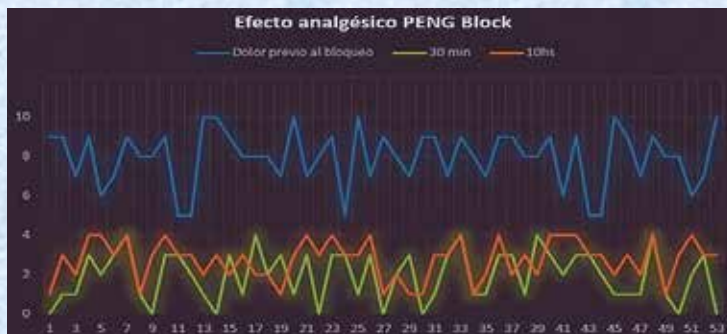


Figura 2. Evaluación del efecto analgésico del bloqueo PENG

Resumen: *La anestesia regional se aplica cada vez más en pacientes con fractura de cadera, ofreciendo mejor analgesia y menor consumo de opioides, con disminución de sus efectos secundarios no deseados. El empleo de bloqueos nerviosos para cirugías de cadera tiene beneficios demostrados, siendo el bloqueo del grupo de nervios pericapsular (PENG) una técnica novedosa, que ha demostrado proporcionar una analgesia más satisfactoria, para las diversas intervenciones de cadera que se realizan hoy en día, en comparación con otros bloqueos más comúnmente usados.*

Palabras Clave: *Analgesia, Bloqueo nervioso, Cirugía de cadera*

Desarrollo del Trabajo:

El empleo de anestesia regional mediante bloqueos nerviosos es una técnica contrastada y cuyos beneficios han sido demostrados con el paso del tiempo.

Una novedosa variante de este tipo de anestesia, es el bloqueo del grupo de nervios pericapsulares, también conocido como bloqueo PENG (pericapsular nerve group), cada vez más empleado como analgesia postoperatoria en cirugías de cadera, como pueden ser fracturas de cadera o la implantación de una prótesis total de cadera (PTC).

Se ha estudiado la inervación sensitiva de la articulación de la cadera y el mecanismo de acción de diferentes bloqueos nervioso, lo que nos ha llevado a proponer el abordaje del bloqueo de las ramas de los nervios pericapsulares; lo cual bloquea únicamente las ramas articulares sensitivas en forma unilateral.

Técnica: Con el paciente en decúbito supino, se coloca el transductor convexo en plano transversal sobre la espina iliaca anteroinferior, posteriormente se alinea con la eminencia iliopectínea de la rama púbica, rotándolo 45° hacia medial. Se inserta una aguja en plano de 80 mm en dirección lateral a medial, se deposita el anestésico local en lo profundo del tendón del psoas.

Objetivos:

En este trabajo se pretende describir y analizar esta técnica, además de valorar su efectividad y compararla con otro tipo de bloqueos o métodos analgésicos con los mismos fines.

Metodología:

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos, publicaciones o estudios, mediante la búsqueda de información relacionada en bases de datos como PubMed o Scielo, además de diferentes revistas de índole científica.

Resultados:

Se trata de una técnica realizada mediante la introducción de anestésico con una aguja ecoguiada buscando infiltrar la zona localizada entre el tendón del músculo psoas y la eminencia iliopectínea (EIP)

-Esta zona se caracteriza por tener mayor porcentaje de inervación sensitiva (involucrando el nervio obturador, el obturador accesorio y las ramas proximales del nervio femoral), disminuyendo

el compromiso de la inervación motora como puede ocurrir en otros tipos de bloqueos más convencionales como son el bloqueo 3 en 1, bloqueo de nervio femoral o bloqueo de la fascia iliaca

- Como única desventaja cabe destacar la no incidencia del bloqueo PENG en el nervio femoro-cutáneo lateral, el cual inerva la región cutánea lateral del muslo, zona donde se suele realizar a incisión para el abordaje quirúrgico.

- La identificación de la sonoanatomía es fundamental en el bloqueo PENG, no es un bloqueo avanzado, pero el anestesiólogo podría tener un bloqueo no exitoso y perder todos los beneficios de esta técnica.

Conclusiones:

-El bloqueo PENG ha demostrado ser una técnica segura y efectiva para el manejo del dolor postoperatorio en este tipo de intervenciones quirúrgicas

-Presenta una serie de ventajas con respecto a otros tipos de bloqueos y frente a otro tipo de analgesia más convencional, como el empleo de opiáceos como el cloruro mórfico o AINES (náuseas, antiagregación plaquetaria, depresión respiratoria,..)

Bibliografía

1. Del Buono R, Padua E, Pascarella G, Soare CG, Barbara E. Continuous PENG block for hip fracture: a case series. *Reg Anesth Pain Med.* 2020;45(10):835–8.

2. Dorado Velasco FC, Zamudio Castilla LM, González Vera JF, Rodríguez Conde JR. Implementación y evaluación de un protocolo de analgesia multimodal en el reemplazo total primario de rodilla que incluye Bloqueo de Canal de Aductores guiado por ultrasonografía más Infiltración de Anestésico Local Periarticular. *Rev Soc Esp Dolor.* 2021;28(1):9–18.

3. Zaragoza-Lemus G, Portela-Ortiz JM, Díaz-Guevara G. Bloqueo del grupo de nervios pericapsulares (PENG) para cirugía de cadera. *Rev Mex Anest.* 2020;43(1):69-72. doi:10.35366/CMA201M.

4. Prado-Kittel C, Zumelzu-Sánchez P, Palma-Licandeo A, Faúndez-Lillo G, Ellenberg-Oyarce K, Jorquera- Adarme B. Bloqueo continuo del grupo de nervios pericapsular como analgesia para fractura de columna y pared posterior de acetábulo, reporte de caso y descripción de régimen de infusión para ampliar la cobertura analgésica a la región femoral distal. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación.* 2020;67(3):159–62.

5. Zaragoza-Lemus G, Céspedes-Korrodi M?, Hernández-Rodríguez D, et al. Colocación de catéter ecoguiado para bloqueo PENG continuo en Cirugía de Cadera. *Rev Mex Anest.* 2021;44(3):233-236.

Capítulo 27

Análisis del impacto de la implementación de un programa de gestor de casos para pacientes con mieloma múltiple

Heredia Oliver, Elena Montserrat

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTOR DE CASOS PARA PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

Autora: Heredia Oliver, E.M

Introducción

El Mieloma Múltiple (MM) es un tipo de cáncer de la médula ósea, que se produce por una degeneración maligna de las células plasmáticas que se encuentran normalmente en la médula e impide la formación de anticuerpos normales.

La figura de Gestor de Casos (GdC) tiene como objetivo apoyar el seguimiento del paciente garantizando una atención integrada, continuada y de máxima calidad.

Objetivos

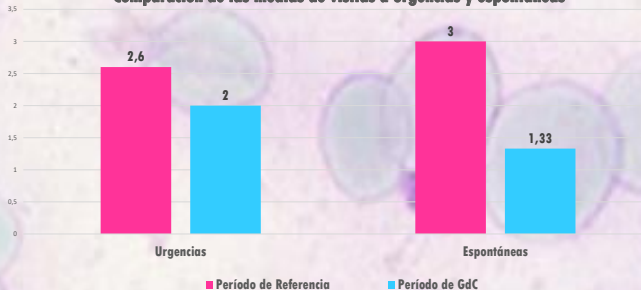
- Análisis previo y posterior del número de visitas a urgencias, hospitalizaciones y días de ingreso.
- Describir el motivo de contacto, si hubo resolución del problema y si el contacto evitó una visita al especialista o al servicio de urgencias.

Material y Método

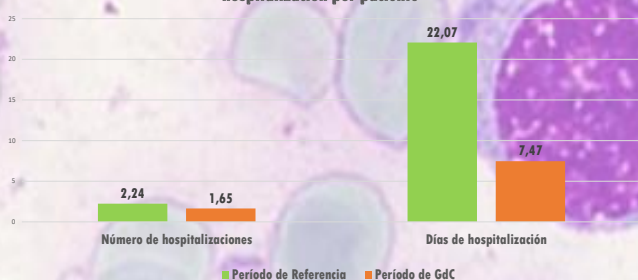
Para el análisis se tuvo en cuenta como *Período de Referencia* todos aquellos sujetos controlados entre los periodos (01/01/2015-28/02/2018) y como *Período de GdC* (03/01/2018-15/11/2019)

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R versión 3.5.3. En las variables cuantitativas se calculó la media, su intervalo de confianza (IC) al 95%, mediana, desviación estándar, máximo y mínimo. Para variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Comparación de las medias de visitas a urgencias y espontáneas



Comparación de número de hospitalizaciones por paciente y días de hospitalización por paciente



Resultados

Resultado de las intervenciones



Conclusiones

- ✓ En el programa de GdC se reducen tanto las visitas espontáneas (125%) como las visitas a Urgencias (30%)
- ✓ Las hospitalizaciones medias y la media de día de hospitalizaciones disminuyen también con el GdC.
- ✓ Igualmente se redujo el número de pacientes que reingresan y los días totales de reingreso.
- ✓ La eficacia es elevada, ya que se resuelven un número muy elevado de consultas. Los motivos por los que el paciente solicita atención son control de síntomas o información sobre tratamiento; en menor medida sobre programación o derivación.
- ✓ La mayor parte de las llamadas fueron solucionadas por la enfermera de enlace y evitaron visitas a urgencias o especialista.
- ✓ Las consultas se localizaron mayoritariamente en dos pacientes con pluripatología o bien en el último trimestre del año de enlace, es decir, con poco periodo de seguimiento, lo que ha condicionado los resultados de aumento de visitas y hospitalizaciones.
- ✓ El número de casos es muy reducido, por lo que se deben realizar las interpretaciones con cautela, un mayor número de casos puede confirmar o revocar estas conclusiones.

Resumen: El Mieloma Múltiple (MM) es un tipo de cáncer de la médula ósea, que se produce por una degeneración maligna de las células plasmáticas que se encuentran normalmente en la médula e impide la formación de anticuerpos normales.

La figura de Gestor de Casos (GdC) tiene como objetivo apoyar el seguimiento del paciente garantizando una atención integrada, continuada y de máxima calidad.

Palabras Clave: Multiple Myeloma, Case Managers Health, Impact Assessment

Desarrollo del Trabajo:

- Análisis previo y posterior del número de visitas a urgencias, hospitalizaciones y días de ingreso.
- Describir el motivo de contacto, si hubo resolución del problema y si el contacto evitó una visita al especialista o al servicio de urgencias.

Metodología:

Se realizó un informe estadístico de los pacientes diagnosticados de Mieloma Múltiple en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Para el análisis se tuvo en cuenta como Período de Referencia todos aquellos sujetos controlados entre los períodos (01/01/2015-28/02/2018) y como Período de GdC (03/01/2018-15/11/2019)

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R versión 3.5.3. En las variables cuantitativas se calculó la media, su intervalo de confianza (IC) al 95%, mediana, desviación estándar, máximo y mínimo. Para variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Resultados:

Las medias de las visitas a urgencias se reducen en un -30% (de 2,60 a 2,0) en el periodo GdC y las espontáneas se reducen en un -125% (de 3 a 1,33).

Los pacientes reducen su número medio de hospitalizaciones al año en un -35% (de 2,24 de media por paciente a 1,65) y los días de hospitalización en un -195%, de 22,07 a 7,47.

Los primeros reingresos se reducen en un -71% en número de reingresos y en un -76% en días totales de reingreso, los segundos en un -82% en número de reingresos y en un -76% en días totales de reingreso y los terceros en un -71% en número de reingresos y en un -71% en días totales de reingreso.

Se realizaron un total de 150 intervenciones de atención a 50 pacientes diferentes, 3 por paciente. El paciente que consultó en más ocasiones lo hizo en 15 ocasiones, un 10% del total. El gestor de casos solucionó la atención en 147/150 ocasiones (96%) y se evitaron visitas a Especialista o Urgencias en 137/150 ocasiones (91,3%). En un caso, en cada ocasión no se dispone del resultado.

Conclusiones:

- En el programa de GdC se reducen tanto las visitas espontáneas (125%) como las visitas a Urgencias (30%).

- Las hospitalizaciones medias y la media de día de hospitalizaciones disminuyen también con el GdC.

- Igualmente se redujo el número de pacientes que reingresan y los días totales de reingreso.

- La eficacia es elevada, ya que se resuelven un número muy elevado de consultas. Los motivos por los que el paciente solicita atención son control de síntomas o información sobre tratamiento; en menor medida sobre programación o derivación.

- La mayor parte de las llamadas fueron solucionadas por la enfermera de enlace y evitaron visitas a urgencias o especialista.

- Las consultas se localizaron mayoritariamente en dos pacientes con pluripatología o bien en el último trimestre del año de enlace, es decir, con poco periodo de seguimiento, lo que ha condicionado los resultados de aumento de visitas y hospitalizaciones.

- El número de casos es muy reducido, por lo que se deben realizar las interpretaciones con cautela, un mayor número de casos puede confirmar o revocar estas conclusiones.

Bibliografía

1. Faiman, B. Overview and experience of a nursing e-mentorship program. Clin J Oncol Nurs. 2011 Aug;15(4):418-23.

2. King. T, King. M, White. K, Patient Reported Outcomes in Optimizing Myeloma Patients' Health- Related Quality of Life. Semin Oncol Nurs. 2017 Aug;33(3):299-315.

3. Bertolotti. P, Pierre. A, Rome. S et al. Evidence-Based Guidelines for Preventing and Managing Side Effects of Multiple Myeloma. Semin Oncol Nurs. 2017 Aug;33(3):332-347.

Capítulo 28

Anquiloglosia en el recién nacido y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento

Díaz Rincón, Laura María

ANQUILOGLOSIA EN EL RECIÉN NACIDO Y LACTANCIA MATERNA. EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN SU IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

AUTORES: LAURA MARÍA DÍAZ RINCÓN

INTRODUCCIÓN

La *Anquiloglosia*, o frenillo lingual corto, es una anomalía congénita, relativamente frecuente, que presentan entre el 0,1 y el 11% de los recién nacidos y que es causa de diferentes problemas en la lactancia materna: dolor en el pezón de la madre, acompañado o no de grietas, disminución de la producción de leche, mastitis de repetición y escasa ganancia ponderal del bebé, entre otros.

El personal de enfermería y las matronas están capacitadas para identificar la anquiloglosia, mediante la observación de la boca del bebé.

Existe una considerable controversia respecto a su diagnóstico, pronóstico y manejo clínico, y hay una amplia variabilidad en la práctica en ese sentido.

RESULTADOS

La bibliografía consultada no arroja resultados definitivos en cuanto al manejo quirúrgico de la anquiloglosia (frenotomía) en el lactante como solución a los problemas en la lactancia.

Los mejores resultados de la frenotomía se obtienen en la percepción del dolor en el pezón por parte de la madre, y en el agarre del lactante, no habiendo resultados concluyentes en cuanto a la producción de leche, duración de la lactancia o aumento del peso del lactante. Sin embargo, hay poca información disponible sobre los resultados para los bebés con anquiloglosia que no se someten a este procedimiento. La base de las pruebas es limitada, consistiendo en pequeños estudios y resultados a corto plazo, sin existir estudios que contemplen la lactancia a largo plazo, los resultados de crecimiento, o que hagan una comparativa entre el tratamiento quirúrgico y otros enfoques como la consulta especializada de lactancia. La bibliografía consultada tampoco muestra resultados de complicaciones de la frenotomía.

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Analizar la importancia de la anquiloglosia en la lactancia materna y el papel de la enfermera en su identificación y tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Frenillo lingual, lactancia materna, insuficiencia de crecimiento, mastitis, dolor, pezones, recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el objetivo de analizar el papel de la anquiloglosia en la lactancia materna y el papel de la enfermera en su identificación y tratamiento, se realiza una revisión bibliográfica de la situación actual del tema en las bases de datos Pubmed, Cochrane Plus, Web of Science, Pubmed Health, Ibecs, Fisterra y Lilacs de las que de los 26 artículos encontrados, se seleccionan 6 cuya lectura y análisis críticos conforman el desarrollo de la revisión.



TIPOS ANQUILOGLOSIA

NORMAL

CONCLUSIONES

En base a la evidencia científica disponible, la frenotomía no puede ser recomendada a todos los lactantes con anquiloglosia. La mayor parte de los bebés con anquiloglosia son asintomáticos y no presentan problemas relacionados con la lactancia. Algunos bebés con anquiloglosia marcada pueden presentar dificultades significativas en la lactancia. Estos lactantes pueden beneficiarse de la frenotomía. Cuando la relación entre anquiloglosia y lactancia materna ineficaz está claramente identificada y la intervención se considera necesaria, la frenotomía siempre debe realizarse por un cirujano con experiencia y con el uso de la analgesia adecuada.



Resumen: La anquiloglosia, o frenillo lingual corto, es una anomalía congénita, relativamente frecuente, que presenta entre el 0,1 y el 11 % de los recién nacidos, y que es causa de diferentes problemas en la lactancia materna: dolor en el pezón de la madre, acompañado o no de grietas, disminución de la producción de leche, mastitis de repetición y escasa ganancia ponderal del bebé.

El personal de enfermería y las matronas están capacitadas para identificar la anquiloglosia, mediante la observación de la boca del bebé, y para tratarla, cuando las dificultades son tales que puedan desembocar en el abandono de la lactancia.

Palabras Clave: Frenillo lingual; Lactancia materna; Insuficiencia de crecimiento

Desarrollo del Trabajo:

- La alimentación en los recién nacidos es una actividad compleja, que requiere una coordinación eficaz entre los procesos de succión, deglución y respiración. Para que el acoplamiento boca-pecho sea funcional, tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la areola formando un cinturón muscular, que haga un masaje en la zona de los senos lactíferos. Los niños deben ser capaces de efectuar cuatro movimientos con la lengua:

1. La lengua se proyecta por delante de la encía inferior (se extiende).
2. La porción anterior de la lengua envuelve el pezón y parte de la areola, y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar (se eleva). Este parece ser el movimiento que más influye en la lactancia.
3. La lengua se puede mover hacia los lados (lateralización).
4. El movimiento ondulante de la lengua y la mandíbula produce un efecto de émbolo, que permite que la leche extraída vaya al fondo de la boca (peristaltismo).

Una de las causas para no poder realizar estos movimientos correctamente, y sus posibles consecuencias, es la presencia de frenillo corto, o anquiloglosia (lengua de corbata), una anomalía congénita del desarrollo lingual que provoca un frenillo anormalmente corto y grueso. La longitud, la elasticidad y el punto de inserción de la lengua influirán en el grado de restricción de los movimientos linguales.

La prevalencia de la anquiloglosia es variable (entre el 0,1 y el 11%), aunque predomina un intervalo del 4-10%. Suele ser más frecuente en los varones y, aunque la mayoría de veces la anquiloglosia se presenta en personas sin ningún tipo de anomalía congénita acompañante, puede ir asociada a algún síndrome raro, como el síndrome de Ehlers-Danlos, el síndrome de Ellis-Van Creveld, el síndrome de Pierre Robin, el síndrome orofacial digital, la estenosis pilórica hipertrófica infantil o el paladar hendido ligado al cromosoma X.

Por otro lado, la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los bebés en las primeras etapas de su vida. Así lo reconocen tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como diferentes informes de sociedades científicas que, apoyándose en la evidencia actual, recomiendan «la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la posterior introducción progresiva de alimentos complementarios hasta los 2 años o más».

Objetivo general:

- Analizar la importancia de la anquiloglosia en la lactancia materna y el papel de la enfermera en su identificación y tratamiento.

Metodología:

Con el objetivo de analizar el papel de la anquiloglosia en la lactancia materna y el papel de la enfermera en su identificación y tratamiento, se realiza una revisión bibliográfica de la situación actual del tema en las bases de datos Pubmed, Cochrane Plus, Web of Science, Pubmed Health, Ibecs, Fistera y Lilacs de las que de los 26 artículos encontrados, se seleccionan 6 cuya lectura y análisis críticos conforman el desarrollo de la revisión..

Resultados:

La bibliografía consultada no arroja resultados definitivos en cuanto al manejo quirúrgico de la anquiloglosia (frenotomía) en el lactante como solución a los problemas en la lactancia.

Los mejores resultados de la frenotomía se obtienen en la percepción del dolor en el pezón por parte de la madre, y en el agarre del lactante, no habiendo resultados concluyentes en cuanto a la producción de leche, duración de la lactancia o aumento del peso del lactante. Sin embargo, hay poca información disponible sobre los resultados para los bebés con anquiloglosia que no se someten a este procedimiento. La base de las pruebas es limitada, consistiendo en pequeños estudios y resultados a corto plazo, sin existir estudios que contemplen la lactancia a largo plazo, los resultados de crecimiento, o que hagan una comparativa entre el tratamiento quirúrgico y otros enfoques como la consulta especializada de lactancia. La bibliografía consultada tampoco muestra resultados de complicaciones de la frenotomía.

Diagnóstico:

- El diagnóstico de la anquiloglosia suele ser clínico, según la apariencia y la función de la lengua. Si valoramos los criterios anatómicos y de función, no todos los frenillos darán problemas, puesto que dependerá de si son flexibles, de su punto de inserción, de si están formados de tejido fibroso o blando y de si son largos o cortos, puesto que algunos pueden parecer cortos, pero tienen suficiente elasticidad para cumplir su función.

Conclusiones:

En base a la evidencia científica disponible, la frenotomía no puede ser recomendada a todos los lactantes con anquiloglosia. La mayor parte de los bebés con anquiloglosia son asintomáticos y no presentan problemas relacionados con la lactancia. Algunos bebés con anquiloglosia marcada pueden presentar dificultades significativas en la lactancia. Estos lactantes pueden beneficiarse de la frenotomía. Cuando la relación entre anquiloglosia y lactancia materna ineficaz está claramente identificada y la intervención se considera necesaria, la frenotomía siempre debe realizarse por un cirujano con experiencia y con el uso de la analgesia adecuada.

Bibliografía

1. Aguayo J, Arena J, Díaz-Gómez NM, Gómez A, Hernández-Aguilar MT, Landa L, et al. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP n.a 5. Madrid: Ergon, 2004.
2. Cuestas G, Demarchi V, Martínez MP, Razetti P, Boccio C. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(6): 567-70.
3. Redondo D, Fraile P, Segura R, Villena G, Rodríguez Z, Boix L, et al. Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. Evidencia FAME [internet]. Barcelona: Esmon Publicidad, 2016 [actualizado el 2 de junio de 2016; consultado el 16 de julio de 2016]. Disponible en:
[http:// www.federacion-matronas.org/ noticias/i/19957/70/abordaje-de-las-dificultades-mas-frecuentes- en- lactancia-materna.](http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/19957/70/abordaje-de-las-dificultades-mas-frecuentes-en-lactancia-materna)
4. Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014; 2(2): 21-37.

Capítulo 29

Aplicación de corrientes analgesicas tipo tens para la cura dolorosa de una úlcera

*Jiménez Serrano, Rebeca
Gregorio Roper, María Dolores*

APLICACIÓN DE CORRIENTES ANALGÉSICAS TIPO TENS PARA LA CURA DOLOROSA DE UNA ÚLCERA



M.D. Gregorio Ropero, R. Jiménez Serrano, J. Cabañas Linares, M.L. Rodríguez López, M. López Valero



Introducción

El término T.E.N.S. proviene de las iniciales del término en inglés "Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation", es decir "Estimulación Eléctrica Transcutánea de los Nervios". Consiste en realizar una estimulación sensitiva "diferencial" por vía transcutánea, de fibras propioceptivas táctiles a gran velocidad de conducción, con la mínima respuesta de las fibras nociceptivas de conducción lenta y de las fibras motoras eferentes. Las técnicas de aplicación más conocidas son: el TENS convencional, el TENS de acupuntura y el TENS por trenes de impulso o Burst.

El TENS convencional (TENS de alta frecuencia y amplitud baja) proporciona una analgesia inmediata en la zona, pero corta en el tiempo. Está indicado en dolores agudos y superficiales. Su mecanismo de acción se justifica por la teoría de la puerta de entrada de Melzack y Wall.

Las úlceras vasculares son lesiones con deterioro de la integridad de la piel, producidas por un proceso patológico de origen vascular.

Observación Clínica

- ✓ Paciente de 86 años institucionalizado en una residencia pública.
- ✓ Con úlcera vascular en maléolo externo de MI izquierdo de dos meses de evolución.
- ✓ Buen estado cognitivo.
- ✓ Debido a su estado inicial, se desbridó inicialmente en una ocasión, provocándole un dolor medido en escala EVA de 8.



Úlcera vascular inicial



Estado actual de la úlcera

Plan de cuidados y tratamiento

METODOLOGÍA

- Inicialmente, se pasa la Escala del dolor EVA, para comprobar el dolor que tiene en una cura normal, sin aplicación de corrientes.
- Se aplican al paciente corrientes analgésicas tipo TENS con un aparato portátil, con el objetivo de disminuir el dolor durante la cura.
- Se colocan 4 electrodos adhesivos de tamaño 5 cm. x 5 cm., en cruzado, alrededor de la zona de dolor y se sube la intensidad hasta que el paciente note una sensación de cosquilleo intenso.
- Durante los primeros 50 minutos se va elevando la intensidad progresivamente para evitar la acomodación.
- En los 10 últimos minutos, se procede a realizar la cura utilizando: Intrasite gel, Aquacell extra, clorhexidina jabonosa, gasa hueca y esparadrapo.
- Se le pasa al paciente la Escala Eva para medir el dolor durante la cura realizada con las corrientes.



Colocación TENS

PARÁMETROS DE TENS UTILIZADOS

- Frecuencia: 110Hz
- Duración del pulso: 50 microsegundos.
- Duración sesión: 60 minutos
- Frecuencia de las sesiones: Diarias, simultáneamente a la cura dolorosa.



Plan de cuidados enfermeros

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la movilidad

1101 Integridad tisular de piel y membranas

3500 Manejo de presiones
3502 Cuidados de la UPP
3540 Prevención de la UPP
3590 Vigilancia de la piel

00132 Dolor agudo

1605 Control del dolor
2102 Nivel del dolor

1400 Manejo del dolor
2210 Administración analgésicos
5230 Aumentar el afrontamiento
6482 Manejo ambiental: confort

000004 Riesgo de infección

1101 Integridad tisular de piel y membranas
1807 Conocimiento: control de infección
1902 Control del riesgo
1908 Detección del riesgo

3660 Cuidados de heridas
6540 Control de infecciones
6650 Protección contra la infección

Discusión y conclusiones

- Una vez utilizadas las corrientes TENS, tuvimos que volver a desbridar en otra ocasión y el dolor fue de 6 en Escala EVA. En las curas diarias sin desbridar, el dolor sin corrientes TENS era de 6. Utilizando corrientes TENS, el dolor disminuía a 3 en Escala EVA.
- La aplicación de TENS convencional en las curas dolorosas de úlceras vasculares reduce el dolor significativamente, por lo que se consiguen mejores resultados y calidad en la cura del paciente.

Resumen: Paciente de 86 años institucionalizado con úlcera vascular en maléolo externo de MI izquierdo, de dos meses de evolución. Debido a su estado inicial, se desbrido en una ocasión provocándole un dolor medido en escala EVA con valor de 8.

Palabras Clave: T.E.N.S úlcera vascular escala EVA

Desarrollo del Trabajo:

- Inicialmente valoramos lesión y se diagnóstica una úlcera vascular en maléolo externo de MII. Se inicia tratamiento con desbridamiento quirúrgico lo que provoca mucho dolor al residente dificultando la cura de está.

Al comentarlo con fisioterapeuta nos plantea la utilización de T.E.N.S. convencional (TENS de alta frecuencia y amplitud baja) indicado para dolores agudos y superficiales, ya que proporciona una analgesia inmediata en la zona, pero de corta duración.

El mecanismo de acción del T.E.N.S convencional se justifica por la teoría de la puerta de entrada de Melzack y Wall, por lo que se decide aplicar este tratamiento para dicha úlcera vascular.

El tratamiento consiste en la aplicación de corrientes analgésicas tipo TENS con un aparato portátil, en el cual, se colocan 4 electrodos adhesivos de tamaño 5cm x 5cm, en cruzado, alrededor de la zona de lesión y se sube la intensidad hasta que el paciente note una sensación de cosquilleo no molesto. La sesión tiene una duración de unos 60 min con los siguientes parámetros de TENS: frecuencia 110Hz, pulso de 50 microsegundos.

Los primeros 50 minutos se va elevando la intensidad progresivamente para evitar la acomodación y se emplean los últimos 10 minutos para realizar la cura húmeda. Las curas se hacen diariamente.

Sin el empleo de las corrientes T.E.N.S, el dolor en la escala EVA del paciente es 6, y utilizando las corrientes T.E.N.S, el dolor disminuía a 3 en la escala EVA, permitiendo la realización de la cura sin ocasionar molestias en el residente.

Se llega a la conclusión de que con la ayuda de corrientes analgésicas tipo T.E.N.S convencional, se consigue controlar el dolor de la lesión significativamente, por lo que se obtienen mejores resultados y calidad en la cura del paciente. Y, se comprueba que no requiere la administración de analgésicos vía oral ni antes ni después de las curas.

Bibliografía

1. Manual de uso taxonomías NANDA, NOC, NIC y planes de cuidados
2. Teoría de la compuerta (Ronald Melzack y Patrick D. Wall, 1965)
3. Instituto de Rehabilitación funcional. Tens (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea). Aplicaciones clínicas.

Capítulo 30

Aporte nutricional óptimo en la encefalopatía hepática

*García Gallego, Marta
Arias Del Campo , Leticia*

1. Introducción.

La encefalopatía hepática (EH) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por cambios en la personalidad y en el nivel de conciencia. Suele presentarse en pacientes con una hepatopatía avanzada y crónica, que tienen alterada la función detoxificadora del hígado, favoreciendo la hiperamoniemia y la disfunción de la sinapsis cerebral. Aparece en un 30-45% de los afectados por cirrosis. Es potencialmente reversible.

Una ingesta escasa y varias alteraciones metabólicas y endocrinas provocan un estado de hipercatabolismo que precisa un adecuado aporte nutricional.

2. Objetivos.

- * Actualizar y dar a conocer las pautas nutricionales apropiadas para los pacientes con EH.
- * Impulsar cuidados enfermeros que tengan en cuenta dichas pautas.

3. Material y método.

Para conseguir los objetivos citados, se realizó una revisión bibliográfica, consultando artículos desde 2012 hasta la actualidad, en inglés y castellano, de estas bases de datos: Pubmed, Google Académico, Medline y Scielo.

4. Resultados.

- El aporte de energía óptimo diario es de 35-40 kcal/kg de peso. El de proteínas es de 1.2-1.5 g/kg de peso, incluyendo los aminoácidos de cadena ramificada. Restringiremos la ingesta de proteínas si hay riesgo de broncoaspiración o sangrado gastrointestinal.
- Los alimentos se distribuirán en 5 ingestas a lo largo del día, evitando ayunos de más de 3-6 horas por el día.
- Los vegetales y lácteos deben ser abundantes, con un aporte de fibra de 25-40 g/día.
- Se pueden incorporar suplementos de vitaminas durante 2 semanas en pacientes que tengan cirrosis descompensada o que estén desnutridos.
- Debemos corregir la hiponatremia.
- Si no tolera la ingesta oral, optaremos por la nutrición enteral (con sonda nasogástrica de pequeño calibre para evitar sangrados si hubiera varices esofágicas).
- Si el paciente presenta cirrosis descompensada con ascitis, no se debe realizar una yeyunostomía o gastrostomía.

5. Conclusiones.

Debemos conocer los requerimientos nutricionales de estos pacientes para evitar la desnutrición, ya que así, no solo mejorará el pronóstico, sino que también evitaremos las complicaciones endocrino-metabólicas que puedan surgir.

6. Bibliografía.

- Cortés García L. Papel de la nutrición en la encefalopatía hepática: es tiempo de cambiar. Nutrición clínica y dietética hospitalaria [revista en Internet]. 2013. [acceso 5 de marzo de 2020]; 33 (2): [89-97]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/PAPEL-NUTRICION.pdf>
- Jurado García J, Costán Rodero G, Calañas Continente A. Importancia de la nutrición en enfermos con encefalopatía hepática [revista en Internet]. 2012. [acceso 5 de marzo de 2020]; 27 (2): [372-381]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/06_revision_05.pdf

Resumen: La encefalopatía hepática es un trastorno neuropsiquiátrico reversible que aparece en un número elevado de pacientes con cirrosis. Una dieta correcta es sumamente importante para evitar complicaciones: el aporte de energía será de 35-40 kcal/kg de peso, evitaremos las dietas hipoproteicas, las tomas deben ser cortas y espaciadas, incluiremos la fibra, procuraremos que no haya hiponatremia, se incorporará a la dieta L-Ornitina L-Aspartato, acetil-L-carnitina y probióticos, e intentaremos conseguir un nivel adecuado de vitaminas liposolubles. Si no tolerara la dieta por vía oral, ésta puede administrarse a través de sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía.

Palabras Clave: Encefalopatía hepática, Cirrosis hepática, Nutrición.

Desarrollo del Trabajo:

- La encefalopatía hepática (EH) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por cambios en la personalidad y en el nivel de conciencia. Suele presentarse en pacientes con una hepatopatía avanzada y crónica, que tienen alterada la función detoxificadora del hígado, favoreciendo la hiperamonemia y la disfunción de la sinapsis cerebral. Aparece en un 30-45% de los afectados por cirrosis. Es potencialmente reversible.

Una ingesta escasa y varias alteraciones metabólicas y endocrinas provocan un estado de hipercatabolismo que precisa un adecuado aporte nutricional.

Objetivos:

- Actualizar y dar a conocer las pautas nutricionales apropiadas para los pacientes con EH.
- Impulsar cuidados enfermeros que tengan en cuenta dichas pautas.

Metodología:

- Para conseguir los objetivos citados, se realizó una revisión bibliográfica, consultando artículos desde 2012 hasta la actualidad, en inglés y castellano, de estas bases de datos: Pubmed, Google Académico, Medline y Scielo.

Resultados:

- El aporte de energía óptimo diario es de 35-40 kcal/kg de peso. El de proteínas es de 1.2-1.5 g/kg de peso, incluyendo los aminoácidos de cadena ramificada (aunque su palatabilidad y coste pueden hacer que no siempre se incorporen a la dieta). Restringiremos la ingesta de proteínas si hay riesgo de broncoaspiración o sangrado gastrointestinal. Las dietas hipoproteicas favorecen la desnutrición, contribuyendo a la aparición de complicaciones e incluso la muerte.

- Los alimentos se distribuirán en 5 ingestas a lo largo del día, evitando ayunos de más de 3-6 horas por el día.

- Los vegetales y lácteos deben ser abundantes.

- El aporte de fibra será de 25-40 g/día.

- Se pueden incorporar suplementos de vitaminas durante 2 semanas en pacientes que tengan cirrosis descompensada o que estén desnutridos.
- Debemos corregir la hiponatremia.
- Si no tolera la ingesta oral, optaremos por la nutrición enteral (con sonda nasogástrica de pequeño calibre para evitar sangrados si hubiera varices esofágicas).
- Si el paciente presenta cirrosis descompensada con ascitis, no se debe realizar una yeyunos-tomía o gastrostomía.
- Incluir 3 g tres veces al día de L-Ornitina L- Aspartato (LOLA) tanto de forma oral como intrave-nosa disminuye los niveles de amonio y alivia la EH.
- Evitaremos la administración de fórmulas que contengan manganeso a largo plazo.
- Los probióticos contribuyen a la reducción de los niveles de amonio.
- Es muy importante que no exista un déficit de vitaminas liposolubles, ya que éste está rela-cionado con numerosas alteraciones, entre ellas, las psiquiátricas, que empeorarían el cuadro de la EH.
- La implementación de la acetil-L-carnitina palia los síntomas neurológicos.

Conclusiones:

- Debemos conocer los requerimientos nutricionales de estos pacientes para evitar la desnutri-ción, ya que así, no solo mejorará el pronóstico, sino que también evitaremos las complicaciones endocrino- metabólicas y neurológicas que puedan surgir.

Bibliografía

1. Cortés García L. Papel de la nutrición en la encefalopatía hepática: es tiempo de cambiar. Nu-trición clínica y dietética hospitalaria [revista en Internet]. 2013. [acceso 5 de marzo de 2020]; 33 (2): [89-97]. Disponible en: [https:// revista.nutricion.org/PDF/PAPEL-NUTRICION.pdf](https://revista.nutricion.org/PDF/PAPEL-NUTRICION.pdf)
2. Jurado García J, Costán Rodero G, Calañas Continente A. Importancia de la nutrición en en-fermos con encefalopatía hepática [revista en Internet]. 2012. [acceso 5 de marzo de 2020]; 27 (2): [372-381].
Disponible en: [http:// scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/06_revision_05.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/06_revision_05.pdf)
3. Umaña Bermúdez CA, Rodríguez Nájera GF, Camacho Barquero FA. Encefalopatía hepática: una complicación del paciente hepatópata. Rev.méd.sinerg. [revista en Internet]. 2019. [acceso 5 de marzo de 2020];4(11):e292. Disponible en: [https:// revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/292](https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/292)

Capítulo 31

Apoyo de LM en la consulta de enfermería pediátrica: extracción poderosa

Camacho Sánchez, Beatriz

Carretero Elvira, Laura

Carrillo Palomo, Concepción



Apoyo de LM en la consulta de enfermería pediátrica:

Extracción poderosa

Camacho Sánchez B, Carrillo Palomo C, Carretero Elvira L. Enfermeras Especialistas de Enfermería Pediátrica.

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna (LM) es la forma natural y más saludable de alimentar a los bebés. Las recomendaciones son LM exclusiva hasta los seis primeros meses de vida y, continuar con LM a demanda, junto con otros alimentos, hasta los 2 años o más, según el niño y la madre lo deseen. En muchas ocasiones, una LM exitosa no es fácil, pudiendo llevar hacia un fracaso de la misma si no se dispone de un buen asesoramiento. Existen situaciones en las que la madre quiere aumentar la producción de leche para poder suplementar con su propia leche al bebé, por ejemplo: prematuros o bebés con alguna enfermedad que están ingresados en el hospital, bebés que no succionan bien o que pierden mucho peso sin saber por qué, o casos en los que se desee recuperar la LM (relactación). La técnica de hiperestimulación o "Extracción poderosa", también denominada Power Pumping, comenzó a utilizarse por Catherine Watson en el 2011 para poder aumentar la producción de leche en un corto periodo de tiempo. Esta técnica consiste en hiperestimular el pecho con sacaleches, preferiblemente doble, consiguiendo la produciendo de frecuentes picos de prolactina que disparan la eficacia de las glándulas mamarias y aumentan rápidamente la producción de leche materna.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Recién nacido mujer de 5 días, que acude a consulta de enfermería pediátrica para revisión de 5 días tras alta hospitalaria.

- AP: nacimiento a las 39+3 semanas (17/11/2019).
- Embarazo bien controlado.
- Parto eutócico.
- Peso al nacer: 2.960 g. Peso al alta: 2.780 g. (19/11/2019).
- Apgar al nacimiento: 9/10.
- Inicia Lactancia Materna en paritorio.
- Caída del cordón al 5º día.
- No otros datos de interés.

En consulta:(21/11/2019)

- Peso:2.770g alimentada con biberón.
- La madre comenta que la niña está muy somnolienta, y pedía poco alimento.
- Aprovechamos para valorar la toma en consulta y pasamos **Test de Valoración de Lactancia Matthews: 8** (Medianamente eficiente).
- Se corrige postura para un buen agarre.
- Se extrae leche y se suplementa con dedo-jeringa. se anima a la madre a suplementar con LM y no con LA.
- Se observa tortícolis y se mandan ejercicios



PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA	NOC	NIC
00104 Lactancia Materna Ineficaz. La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de LM	1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre	5244 Asesoramiento de la lactancia (Ofrecer LM exclusivamente, se explica método de extracción poderosa para aumentar producción)
00106 Disposición para mejorar la LM	1002 Establecimiento de la lactancia materna: lactante	1054 Ayuda en la lactancia materna (Se observa toma de lactancia en consulta Se explica método de extracción poderosa Completar con LM extraída si no queda satisfecho)

Extracción Poderosa

- Consiste en hiperestimular el pecho con un **sacaleches eficaz**, preferiblemente **doble**, realizando **extracciones cortas e intermitentes** de unos 10 minutos en total (5 minutos por pecho si el sacaleches no es doble) cada hora o cada 45 minutos durante al menos 24 horas y dejando un descanso nocturno no superior a 4 horas. Los resultados pueden ser nulos o mínimos en las primeras extracciones.
- Cuando se obtengan volúmenes de 15-20 ml/hora, distanciar las extracciones en sesiones de 20 minutos en total cada 2 horas.
- Cuando se alcancen volúmenes de 40 ml/2 horas, las extracciones pueden espaciarse hasta mantener de 6 a 8 extracciones de 30 minutos en total durante 24h.
- El objetivo es que el niño recupere el peso esperado o la madre recupere la buena producción de leche, una vez conseguido se pueden ir reduciendo paulatinamente las extracciones.
- El niño tiene que seguir mamando y se suplementará evitando el biberón.
- No funciona si se han realizado extracciones prácticamente cada hora durante 48h excepto 4-6 horas durante la noche y no se ha logrado más de 100 ml/día en total.



DISCUSIÓN

Fecha	Peso y tipo de alimentación
17/11/19 (2 ddd)	2.780 g (alta del hospital)
21/11/19 (5 ddd)	2.770 g (con LA en biberón)
24/11/19 (7 ddd)	2.840 g (con biberón). Se explica técnica Extracción Poderosa (EP)
25/11/19 (8 ddd)	2.790 g (LM exclusiva -50g). Pezoneras
27/11/19 48h del inicio EP	370ml en 24h (15-20ml/h) Gana 50g en 1 día
28/11/19	Más despierta, se agarra mejor complementa con LM en biberón cada toma
29/11/19 (12 ddd)	Ofrece complemento de LM en biberón en algunas tomas. <i>Recupera el peso al nacimiento Madre verbaliza satisfacción con LM, niña queda cada vez más satisfecha</i>
02/12/19 (15 ddd)	Complementa con LM exclusiva, cada vez menos por biberón
17/01/20 (2 meses)	4.340 g
24/01/20	Ya no completa con LM extraída solo alimentada al pecho. Mejoría del estado de ánimo de la madre.
18/03/20 (4 meses)	5.390 g A los 6 meses inicio de AC
20/08/20 (9 meses)	7.660 g continúa con LM+ AC
20/05/21 (15 meses)	9.710 g continúa con LM + sólidos
17/06/21(18 meses)	10,110 g. M-Chat pasado.

Test de Valoración de Lactancia Matthews

CUESTIÓN	RESPUESTA	21/11	02/12	17/01
Grado de alerta previo a la succión	Espontáneamente despierto	X	X	X
	Necesita estímulo para iniciar			
	Necesita estímulo reiterado			
Búsqueda del pezón (al tocar mejilla)	No despierta a pesar de estímulo			
	Gira cabeza y busca activamente		X	X
	Necesita cierta ayuda o asistencia	X		
Tiempo para engancharse e iniciar la succión	Búsqueda pobre aún con ayuda			
	Ausencia de búsqueda			
	Lo coge inmediatamente	X	X	X
Calidad de la succión	Tarda 3-10 minutos			
	Tarda más de 10 minutos			
	No se engancha			
Calidad de la succión	Buena succión en 1 o ambos pechos			X
	Succiona bien, suelta y debe animarle un poco		X	
	Succión débil o corta duración			
	No succiona	X		
		8-medianam. eficiente	10- LM Eficiente	12-LM Eficiente

CONCLUSIONES

- La **Extracción Poderosa** es un método eficaz para aumentar la producción de leche en los casos que se necesite, y si se realiza de forma constante, la técnica es muy efectiva. Solo en un 5% de los casos existirá una hipogalactia verdadera.
- La **Hiperestimulación o Extracción Poderosa** con sacaleches produce frecuentes picos de prolactina que disparan la eficacia de las glándulas mamarias y aumenta rápidamente la producción de leche materna.
- No se recomienda a todas las madres ya que es una técnica muy exigente y requiere de mucho tiempo. Hay que dedicarle prácticamente las 24 horas del día a esta técnica, durante al menos 3 días para que funcione. Además no hay que olvidar que hay que seguir amamantando al bebé a demanda, un mínimo de 8 tomas al día.
- Es muy importante informar bien a la mamá, ya que necesita mucha motivación y es fundamental que tenga apoyo familiar y emocional en estos días.
- La figura de la enfermera pediátrica tiene una posición privilegiada desde la consulta del niño sano para poder influir de la forma más adecuada en el proceso de alimentación del niño desde el nacimiento, apoyando en el proceso de lactancia materna y ayudando en la resolución de problemas que dificulten el establecimiento de la misma.

Resumen: *Lactancia Materna (LM), forma natural y más saludable de alimentar a los bebés. Recomendación: LM exclusiva seis primeros meses de vida y, continuar con LM a demanda, junto otros alimentos, hasta los 2 años o más.*

LM exitosa no es fácil, fracasando si no hay buen asesoramiento.

Existen situaciones donde la madre quiere aumentar la producción de leche y suplementar con su propia leche al bebé.

Técnica de “Extracción poderosa”, acuñada por Watson en 2011, aumenta la producción de leche en corto periodo. Consiste en hiperestimular el pecho con sacaleches, consiguiendo frecuentes picos de prolactina aumentando rápidamente la producción de leche materna.

Palabras Clave: *Lactancia Materna, Extracción de leche materna, Prolactina.*

Desarrollo del Trabajo:

La Lactancia Materna (LM) es la forma natural y más saludable de alimentar a los bebés. Recomendación: LM exclusiva los seis primeros meses de vida y, continuar con LM a demanda, junto con otros alimentos, hasta 2 años o más.

Una LM exitosa no es fácil, fracasando si no se dispone de buen asesoramiento.

Existen situaciones donde la madre quiere aumentar la producción de leche para suplementar con su propia leche al bebé, por ejemplo: prematuros o bebés ingresados en hospital, bebés que no succionan bien o que pierden mucho peso sin saber por qué, o casos en donde se desee recuperar la LM (relactación).

La hiperestimulación o “Extracción poderosa”, también Power Pumping, acuñada por Catherine Watson en 2011, aumenta la producción de leche en corto periodo de tiempo.

Observación Clínica:

Recién nacido de 5 días, que acude a consulta de enfermería pediátrica para revisión tras alta hospitalaria.

- AP: nacimiento a las 39+3 semanas

Embarazo bien controlado. Parto eutócico. Peso nacimiento: 2.960g. Peso alta: 2.780g Apgar al nacimiento: 9/10.

- Inicia LM en paritorio.
- No otros datos de interés.

En consulta, a los 4 días de vida:

- Peso: 2.770 g alimentada con biberón.
- Niña muy somnolienta, y pide poco alimento.

Plan de cuidados enfermeros:

NANDA 00104 Lactancia Materna Ineficaz. La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de LM

NANDA 00106 Disposición para mejorar la LM

NOC 1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre NOC 1002 Establecimiento de la lactancia materna: lactante

NIC 5244 Asesoramiento de la lactancia (Ofrecer LM exclusivamente, se explica método de Extracción Poderosa para aumentar producción)

NIC 1054 Ayuda en la lactancia materna (Se observa toma de lactancia en consulta. Test de Valoración de Lactancia Matthews: 8 (Medianamente eficiente). Se corrige postura para buen agarre. Se extrae leche y se suplementa con dedo-jeringa. Se anima a la madre a suplementar con LM extraída si no queda satisfecho)

Extracción Poderosa:

Consiste en hiperestimular el pecho con un sacaleches eficaz, preferiblemente doble, realizando extracciones cortas e intermitentes de unos 10 minutos en total (5 minutos por pecho si el sacaleches no es doble) cada hora o cada 45 minutos durante al menos 24 horas y dejando un descanso nocturno no superior a 4 horas.

Los resultados pueden ser nulos o mínimos en las primeras extracciones.

- Cuando se obtengan volúmenes de 15-20ml/hora, distanciar las extracciones en sesiones de 20 minutos en total cada 2 horas.
- Cuando se alcancen 40 ml/2 horas, espaciar las extracciones hasta mantener de 6 a 8 extracciones de 30 minutos en total durante 24h.
- Objetivo: que el niño recupere el peso esperado o la madre recupere la buena producción de leche, una vez conseguido se pueden ir reduciendo paulatinamente las extracciones.
- El niño tiene que seguir mamando y se suplementará evitando el biberón.
- No funciona si se han realizado extracciones prácticamente cada hora durante 48 h excepto 4-6 horas durante la noche y no se ha logrado más de 100 ml/día en total.

Discusión:

Se observa peso en consulta y su variación según el tipo de lactancia y alimentación.

Al inicio se cita con frecuencia, alimentada con LA en biberón. A los 7 días de vida se explica técnica Extracción Poderosa (EP) y se cita al día siguiente, donde ha perdido 50 g pero solo ha tomado LM exclusiva, usando pezoneras.

A las 48h del inicio EP consigue extraer 370ml en 24h (15-20ml/h) y la niña gana 50 g en 1 día.

3 días después, la madre comenta que ve a la niña más despierta, se agarra mejor y complementa con LM en biberón cada toma.

Con 12 días de vida ofrece LM en biberón como complemento en algunas tomas y recupera el peso al nacimiento. La madre verbaliza satisfacción con LM, y niña queda cada vez más satisfecha

A los 2 meses alimentada solo con pecho. Se observa mejoría del estado de ánimo de la madre.

A los 6 meses inicio de Alimentación Complementaria con peso acorde a su edad. Se revisa peso en las consultas de Salud del programa del niño sano y es acorde a su edad, con buena evolución psicomotriz. A los 18 meses, última consulta pasada, continúa con LM y comparte dieta familiar.

Conclusión:

La Extracción Poderosa es un método eficaz para aumentar la producción de leche en los casos que se necesite, y si se realiza de forma constante, la técnica es muy efectiva. Solo en un 5% de los casos existirá una hipogalactia verdadera.

- La Hiperestimulación o Extracción Poderosa con sacaleches produce frecuentes picos de prolactina que dedicar prácticamente las 24 horas del día, durante al menos 3 días para que funcione. Sin olvidar seguir amamantando al bebé a demanda, un mínimo de 8 tomas al día.
- Es muy importante informar bien a la mamá, ya que necesita mucha motivación y es fundamental que disponga de apoyo familiar y emocional en estos días.
- La figura de la enfermera pediátrica tiene una posición privilegiada desde la consulta del niño sano para poder influir de la forma más adecuada en el proceso de alimentación del niño desde el nacimiento, apoyando el proceso de lactancia materna y ayudando en resolución de problemas que dificulten el establecimiento de la misma.

Bibliografía

1. Marcos I. Cuando hay prisa para obtener leche materna con que suplementar: La Extracción Poderosa. [Internet]. Albalactanciamaterna.org. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/C13-INMA-MARCOS-La-Extracci%C3%B3n-Poderosa.pdf>
2. Cómo conseguir una rápida producción de leche materna: la extracción poderosa [Internet]. Albalactanciamaterna.org. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-3-manejo-de-la-leche-materna/como-conseguir-una-rapida-produccion-de-leche-materna-la-extraccion-poderosa/>
3. Edulacta. Módulo 2: Alimentación del bebé con Lactancia Materna. Extracción Poderosa. [Internet]. Edulacta. Programa de formación de asesoras en lactancia materna. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/448468881/Extraccion-Poderosa-de-Edulacta>

Capítulo 32

Atención de enfermería ante síndrome de fragilidad del anciano

Sánchez Martínez, María Cristina

Del Olmo Romero, Sara

González Escandell, Sonia

Actuación de enfermería ante síndrome de fragilidad del anciano

Sánchez Martínez M. Cristina, Del Olmo Romero Sara, González Escandell Sonia



Introducción:

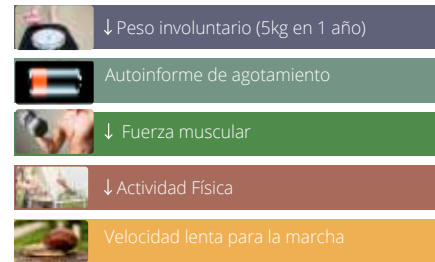
Entre las investigaciones existentes, no hay consenso en la definición, los criterios o indicadores de fragilidad, así como el uso de un instrumento de valoración.

Los criterios más usados los de Fried y cols.

Se considera anciano frágil aquel que tiene disminución de las reservas fisiológicas, lo que lo hace más vulnerable ante acontecimientos estresantes y predispone a presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, caídas, muerte) y pérdida de función, discapacidad o dependencia. Sí existe consenso en afirmar que fragilidad es un proceso dinámico, continuo y desadaptativo como consecuencia de la suma de factores de riesgo asociado a problemas de salud y relacionados con el afrontamiento y la capacidad de superar episodios agudos, que influyen en la capacidad de realización de las ABVD

Nuestro objetivo es detección e intervención precoz del proceso de fragilidad, retrasar consecuencias adversas y prevenir o atenuar el proceso de deterioro funcional y dependencia.

CRITERIOS DE FRAGILIDAD FRIED



FRAGILIDAD = 3 ó + criterios
F. Intermedia = 1 ó 2 criterios
Anciano no frágil = 0 criterios

Observación clínica

Varón, 83 años, hipertenso, soltero, sin apoyos, vivía solo siendo independiente y autónomo. Ingresó en hospital porque en los últimos 2 meses había dejado de salir de casa, presentaba GEA, anorexia y caquexia. Tras 15 días de ingreso, es dado de alta con diagnóstico de síndrome depresivo con autoabandono, incontinencia fecal y urinaria funcional con sonda vesical, deterioro general y dependiente para las actividades de la vida diaria (ABVD).

Trasladado al domicilio de su hermana, que vive con su marido, ambos octogenarios y dependientes para ABVD. Cuentan con ayuda a domicilio, insuficiente para los tres.

Tras valoración por patrones funcionales de M. Gordon, Se sugiere contratar cuidadora interna por incapacidad para el mantenimiento de la salud y se acuerda plan

PAE

DX: 000257 Síndrome de fragilidad del anciano r/c hospitalización prolongada, malnutrición, debilidad, depresión m/p déficit de autocuidado, deterioro de la movilidad física y desesperanza.

NOC	NIC
<p>1300 Aceptación del estado de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> 130010 Reconoce la realidad de la situación de salud (1-5) 130007 Expresa sentimientos sobre su estado de salud (1-4) 130014 Realiza tareas de cuidado personal(1-3) 	<ul style="list-style-type: none"> 4410 Establecimientos de objetivos comunes 5395 Mejora de autoconfianza 4420 Acuerdo con el paciente 5250 Apoyo en la toma de decisiones
<p>1309 Capacidad personal de recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> 130901 Verbaliza una actitud positiva(2-4) 130914 Se adapta a las adversidades(1-4) 	<ul style="list-style-type: none"> 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional
<p>1813 Conocimiento: régimen terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> 181308 Descripción del ejercicio prescrita(2-4) 181306 Descripción de la medicación prescrita(2-4) 181305 Descripción de la dieta prescrita(2-4) 	<ul style="list-style-type: none"> 5510 educación sanitaria 025246 asesoramiento nutricional 0200 fomento del ejercicio
<p>0300 Autocuidado: actividades de la vida diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> 030001 Come(2-5) 030008 Desambulación: camina(1-5) 030003 Uso del inodoro(1-4) 030006 Higiene(2-5) 	<ul style="list-style-type: none"> 1800 ayuda al autocuidado 5606 enseñanza individual; 0026 terapia de ejercicios: control muscular; 00021 terapia de ejercicios: ambulación 25634 enseñanza entrenamiento: control de esfínteres;

Discusión:

fragilidad es un síndrome multicausal, caracterizado por disminución de capacidad de responder a factores estresantes que conlleva gran impacto en la funcionalidad y calidad de vida de las personas así como consumo de recursos sanitarios y sociales. Desde enfermería es importante detección precoz, implicar al familiar o cuidador en el cuidado y establecimiento de un plan para minimizar o evitar la discapacidad y potenciar la independencia.



Conclusiones:

Mediante la implicación de la cuidadora, colaboración del paciente y a través del PAE, se consiguió recuperar en gran medida peso, confianza e independencia funcional, aunque sigue necesitando apoyo y supervisión

Bibliografía

- L.P. Fried, C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 56 (2001), pp. 146-156. <https://doi.org/10.1093/geron/56.2.146>
- González-Mechán M.C., Leguía-Cerna J., Díaz-Vélez C. Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. *Chilayo, Perú. Horiz. Med.* [Internet]. 2017 Jul; 17(3): 35-42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51727-558X2017000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.07>
- Rodríguez Díaz M.T., Pérez-Marfil M.N., Cruz-Quintana F. Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. *Gerokomos* [Internet]. 2014 Dic; 25(4): 137-143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51134-928X20140004000023&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400022>
- Martín Lescanda I., Gorroñagaitia Irujo A., Gómez Pavón J., Bastán Cortés J.J., Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010; 42(7): 388-393. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sugeridos-el-anciano-fragil-deteccion-tratamiento-S0212656709005666>
- Miguel Barbero, C. Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el "Riesgo del síndrome de la Fragilidad del Anciano". *Ene.* [Internet]. 2020; 14(2): 14209. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51988-348X2020000200009&lng=es. Epub 25-Ene-2021.
- Sitá X. (2016). Prevenció de la fragilitat en ancians pre-fràgils: efectivitat d'una intervenció a l'Atenció Primària. Tesis doctoral publicada. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Resumen: *Se considera fragilidad como un síndrome multicausal, multisintomático, dinámico, caracterizado por declinar de las reservas fisiológicas y disminución de la capacidad de responder a factores estresantes que predispone a pérdida funcional, discapacidad y dependencia, así como al aumento de consumo de recursos sanitarios y sociales.*

El objetivo es la detección e intervención precoz para prevenir minimizar o retrasar el proceso de deterioro funcional y dependencia.

Una adecuada valoración y plan de cuidados individualizado en función de los problemas detectados puede mejorar el pronóstico y calidad de vida del paciente.

Palabras Clave: *Fragilidad, Anciano frágil, Atención de enfermería.*

Desarrollo del Trabajo:

Entre las investigaciones consultadas no hay consenso en la definición, los criterios o indicadores de fragilidad, así como el uso de un único instrumento de valoración.

Los criterios más usados los de Fried y colaboradores, que determinan que la presencia de 3 o más de los siguientes factores identifican un individuo frágil: pérdida no intencionada de 5 Kg en un año; sensación de agotamiento; debilidad con falta de fuerza muscular; disminución de la actividad física; velocidad de marcha lenta.

Se considera anciano frágil aquel que tiene disminución de las reservas fisiológicas, lo que lo hace más vulnerable ante acontecimientos estresantes y predispone a presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, caídas, muerte) y pérdida de función, discapacidad o dependencia.

Sí existe consenso en afirmar que fragilidad es un proceso dinámico, continuo y desadaptativo como consecuencia de la suma de factores de riesgo asociado a problemas de salud y relacionados con el afrontamiento y la capacidad de superar episodios agudos, que influyen en la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

El objetivo es detección e intervención precoz del proceso de fragilidad, retrasar consecuencias adversas y prevenir o atenuar el deterioro funcional y dependencia.

Observación Clínica:

Varón 83 años hipertenso, soltero, sin apoyos, vivía solo siendo independiente. Ingresó en hospital porque los últimos meses había dejado de cuidarse y de salir, presentando diarrea, anorexia y caquexia. Tras 15 días de ingreso le dan alta con diagnóstico de síndrome depresivo con auto abandono desnutrición proteica y deterioro funcional multifactorial.

Su casa no reúne condiciones y es trasladado al domicilio de su hermana que vive con su marido, ambos octogenarios y dependientes para las actividades de la vida diaria (ABVD) cuentan con ayuda a domicilio insuficiente para los tres.

Junto con médico se aconseja contratar cuidadora interna para ayudar en cuidado. Enfermería plantea un plan de cuidados individualizado.

En la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon encontramos los siguientes patrones alterados y problemas.

Patrón 1. percepción de salud. Share fi: 5, frágil, Downton 3 riesgo alto de caídas. Gestión ineficaz de la salud y riesgo de caídas.

Patrón 2. Nutricional metabólico: desnutrición y caquexia. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Patrón 3. Eliminación: Incontinencia funcional y fecal

Patrón 4. Actividad-ejercicio: Barthel 20(dependencia total), Falta de equilibrio, imposible caminar solo. Deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado (alimentación, higiene, vestido, uso del inodoro) Patrón 7. Autoconcepto y autoestima. Depresión, impotencia, desesperanza.

Patrón 8. Rol-relaciones. Pobre sistema de apoyo. Deterioro de interacción social. Deterioro del mantenimiento del hogar

Patrón 9. Adaptación – tolerancia al estrés. Afrontamiento inefectivo.

Considerando la disminución de función física, psíquica y social adoptamos como diagnóstico principal usando taxonomía NANDA, NOC, NIC

Síndrome de fragilidad del anciano relacionado con hospitalización prolongada, malnutrición, debilidad y depresión manifestado por déficit de autocuidado, deterioro de la movilidad física y desesperanza.

En nuestro proceso de atención de enfermería el objetivo principal es restaurar al menos el estado previo al ingreso y minimizar discapacidad. Para ello consideramos muy importante implicar a la cuidadora domiciliaria en el plan asistencial y la incluimos en nuestras intervenciones.

Al NOC aceptación del estado de salud se asignaron las intervenciones NIC: establecimiento de objetivos comunes, acuerdo con el paciente, mejorar la autoconfianza y apoyo en la toma de decisiones.

Al NOC Capacidad personal de recuperación se propuso NIC: Aumentar el afrontamiento y apoyo emocional

Al NOC Conocimiento del régimen terapéutico, se planteó NIC: educación sanitaria, asesoramiento nutricional, manejo de la medicación y fomento del ejercicio.

Para NOC Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria se formuló NIC: ayuda al autocuidado, enseñanza individual, ejercicios de control muscular, deambulación, enseñanza control de esfínteres Cada resultado tiene asociado unos indicadores para determinar el estado del paciente los cuales se valoraron con escala tipo Likert de 5 puntos que cuantifica los resultados de menos a más deseable y cuantifican la diferencia entre la puntuación basal y la puntuación post intervención (al inicio y a los 2 meses) representando el resultado logrado.

Tras la intervención, acepta mejor su situación, se adapta a las adversidades, conoce el régimen terapéutico, come aunque se lo preparen, deambula con bastón, participa en el cuidado, recuperó la confianza, algo de peso, pero sigue con baja autoestima y depresión.

Discusión:

Fragilidad es un síndrome multicausal cada vez más frecuente con importantes repercusiones funcionales, sociales y económicas, varios estudios afirman que un abordaje multidisciplinar adecuado

puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y minimizar el consumo de recursos sanitarios y sociales.

Enfermería desempeña un papel importante en detección precoz, implicar al familiar o cuidador en el cuidado y diseñar un plan para minimizar o evitar la discapacidad y potenciar la independencia. En nuestro caso se cumple, con un Barthel de 70 a los 2 meses y se sigue trabajando para mejorar.

Conclusiones:

Mediante la implicación de la cuidadora, la colaboración del paciente, el trabajo multidisciplinar y a través del proceso de atención de enfermería, se consiguió recuperar en gran medida, peso, confianza e independencia funcional, aunque sigue necesitando apoyo y supervisión.

Bibliografía

1. Gonzáles-Mechán M C, Leguía-Cerna J, Díaz-Vélez C. Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. Horiz. Med. [Internet]. 2017 Jul ; 17(3): 35-42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.07>

2. Rodríguez Díaz M T, Pérez-Marfil M N, Cruz-Quintana F. Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. Gerokomos [Internet]. 2014 Dic ; 25(4): 137- 143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400002>.

3. Martín Lesende. I , Gorroñoitía Iturbe. A, Gómez Pavón. J, Baztán Cortés J.J., Abizanda Soler.P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria.2010;42(7):388-393. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sugeridos-el-anciano-fragil-deteccion-tratamiento-S0212656709005666>

4. Miguel Barbero.C. Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el “Riesgo del síndrome de la Fragilidad del Anciano”. Ene. [Internet]. 2020 ; 14(2): 14209. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200009&lng=es. Epub 25- Ene-2021.

5. Sist, X. (2016). Prevenció de la fragilitat en ancians pre-fràgils: efectivitat d’una intervenció a l’Atenció Primària. Tesis doctoral publicada. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Capítulo 33

Beneficios de la actividad física en el anciano

Martín Arévalo, María del Prado

Cubero Ruedas, Ana

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Moreno Ruiz, Alicia

Fernández Carmona, Carlos

Sanz Estudillo, Francisca

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ANCIANO

Autores: M Prado Martín, Ana Cúbero, Alicia Moreno, Silvia N. Agudo, Carlos Fernández, Francisca Sanz

INTRODUCCIÓN.

Vivimos en una sociedad en la que existe una gran esperanza de vida y un envejecimiento progresivo de la población. El envejecimiento viene acompañado de pérdida de fuerza, densidad ósea y masa muscular, disminución de la talla, aumento de grasa corporal, disminución de agilidad y coordinación, etc... También es frecuente la pérdida de autoestima y depresión por la dificultad a adaptarse a su nueva situación.

España es el segundo país con la esperanza de vida más alta, por eso es vital controlar factores de riesgo e impulsar hábitos saludables. El ejercicio físico ha demostrado mediante evidencia científica su importancia en el envejecimiento activo y saludable.

RESULTADOS.

Estos estudios demuestran que la actividad física permite una mejor autopercepción de la imagen corporal, autoestima y del estado del ánimo. Al mejorar el estado funcional se permite autonomía favoreciendo las relaciones y su capacidad para afrontar el día a día. Los niveles metabólicos también se ven beneficiados, el sistema muscular se ve reforzado y conlleva que prevengan enfermedades tipo osteoporosis y fatiga. A nivel psicológico reduce niveles de estrés y ansiedad.

OBJETIVOS.

- Conocer los beneficios que conlleva la práctica del ejercicio físico.
- Analizar la importancia que reporta la actividad a nivel físico, psíquico y social.

MÉTODO.

Hemos realizado una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos PubMed, Medline y Scielo. Para ello utilizamos los siguientes descriptores en ciencias de la salud: ejercicio físico, ancianos, deporte y estado de ánimo.



CONCLUSIONES.

La actividad física en el anciano es beneficiosa a nivel físico psicológico y social. Permite prevenir el envejecimiento y a su vez reducir la demanda de recursos en los servicios de salud.

Es muy importante fomentar la actividad física en el envejecimiento activo.



BIBLIOGRAFÍA

- Actividad Física y Salud integral. E. Medina Editorial Paidotribo.
- Escuela Cantabra de Salud, aprendiendo a vivir. HUMV formación y Gobierno de Cantabria.
- Pérez Tejero Javier, Reina Vaillo Raúl, Sanz Rivas David. La Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual. Cultura, Ciencia y Deporte [en línea] 2012,7 (Noviembre-Sin mes).

Resumen: *La sociedad en la que vivimos tiene una gran esperanza de vida y un envejecimiento progresivo de la población. El envejecimiento viene acompañado de pérdida de fuerza, densidad ósea y masa muscular, disminución de la talla, aumento de grasa corporal, disminución de agilidad...*

Es frecuente la pérdida de autoestima y depresión por la dificultad a adaptarse a su nueva situación. España es el segundo país con la esperanza de vida más alta, por eso es vital controlar factores de riesgo e impulsar hábitos saludables. El ejercicio físico ha demostrado mediante evidencia científica su importancia en el envejecimiento activo y saludable.

Palabras Clave: *Anciano, Ejercicio Físico, Estado de Ánimo.*

Desarrollo del Trabajo:

Vivimos en una sociedad en la que existe una gran esperanza de vida y un envejecimiento progresivo de la población. El envejecimiento viene acompañado de pérdida de fuerza, densidad ósea y masa muscular, disminución de la talla, aumento de grasa corporal, disminución de agilidad y coordinación, etc...

También es frecuente la pérdida de autoestima y depresión por la dificultad a adaptarse a su nueva situación.

España es el segundo país con la esperanza de vida más alta, por eso es vital controlar factores de riesgo e impulsar hábitos saludables. El ejercicio físico ha demostrado mediante evidencia científica su importancia en el envejecimiento activo y saludable.

Objetivos:

1. Conocer los beneficios que conllevan la práctica del ejercicio físico.
2. Analizar la importancia que reporta la actividad a nivel físico, psíquico y social.

Método:

Hemos realizado una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos PubMed, Medliney Scielo. Para ello utilizamos los siguientes descriptores en ciencias de la salud: ejercicio físico, ancianos, deporte y estado de ánimo.

Resultados:

Estos estudios demuestran que la actividad física permite una mejor autopercepción de la imagen corporal, autoestima y del estado del ánimo. Al mejorar el estado funcional se permite autonomía favoreciendo las relaciones y su capacidad para afrontar el día a día. Los niveles metabólicos también se ven beneficiados, el sistema muscular se ve reforzado y esto conlleva que prevengan enfermedades tipo osteoporosis y fatiga. A nivel psicológico reduce niveles de estrés y ansiedad que en estas edades pueden causar muchos problemas.

Conclusiones:

La actividad física en el anciano es beneficiosa a nivel físico, psicológico y social. Permite prevenir el envejecimiento y a su vez reducir la demanda de recursos en los servicios de salud. ya que son muchos los ancianos que son hospitalizados por lesiones que se hubieran podido prevenir si realizaran ejercicio físico adecuado a sus condiciones físicas.

Es muy importante fomentar la actividad física en el envejecimiento activo.

Bibliografía

1. Actividad Física y Salud integral. E. Medina Editorial Paidotribo.
2. Escuela Cántabra de Salud, aprendiendo a vivir. HUMV formación y Gobierno de Cantabria.
3. Pérez Tejero Javier, Reina Vaillo Raúl, Sanz Rivas David, La Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual. Cultura, Ciencia y Deporte [en línea] 2012,7 (Noviembre-Sin mes).

Capítulo 34

Beneficios de la práctica de yoga prenatal

*Carretero Cortés, Irene
Ortiz Esquinas, Inmaculada
Pastor De La Puente, Juan*

BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE YOGA PRENATAL

Autores: Irene Carretero Cortés, Inmaculada Ortiz Esquinas, Juan Pastor de la Puente

INTRODUCCIÓN

El yoga prenatal es un enfoque multifacético del ejercicio que estimula el estiramiento, la concentración mental y la respiración localizada. Las investigaciones sugieren que el yoga prenatal es seguro y puede tener muchos beneficios para las mujeres embarazadas y sus bebés.

OBJETIVO

Conocer los beneficios de la práctica de yoga prenatal.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, Pubmed y Cochrane. Descriptores: "Yoga", "Pregnancy" y "Birth".



RESULTADOS

La mayoría de los estudios encuentran una disminución significativa del dolor y menor uso de analgésicos en el parto en los grupos de mujeres que practicaron yoga de forma regular durante el embarazo.

Respecto a los resultados perinatales: menor incidencia de bajo peso al nacimiento y disminución de la prematuridad.

Además, se enumeran los diversos beneficios a nivel físico y mental para la mujer gestante durante el embarazo, parto y postparto:

- 1- Ayuda a mejorar la postura.
- 2- Previene y alivia dolores de espalda.
- 3- Mejora la estabilidad lumbopélvica.
- 4- Mejora la circulación sanguínea facilitando el retorno venoso y linfático.
- 5- Ayuda a mejorar la respiración.
- 6- Ayuda a la relajación.
- 7- Ayuda a conocer la musculatura del suelo pélvico, previniendo disfunciones uroginecológicas.
- 8- Mejora el estado de ánimo y ayuda a gestionar el estrés.
- 9- Ayuda a preparar el cuerpo para las necesidades corporales del parto y el postparto.
- 10- Mantiene una buena forma física durante el embarazo que facilitará la recuperación postparto.

Sin embargo, hay que evitar practicar yoga a altas temperaturas, como el Bikram yoga y no realizar ciertas posturas que compriman el vientre o que requieran mucho estiramiento de la zona abdominal.

CONCLUSIONES

El yoga durante el embarazo parece tener beneficios tanto para el bienestar físico y emocional de la madre, como para la evolución del parto, la recuperación postparto y los resultados neonatales.

La práctica del yoga parece segura y útil durante el embarazo para disminuir algunas molestias comunes entre las embarazadas, debiendo resaltar especialmente su contribución a mejorar la autoconfianza y el autocontrol.

Resumen: *El yoga prenatal es un enfoque multifacético del ejercicio que estimula el estiramiento, la concentración y la respiración. Tras la revisión bibliográfica de numerosos estudios, se puede confirmar que existe una disminución significativa del dolor y menor uso de analgésicos en el parto en los grupos de mujeres que practicaron yoga de forma regular durante el embarazo. Respecto a los resultados perinatales hubo menor incidencia de bajo peso al nacimiento y disminución de la prematuridad. Además, se observan diversos beneficios a nivel físico y mental para la mujer gestante durante el embarazo, parto y postparto.*

Palabras Clave: *Yoga, Birth, Pregnancy.*

Desarrollo del Trabajo:

El yoga prenatal es un enfoque multifacético del ejercicio que estimula el estiramiento, la concentración mental y la respiración localizada. Las investigaciones sugieren que el yoga prenatal es seguro y puede tener muchos beneficios para las mujeres embarazadas y sus bebés.

Objetivos:

Conocer los beneficios de la práctica de yoga prenatal.

Método:

Para la realización del presente trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, Pubmed y Cochrane.

Descriptores: “Yoga”, “Pregnancy” y “Birth”.

Resultados:

La mayoría de los estudios encuentran una disminución significativa del dolor y menor uso de analgésicos en el parto en los grupos de mujeres que practicaron yoga de forma regular durante el embarazo.

Respecto a los resultados perinatales: menor incidencia de bajo peso al nacimiento y disminución de la prematuridad.

Además, se enumeran los diversos beneficios a nivel físico y mental para la mujer gestante durante el embarazo, parto y postparto:

- 1- Ayuda a mejorar la postura.
- 2- Previene y alivia dolores de espalda. 3- Mejora la estabilidad lumbopélvica.
- 4- Mejora la circulación sanguínea facilitando el retorno venoso y linfático. 5- Ayuda a mejorar la respiración.
- 6- Ayuda a la relajación.
- 7- Ayuda a conocer la musculatura del suelo pélvico, previniendo disfunciones uroginecológicas.

8 - Mejora el estado de ánimo y ayuda a gestionar el estrés.

9 - Ayuda a preparar el cuerpo para las necesidades corporales del parto y el postparto.

10 - Mantiene una buena forma física durante el embarazo que facilitará la recuperación postparto.

Sin embargo, hay que evitar practicar yoga a altas temperaturas, como el Bikram yoga y no realizar ciertas posturas que compriman el vientre o que requieran mucho estiramiento de la zona abdominal.

Conclusiones:

El yoga durante el embarazo parece tener beneficios tanto para el bienestar físico y emocional de la madre, como para la evolución del parto, la recuperación postparto y los resultados neonatales.

La práctica del yoga parece segura y útil durante el embarazo para disminuir algunas molestias comunes entre las embarazadas, debiendo resaltar especialmente su contribución a mejorar la autoconfianza y el autocontrol.

Bibliografía

1. Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H, Sharifi B, Ghaseminejad A, Khodarahmian M, Rouhana N. Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). *Complement Ther Clin Pract*. 2017 May;27:1-4.

2. Bolanthakodi C, Raghunandan C, Saili A, Mondal S, Saxena P. Prenatal Yoga: Effects on Alleviation of Labor Pain and Birth Outcomes. *J Altern Complement Med*. 2018 Dec;24(12):1181-1188.

3. Chuntharapat S, Petpichetchian W, Hatthakit U. Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complement Ther Clin Pract*. 2008 May;14(2):105-15.

Capítulo 35

Beneficios de la teleenfermería en el seguimiento de casos Covid-19 en atención primaria

Ruiz Serrano, Almudena

Ruiz Núñez, Cristina



BENEFICIOS DE LA TELEENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE CASOS COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ruiz Serrano, Almudena; Ruiz Núñez, Cristina
Enfermeras de la GASSO de Soria, SACYL



INTRODUCCIÓN

Las llamadas de seguimiento son fundamentales para la buena evolución clínica de los casos confirmados de COVID-19 en atención primaria. La teleenfermería se postula como elemento principal en el seguimiento de pacientes leves y de moderada gravedad, siendo fundamental el trabajo en equipo junto con el personal médico.

RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica se identificaron las principales características de las llamadas de seguimiento y diferentes recomendaciones para la práctica clínica.

Cuadro clínico más habitual de la enfermedad:

IRA súbita gravedad variable, fiebre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), tos, disnea, otros síntomas (odinofagia, anosmia, ageusia, mialgias, diarrea, dolor torácico, cefalea...) confirmado con positivo en cualquier PDIA.



Presentaciones clínicas: Asintomática- Enfermedad leve/ moderada/ grave/ crítica (80% enfermedad leve, 14% enfermedad grave con hospitalización y el 5% UCI).

En pacientes con **síntomas leves-moderados** de la enfermedad, el **seguimiento** lo realizará de forma telefónica su **enfermera**. Si empeora, será evaluado por su médico vía telefónica o de forma presencial en consulta de respiratorio del CS o en domicilio y se decidirá su derivación al hospital si precisa.



Llamadas de seguimiento en 24 horas, 48 y 96 horas y 7 días tras diagnóstico. Resto del seguimiento según evolución clínica del paciente.

CONCLUSIONES

El seguimiento estrecho de los casos leves-moderados a través de la teleenfermería permite detectar signos de empeoramiento de forma precoz y establecer los tratamientos ambulatorios necesarios disminuyendo la necesidad de hospitalización.

La teleenfermería permite detectar signos de gravedad que requieren atención hospitalaria inmediata.

Una relación empática y cercana entre el paciente y la enfermera redundan en un mejor estado emocional en estos pacientes, que por su situación, sienten miedo y soledad.

BIBLIOGRAFÍA

- SACYL: Guía de manejo y seguimiento en atención primaria de la infección aguda y postaguda por COVID-19. ABRIL 2020.
- Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos COVID-19. Implementación en atención primaria. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. SACYL. 18 de marzo de 2021.
- Molero-García, José María et al. "Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria" [Basic aspects of COVID-19 for management from primary care]. *Atención primaria*, vol. 53,6 101966. 26 Dec. 2020, doi:10.1016/j.aprim.2020.12.007.
- Apoyos para autocuidados tras COVID-19 en atención primaria. OMS- Europa 2020.
- Ministerio de Sanidad: Estrategia de detección, vigilancia y control de COVID-19. 26 de febrero de 2021.

OBJETIVO

Conocer los beneficios que se obtienen con el seguimiento de pacientes COVID-19 mediante teleenfermería en los Centros de Atención Primaria de Salud de SACYL.

MATERIAL Y MÉTODO

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de las diferentes normativas de actuación en el seguimiento de pacientes COVID-19 que se emplean en SACYL, teniendo en cuenta también las recomendaciones que desarrolla el Ministerio de Sanidad.

Los **aspectos** en los que **incidir** durante la evaluación telefónica enfermera serán: Estado general, fiebre, tos, disnea, dolor torácico, sospecha de hipoxia silente, estado emocional y apoyo social. En todos los casos es necesario **aislamiento domiciliario**.



Consejos generales para la recuperación: dieta equilibrada, buena hidratación, evitar tóxicos, cuidarse emocionalmente, moverse y deambular frecuentemente. La tos o disnea mejoran con reposo en decúbito prono. Mantener los tratamientos previos.



Tratamiento farmacológico sintomático: Paracetamol e hidratación adecuada.

Tratamiento casos moderados detectados por teleenfermería: Tratamiento antibiótico, broncodilatadores, corticoides y profilaxis tromboembólica, en función de la gravedad del cuadro clínico tras valoración médica.

Resumen: *El seguimiento de los casos confirmados de COVID-19 plantea un importante reto para el Sistema Sanitario, este trabajo expone el trabajo realizado en Castilla y León en el seguimiento de estos pacientes, incidiendo en la tarea realizada de seguimiento de casos de gravedad leve y moderada por enfermería por vía telefónica. Se exponen los cuadros clínicos más habituales, los aislamientos realizados, la frecuencia de los seguimientos, los signos de alarma a detectar y las diferentes recomendaciones que se deben dar a los pacientes, así como la forma de proceder en caso de detectar signos de alarma durante el seguimiento.*

Palabras Clave: *Enfermera, Seguimiento remoto de pacientes, COVID-19*

Introducción:

Las llamadas de seguimiento son fundamentales para la buena evolución clínica de los casos confirmados de COVID-19 en atención primaria. La enfermera se postula como elemento principal en el seguimiento de pacientes leves y de moderada gravedad, siendo fundamental el trabajo en equipo junto con el personal médico.

Objetivo:

Conocer el trabajo que desarrolla la enfermera en el seguimiento de pacientes COVID-19 en los centros de Atención Primaria de Salud de SACYL.

Metodología:

Se lleva a cabo una revisión de los diferentes protocolos de actuación en el seguimiento de pacientes COVID-19 que se emplean en SACYL, teniendo en cuenta también las recomendaciones que desarrolla el Ministerio de Sanidad.

Resultados:

El cuadro clínico más habitual corresponde a los síntomas de Insuficiencia respiratoria aguda con aparición súbita y de gravedad variable, siendo los síntomas más frecuentes: fiebre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), tos, disnea u otros síntomas (odinofagia, anosmia, ageusia, mialgias, diarrea, dolor torácico, cefalea...) se confirmará con positivo en cualquier Prueba Diagnóstica de Infección Aguda (PCR o test rápido de antígenos).

Las presentaciones clínicas que aparecen son de gravedad variable: Oscilando desde Infección Asintomática a Enfermedad leve/ moderada/ grave/ crítica (el 80% presentará enfermedad leve o sin complicaciones, el 14% enfermedad grave que requerirá hospitalización y el 5% necesitará soporte en UCI).

Duración del aislamiento de casos confirmados COVID-19:

-Casos sintomáticos: Inicio el primer día de síntomas manteniéndose un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas (encontrándose los 3 últimos días asintomáticos).

-Casos asintomáticos: Inicio en la fecha de realización de la prueba diagnóstica de infección activa positiva (PDIA) finalizando a los 10 días de la fecha de dicha PDIA.

En pacientes con síntomas leves-moderados de la enfermedad, el seguimiento se realizará de forma telefónica por parte de enfermería. Se detectarán síntomas de alarma decisivos para realizar una atención presencial.

Las complicaciones suelen aparecer en los 7 días tras el debut de la enfermedad, por lo que se recomienda seguimiento en 24 horas, 48 y 96 horas y 7 días tras diagnóstico. El resto del seguimiento dependerá de la evolución clínica del paciente.

En caso de detectarse síntomas de empeoramiento, se reevaluará al paciente de forma presencial en la consulta de respiratorio de su Centro de Salud o en su domicilio si así lo requiere y se decidirá su derivación o no al segundo nivel asistencial.

Los aspectos en los que la enfermera debe incidir durante la evaluación telefónica serán: Estado general, fiebre, tos, disnea, dolor torácico, sospecha de hipoxia silente, ... Se valorará también estado emocional y la existencia de apoyo social. En todos los casos es de obligado cumplimiento realizar aislamiento domiciliario.

En cuanto a los consejos generales para la recuperación que ofrecerá la enfermera incluiremos: mantenimiento de dieta equilibrada, buena hidratación, evitar tóxicos (tabaco, alcohol, cafeína), cuidarse emocionalmente (descanso, relajación), moverse y deambular frecuentemente. Los pacientes que presentan tos o disnea mejoran con reposo en decúbito prono. El paciente deberá mantener los tratamientos previos que tomaba como Antihipertensivos o AINEs.

Tratamiento sintomático incluirá: Paracetamol (preferentemente sobre AINEs) e hidratación adecuada.

El tratamiento de los casos de gravedad moderada incluirá: Tratamiento antibiótico, broncodilatadores, corticoides y profilaxis tromboembólica, en función de la gravedad del cuadro clínico tras valoración médica.

Conclusiones:

El seguimiento estrecho de los casos leves-moderados por parte de enfermería permite detectar signos de empeoramiento de forma precoz y establecer los tratamientos ambulatorios necesarios, disminuyendo la necesidad de hospitalización en muchos casos. También permite detectar signos de gravedad que requieren atención hospitalaria inmediata.

Una relación empática y cercana entre el paciente y la enfermera redundan en un mejor estado emocional en estos pacientes, los cuales, en muchos casos, sienten miedo y soledad por su aislamiento.

Bibliografía

1. SACYL: Guía de manejo y seguimiento en atención primaria de la infección aguda y post-aguda por COVID-19. ABRIL 2020.
2. Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos COVID-19. Implementación en atención primaria. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. SACYL. 18 de marzo de 2021.
3. Molero-García, José María et al. "Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria" [Basic aspects of COVID-19 for management from primary care]. Atención primaria, vol. 53,6 101966. 26 Dec. 2020, doi:10.1016/j.aprim.2020.12.007
4. Apoyos para autocuidados tras COVID-19 en atención primaria. OMS- Europa 2020
5. Ministerio de Sanidad: Estrategia de detección, vigilancia y control de COVID-19. 26 de febrero de 2021.

Capítulo 36

Beneficios del uso del Isoproterenol y Quinidina en el tratamiento de la fibrilación ventricular en el síndrome de Brugada

Mora Muñoz, Eduardo

Olmo Trujillo, Coral



BENEFICIOS DEL USO DEL ISOPROTERENOL Y QUINIDINA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN EL SÍNDROME DE BRUGADA

Sánchez-Izquierdo Castellanos, S., Mora Muñoz, E., Olmo Trujillo, C.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada es una enfermedad cardíaca, de carácter congénito, caracterizado por un ECG típico con elevación del segmento ST e inversión de la onda T en las derivaciones precordiales derechas y morfología de bloqueo de rama derecha. La alteración de los canales iónicos puede facilitar la aparición espontánea de arritmias ventriculares malignas.

Aunque el implante de un desfibrilador automático (DA) ha sido la única intervención terapéutica eficaz en la prevención de la muerte súbita en estos pacientes, hay datos que sugieren que el uso de isoproterenol y quinidina tienen éxito en la prevención de fibrilación ventricular espontánea (FV).



OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia de estos fármacos como alternativa en la prevención de FV.
- Conocer las ventajas e inconvenientes de estas terapias farmacológicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Para esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo. Fueron recuperados los artículos desde el año 2010 hasta el 2019 en humanos, en inglés y/o español.

Las palabras clave y descriptores empleados fueron los siguientes: Brugada Syndrome, Isoproterenol, Quinidine, Ventricular Fibrillation.

Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos aleatorizados en pacientes > 18 años. La estrategia de búsqueda identificó un total de 12 estudios.

RESULTADOS

Estudio: Pacientes	Isoproterenol	Quinidina	FV posterior	Efectos adversos
J.Vega et al. (2013): 1	SÍ (2 días, después DA)	NO	NO	NO
Furniss (2012): 1	SÍ (4 días)	SÍ (un año)	NO	NO
Dakkak (2015): 1	NO	7 meses (después DA)	NO	NO
Bouzman (2014): 34	NO	SÍ (3-6 años)	1 paciente	Efectos anticolinérgicos
Viskin (2014): 19	NO	SÍ	NO	Diarrea, calambres
Márquez (2012): 31	NO	SÍ	4 pacientes	NO

CONCLUSIONES



- ✓ Actualmente el único tratamiento aceptado es el implante de un DA.
- ✓ La terapia farmacológica tiene un nivel de evidencia Clase IIa y IIb Clase HRS / EHRA según ACC / AHA para la prevención de tormentas arrítmicas.
- ✓ La administración de isoproterenol solo puede hacerse mediante vía intravenosa y la quinidina es eficaz a largo plazo y con un alto coste sanitario.
- ✓ Más estudios prospectivos deben llevarse a cabo para lograr un consenso.

Resumen: El síndrome de Brugada es una enfermedad cardíaca, de carácter congénito, caracterizado por un ECG típico con elevación del segmento ST e inversión de la onda T en las derivaciones precordiales derechas y morfología de bloqueo de rama derecha. La alteración de los canales iónicos puede facilitar la aparición espontánea de arritmias ventriculares malignas.

Aunque el implante de un desfibrilador automático (DA) ha sido la única intervención terapéutica eficaz en la prevención de la muerte súbita en estos pacientes, hay datos que sugieren que el uso de isoproterenol y quinidina tienen éxito en la prevención de fibrilación ventricular (FV) espontánea.

Palabras Clave: Síndrome de Brugada, Isoproterenol, Quinidina

Introducción:

El síndrome de Brugada es una enfermedad cardíaca, de carácter congénito, caracterizado por un ECG típico con elevación del segmento ST e inversión de la onda T en las derivaciones precordiales derechas y morfología de bloqueo de rama derecha. La alteración de los canales iónicos puede facilitar la aparición espontánea de arritmias ventriculares malignas.

Aunque el implante de un desfibrilador automático (DA) ha sido la única intervención terapéutica eficaz en la prevención de la muerte súbita en estos pacientes, hay datos que sugieren que el uso de isoproterenol y quinidina tienen éxito en la prevención de fibrilación ventricular (FV) espontánea.

Objetivos:

- Evaluar la eficacia de estos fármacos como alternativa en la prevención de FV.
- Conocer las ventajas e inconvenientes de estas terapias farmacológicas.

Material y Método:

Para esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo. Fueron recuperados los artículos desde el año 2010 hasta el 2019 en humanos, en inglés y/o español.

Las palabras clave y descriptores empleados fueron los siguientes: Brugada Syndrome, Isoproterenol, Quinidine, Ventricular Fibrillation.

Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos aleatorizados en pacientes mayores de 18 años. La estrategia de búsqueda identificó un total de 12 estudios.

Resultados:

1. Estudio: J.Vega et al. (2013).

Pacientes: 1.

Isoproterenol: Sí (2 días, después DA).

Quinidina: No.

FV posterior: No. Efectos adversos: No.

2. Estudio: Furniss (2012).

Pacientes: 1.

Isoproterenol: Sí (4 días).

Quinidina: Sí (1 año).

FV posterior: No.

Efectos adversos: No.

3. Estudio: Dakkak (2015).

Pacientes: 1.

Isoproterenol: No.

Quinidina: 7 meses (después DA).

FV posterior: No.

Efectos adversos: No.

4. Estudio: Bouzeman (2014).

Pacientes: 34.

Isoproterenol: No.

Quinidina: Sí (3-6 años).

FV posterior: 1 paciente.

Efectos adversos: Efectos anticolinérgicos.

5. Estudio: Viskin (2014).

Pacientes: 19.

Isoproterenol: No.

Quinidina: Sí.

FV posterior: No.

Efectos adversos: Diarrea, calambres.

6. Estudio: Márquez (2012).

Pacientes: 31.

Isoproterenol: No.

Quinidina: Sí.

FV posterior: 4 pacientes.

Efectos adversos: No.

Material y Método:

Actualmente el único tratamiento aceptado es el implante de un DA.

- La terapia farmacológica tiene un nivel de evidencia Clase IIa y IIb Clase HRS / EHRA según ACC /AHA para la prevención de tormentas arrítmicas.

- La administración de isoproterenol solo puede hacerse mediante vía intravenosa y la quinidina es eficaz a largo plazo y con un alto coste sanitario.

- Más estudios prospectivos deben llevarse a cabo para lograr un consenso.

Bibliografía:

1. Brodie OT, Michowitz Y, Belhassen B. Pharmacological Therapy in Brugada Syndrome. Arrhythm Electrophysiol Rev. 2018 Jun;7(2):135-142.

2. Dakkak M, Baxi K, Patel A. Beneficial Effects of Isoproterenol and Quinidine in the Treatment of Ventricular Fibrillation in Brugada Syndrome. Case Rep Cardiol. 2015;2015:753537.

3. Furniss G. Isoprenaline and quinidine to calm Brugada VF storm. BMJ Case Rep 2012 Aug 13;2012:bcr0420114156.

Capítulo 37

Bicalutamida, revisión bibliográfica de la evolución de efectos secundarios en el tratamiento del cáncer de próstata

*Mora Hidalgo, María Reyes
Calatrava Muñoz, Rosa María
Aparicio Hernández, Cristina
Notario Galán, Cristina María*

BICALUTAMIDA, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA EVOLUCIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Mora Hidalgo, M.R. ; Calatrava Muñoz, R. ; Aparicio Hernández, C. ; Notario Galán, C.



INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES BICALUTAMIDA?

Es un medicamento anti andrógeno no esteroideo específico activo por vía oral y desprovisto de cualquier otra actividad endocrina, desarrollado para terapia hormonal y para el empleo en combinación con la castración, en el tratamiento (tto.) de pacientes con cáncer (Ca.) de próstata avanzado. Bloquea los receptores de andrógenos, inhibiendo así la dihidrotestosterona (DHT) y la testosterona, evitando la entrada a las células cancerosas.

En el Ca. de próstata temprano se puede administrar a corto plazo junto a otros ttos. hormonales para prevenir la exacerbación del tumor en las primeras semanas. En el Ca. de próstata avanzado, se puede administrar sola después de la cirugía o la radioterapia, o con otros ttos. hormonales que reducen los niveles de testosterona.

OBJETIVOS

- Analizar la información actualizada sobre los efectos secundarios de la Bicalutamida.
- Exponer las presentaciones y disponibilidad del medicamento en el mercado actual.
- Recabar datos sobre la evolución, tolerancia de estos efectos en el organismo y la actuación de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Revisión bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud (BIREME, LILACS, CUIDATGE, CUIDEN, BDIE, COCHRANE, MEDLINE y PUBMED).

Estrategia de búsqueda: Los siguientes términos fueron incluidos en las bases de datos: Bicalutamida, bicalutamida, efectos secundarios de la bicalutamida, bicalutamida en el tratamiento del cáncer de próstata.

Criterios de elegibilidad:

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron estudios que evaluaran los efectos secundarios de la bicalutamida, la resistencia a bicalutamida, la mejora en los síntomas y en la calidad de vida del paciente con Ca de próstata, asociaciones con otros medicamentos y reducción de toxicidad del fármaco en el organismo, nuevos derivados del fármaco, presentaciones farmacológicas. Se incluyeron estudios publicados en inglés o español a partir del año 2018.
- **Criterios de exclusión:** Estudios que incluyeran Terapia hormonal, dinámica molecular u otros usos de bicalutamida.

Evaluación de la calidad de los estudios incluidos: Los estudios devueltos tras la búsqueda sistemática se analizaron mediante la herramienta Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe).

RESULTADOS

El efecto secundario más observado es el sofoco en un 49% de los casos. Por sistemas: **Cardiovascular:** HTA 5%, angina de pecho 2%, insuficiencia cardíaca 5%; **Digestivos:** anorexia, hemorragia rectal, melenas y xerostomía, náuseas: 11%, diarrea 10%, elevación de transaminasas 6%, flatulencias 5%, vómitos 3%; **Hematológicas:** anemia hipocrómica y ferropénica; **Metabólicas:** edema periférico 8%, hiperglucemia 5%, pérdida de peso 4%; **Musculo – esqueléticas:** osteoalgia 4%, miastenia, artritis, calambres; **Sistema Nervioso Central y periférico:** mareos 7%, parestias 6%, insomnio 5%, ansiedad, depresión, hipertensión, confusión, somnolencia y neuropatía; **Respiratorias:** disnea 7%, tos; **Dermatológicas:** rash 6%, diaforesis 6%, xerosis, prurito y alopecia; **Urológicas:** nicturia 9 %, hematuria 7%, infecciones del tracto urinario 6%, impotencia 5%, ginecomastia, disuria, retención urinaria.

El beneficio de la toma de este medicamento supera a la de manifestación de estos efectos secundarios ya que su presencia está limitada a unas semanas o pocos meses, remitiendo en su mayoría al finalizar el tto. En la actualidad, no hay muchos resultados que remitan un avance y mejora de estos síntomas en el organismo, la mayoría, se tratan de manera clínica que mejoran bastante la calidad de vida del paciente, de su familia y la tolerancia durante el tratamiento. En el mercado están disponibles por vía oral Casodex® 50 mg y Lutamidal® 150 mg .

La asociación de bicalutamida con los bifosfonatos y el denosumab pueden usarse para aumentar la densidad mineral ósea, mejorando la calidad de vida y enlenteciendo la pérdida de masa o incluso revertirla.

Se encuentra dos estudios, uno para la elaboración y administración intraoral del fármaco y otro, para describir el uso novedoso en jóvenes transgénero.

CONCLUSIONES

- Un elevado porcentaje de los pacientes en tratamiento con bicalutamida sufre efectos adversos, siendo el más común los sofocos. Aun así, los beneficios que proporciona superan a los riesgos
- En la actualidad existen dos presentaciones del fármaco por vía oral, con dosis de 50 mg y 150 mg.
- La presencia de efectos secundarios está limitada a pocas semanas.
- Desde la consulta de enfermería se trabajarán una serie de pautas, recomendaciones y consejos enfocados a sobrellevar los sofocos y los cambios hormonales. Se trabajará el manejo del estrés, la depresión, ginecomastia, disminución de la libido e impotencia funcional, cuidados de la mucosa oral y dientes. Se darán pautas para disminuir el riesgo de infección ante el déficit inmunitario, así como recomendaciones dietéticas y consejos culinarios, programas de ejercicio para trabajar el aumento de peso, la astenia y la resistencia a la insulina, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y la familia.

La Tabla 1 muestra los resultados obtenidos en a búsqueda sistemática y el proceso de selección de artículos:

BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	RESULTADOS			
		TOTAL	ACEPTADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
MEDLINE	9	1	Habla de Bicalutamida y sus efectos secundarios en el organismo	Terapia hormonal Cáncer de próstata Mención de Bicalutamida	
		RECHAZADOS			
PUBMED	1666	8	13	44	
		ACEPTADOS			
Bicalutamida	Operador booleano OR	57	Año 2019 Resistencia a bicalutamida Mejora en la calidad de vida del paciente (síntomas y clínica) Asociaciones con otros medicamentos y reducción de toxicidad del fármaco en el organismo Nuevos derivados del fármaco y presentaciones	Mención de Bicalutamida No menciona Dinámica molecular Otros usos	
		RECHAZADOS			
Efectos secundarios de la bicalutamida	Operador booleano OR y AND	1609	1	5	
		ACEPTADOS			
Bicalutamida efectos secundarios en tratamiento del cáncer de próstata	MEDLINE	5	Habla de Bicalutamida y sus efectos secundarios en el organismo	Cáncer de próstata Mención de Bicalutamida	
		RECHAZADOS			
PUBMED	0	-	Año 2018 Año 2019 Mejora en la calidad de vida del paciente (síntomas y clínica)	Dinámica molecular Terapia hormonal Cáncer de próstata No menciona Otros usos	
		ACEPTADOS			
Operador booleano OR y AND	111	6	105	Resultados anteriores al año 2018	
		RECHAZADOS			

La Tabla 2 muestra las principales características y resultados de los estudios incluidos en la revisión:

OBJETIVOS	RESULTADOS
Bicalutamida y sus efectos secundarios en el organismo	- Ensayo aleatorio sobre bifosfonatos y ejercicio físico para la disminución o reversión de la pérdida de masa ósea durante la terapia hormonal, masa muscular, aumento del peso, cansancio y resistencia a la insulina - Estudio transversal sobre la calidad de vida relacionada con la salud con terapia de privación de andrógenos expuestos versus no expuestos.
Resistencia a la bicalutamida	- Estudio de la resistencia a la bicalutamida. - Estudio de profármacos de rutenio (II) - bicalutamida activados por luz para el cáncer de próstata.
Mejora en la calidad de vida del paciente (síntomas y clínica)	- Ensayo multicéntrico aleatorizado: Enzalutamida vs flutamida para el cáncer de próstata resistente a la castración después de la terapia combinada de bloqueo de andrógenos con bicalutamida. - Estudio de una nueva clase de derivados hexapeptídicos que contienen histidina para la hidrogelación in situ en el tejido prostático rico en iones de zinc.
Asociaciones con otros medicamentos	- Ensayo sobre MTT de células NRK52E y RMC afectadas por testosterona, bicalutamida y R1881 en medio hiperglucémico 25 mM - Estudio de modelado molecular de derivados de deshidroxy bicalutamide como antagonistas de los receptores de andrógenos.
Reducción de toxicidad del fármaco en el organismo	- Estudio retrospectivo de Enzalutamida vs flutamida para el cáncer de próstata resistente a la castración después de la terapia combinada de bloqueo de andrógenos con bicalutamida.
Nuevos derivados del fármaco	- Caso clínico sobre el uso seguro de bicalutamida y goserelina en la porfiria.
Presentaciones farmacológicas	- Análisis instrumental de co-cristalización de bicalutamida con sacarosa para mejorar la velocidad de disolución y desarrollar tabletas de disolución rápida para administración intra oral. - Estudio de la combinación de docetaxel y bicalutamida vs absorción a nivel intestinal.
Años 2018-2019	- Revisión retrospectiva de pacientes con disforia de género seguidos en la clínica endocrina - Ensayo MTT para la administración de fármacos sensibles al pH basado en nanopartículas - Estudio de control de multicasa sobre tumores comunes en España y el patrón de efectos secundarios - Artículo de efectos secundarios habituales y los más graves.

Resumen: La bicalutamida es un medicamento antiandrógeno no esteroideo administrado por vía oral, desprovisto de cualquier otra actividad endocrina, desarrollado para terapia hormonal en combinación con la castración, en el tratamiento (tto.) de pacientes con cáncer (Ca.) de próstata avanzado. Bloquea los receptores de andrógenos, inhibiendo así la dihidrotestosterona (DHT) y la testosterona, evitando la entrada a las células cancerosas.

Nuestros objetivos de estudio son:

- Analizar la información actual sobre los efectos secundarios de la bicalutamida.
- Exponer las presentaciones y disponibilidad del medicamento en la actualidad.
- Recabar datos sobre la evolución, tolerancia de estos efectos y la actuación de enfermería.

Palabras Clave: Antiandrógeno; Efecto secundario; Cáncer de próstata

Material y Métodos:

Diseño: Revisión bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud (BIREME, LILACS, CUIDATGE, CUIDEN, BDIE, COCHRANE, MEDLINE y PUBMED).

Estrategia de búsqueda: Los siguientes términos fueron incluidos en las bases de datos: Bicalutamida, bicalutamide, efectos secundarios de la bicalutamida, bicalutamida en el tratamiento del cáncer de próstata.

Criterios de elegibilidad:

- Criterios de inclusión: Se incluyeron estudios que evaluaran los efectos secundarios de la bicalutamida, la resistencia a bicalutamida, la mejora en los síntomas y en la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata, asociaciones con otros medicamentos y reducción de toxicidad del fármaco en el organismo, nuevos derivados del fármaco, presentaciones farmacológicas.

Se incluyeron estudios publicados en inglés o español a partir del año 2018.

- Criterios de exclusión: Estudios que incluyeran Terapia hormonal, dinámica molecular u otros usos de bicalutamida.

Evaluación de la calidad de los estudios incluidos: Los estudios devueltos tras la búsqueda sistemática se analizaron mediante la herramienta Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe).

Resultados:

El efecto secundario más observado es el sofoco en un 49% de los casos. Por sistemas:

Cardiovascular: HTA 5%, angina de pecho 2%, insuficiencia cardíaca 5%;

Digestivas: anorexia, hemorragia rectal, melenas y xerostomía, náuseas: 11%, diarrea 10%, elevación de transaminasas 6%, flatulencias 5%, vómitos 3%;

Hematológicas: anemia hipocrómica y ferropénica;

Metabólicas: edema periférico 8%, hiperglucemia 5%, pérdida de peso 4%; Músculo – esqueléticas: osteoalgia 4%, miastenia, artritis, calambres;

Sistema Nervioso Central y periférico: mareos 7%, parestesias 6%, insomnio 5%, ansiedad, depresión, hipertensión, confusión, somnolencia y neuropatía;

Respiratorias: disnea 7%, tos;

Dermatológicas: rash 6%, diaforesis 6%, xerosis, prurito y alopecia;

Urológicas: nicturia 9 %, hematuria 7%, infecciones del tracto urinario 6%, impotencia 5%, ginecomastia, disuria, retención urinaria.

El beneficio de la toma de este medicamento supera a la de manifestación de estos efectos secundarios ya que su presencia está limitada a unas semanas o pocos meses, remitiendo en su mayoría al finalizar el tratamiento.

En la actualidad, no hay muchos resultados que remitan un avance y mejora de estos síntomas en el organismo, la mayoría, se tratan de manera clínica, que mejoran bastante la calidad de vida del paciente, de su familia y la tolerancia durante el tratamiento.

La asociación de bicalutamida con los bifosfonatos y el denosumab pueden usarse para aumentar la densidad mineral ósea, mejorando la calidad de vida y enlenteciendo la pérdida de masa o incluso revertirla.

Se encuentra dos estudios, uno para la elaboración y administración intraoral del fármaco y otro, para describir el uso novedoso en jóvenes transgénero

(CUIDEN, BDIE, COCHRANE, MEDLINE y PUBMED).

Conclusiones:

- Un elevado porcentaje de los pacientes en tratamiento con bicalutamida sufre efectos adversos, siendo el más común los sofocos. Aun así, los beneficios que proporciona superan a los riesgos.
- En la actualidad existen dos presentaciones del fármaco por vía oral, con dosis de 50 mg y 150 mg.
- La presencia de efectos secundarios está limitada a pocas semanas.
- Desde la consulta de enfermería se trabajarán una serie de pautas, recomendaciones y consejos enfocados a sobrellevar los sofocos y los cambios hormonales.
- Se trabajará el manejo del estrés, depresión, ginecomastia, disminución de la libido e impotencia funcional, cuidados de la mucosa oral y dientes.
- Se darán pautas para disminuir el riesgo de infección ante el déficit inmunitario, así como recomendaciones dietéticas y consejos culinarios, programas de ejercicio para trabajar el aumento de peso, la astenia y la resistencia a la insulina, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y la familia.

Bibliografía:

1. Shipley WU, Seiferheld W, Lukka HR, et al. Radiation with or without antiandrogen therapy in recurrent prostate cancer. *New England Journal of Medicine* 2017; 376(5):417-428.
2. Morris MJ, Rumble RB, Milowsky MI. Optimizing anticancer therapy in metastatic non-castrate prostate cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Summary. *Journal of Oncology Practice* 2018; 14(5):319-322
3. Barnes KA, Ball LE, Galvão DA, Newton RU, Chambers SK. Enfermedad prostática del cáncer de próstata. *Mayo de 2019; 22 (2): 221-234.*
4. Arafa MF, El-Gizawy SA, Osman MA, El Maghraby GM. *Drug Dev Ind Pharm.* Agosto de 2016; 42 (8): 1225-33.
5. Jamalpoor A, van Gelder CA, Yousef Yengej FA, Zaal EA, Berlingerio SP, Veys KR, Pou Casellas C, Voskuil K, Essa K, Ammerlaan CM, Rega LR, van der Welle RE, Lilien MR, Rookmaaker MB, Clevers H, Klumperman J, Levtchenko E, Berkers CR, Verhaar MC, Altelaar M, Masereeuw R, Janssen MJ. *EMBO Mol Med.* 7 de julio de 2021; 13 (7): e13067.

Capítulo 38

Calidad de vida previa en pacientes sometidos a limitación de tratamiento de soporte vital en UCI

Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada

Muñoz Camargo, Juan Carlos

Muñoz-Torrero Peña, Alicia

Garrido Avileo, Anastasio

CALIDAD DE VIDA PREVIA EN PACIENTES SOMETIDOS A LIMITACION DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN UCI

Autores: Vázquez Rodríguez-Barbero I, Muñoz Camargo JC, Muñoz-Torrero Peña A, Garrido Avileo A.



Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



Introducción:

No existen definiciones únicas sobre el concepto de calidad de vida y su evaluación a veces se realiza mediante encuestas, que no son factibles de realizar en pacientes gravemente enfermos, por lo que se emplean escalas e índices validados para determinar el estado crítico de los pacientes y que permiten tomar decisiones sobre la práctica de la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV). La LTSV como parte de una práctica clínica adecuada, debe incluir la aplicación de medidas terapéuticas correctas y acorde a las condiciones del paciente y de su enfermedad, lo que impediría el acortamiento deliberado o alargamiento de la vida del paciente. Por tanto, se limitan sólo las medidas de soporte vital, que sean no adecuadas, o extraordinarias, para los pacientes con patologías avanzadas que irremediamente llevarán a la muerte.

Objetivos:

- Conocer la calidad de vida previa de los pacientes ingresados en UCI sometidos a limitación de tratamiento de soporte vital.
- Evaluar si existen diferencias en la calidad de vida previa según género de pacientes ingresados en UCI.
- Determinar si la calidad de vida se ve condicionada por patologías específicas.

Material y métodos:

Diseño y Ámbito: Estudio observacional descriptivo y prospectivo realizado en una UCI de un hospital de 2º nivel durante un año.

Población y selección de la muestra: La población de estudio fueron los pacientes ingresados en UCI sometidos a LTSV. No se realizó ningún tipo de muestreo ya que se recogieron todos los pacientes de manera consecutiva sometidos a LTSV.

Instrumento de recogida de datos: Se elaboró una hoja de recogida de datos con las siguientes variables: Edad, sexo, tipo de patología, días de estancia en UCI, índice de gravedad Apache II, índice de Charlson y calidad de vida medida con la Escala PAEEC. El Grupo "Proyecto para el Análisis Epidemiológico del Enfermo Crítico" (PAEEC) validó este cuestionario cumpliendo los requisitos de reproducibilidad: consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach 0,85), reproducibilidad inter e intraobservador (coeficiente de correlación de Spearman 0,92 respectivamente). Este cuestionario analiza tres dimensiones: actividades fisiológicas básicas (AFB), actividades de la vida diaria (AVD) que incluye actividad física, laboral y social, y el estado emocional (EE). Consta de 15 cuestiones o ítems con su puntuación correspondiente, de tal forma que la puntuación global puede ir desde 0, que traduce una Calidad de Vida normal o sin limitaciones, hasta 29 puntos, que establece el máximo deterioro de la Calidad de Vida.

Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresan mediante porcentaje, mientras que las variables continuas se resumen como media y DE o mediana y RIC según normalidad de las variables. Las variables cuantitativas se compararon mediante la T Student y el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 23.0. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica y a la Declaración de Helsinki. El presente estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica.

Resultados :

En el periodo de estudio hubo 1012 ingresos en UCI. Del total de ingresos, 126 pacientes fallecieron lo que supone una mortalidad intra-UCI del 12,9%. Se recogieron 54 casos de LTSV, un 42% del total de fallecidos. La edad media de los pacientes fue de 70,5(±10,9 años IC 95% (67,5-73,4). La edad de las mujeres fue superior a la de los hombres $P=0,02$. La media de Apache II al ingreso fue de 22,6. (±8,58) IC 95% (20,2-24,9). La media de días de estancia en UCI fue de 14,36 días (±17,98) IC 95% (9,2-19,04). No se encontraron diferencias entre el sexo, el Apache II y la estancia en UCI previa a la LTSV $P=0,5$ y $P=0,3$ respectivamente. Un 68,5% (37) de los pacientes sometidos a LTSV presentaba alteración previa de la calidad de vida y en el 24,1% (13) la afectación era moderada-severa según criterios de la escala PAEEC. La puntuación mediana obtenida en la escala PAEEC fue de 4 RIC (6 puntos, IC 95% (3,3-5,6). Las mujeres presentaban peor calidad de vida previa al ingreso en UCI en comparación a los hombres: PAEEC mujeres (7) versus hombres (3), $P=0,005$. Un 85,2% (46) de las patologías son médicas y un 13% (8) son quirúrgicas. Las patologías de ingreso pueden verse en la figura 1. Las dimensiones de la escala PAEEC según sexo se pueden ver en la figura 2. No se encontraron diferencias entre el índice de Charlson y el sexo de la muestra $P=0,3$, figura 3. La alteración de la calidad de vida según tipo de patología se puede ver en la figura 4.

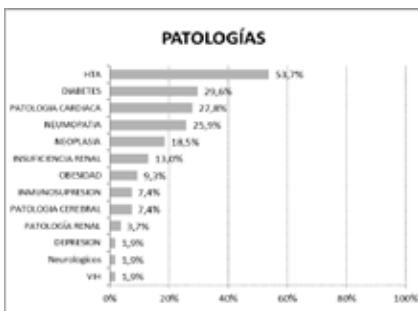


Figura 1. Patologías prevalentes en los pacientes sometidos a LTSV

DIMENSIONES	MUJER	HOMBRE	VALOR P
PAEEC			
PAEEC ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS	0,5	0,3	0,04
PAEEC EMOCIONAL	1,5	1	0,1
PAEEC ACTIVIDADES DIARIAS	5,1	2,4	0,01

Figura 2. Puntuación total y dimensiones de la escala PAEEC. Valor P según Test U de Mann-Whitney

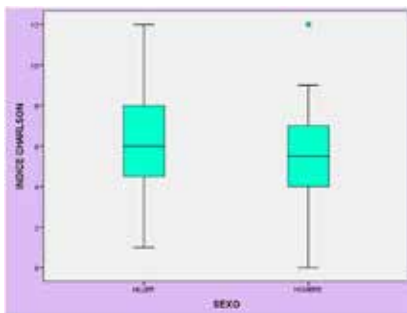


Figura 3. Puntuación índice de Charlson según sexo

		TIPO PATOLOGÍA										
		Total	CV	NEM	DG	NRL	CD	CC	SEP	NRC	CV	RN
PAEEC ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS	n válidos	44	11	13	8	4	3	2	1	1	1	1
	Media	2,27	4,0	3,1	3,3	2,5	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
	Desviación estándar	0,66	0,93	0,83	0,81	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Máximo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PAEEC ACTIVIDADES DIARIAS	n válidos	44	11	13	8	4	3	2	1	1	1	
	Media	3,11	3,73	4,63	1,67	1,75	3,33	2,50	3,00	2,00	3,00	
	Desviación estándar	2,90	2,90	3,31	2,07	3,00	4,78	3,71	3,00	3,00	3,00	
	Mediana	2,50	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00	
	Máximo	11,00	9,00	11,00	5,00	1,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00	
PAEEC ESTADO EMOCIONAL	n válidos	44	11	13	8	4	3	2	1	1	1	
	Media	1,14	1,26	2,08	1,17	0,00	0,67	1,00	0,00	1,00	1,00	
	Desviación estándar	1,13	1,21	0,95	0,91	0,00	0,58	0,71	0,00	0,00	0,00	
	Mediana	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	
	Máximo	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	3,00	3,00	0,00	1,00	1,00	
PAEEC TOTAL	n válidos	53	15	14	8	4	3	2	1	1	1	
	Media	5,58	6,67	7,43	2,58	2,50	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00	
	Desviación estándar	3,21	3,74	4,18	2,50	2,43	4,58	4,41	3,00	3,00	4,00	
	Mediana	4,00	5,00	6,00	2,00	1,50	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	
	Máximo	22,00	22,00	15,00	7,00	6,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	

Patologías: CV (Cardiovascular); NEM (Neumología); DG (Digestivo); NRL (Neurología); CD (Cirugía Digestiva); CC (Cirugía Cardíaca); SEP (Sepsis); NRC (neurocirugía); CV (Cirugía Vasculat); RN (Renal)

Figura 4. Calidad de vida según tipo de patología

Conclusiones:

Un 68,5% de los pacientes presentaban alteración de la calidad de vida previa a la LTSV siendo las mujeres las que presentaban mayor afectación. Según tipo de patología la subescala PAEEC estado emocional y PAEEC total, respectivamente, indican diferencias en los pacientes con patología cardiovascular seguidos de los de patología neurológica.



Resumen: *Nuestro objetivo fue conocer la calidad de vida previa de los pacientes ingresados en una UCI sometidos a limitación de tratamiento de soporte vital. Se recogieron 54 casos de LTSV, un 42% del total de fallecidos. La puntuación mediana obtenida en la escala PAEEC fue de 4 RIC (6) puntos, IC 95% (3,3-5,6). Las mujeres presentaban una puntuación en la escala PAEEC de 7 versus 3 en los hombres.*

Los pacientes presentaban alteración de la calidad de vida previa a la LTSV siendo las mujeres las que presentaban mayor afectación.

Palabras Clave: *Limitación del esfuerzo terapéutico; Calidad de vida; Unidad de cuidados intensivos.*

Introducción:

No existen definiciones únicas sobre el concepto de calidad de vida y su evaluación a veces se realiza mediante encuestas, que no son factibles de realizar en pacientes gravemente enfermos, por lo que se emplean escalas e índices validados para determinar el estado crítico de los pacientes y que permiten tomar decisiones sobre la práctica de la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV). La LTSV como parte de una práctica clínica adecuada, debe incluir la aplicación de medidas terapéuticas correctas y acorde a las condiciones del paciente y de su enfermedad, lo que impediría el acortamiento deliberado o alargamiento de la vida del paciente. Por tanto, se limitan solo las medidas de soporte vital, que sean no adecuadas, o extraordinarias, para los pacientes con patologías avanzadas que irremediamente llevarán a la muerte.

Objetivos:

- Conocer la calidad de vida previa de los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a limitación de tratamiento de soporte vital.
- Evaluar si existen diferencias en la calidad de vida previa según género de pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos.
- Determinar si la calidad de vida se ve condicionada por patologías específicas.

Material y Métodos:

Diseño y Ámbito: Estudio observacional descriptivo y prospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de 2º nivel durante un año.

Población y selección de la muestra: La población de estudio fueron los pacientes ingresados en UCI sometidos a LTSV. No se realizó ningún tipo de muestreo ya que se recogieron todos de pacientes de manera consecutiva sometidos a LTSV.

Instrumento de recogida de datos: Se elaboró una hoja de recogida de datos con las siguientes variables: Edad, sexo, tipo de patología, días de estancia en UCI, índice de gravedad Apache II, índice de Charlson y calidad de vida medida con la Escala PAEEC. El Grupo "Proyecto para el Análisis Epidemiológico del Enfermo Crítico" (PAEEC) validó este cuestionario cumpliendo los requisitos de reproducibilidad: consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach 0,85), reproducibilidad inter e intraobservador (coeficiente de correlación de Spearman 0,92 respectivamente). Este cuestionario analiza tres dimensiones: actividades fisiológicas básicas (AFB), actividades de la vida diaria (AVD) que incluye actividad física, laboral y social, y el estado emocional (EE). Consta de 15 cuestiones o ítems con su puntuación correspondiente, de tal forma que la puntuación global puede ir desde 0, que traduce una Calidad de

Vida normal o sin limitaciones, hasta 29 puntos, que establece el máximo deterioro de la Calidad de Vida. Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresan mediante porcentaje, mientras que las variables continuas se resumen como media y DE o mediana y RIC según normalidad de las variables. La comparación entre variables cualitativas se hizo mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 23.0. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica y a la Declaración de Helsinki. El presente estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica.

Resultados:

En el periodo de estudio hubo 1012 ingresos en UCI. Del total de ingresos, 126 pacientes fallecieron, lo que supone una mortalidad intra-UCI del 12,9%. Se recogieron 54 casos de LTSV, un 42% del total de fallecidos. La edad media de los pacientes fue de 70.5 (± 10.9 años IC 95% (67,5-73,4)). La edad de las mujeres fue superior a la de los hombres $P = 0,02$. La media de Apache II al ingreso fue de 22.6. (± 8.58) IC 95% (20,2-24.9). La media de días de estancia en UCI fue de 14.36 días (± 17.98) IC 95% (9,2-19,04).

No se encontraron diferencias entre el sexo, el Apache II y la estancia en UCI previa a la LTSV $P = 0,5$ y $P = 0,3$ respectivamente. Un 68,5% (37) de los pacientes sometidos a LTSV presentaba alteración previa de la calidad de vida y en el 24,1% (13) la afectación era moderada-severa según criterios de la escala PAEEC. La puntuación mediana obtenida en la escala PAEEC fue de 4 RIC (6) puntos, IC 95% (3,3-5,6). Las mujeres presentaban peor calidad de vida previa al ingreso en UCI en comparación a los hombres: PAEEC mujeres (7) versus hombres (3), $P = 0,005$. Un 85.2% (46) de las patologías son médicas y un 13% (8) son quirúrgicas. Entre las patologías que presentaban los pacientes destacan la hipertensión arterial seguida por la diabetes y la patología cardíaca. Las mujeres presentaban puntuaciones más altas en las diferentes dimensiones de la escala PAEEC, siendo superior la dimensión de actividades diarias. No se encontraron diferencias entre el índice de Charlson y el sexo de la muestra, $P = 0,3$.

Conclusiones:

Los pacientes presentaban alteración de la calidad de vida previa a la LTSV siendo las mujeres las que presentaban mayor afectación. Según tipo de patología la subescala PAEEC estado emocional y PAEEC total, respectivamente, indican diferencias en los pacientes con patología cardiovascular seguidos de los de patología neumológica.

Bibliografía:

1. Fernández RR, Cruz JJ, Mata GV. Validation of a quality of life questionnaire for critically ill patients. *Intensive Care Med.* 1996;22(10):1034-42
2. Pattison N. End of life in critical care: an emphasis on care. *Nurs Crit Care.* 2011 May-Jun;16(3):113-5.
3. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill : a cross-sectional , cohort study. *Lancet.* 2002;360:2026–30
4. Jane R Schubart, Benjamin H Levi, Cheryl Dellasega, Megan Whitehead, Michael J Green. Factors that affect decisions to receive (or not receive) life-sustaining treatment in advance care planning. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2014 Feb;52(2):38-44.
5. Jane R Schubart, Benjamin H Levi, Cheryl Dellasega, Megan Whitehead, Michael J Green. Factors that affect decisions to receive (or not receive) life-sustaining treatment in advance care planning. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2014 Feb;52(2):38-44

Capítulo 39

Calidad del sueño del personal de UCI

*Garrido Avileo, Anastasio
Muñoz Camargo, Juan Carlos
Muñoz-Torrero Peña, Alicia*



AUTORES: GARRIDO AVILEO. A, MUÑOZ CAMARGO. J. C, MUÑOZ-TORRERO PEÑA. A

INTRODUCCION

El sueño es una necesidad humana básica. Se define como un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central y que se acompañan de modificaciones en los sistemas nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. Es un fenómeno cíclico, también conocido como ritmo circadiano (ciclo sueño-vigilia). Dentro de los desórdenes circadianos la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño en su segunda edición (ICSD-2) considera la presencia del Trastorno de Sueño por Trabajo en Turnos (TSTT). Es importante recalcar que el sistema circadiano funciona normalmente bajo circunstancias corrientes, pero cuando el organismo se somete a cambios de fase que superan los límites de adaptación circadiana se produce el desfase con la sintomatología clínica que caracteriza al insomnio e hiperinsomnio.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en un hospital de segundo nivel. En la unidad los turnos de trabajo son rotatorios los 7 días de la semana, con turnos de mañana de 8-15 h de tarde de 15-22 h y de noches de 22-8 horas. La población de estudio fue el personal de Enfermería (enfermeros/as y auxiliares) y celadores. Los criterios de inclusión fueron que el personal formara parte la unidad con contrato fijo o eventual con más de seis meses trabajando por turnos. No se predeterminó el tamaño muestral porque fue factible el acceso a toda la población de enfermeras, auxiliares y celadores de la unidad. La calidad del sueño se midió utilizando el cuestionario de sueño de Oviedo (COS). El COS es un cuestionario heteroadministrado, de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño tipo insomnio e hiperinsomnio según los criterios DSM-IV y CIE-10. Está formado por 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en subescalas diagnósticas: satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hiperinsomnio (3 ítems). La subescala de insomnio explora, además, varias dimensiones (latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna) y proporciona información sobre la gravedad del mismo. Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda de cualquier tipo para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias, ronquidos). Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert (el primer ítem con 7 opciones de respuesta y el resto 5), una respuesta de 5 (7 en el ítem 1) indica el mayor deterioro y una de 1 el menor. Además se recogieron variables sociodemográficas: edad, sexo, IMC categoría profesional y patologías relacionadas con la alteración del sueño.

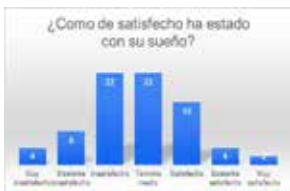


Grafico 2



Grafico 3



Grafico 4

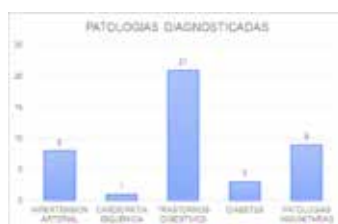


Grafico 5

OBJETIVO

Conocer la calidad del sueño en el personal de UCI de un hospital de segundo nivel y analizar las variables que pudieron influir en la calidad del sueño.



Grafico 1



Análisis de datos:

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS 23.0. En primer lugar, se realizó un análisis univariado de las variables no incluidas en el cuestionario COS para determinar la frecuencia de cada una de las variables y su distribución. En las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba de χ^2 . Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki, la Declaración universal de los Derechos Humanos de la Ley orgánica 15/1999 de España por la cual se garantiza y protege la confidencialidad de datos.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 78 participantes donde el 78,2% (61) fueron mujeres. La edad media se situó en $44,7 \pm 9,2$ años, rango (26-64). El IMC medio fue de $26,1 \pm 4,6$. Las diferentes categorías que participaron en el estudio se pueden ver en el gráfico 1. La antigüedad en el puesto de trabajo fue de $17,5 \pm 8,8$ años. Ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones altas en la subescala insomnio y un 3,8% (3) obtuvo puntuaciones altas en la escala hiperinsomnio. Los datos correspondientes a la calidad de sueño subjetiva se pueden ver en el gráfico 2. Un 29,6% (24) ha tenido dificultades para conciliar el sueño más de 3 días a la semana. Un 75,4% (62) ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador. El 37% (27) ha tenido durante más de 3 días a la semana somnolencia diurna. Un 51,9 (40) se ha despertado más de 3 veces durante la noche en el último mes, gráfico 3. A un 47,9% (41) le han dicho que ha tenido ronquidos y al 18,8 (12) los ronquidos se acompañaban con fase de apnea. El 31,6% (26) toma algún remedio (infusiones, valerianas) o fármacos para poder dormir, gráfico 4. No se encontró diferencias entre las subescalas insomnio e hiperinsomnio y el sexo de los participantes, $p=0,3$. Tampoco se encontró diferencias entre las subescalas del COS y las diferentes categorías profesionales, $p=0,4$. En el gráfico 5 aparecen las diferentes patologías diagnosticadas en la población de estudio y que se relacionan con el trabajo por turnos. No se ha podido demostrar una asociación directa entre cargas familiares por tener hijos o cuidar de personas dependientes y la calidad subjetiva del sueño, $p=0,3$ y $p=0,2$ respectivamente.

CONCLUSIONES

En este estudio se observa que los trabajadores de la unidad tienen discretamente alterada la calidad del sueño, siendo alto el porcentaje de uso de medicación u otros remedios para dormir. Las alteraciones digestivas son las alteraciones más frecuentes en la cohorte de estudio.

Resumen: El objetivo fue conocer la calidad del sueño y analizar las variables que pudieron influir en la calidad del sueño. Se utilizó el cuestionario de sueño de Oviedo. Ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones altas en la subescala insomnio y un 3,8% obtuvo puntuaciones altas en la escala hiperinsomnio. No se encontró diferencias entre las subescalas insomnio e hiperinsomnio y el sexo de los participantes. Tampoco se encontró diferencias entre las subescalas del COS y las diferentes categorías profesionales. Los trabajadores de la unidad tienen discretamente alterada la calidad del sueño.

Palabras Clave: Trastorno del sueño; Ritmo circadiano; Insomnio; Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño

Introducción:

El sueño es una necesidad humana básica. Se define como un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central y que se acompañan de modificaciones en los sistemas nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. Es un fenómeno cíclico, también conocido como ritmo circadiano (ciclo sueño-vigilia). Dentro de los desórdenes circadianos, la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño en su segunda edición (ICSD-2) considera la presencia del Trastorno de Sueño por Trabajo en Turnos (TSTT). Es importante recalcar que el sistema circadiano funciona normalmente bajo circunstancias corrientes, pero cuando el organismo se somete a cambios de fase que superan los límites de adaptación circadiana se produce el desfase con la sintomatología clínica que caracteriza al insomnio e hiperinsomnio.

Objetivos:

Conocer la calidad del sueño en el personal de UCI de un hospital de segundo nivel y analizar las variables que pudieron influir en la calidad del sueño.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en un hospital de segundo nivel. En la unidad, los turnos de trabajo son rotatorios los siete días de la semana, con turnos de mañana de 8-15h de tarde de 15-22 h y de noches de 22-8 horas. La población de estudio fue el personal de Enfermería (enfermeros/as y auxiliares) y celadores. Los criterios de inclusión fueron que el personal formara parte la unidad con contrato fijo o eventual con más de seis meses trabajando por turnos. No se predeterminó el tamaño muestral porque fue factible el acceso a toda la población de enfermeras, auxiliares y celadores de la unidad. La calidad del sueño se midió utilizando el cuestionario de sueño de Oviedo (COS). El COS es un cuestionario heteroadministrado, de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño tipo insomnio e hipersomnio según los criterios DSM-IV y CIE-10. Está formado por 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en subescalas diagnósticas: satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hipersomnio (3 ítems). La subescala de insomnio explora, además, varias dimensiones (latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna) y proporciona información sobre la gravedad de este.

Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda de cualquier tipo para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias, ronquidos). Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert (el primer ítem con 7 opciones de respuesta y el resto 5), una respuesta de 5 (7 en el ítem 1) indica el mayor deterioro y una de 1 el menor. Además, se recogieron variables sociodemográficas: edad, sexo, categoría profesional y patologías relacionadas con la alteración del sueño.

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS 23.0. En primer lugar, se realizó un análisis univariado de las variables no incluidas en el cuestionario COS para determinar la frecuencia de cada una de las variables y su distribución. En las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba de χ^2 . Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Ley orgánica 3/2018 de España por la cual se garantiza y protege la confidencialidad de datos.

Resultados:

Se obtuvo una muestra total de 78 participantes donde el 78,2% (61) fueron mujeres. La edad media se situó en 44,7+9,2 años, rango (26-64). El IMC medio fue de 26,1+4,6. En el estudio participaron Enfermeras, TCAE y celadores. La antigüedad en el puesto de trabajo fue de 17,5+8,8 años. Ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones altas en la subescala insomnio y un 3,8% (3) obtuvo puntuaciones altas en la escala hiperinsomnio. Un 43% (34) se encuentra insatisfecho o muy insatisfecho con su sueño. Un 29,6% (24) ha tenido dificultades para conciliar el sueño más de 3 días a la semana. Un 75,4% (62) ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador. El 37% (27) ha tenido durante más de 3 días a la semana somnolencia diurna. Un 51,9 (40) se ha despertado más de 3 veces durante la noche durante el último mes. A un 47,9% (41) le han dicho que ha tenido ronquidos y al 18,8

(12) los ronquidos se acompañaban con fase de apnea. El 31,6% (26) toma algún remedio (infusiones, valerianas) o fármacos para poder dormir. No se encontró diferencias entre las subescalas insomnio e hiperinsomnio y el sexo de los participantes, $p=0,3$. Tampoco se encontró diferencias entre las subescalas del COS y las diferentes categorías profesionales, $p=0,4$. Entre las patologías diagnosticadas relacionadas con los trastornos del sueño se encuentran en primer lugar los trastornos digestivos, seguida de las patologías inmunitarias y la hipertensión arterial. No se ha podido demostrar una asociación directa entre cargas familiares por tener hijos o cuidar de personas dependientes y la calidad subjetiva del sueño, $p=0,3$ y $p=0,2$ respectivamente.

Conclusiones:

En este estudio se observa que los trabajadores de la unidad tienen discretamente alterada la calidad del sueño, siendo alto el porcentaje de uso de medicación u otros remedios para dormir. Las alteraciones digestivas son las alteraciones más frecuentes en la cohorte de estudio.

Bibliografía:

1. Rodríguez Murillo JA, Flores Fernández B, López Quiroga M, Argilés Miró N, Buj Pascual L, Prats Castellví N. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas Enferm* may 2016; 19(4): 18-22.
2. Moreno MT, Ruzafa M, Rol MA, Madrid JA, Serrano A, González E, et al. Sleepiness in Spanish nursing staff-influence of chronotype and care unit in circadian rhythm impairment: research protocol. *J Adv Nurs*. 2014; 70(1):211-19.
3. Muñoz Cruz, R; Rodríguez Mármol, M. Calidad subjetiva del sueño en profesionales de enfermería. Diferencia entre turno fijo y turno rotatorio. *Investigación & Cuidados*. 2015 sep-dic, 13(33). En: Consultado el 28 de octubre de 2020

Capítulo 40

Cantidad de hemocomponentes transfundidos en las distintas unidades y servicios del hospital

Molina Romero, Pedro

Castellanos Rosell, Francisco José

Villaseñor Martín-Portugués, Cristina

Oviedo Rubio, Enrique

Honrado López-Menchero, Aurora

Rojas González, Ángel Luis

CANTIDAD DE HEMOCOMPONENTES TRASFUNDIDOS EN LAS DISTINTAS UNIDADES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL



AUTORES: PEDRO MOLINA ROMERO, FRANCISCO JOSE CASTELLANOS ROSELL, CRISTINA VILLASEÑOR MARTIN-PORTUGUES, AURORA HONRADO LOPEZ-MENCHERO, ANGEL LUIS ROJAS GONZALEZ, ENRIQUE OVIEDO RUBIO

INTRODUCCIÓN: Una transfusión de sangre y/o hemocomponentes es reponer los componentes de la sangre vitales para la supervivencia de los pacientes: hemáties, plaquetas y plasma, que no se pueden sustituir mediante otras alternativas. Es un tratamiento de un tejido vivo y que por lo tanto le confiere unas características especiales a otros tratamientos médicos. Está indicado en los pacientes que, en un momento determinado, presentan una carencia de los componentes sanguíneos esenciales.

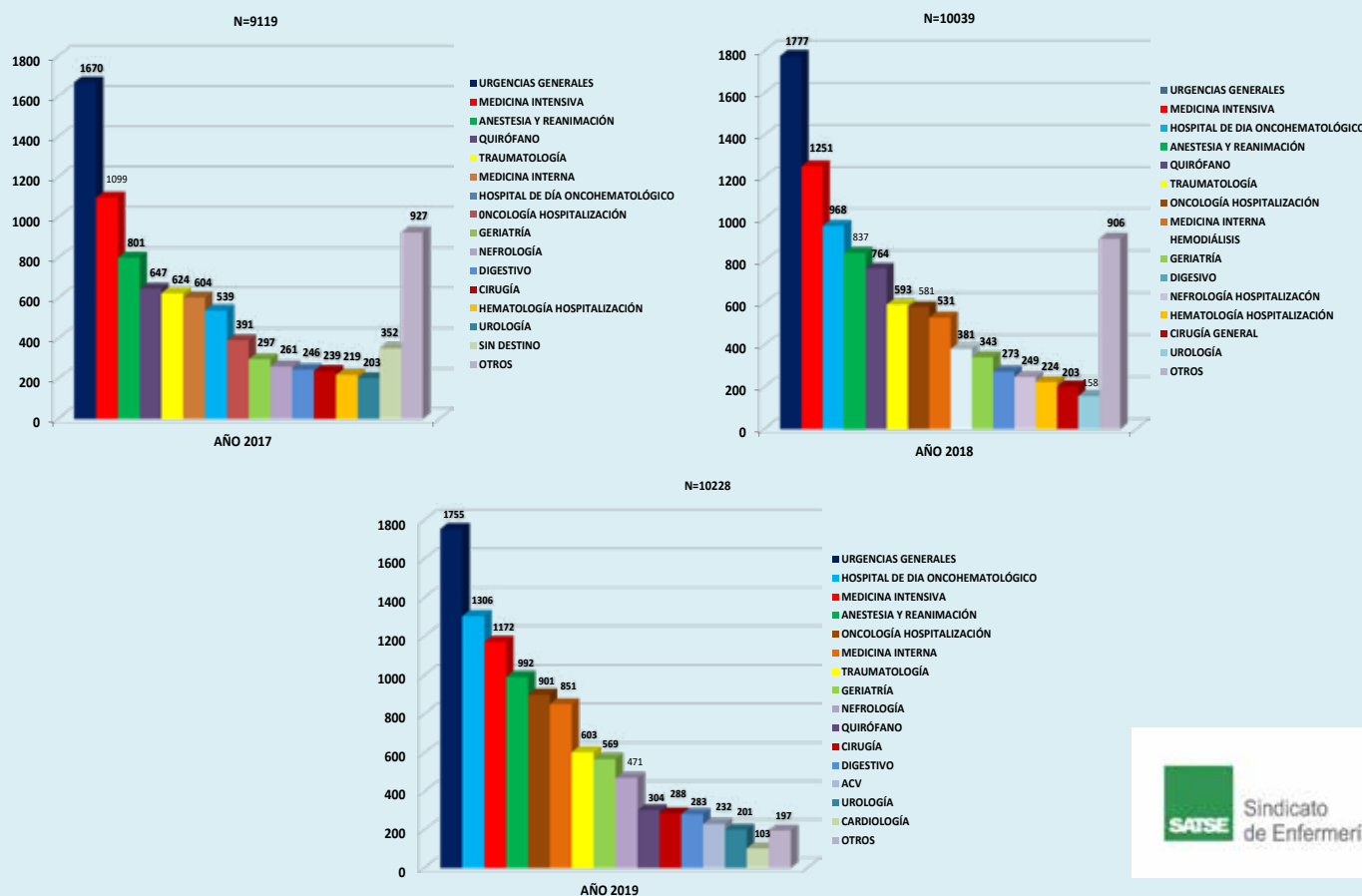
Las transfusiones comportan unos riesgos y siempre tiene que ser un médico quien tome la decisión de transfundir, - en función del estado del enfermo, - los resultados de los análisis y - una valoración de la situación. En este caso, los pacientes siempre deben firmar un documento de autorización que se denomina consentimiento informado.

Por otro lado hay que tener presente que es un bien escaso, puesto que todavía en España el nivel de autoabastecimiento es bajo, por lo que hay que tener presente que es un producto caro ya que, aunque la donación es altruista, las tareas de promoción, extracción, fraccionamiento, conservación, técnicas serológicas y su distribución generan un gasto importante. Por eso la transfusión a nivel hospitalario solo debe emplearse en circunstancias muy justificadas, los beneficios superan los riesgos, y sus indicaciones deben ser muy cuidadas.

Nos hemos marcado como Objetivo Principal la evolución de los hemocomponentes trasfundidos (cuantificándolos) en las distintas Unidades y Servicios del Hospital, durante el periodo de tiempo que vamos a estudiar (años 2017, 2018 y 2019).

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODO): Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo del total de hemocomponentes trasfundidos durante el periodo estudiado 2017-2019. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

RESULTADOS: Siendo "N", el número total de Unidades de Hemocomponentes trasfundidos a lo largo de los años estudiados.



CONCLUSIONES: Estudiados los resultados, concluimos que el número total de transfusiones de hemocomponentes a lo largo del periodo comprendido 2017-2019, el aumento por año no ha sido realmente significativo (9119 en 2017, 10039 en 2018 y 10228 en 2019). Comprobamos que la Unidad en donde más se ha trasfundido ha sido en Urgencias Generales (1670 en 2017, 1777 en 2018 y 1755 en 2019), seguido por Medicina Intensiva (1099 en 2017, 1251 en 2018 y 1172 en 2019), Anestesia y Reanimación (801 en 2017, 837 en 2018 y 992 en 2019). Por regla general, las Unidades de Hospitalización quirúrgica son en las que más se trasfunde superando todas las 250 transfusiones aproximadamente, siendo Traumatología la que más trasfunde (624 en 2017, 593 en 2018 y 603 en 2019).

Observamos que la tendencia de transfusiones en Hospital de día Oncohematológico aumenta de manera significativa (539 en 2017, 968 en 2018 y 1306 en 2019). Concluimos que es un dato muy significativo. Como dato también a tener en cuenta, es la cantidad de transfusiones realizadas en Unidades como Medicina Interna (604 en 2017, 531 en 2018 y 851 en 2019) y Geriatría (297 en 2017, 343 en 2018 y 569 en 2019).

En el apartado al que nos referimos como "Otros", son Unidades como Pediatría, ORL, Paliativos, UCI Neonatal, Neurocirugía, Hospital de Día Médico, etc... en donde las transfusiones no superan de manera individual a las 70 transfusiones anuales.

Resumen: Una transfusión de sangre y/o hemocomponentes es reponer los componentes de la sangre vitales para la supervivencia de los pacientes: hematíes, plaquetas y plasma, que no se pueden sustituir mediante otras alternativas. Es un tratamiento de un tejido vivo y que por lo tanto le confiere unas características especiales a otros tratamientos médicos. Está indicado en los pacientes que, en un momento determinado, presentan una carencia de los componentes sanguíneos esenciales. Nos hemos marcado como objetivo principal la evolución de los hemocomponentes trasfundidos (cuantificándolos) en las distintas unidades y servicios del hospital, durante el periodo de tiempo que vamos a estudiar.

Palabras Clave: Transfusión, Consentimiento Informado, Urgencias

Desarrollo del trabajo:

Las transfusiones comportan unos riesgos y siempre tiene que ser un médico quien tome la decisión de transfundir:

- En función del estado del enfermo
- Los resultados de los análisis y
- una valoración de la situación.

En este caso, los pacientes siempre deben firmar un documento de autorización que se denomina consentimiento informado.

Por otro lado hay que tener presente que es un bien escaso, puesto que todavía en España el nivel de autoabastecimiento es bajo, por lo que hay que tener presente que es un producto caro ya que, aunque la donación es altruista, las tareas de promoción, extracción, fraccionamiento, conservación, técnicas serológicas y su distribución generan un gasto importante. Por eso la transfusión a nivel hospitalario solo debe emplearse en circunstancias muy justificadas, los beneficios superan los riesgos, y sus indicaciones deben ser muy cuidadosas.

Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo del total de hemocomponentes trasfundidos durante el periodo estudiado 2017-2019. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

Estudiados los resultados, concluimos que el número total de transfusiones de hemocomponentes a lo largo del periodo comprendido 2017-2019, el aumento por año no ha sido realmente significativo (9119 en 2017, 10039 en 2018 y 10228 en 2019). Comprobamos que la Unidad en donde más se ha trasfundido ha sido en Urgencias Generales (1670 en 2017, 1777 en 2018 y 1755 en 2019), seguido por

Medicina Intensiva (1099 en 2017, 1251 en 2018 y 1172 en 2019), Anestesia y Reanimación (801 en 2017, 837 en 2018 y 992 en 2019). Por regla general, las Unidades de Hospitalización quirúrgica son en las que más se trasfunde superando todas las 250 transfusiones aproximadamente, siendo Traumatología la que más trasfunde (624 en 2017, 593 en 2018 y 603 en 2019).

Observamos que la tendencia de transfusiones en Hospital de día Oncohematológico aumenta de manera significativa (539 en 2017, 968 en 2018 y 1306 en 2019).

Concluimos que es un dato muy significativo. Como dato también a tener en cuenta, es la cantidad de transfusiones realizadas en Unidades como Medicina Interna (604 en 2017, 531 en 2018 y 851 en 2019) y Geriátrica (297 en 2017, 343 en 2018 y 569 en 2019).

En el apartado al que nos referimos como “Otros”, son Unidades como Pediatría, ORL, Paliativos, UCI Neonatal, Neurocirugía, Hospital de Día Médico, etc... en donde las transfusiones no superan de manera individual a las 70 transfusiones anuales.

Bibliografía:

1. Diaz Padilla D, Melians Abreu SM, Padrino González M, González Fajardo I, Urquiola Mariño M. Caracterización clínico-epidemiológica de la transfusión. Rev cienc médicas Pinar Río. 2016;20(6):32– 40.
2. Ruiz Domínguez R, Álvarez L. J, Escobar G. G. ¿CUANTO SABEMOS LOS MÉDICOS SOBRE TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES? Rev médica - Col Méd Paz. 2011;17(2):21–8.
3. Pita Ramírez L, Cabrera Carbajal BE, Ortega Zavala C. Motivos de transfusión de plasma fresco congelado en un hospital general. Rev invest clín. 1999;89–92.

Capítulo 41

Carcinoma de células escamosas

*Carrasco Castellanos, Marta
Villanueva Rodrigo, Tamara
Barranquero Rodríguez, Rocío
Rodríguez Romero, Victoria
Daimiel Lillo, Marta*

CANTIDAD DE HEMOCOMPONENTES TRASFUNDIDOS EN LAS DISTINTAS UNIDADES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL



AUTORES: PEDRO MOLINA ROMERO, FRANCISCO JOSE CASTELLANOS ROSELL, CRISTINA VILLASEÑOR MARTIN-PORTUGUES, AURORA HONRADO LOPEZ-MENCHERO, ANGEL LUIS ROJAS GONZALEZ, ENRIQUE OVIEDO RUBIO

INTRODUCCIÓN: Una transfusión de sangre y/o hemocomponentes es reponer los componentes de la sangre vitales para la supervivencia de los pacientes: hemáties, plaquetas y plasma, que no se pueden sustituir mediante otras alternativas. Es un tratamiento de un tejido vivo y que por lo tanto le confiere unas características especiales a otros tratamientos médicos. Está indicado en los pacientes que, en un momento determinado, presentan una carencia de los componentes sanguíneos esenciales.

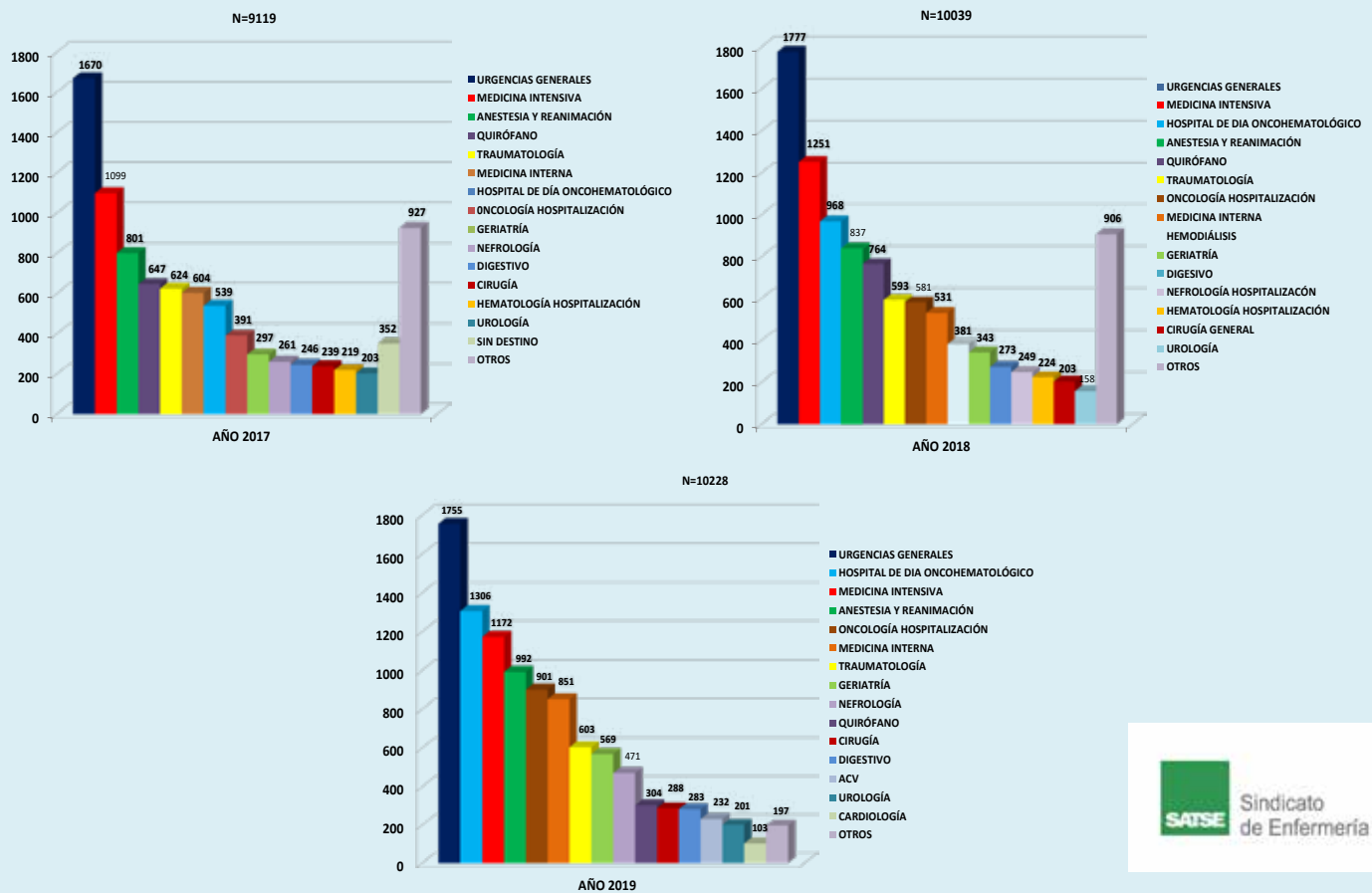
Las transfusiones comportan unos riesgos y siempre tiene que ser un médico quien tome la decisión de transfundir, - en función del estado del enfermo, - los resultados de los análisis y - una valoración de la situación. En este caso, los pacientes siempre deben firmar un documento de autorización que se denomina consentimiento informado.

Por otro lado hay que tener presente que es un bien escaso, puesto que todavía en España el nivel de autoabastecimiento es bajo, por lo que hay que tener presente que es un producto caro ya que, aunque la donación es altruista, las tareas de promoción, extracción, fraccionamiento, conservación, técnicas serológicas y su distribución generan un gasto importante. Por eso la transfusión a nivel hospitalario solo debe emplearse en circunstancias muy justificadas, los beneficios superan los riesgos, y sus indicaciones deben ser muy cuidadas.

Nos hemos marcado como Objetivo Principal la evolución de los hemocomponentes trasfundidos (cuantificándolos) en las distintas Unidades y Servicios del Hospital, durante el periodo de tiempo que vamos a estudiar (años 2017, 2018 y 2019).

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODO): Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo del total de hemocomponentes trasfundidos durante el periodo estudiado 2017-2019. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

RESULTADOS: Siendo "N", el número total de Unidades de Hemocomponentes trasfundidos a lo largo de los años estudiados.



CONCLUSIONES: Estudiados los resultados, concluimos que el número total de transfusiones de hemocomponentes a lo largo del periodo comprendido 2017-2019, el aumento por año no ha sido realmente significativo (9119 en 2017, 10039 en 2018 y 10228 en 2019). Comprobamos que la Unidad en donde más se ha trasfundido ha sido en Urgencias Generales (1670 en 2017, 1777 en 2018 y 1755 en 2019), seguido por Medicina Intensiva (1099 en 2017, 1251 en 2018 y 1172 en 2019), Anestesia y Reanimación (801 en 2017, 837 en 2018 y 992 en 2019). Por regla general, las Unidades de Hospitalización quirúrgica son en las que más se trasfunde superando todas las 250 transfusiones aproximadamente, siendo Traumatología la que más trasfunde (624 en 2017, 593 en 2018 y 603 en 2019).

Observamos que la tendencia de transfusiones en Hospital de día Oncohematológico aumenta de manera significativa (539 en 2017, 968 en 2018 y 1306 en 2019). Concluimos que es un dato muy significativo. Como dato también a tener en cuenta, es la cantidad de transfusiones realizadas en Unidades como Medicina Interna (604 en 2017, 531 en 2018 y 851 en 2019) y Geriatría (297 en 2017, 343 en 2018 y 569 en 2019).

En el apartado al que nos referimos como "Otros", son Unidades como Pediatría, ORL, Paliativos, UCI Neonatal, Neurocirugía, Hospital de Día Médico, etc... en donde las transfusiones no superan de manera individual a las 70 transfusiones anuales.

Resumen: El carcinoma de células escamosas es el segundo cáncer de piel más frecuente del mundo. Caracterizado por el crecimiento anómalo de las células escamosas de la piel que conforman la epidermis.

Se expone el caso de una mujer de raza blanca, de 80 años de edad, no fumadora, sin antecedentes patológicos personales de interés. Remitida por su MAP por presentar lesión frontal de varios meses de evolución con crecimiento brusco de la misma en los dos últimos meses.

Palabras Clave: Carcinoma epidermoide, Cáncer cutáneo, Prevención

Desarrollo del trabajo:

El carcinoma de células escamosas ocupa el segundo lugar más frecuente entre las neoplasias cutáneas malignas del mundo. Está caracterizado por el crecimiento anómalo de las células que conforman casi toda la epidermis.

Presenta el aspecto de una herida con costra y bordes sobre elevados que sangran con facilidad. Pudiendo aparecer en cualquier zona del cuerpo, aunque se presenta con mayor frecuencia en áreas expuestas a la luz ultravioleta, como es el caso de: orejas, cara, cuero cabelludo, manos, brazos y piernas.

La probabilidad de padecer este tipo de cáncer se incrementa con la edad, pues el daño provocado por la exposición solar en las células es acumulativo.

Además, tiene capacidad para producir metástasis, sobre todo a nivel ganglionar, pero esto solo ocurre en casos muy avanzados. Es por esto que ante la sospecha clínica de la aparición de este tipo de cáncer cutáneo se deben tomar todas las precauciones necesarias para corroborar el diagnóstico e imponer el tratamiento más adecuado de la manera más rápida posible, con el fin de reducir la mortalidad que genera este tipo de neoplasia maligna cuya incidencia se ha visto incrementada en los últimos años.

Bibliografía:

1. J. Bonerandi; S. Monestier. Carcinoma epidermoide (espinocelular) y sus precursores. Elsevier. Volume 45, Issue 2, 2011, Pages 1-19. [Internet]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289611710445>
2. Mercadillo Pérez, P., Moreno López, L.M. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. Artículo de revisión. Dermatol Rev Mex 2013; 57:118-127. [Internet]. Disponible en: <https://www.medicographic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2013/rmd132f.pdf>
3. Telich Tarriba, J.E., Monter Plata, A., Víctor Baldín, A., Apellaniz Campo., A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. Terapéutica al día. Vol 15, Nº2, abril-junio 2017. [Internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v15n2/1870-7203-amga-15-02-00154.pdf>
4. Cañueto, J., Román-Curto, C. Pronóstico y tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo. Elsevier. 2017. Pages 1-14. [Internet]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/315471091_Pronostico_y_tratamiento_del_carcinoma_epidermoide_cutaneo

Capítulo 42

Carencias nutricionales del deportista vegano y sus consecuencias.

Rodríguez Sanchez, Cristina

Torrijos López, Laura

Carencias nutricionales del deportista vegano y sus consecuencias. (Revisión bibliográfica).

Cristina Rodríguez Sánchez

Laura Torrijos López



SATSE

INTRODUCCIÓN

Numerosos deportistas llevan a cabo una dieta vegana, existen diferentes tipos de dieta dependiendo de los alimentos que consumen:

- **Vegetalista o vegetariano estricto:** No consume ningún alimento de origen animal. Obtiene la mayoría de los nutrientes de las frutas, las verduras, pasta o los cereales, las legumbres, frutos secos y semillas.
- **Ovovegetarianos** incluyen huevos en su dieta.
- **Lactovegetarianos** incluyen alimentos lácteos.
- **Ovolactovegetarianos**, consumen huevos y productos lácteos a la vez.
- **Semivegetarianos** porque no comen carnes rojas, como el buey, ternera o productos del cerdo, pero consumen pescado y carne blanca de pollo o pavo.
- **Pescovegetarianos** los que consumen pescado pero rechazan el pollo.

La obtención de una dieta equilibrada de nutrientes depende del tipo de opción de dieta. Serán más restrictivos cuando se suprimen enteros los grupos de alimentos, así como los lácteos, huevos, carnes, ya que se limita la ingesta de calcio y hierro hemo (la que mayor cantidad de absorción presenta) y proteínas de gran valor biológico.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se han realizado numerosas búsquedas y revisiones bibliográficas en las principales fuentes de acceso online, bases de datos, páginas web, blogs y revistas.

OBJETIVOS

Conocer las limitaciones y carencias nutricionales de la dieta vegana así como Efectos de la dieta vegetariana estricta en el rendimiento físico-deportivo.



RESULTADOS

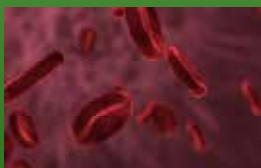
Carencias:

- **Calorías:** La deficiencia calórica es una de las limitaciones. La solución sería comer más de los grupos de alimentos que aporten más calorías, como los frutos secos, semillas, o fruta secada, o añadiendo a los platos principales, legumbres, aguacate, boniatos, patata o pasta.
- **Vitaminas:** pueden sufrir deficiencias en la vitamina B12, ya que dicha vitamina no se encuentra en los alimentos vegetales. Se encuentra en muchos productos animales, especialmente en el hígado de ternera, caviar, ostras, arenque, sardinas, atún o en los huevos.
- **Minerales:** padecer deficiencias en el zinc, hierro o calcio. Los vegetales y cereales son ricos en fitatos y oxalatos, que pueden unirse a los minerales de manera que dificultan su absorción. Habría que añadir alimentos ricos en estos minerales. Para la absorción del hierro, añadir en cada comida alimentos con vitamina C (cítricos, pimiento rojo...) y no tomar alimentos ricos en hierro junto al calcio.
- **Calidad de las proteínas:** mayor dificultad para vehicular la cantidad de proteína necesaria para cubrir los requerimientos. La exclusión de alimentos que proporcionan proteína de origen animal (carnes, pescados, huevos y lácteos), hace que sea necesario un volumen mucho mayor de ingesta de los alimentos que aportan grandes cantidades de proteína de origen vegetal (legumbres), lo que puede provocar molestias y trastornos gastrointestinales. Los productos animales contienen generalmente proteína completa, mientras que las proteínas vegetales son incompletas.

Es importante en los vegetarianos que se ingieran alimentos que contengan elementos como el hierro, calcio y zinc, y factores que favorezcan su absorción. En las dietas vegetarianas estrictas, no hay hierro hemo, en la que su absorción puede ser de un 30% en las carnes rojas, hígado..., en los alimentos vegetales solamente hay hierro no hemo (solamente se absorbe un 4-8%) y para esto necesitamos añadir factores favorecedores de su absorción como la vitamina C (frutos cítricos como la naranja o kiwi), e inhibir los factores inhibidores como los fitatos (suelen estar en las pieles de las legumbres o cereales, cuando estas son integrales).

Efectos de la dieta vegetariana estricta en el rendimiento físico-deportivo:

- Para los deportistas vegetarianos de resistencia de larga duración y especialmente en las mujeres, es importante que tomen adecuadas **cantidades de hierro**, y en todo caso tomar factores favorecedores como la vitamina C en cada comida puesto que su absorción es muy escasa, y difícilmente contrarresta las pérdidas producidas por el ejercicio físico de larga duración, menos cuando hay muchos microtraumatismos, por el impacto contra el pavimento (cuando corremos por ejemplo).
- A la vez tenemos que añadir que las dietas vegetarianas son pobres en **creatina** (abundante en las carnes), lo cual, para deportistas de fuerza explosiva que utilicen la vía anaeróbica aláctica como vía prioritaria, sería más que interesante suplementarse con creatina, porque tengan los depósitos más bajos de los normal a seguir una dieta vegetariana.
- Los deportistas de resistencia necesitan más cantidad de **proteínas** que cualquier otro deportista, ya que además de ser necesaria para construir nuevas células y recuperarse de los esfuerzos prolongados, los deportistas de resistencia pueden utilizar los aminoácidos como recurso energético en un 5-10%.



CONCLUSIONES

No está demostrado que la dieta vegetariana pueda mejorar el rendimiento, por lo que no se recomienda realizar este tipo de dieta en los deportistas, ya que una dieta equilibrada junto a una hidratación adecuada con todos los grupos de alimentos puede ser favorable, para que se den las condiciones óptimas para dar el rendimiento físico óptimo.

Resumen: Una alimentación saludable permite un funcionamiento adecuado del organismo, debe ser suficiente, completa, equilibrada y adaptada a cada persona. En los últimos años las dietas vegetarianas han aumentado sus seguidores. Estas dietas se caracterizan por eliminar de la alimentación elementos que podrían provocar carencias nutricionales en la actividad del deportista. Cuanto más se restrinjan ciertos alimentos, más difícil será obtener los nutrientes necesarios. Los deportistas deben complementar la dieta para contrarrestar estas pérdidas con elementos como el Hierro, vitamina C y creatina para evitar los efectos secundarios de su falta.

Palabras Clave: Métodos de Alimentación, Dieta Vegetariana, Ciencias de la Nutrición

Desarrollo del trabajo:

En los últimos años las dietas vegetarianas han aumentado sus seguidores debido a diversos factores, éticos, religiosos o de salud entre ellos. Dependiendo del tipo de dieta más o menos estricta faltarán determinados nutrientes en la dieta.

Dependiendo de los alimentos que consumen las dietas pueden ser:

- Vegetalista o vegetariano estricto: No consume ningún alimento de origen animal. Obtiene la mayoría de los nutrientes de las frutas, las verduras, pasta o los cereales, las legumbres, frutos secos y semillas.
- Ovo-vegetarianos comen huevos.
- Lacto-vegetarianos incluyen lácteos.
- Ovo-lacto-vegetarianos, consumen huevos y productos lácteos.
- Semi-vegetarianos no comen carnes rojas, como el buey, ternera o productos del cerdo, pero consumen pescado y carne blanca de pollo o pavo.
- Pesco-vegetarianos que consumen pescado pero no carnes blancas.

La obtención de una dieta equilibrada de nutrientes depende del tipo de opción de dieta. Serán más restrictivos cuando se suprimen enteros los grupos de alimentos, así como los lácteos, huevos, carnes, ya que se limita la ingesta de calcio y hierro hemo (la que mayor cantidad de absorción presenta) y proteínas de gran valor biológico.

Material y Métodos:

Se han realizado numerosas búsquedas y revisiones bibliográficas en las principales fuentes de acceso online, bases de datos, páginas web, blogs y revistas.

Objetivos:

Conocer las limitaciones y carencias nutricionales de la dieta vegana así como efectos de la dieta vegetariana estricta en el rendimiento físico-deportivo.

Resultados:

Se han observado las siguientes carencias nutricionales:

- **Calorías:** la disminución calórica es una de las limitaciones. La solución sería comer más de los grupos de alimentos que aporten más calorías, como los frutos secos, semillas, fruta secada, añadiendo a los platos principales, legumbres, aguacate, boniatos, patata o pasta.
- **Vitaminas:** pueden sufrir deficiencias en la vitamina B12, ya que dicha vitamina no se encuentra en los alimentos vegetales. Se encuentra en muchos productos animales, sobre todo en el hígado de ternera, caviar, ostras, arenque, sardinas, atún o en los huevos.
- **Minerales:** padecen deficiencias en el cinc, hierro o calcio. Los vegetales y cereales son ricos en fitatos y oxalatos, que pueden unirse a los minerales de manera que dificultan su absorción. Habría que añadir alimentos ricos en estos minerales. Para la absorción del hierro, añadir en cada comida alimentos con vitamina C (cítricos, pimienta roja...) y no tomar alimentos ricos en hierro junto al calcio.
- **Calidad de las proteínas:** mayor dificultad para vehicular la cantidad de proteína necesaria para cubrir los requerimientos. La falta de alimentos que proporcionan proteína de origen animal (carnes, pescados, huevos y lácteos), hace que sea necesario un volumen mayor de ingesta de los alimentos que aportan grandes cantidades de proteína de origen vegetal (legumbres), lo que puede provocar molestias y trastornos gastrointestinales. Los productos animales contienen generalmente proteína completa, mientras que las proteínas vegetales son incompletas.

Es importante en los vegetarianos que ingieran alimentos que contengan elementos como el hierro, calcio y cinc, y factores que favorezcan su absorción. En las dietas vegetarianas estrictas, no hay hierro hemo, en la que su absorción puede ser de un 30% en las carnes rojas, hígado..., en los alimentos vegetales solamente hay hierro no hemo (solamente se absorbe un 4-8%) y para esto necesitamos añadir factores favorecedores de su absorción como la vitamina C (frutos cítricos como la naranja o kiwi), e inhibir los factores inhibidores como los fitatos (suelen estar en las pieles de las legumbres o cereales, cuando estas son integrales).MA

Efectos de la dieta vegetariana estricta en el rendimiento físico-deportivo:

- Para los deportistas vegetarianos de resistencia de larga duración y en las mujeres, es importante tomar adecuadas cantidades de hierro, y tomar factores favorecedores de la absorción como la vitamina C en cada comida puesto que su absorción es muy escasa, y no contrarresta las pérdidas producidas por el ejercicio físico de larga duración, menos cuando hay muchos microtraumatismos, por el impacto contra el pavimento (cuando corremos, por ejemplo).
- Añadir que las dietas vegetarianas son pobres en creatina (abundante en las carnes), para deportistas de fuerza explosiva que utilicen la vía anaeróbica aláctica como vía principal, sería más que interesante suplementarse con creatina, porque tengan los depósitos más bajos de lo normal a seguir una dieta vegetariana.
- Los deportistas de resistencia necesitan más cantidad de proteínas que cualquier otro deportista, ya que además de ser necesaria para construir nuevas células y recuperarse de los esfuerzos prolongados, los deportistas de resistencia pueden utilizar los aminoácidos como recurso energético en un 5-10%.

Conclusiones:

La supresión de ciertos nutrientes en la dieta puede provocar problemas en el rendimiento deportivo, así como calambres y lesiones musculares. No está demostrado que la dieta vegetariana pueda mejorar el rendimiento, por lo que no se recomienda realizar este tipo de dieta en los deportistas

Bibliografía:

1. Aritz Urdampilleta Otegui, José Miguel Martínez Sanz. Efdeportes [Internet]. 2010. La dieta vegetariana: limitaciones y sus posibles efectos en el rendimiento físico-deportivo [Consultado 18 de febrero 2020]. Disponible en: [https:// www.efdeportes.com/efd150/la-dieta-vegetariana-efectos-en-el-rendimiento.htm](https://www.efdeportes.com/efd150/la-dieta-vegetariana-efectos-en-el-rendimiento.htm)
2. Fátima Torres Flores, Fernando Mata, Elena Pavia Rubio, Carlos Ríos. Dieta vegetariana y rendimiento deportivo. EmasF. Revista Digital de Educación Física. 2017: 8(46):27-38.
3. José Ramón Alvero Cruz, José Enrique Sirvent Belando. La nutrición en la actividad física y el deporte. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2017.

Capítulo 43

Caso clínico representativo del beneficio del uso del Prontosan en la cura de una úlcera por presión grado IV

Serrano Mora, Raquel

Muñoz Ramón, Víctor

Villa Grueso, Esther

Jiménez Álvarez, Vicente

Márquez Lara, Ana Belén

CASO CLINICO REPRESENTATIVO DEL BENEFICIO DEL USO DEL PRONTOSAN EN LA CURA DE UNA ULCERA POR PRESIÓN GRADO IV

Serrano Mora, Raquel; Muñoz Ramón, Víctor; Villa Grueso, Esther; Jiménez Álvarez, Vicente; Márquez Lara, Ana Belén.

INTRODUCCIÓN: Planteamos un caso clínico de un paciente que tras ser amputado presenta una nueva úlcera de recuperación tórpida. Después de tratarla, sin éxito, con iruxol y apósito de plata se decide aplicar el método científico, usando la taxonomía NANDA para abordar la situación y comenzar realizando curas con Prontosan

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c una excesiva presión en la zona glútea m/p alteración y destrucción de las capas de la piel	1004 Estado nutricional - Ingesta alimentos líquidos adecuada 0203 Inmovilización - De tumbado a sentado - De un costado a otro 1101 Integridad tisular piel y membranas mucosas 1103 Curación de la herida por 2º intencion	0910 Inmovilización - Levantar al sillón y movilidad en cama - Utilizar colchón antiescaras 3584 Cuidados de la piel, tto. Tópico - Limpieza con SF y posteriormente impregnar gasas con Prontosan e introducir las en cavidad durante 15 min, retirar restos. Colocar de nuevo gasas con Prontosan y tapar con un parche. 3590 Vigilancia de la piel - Monitorizar y controlar el color, temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel perilesional: enrojecida e infectada.
00004 Riesgo de infección: riesgo de ser invadido por microorganismo patógeno	1807 Conocimiento: control de la infección 1908 Detección del riesgo 1902 Control del riesgo	6540 Control de las infecciones - Enseñar al paciente y familia a evitar las infecciones - Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de la herida - Control en consulta de cirugía. 3500 Manejo de presiones - Fomentar y movilizar al paciente a que aumente su movilidad y procure caminar si su capacidad se lo permite

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 90 años con UPP en zona glútea derecha de grado IV, desarrollada durante ingreso en centro hospitalario tras ser intervenido de amputación infracondilea derecha.

Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas

DB tipo II en tratamiento con ADOS

HTA

Cardiopatía isquémica con enfermedad severa de tres vasos. FEVI 45%. Colocación de válvula aórtica biológica

Situación basal: no deterioro cognitivo. Camina con andador tras colocación de prótesis en MID.

Úlcera tratada con iruxol y posteriormente con apósito de plata, empeora. Se decide usar taxonomía NANDA. Se cambian las pautas de curas a Prontosan c/ 12 horas y medidas encaminadas a evitar la presión



8/05/2019
Piel perilesional enrojecida, con infección.
Prontosan c/12 horas

16/05/2019.
Piel perilesional menos enrojecida y sin infección. Prontosan c/12 h



16/06/2019.
Granulación progresiva.
Prontosan con misma pauta

11/06/2019.
Aproximación de bordes con granulación en 1/3 inferior.
Prontosan c/24 h



30/10/2019
Cierre de úlcera.
Hidratación de piel

DISCUSIÓN: Hay que buscar el tratamiento ideal para cada tipo de úlcera, en este caso se comenzó con iruxol, continuando con apósitos de plata. Lejos de mejorar la úlcera empeoró. Ante la tórpida evolución de la misma. Esta situación revirtió al usar el método científico y cambiar de tratamiento a Prontosan. Es necesario difundir la necesidad de aplicar la evidencia en los cuidados para avanzar como profesión.

CONCLUSIÓN

Siempre que se trate una UPP, hay que tener en cuenta la lesión y el paciente en su conjunto. En este caso, tanto paciente como familia estaban desesperados por la mala evolución de la úlcera en los inicios, provocándoles una angustia por miedo a tener que pasar de nuevo por el trauma de una amputación. Al iniciar tratamiento con Prontosan, y dada la buena evolución de la lesión, paciente y familiares recobraron la confianza y el optimismo.

Resumen: *Planteamos un caso clínico de un paciente que tras ser amputado presenta una nueva úlcera de recuperación tórpida. Después de tratarla, sin éxito, con iruxol y apósito de plata se decide aplicar el método científico, usando la taxonomía NANDA para abordar la situación y comenzar realizando curas con Prontosan*

Palabras Clave: *Úlcera por Presión, Amputación, Tejido de Granulación*

Desarrollo del trabajo:

Planteamos un caso clínico de un paciente que tras ser amputado presenta una nueva úlcera de recuperación tórpida.

Caso clínico:

Paciente varón de 90 años con UPP en zona glútea derecha de grado IV, desarrollada durante ingreso en centro hospitalario tras ser intervenido de amputación infracondilea derecha.

Úlcera tratada con iruxol y posteriormente con apósito de plata, empeora. Se decide usar taxonomía NANDA. Se cambian las pautas de curas a Prontosan cada 12 horas y medidas encaminadas a evitar la presión.

Plan de Cuidados:

NANDA: 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con una excesiva presión en la zona glútea manifestado por alteración y destrucción de las capas de la piel.

NOC: 1004 Estado nutricional

- Ingesta alimentos y líquidos adecuada 0203 Inmovilización

- De tumbado a sentado

- De un costado a otro

1101 Integridad tisular piel y membranas mucosas

1103 Curación de la herida por 2º intención

NIC: 0910 Inmovilización

- Levantar al sillón y movilidad en cama

- Utilizar colchón antiescaras

3584 Cuidados de la piel, tto. tópico

- Limpieza con SF y posteriormente impregnar gasas con Prontosan e introducir las en cavidad durante 15 min, retirar restos. Colocar de nuevo gasas con Prontosan y tapar con un parche. 3590 Vigilancia de la piel

- Monitorizar y controlar el color, temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel perilesional: enrojecida e infectada.

NANDA: 00004 Riesgo de infección: riesgo de ser invadido por microorganismo patógeno

NOC: 1807 Conocimiento: control de la infección 1908 Detección del riesgo

1902 Control del riesgo

NIC: 6540 Control de las infecciones

- Enseñar al paciente y familia a evitar las infecciones
- Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de la herida
- Control en consulta de cirugía. 3500 Manejo de presiones
- Fomentar y movilizar al paciente a que aumente su movilidad y procure caminar si su capacidad se lo permite

Discusión:

Hay que buscar el tratamiento ideal para cada tipo de úlcera, en este caso se comenzó con iruxol, continuando con apósitos de plata. Lejos de mejorar la úlcera empeoró. Ante la tórpida evolución de la misma. Esta situación revirtió al usar el método científico y cambiar de tratamiento a Prontosan. Es necesario difundir la necesidad de aplicar la evidencia en los cuidados para avanzar como profesión.

Conclusión:

Siempre que se trate una UPP, hay que tener en cuenta la lesión y el paciente en su conjunto.

En este caso, tanto paciente como familia estaban desesperados por la mala evolución de la úlcera en los inicios, provocándoles una angustia por miedo a tener que pasar de nuevo por el trauma de una amputación. Al iniciar tratamiento con Prontosan, y dada la buena evolución de la lesión, paciente y familiares recobraron la confianza y el optimismo.

Bibliografía:

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Disponible en : www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php
2. Fuentes_ Pumarola C, Bisbe-Company N, Galvany-Ferrer M, Grangou-Llenas D. Evaluación de los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión en el enfermo crónico.
3. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro M, Pérez-Hernández R. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el tratamiento de las úlceras por Presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas.
4. Limpieza y descontaminación efectiva del lecho de la herida . Trabajo galardonado con el primer premio de la edición 2007 del "II Premio Científico Prontosan".Disponible en sghweb.es/colaboracion-socios/limpieza-lecho-herida.

Capítulo 44

Caso clínico. Parálisis cerebral infantil (PCI) tipo tetraparesia espástica secundario a mutación en SPATA 5

Madueño Moreno, José Luis

Madueño Moreno, Silvia

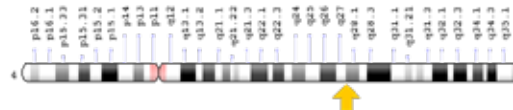
CASO CLÍNICO. PARALISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI) tipo tetraparesia espástica secundario a mutación en SPATA 5

Silvia Madueño Moreno y Jose Luis Madueño Moreno

INTRODUCCIÓN:

PARALISIS CEREBRAL (PC) se define como un grupo de desórdenes permanentes del desarrollo del movimiento y postura que causan una limitación; se atribuyen a alteraciones no progresivas que ocurren en el desarrollo del cerebro fetal o infantil. Los desórdenes motores de la PC frecuentemente se acompañan de alteraciones en la sensación, percepción, cognición, comunicación, conducta y problemas musculoesqueléticos.

El SPATA5 es un gen localizado en el brazo largo del cromosoma 4, en la posición 28.1.



Las variantes en el gen SPATA5 se han descrito en una cohorte de pacientes con retraso del desarrollo global, pérdida auditiva neurosensorial, convulsiones, discapacidad visual cortical y microcefalia. Se localiza predominantemente, en la mitocondria y se propone participar en la función mitocondrial y en los procesos de desarrollo cerebral. Los pacientes con deficiencias en la proteína SPATA 5 presentan un desequilibrio significativo en la tasa de fusión-fisión mitocondrial, producción de energía dañada y axones cortos. En conclusión, tiene un papel importante en la dinámica mitocondrial y el crecimiento axonal, lo que deriva en un trastorno neurodegenerativo y/o una presentación clínica similar a un trastorno mitocondrial.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Niño de 4 años de edad que a los 14 días de vida tuvo un episodio febril con probable etiología viral. Presentaba retraso psicomotor desde las primeras fases, no presentando sonrisa facial ni sostén cefálico en ese momento. A partir de los 6 meses, la madre notó movimientos extraños en los ojos (refiere crisis tónicas acompañadas de movimientos oculares), diagnosticado de epilepsia a los 8 meses, con mayor cantidad de crisis durante el sueño. A nivel motor, continua tensión muscular, parece que intentara girarse. A nivel de lenguaje: balbuceos y gritos para llamar la atención. Subluxación de cadera (realizada tenotomía en abril/19), astigmatismo. Tetraparesia en tratamiento con lioresal y administración de toxina botulínica en septiembre/19. Portador de audífonos. Come bien por boca, no atragantamientos, aunque mantiene peso y talla en límite bajo. Nivel de desarrollo evolutivo entre 0 y 12 meses

Diagnósticos:

- Tetraparesia espástica con hipotonía cervicoaxial
- Epilepsia secundaria, diagnosticada a los 8 meses
- Sordera naurosensorial
- Atrofia cerebral global
- Mutación en SPATA5

Tratamiento:

Kepra 500mg- 0 - 500mg
 Depakine: 150 mg - 0 - 200mg
 Lamictal: 75 mg- 0 - 50mg
 Lioresal: 10mg - 10mg - 5mg
 Carnicor 30%: 2 m l- 0 -2ml

Otras recomendaciones:

Rehabilitación y fisioterapia continuas

Plan de cuidados de enfermería

DIAGNOSTICO	NOC	NIC
00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo	00102 desarrollo infantil: 6 meses	8274 Fomentar el desarrollo: niño 5605 Enseñanza: estimulación infantil 8250 Cuidados en el desarrollo
00051 Deterioro de la comunicación verbal	00903 Comunicación expresiva	5460 Contacto 4720 Estimulación cognoscitiva
00002 Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades	1612 Control de peso 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1240 Ayuda para ganar peso
00214 Disconfort	0003 Descanso. 2008 Estado de comodidad. 2109 Nivel de Malestar	6482 Manejo ambiental: confort. 5880 Técnicas de relajación
00092 Intolerancia a la Actividad	00005 Tolerancia de la actividad 00208 Nivel de movilidad	04310 Terapia de actividad 05612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
00035 Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial	01910 Ambiente seguro del hogar	06654 Vigilancia; seguridad

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

La mutación en el gen SPATA5, del que existen unos 50 casos en todo el mundo, produce una variedad de síntomas; entre los que se encuentran: microcefalia, ceguera cortical, hipoacusia neurosensorial, espasticidad y retraso mental. Son pacientes que presentan tanto dificultad de adaptación al medio, como de comunicación con su entorno. El plan de cuidados por entero, está enfocado en proporcionar confort y fomentar la psicomotricidad.

Resumen: PARALISIS CEREBRAL (PC) se define como un grupo de desórdenes permanentes del desarrollo del movimiento y postura que causan una limitación; se atribuyen a alteraciones no progresivas que ocurren en el desarrollo del cerebro fetal o infantil. Los desórdenes motores de la PC frecuentemente se acompañan de alteraciones en la sensación, percepción, cognición, comunicación, conducta y problemas musculoesqueléticos.

El SPATA5 es un gen localizado en el brazo largo del cromosoma 4, en la posición 28.1, cuya mutación determinan pacientes con retraso en el desarrollo global, pérdida sensitiva neurosensorial, convulsiones, discapacidad visual cortical y microcefalia.

Palabras Clave: Spata, Parálisis cerebral, Tetraparesia Spástica

Desarrollo del trabajo:

La parálisis cerebral es considerada como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento, el tono y la postura causantes de limitación de la actividad atribuidos a una lesión no progresiva sobre el cerebro. La causa suele ser multifactorial; existen factores prenatales y perinatales (que suponen el 85% de las causas de parálisis cerebral congénita) y factores posnatales (que corresponden al 15% de las parálisis cerebrales adquiridas)

El SPATA5 se localiza, predominantemente, en la mitocondria y se propone participar en la función mitocondrial y en los procesos de desarrollo cerebral. Los pacientes con deficiencias en la proteína SPATA 5 presentan un desequilibrio significativo en la tasa de fusión-fisión mitocondrial, producción de energía dañada y axones cortos. En conclusión, tiene un papel importante en la dinámica mitocondrial y el crecimiento axonal, lo que deriva en un trastorno neurodegenerativo y/o una presentación clínica similar a un trastorno mitocondrial.

Observación Clínica:

Niño de 4 años que a los 14 días de vida tuvo un episodio febril con probable etiología viral. Presentaba retraso psicomotor desde las primeras fases, no presentando sonrisa facial ni sostén cefálico en ese momento. A partir de los 6 meses, la madre notó movimientos extraños en los ojos (refiere crisis tónicas acompañadas de movimientos oculares), diagnosticado de epilepsia a los 8 meses, con mayor cantidad de crisis durante el sueño. A nivel motor, continua tensión muscular, parece que intentara girarse. A nivel de lenguaje: balbuceos y gritos para llamar la atención.

Subluxación de cadera (realizada tenotomía en abril/19), astigmatismo. Tetraparesia en tratamiento con lioresal y administración de toxina botulínica en septiembre/19. Portador de audífonos. Come bien por boca, no atragantamientos, aunque mantiene peso y talla en límite bajo. Nivel de desarrollo evolutivo entre 0 y 12 meses

Diagnósticos:

Tetraparesia espástica con hipotonía cervicoaxial Epilepsia secundaria, diagnosticada a los 8 meses Sordera neurosensorial

Atrofia cerebral global Mutación en SPATA5 Tratamiento:

Keppra 500mg- 0 - 500 mg

Depakine: 150 mg - 0 - 200 mg

Lamictal: 75 mg- 0 - 50 mg

Lioresal: 10mg - 10mg - 5mg

Carnicor 30%: 2 ml - 0 - 2ml

Otras recomendaciones:

Rehabilitación y fisioterapia continuas Plan de cuidados de enfermería

1. Diagnóstico: 00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo

NOC: 00102 desarrollo infantil: 6 meses

NIC: 8274 Fomentar el desarrollo: niño

5605 Enseñanza: estimulación infantil

8250 Cuidados en el desarrollo

2. Diagnóstico: 00051 Deterioro de la comunicación verbal

NOC: 00903 Comunicación expresiva

NIC: 5460 Contacto

4720 Estimulación cognoscitiva

3. Diagnóstico 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

NOC: 1612 Control de peso

1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

NIC: 1240 Ayuda para ganar peso

4. Diagnóstico: 00214 Discomfort

NOC: 0003 Descanso.

2008 Estado de comodidad.

2109 Nivel de Malestar

NIC: 6482 Manejo ambiental: confort.

5880 Técnicas de relajación

5. Diagnóstico: 00092 Intolerancia a la Actividad

NOC: 00005 Tolerancia de la actividad

00208 Nivel de movilidad

NIC: 04310 Terapia de actividad

05612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

6. Diagnóstico: 00035 Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial

NOC: 01910 Ambiente seguro del hogar

NIC: 06654 Vigilancia; seguridad

Discusión y Conclusiones:

La mutación en el gen SPATA5, del que existen unos 50 casos en todo el mundo, produce una variedad de síntomas; entre los que se encuentran: microcefalia, ceguera cortical, hipoacusia neurosensorial, espasticidad y retraso mental. Son pacientes que presentan tanto dificultad de adaptación al medio, como de comunicación con su entorno. El plan de cuidados por entero está enfocado en proporcionar confort y fomentar la psicomotricidad.

Bibliografía:

1. Buchert, R., Nesbitt, AI, Tawamie, H. et al. Las mutaciones de SPATA5 causan un fenotipo autosómico recesivo distintivo de discapacidad intelectual, hipotonía e hipoacusia. *Orphanet J Rare Dis* 11, 130 (2016). [https:// doi.org/10.1186/s13023-016-0509-9](https://doi.org/10.1186/s13023-016-0509-9)
2. Puusepp S, Kovacs-Nagy R, Alhaddad B, Braunisch M, Hoffmann GF, Kotzaeridou U, Lichvarova L, Liiv M, Makowski C, Mandel M, Meitinger T, Pajusalu S, Rodenburg RJ, Safiulina D, Strom TM, Talvik I, Vaarmann A, Wilson C, Kaasik A, Haack TB, Õunap K. Compound heterozygous SPATA5 variants in four families and functional studies of SPATA5 deficiency. *Eur J Hum Genet*. 2018 Mar;26(3):407-419. doi: 10.1038/s41431-017-0001-6. Epub 2018 Jan 17. PMID: 29343804; PMCID: PMC5838984.
3. Zanus C, Costa P, Faletra F, Musante L, Russo A, Grazian L, Carrozzi M. Description of a peculiar alternating ictal electroclinical pattern in a young boy with a novel SPATA5 mutation. *Epileptic Disord*. 2020 Oct 1;22(5):659-663. doi: 10.1684/epd.2020.1204. PMID: 33063670.

Capítulo 45

Caso clínico: amamantar con un solo pecho

Cabezalí Lozano, Ana María

Torres Gallego-Casilda, Consolación

Diezma Molero, Cristina

García-Cervigón Jaime, Miguela

Morchón Rosales, María

CASO CLÍNICO: AMAMANTAR CON UN SOLO PECHO

AUTORES

Ana María Cabezali Lozano ¹, María Morchón Rosales ¹, Cristina Diezma Molero ¹, Consolación Torres Gallego-Casilda ¹, Miguela García-Cervigon Jaime ¹, UCINP Hospital "Mancha-Centro" ¹.

INTRODUCCIÓN

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) un varón por prematuridad (31+1 SG). La madre expresa su deseo de dar lactancia materna (LM). Antecedentes quirúrgicos: cirugía por un traumatismo en el pezón derecho. En el servicio de Ginecología aconsejan a la madre inhibir la LM con Dostinex®; ella consulta con las enfermeras del servicio de UCIN por la posibilidad de continuar con la estimulación láctea. La madre tiene referencias familiares con experiencias positivas en LM. Desde el servicio de UCIN se contacta con una asesora internacional de lactancia (IBCLC) para que nos oriente en esta situación. En este caso el niño no había adquirido aún la coordinación succión-deglución-respiración, por lo que nuestro trabajo se centró en instruir a la madre en la estimulación y extracción de leche para administrársela al niño en diferido.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

- Traumatismo en el pecho derecho hace cinco años que hizo necesario intervenir quirúrgicamente el pezón de dicha mama, sin conseguir una aproximación completa de los bordes. Se desconoce si en dicha intervención se vieron afectados conductos galactóforos y eyectores.
- Estimulación manual de ambos pechos por igual, consiguiendo ingurgitación y producción láctea del pecho izquierdo; en el pecho afectado nota cambios y sensaciones similares al otro, aunque sólo se consiguen gotas de leche.
- Al segundo día se observa que no hay recanalización de los conductos y se aconseja abandonar la estimulación del pecho intervenido, continuando únicamente con el pecho contralateral.
- Se consigue producción efectiva de calostro/leche en el pecho no intervenido.
- Los primeros días la madre necesita tomar algún antiinflamatorio para aliviar las molestias del pecho afecto.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA 2018-2020	Resultados NOC	Intervenciones NIC
PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE (00107) Deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas. Factores relacionados: -Prematuridad. Características definitorias: - Incapacidad para iniciar o mantener una succión efectiva. - Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008). Ingestión alimentaria oral (100801).	Alimentación enteral por sonda (1056). Actividades ◦ Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. Monitorización nutricional (1160). Actividades ◦ Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. Asesoramiento en lactancia (5244). Actividades ◦ Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.
LACTANCIA MATERNA INEFICAZ (00104) La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna. Factores relacionados: -Anomalías de la mama. -Cirugía mamaria previa. -Prematuridad. Características definitorias: -Inadecuación real o subjetiva de la secreción láctea. -Vaciado insuficiente de las mamas en cada toma.	Establecimiento de la lactancia materna: lactante (1000).	Ayuda en la lactancia materna (1054). Actividades ◦ Vigilar la capacidad del bebé para mamar. ◦ Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar. Asesoramiento en la lactancia (5244). Actividades ◦ Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido. ◦ Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA (00106) La familia o la diada madre-lactante, demuestra una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de la lactancia materna. Factores relacionados: -Confianza de la madre en sí misma. -Fuentes de soporte. Características definitorias: -La madre es capaz de poner al niño al pecho para promover con éxito una respuesta de succión. -Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento.	Establecimiento de la lactancia materna: madre (1001).	Asesoramiento en la lactancia (5244). Actividades ◦ Cuidados de la mama y pezones. ◦ Enseñar a detectar y corregir posturas incorrectas.



CONCLUSIONES

- Por todos es sabido la importancia de la LM en el recién nacido, y de manera particular en el recién nacido prétermo, por lo que la previsión de una lactancia dificultosa no debe hacer que se desestime esta opción antes de valorar todas las posibilidades.
- En este caso se consiguió hasta día de hoy una LM eficiente con el consiguiente beneficio para la madre y el niño.
- El desconocimiento por parte del personal sanitario no debe ser motivo para descartar la LM de antemano.
- Es importante dar difusión a este tipo de casos, ya que la causa de no dar LM no puede ser desinformación y/o mal asesoramiento.

Resumen: Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) un varón por prematuridad (31+1 SG). La madre expresa su deseo de dar lactancia materna (LM).

Antecedentes quirúrgicos: cirugía por un traumatismo en el pezón derecho. Estimulación manual de ambos pechos por igual, consiguiendo ingurgitación y producción láctea del pecho izquierdo; en el pecho afectado nota cambios y sensaciones similares al otro. Al 2º día se observa que no hay recanalización de los conductos y se abandona la estimulación de ese pecho. Se consigue producción efectiva de calostro/leche en el pecho no intervenido.

Palabras Clave: Lactancia Materna, Estimulación, Traumatismo

Desarrollo del trabajo:

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales un varón por prematuridad. Su madre desea lactancia materna. Presenta una cirugía por traumatismo en el pezón derecho. El servicio de ginecología aconsejan a la madre inhibir la LM con Dostinex®, pero ella consulta con las enfermeras del servicio de UCIN por la posibilidad de continuar con la estimulación láctea. Se realiza un plan de cuidados según NANDA 2018-2020. Se consigue producción efectiva del pecho sano, desistiendo de la estimulación del otro pecho. En este caso se consiguió hasta día de hoy una LM eficiente con el consiguiente beneficio para la madre y el niño. El desconocimiento por parte del personal sanitario no debe ser motivo para descartar la LM de antemano. Es importante dar difusión a este tipo de casos, ya que la causa de no dar LM no puede ser desinformación y/o mal asesoramiento.

Bibliografía:

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Majadahonda (Madrid), Monografías de la AEP nº5; 2004.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding. A guide for the medical profession 6 th ed. Philadelphia (PA): Elsevier Mosby; 2005.
3. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La Lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr. 2005; 63:340-356.
4. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. The Cochrane Plus Database. 2008; (3)

Capítulo 46

Caso clínico: atención y cuidados de enfermería en paciente oncológico con enfermedad de Hodgkin

Mazuecos Araque, María del Pilar

Molina Torrecillas, Inmaculada

Balzanelli Duchini, Alejandro

Ruda Higuero, Alba

Vivar López-Bueno, Silvia

Lorente Cañadas, Yeneva

CASO CLINICO: ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ONCOLOGICO CON ENFERMEDAD DE HODGKIN



María del Pilar Mazuecos Araque, Inmaculada Molina Torrecillas, Alejandro Balzanelli Duchini, Alba Ruda Higuero, Silvia Vivar López-Bueno, Yeneva Lorente Cañadas

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hodgkin es un tipo de linfoma (LH) o cáncer, que afecta a una parte del sistema inmunitario (sistema linfático) que perjudica especialmente a los ganglios cervicales, torácicos y de la pelvis. El primer signo de esta enfermedad es un ganglio linfático de gran tamaño el cual puede diseminarse a los ganglios más cercanos.

Algunos de los síntomas que se pueden presentar son: inflamación sin dolor de los ganglios linfáticos del cuello, axilas o ingle, fiebre y/o escalofríos, sudores nocturnos, fatiga y falta de energía a la hora de realizar todo tipo de actividades, pérdida de peso, apetito, etc.

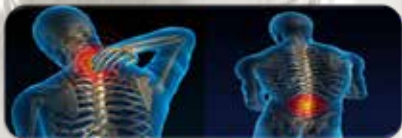
Para diagnosticar esta enfermedad se utilizan exámenes físicos, antecedentes personales y familiares, estudio sanguíneo completo, pruebas de imagen (como TAC, y PET TAC), y biopsia. Respecto al tratamiento se cursa con quimioterapia o radioterapia.

Es de mera importancia conocer los diversos aspectos de esta enfermedad (signos, sintomatología, etc.) para así poder ofrecer la mejor atención y cuidados de enfermería, y por tanto, mitigar esa ansiedad, angustia, desconocimiento, etc. que dichos pacientes padecen.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas (NAMC)
- Ex fumador desde los 16 años
- Alcohol ocasional
- No HTA, ni diabético



Varón de 46 años que acude a Urgencias por molestias en espalda y cuello desde primavera (2020). A principios de Octubre acude a consulta de ORL (Otorrinolaringología) por dolor cervical intenso e inflamación de ganglios linfáticos en zona del cuello. Le solicitan un TAC, detectándole adenopatías a nivel cervical, axilar y mediastínico, por lo que es derivado al especialista de Oncología.

Tras valoración del especialista, y realización de las pruebas de PET- TAC, Resonancia Magnética (RM) y Biopsia le diagnostican Enfermedad de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular estadio IV. Por lo que es derivado a hematología para su seguimiento.

A mediados de Diciembre comienza con Quimioterapia tratamiento (tto) de primera línea con ABVD, a pesar de presentar en la primera sesión pico febril el paciente tiene buena respuesta al tto. Tras la administración de los dos primeros ciclos se le realiza un PET TAC de reevaluación con respuesta metabólica completa, por lo que se continúa y continuará durante 6 ciclos más. Tto domiciliario: Aciclovir 400 mg cada 12 horas, si fiebre acudir a urgencias.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnostico NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC	Actividades
00146 Ansiedad	1300 Aceptación del estado de salud 1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida	4920 Escucha activa 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5820 Disminución de la ansiedad 1850 Fomentar el sueño	- Animar y favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo - Crear ambiente de tranquilidad y apoyo - Explicar procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que pueda experimentar durante el tto
00093 Fatiga	2 Conservación de la energía 3 Descanso 1007 Estado nutricional: energía	180 Manejo de energía 1850 Fomentar el sueño	- Ayudar al paciente a establecer metas - Ayudarle a comprender los principios de conservación de energía
00126 Conocimientos deficientes	1803 Proceso de la enfermedad 1808 Medicación	5510 Educación sanitaria 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5616 Medicamentos prescritos	- Determinar los conocimientos actuales que posee el paciente respecto a la enfermedad - Explicar el proceso de la enfermedad - Informar al paciente acerca de la administración de cada medicamento
00070 Deterioro de la adaptación	1300 Aceptación estado de salud 1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida 2002 Bienestar	5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5270 Apoyo emocional 5820 Disminución de la ansiedad	- Escucha activa - Asesoramiento respecto a la enfermedad - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia - Identificar los puntos fuertes del paciente y reforzarlos
00133 Dolor crónico	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos 2380 Manejo de la medicación	- Manejo de medicación - Planear actividades de distracción para el paciente

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Respecto al pronóstico y como en diversos estudios científicos se demuestra, este dependerá del tipo histológico de LH, de su extensión y de la respuesta al tto. No existiendo factores desfavorables, la probabilidad de curación es superior al 80%.

Dar importancia también, al desarrollo y avances actuales tanto de la maquinaria, como la combinación de técnicas de la que tenemos a nuestra disposición, como: Biopsias, Electrocardiogramas, TAC, RM, etc. que permiten un diagnóstico y tto precoz de la enfermedad.

Y no menos importante, la función que desempeña Enfermería en el proceso oncológico, tanto en la calidad de los cuidados, seguridad, seguimiento y apoyo durante todo el proceso de su enfermedad. Por tanto y concluyendo, es primordial una buena educación tanto a los familiares como pacientes oncológicos que reciben quimioterapia para así disminuir la ansiedad, dudas y temores, que les inquietan durante todo su proceso.



Resumen: La enfermedad de Hodgkin, es un tipo de linfoma que afecta a una parte del sistema inmunitario (sistema linfático) que perjudica especialmente a los ganglios cervicales, torácicos y de la pelvis.

Algunos de los síntomas habituales que se pueden presentar son: inflamación de los ganglios linfáticos del cuello, axilas o ingle, fiebre, sudores nocturnos, fatiga, pérdida de peso, apetito, etc.

Estudiaremos el caso de un varón de 46 años, y veremos la importancia de identificar los signos y síntomas de ésta enfermedad, para así, poder ofrecer la mejor atención y cuidados de enfermería.

Palabras Clave: Linfoma de Hodgkin, Diagnostico, Células de Reed-Sternberg

Desarrollo del trabajo:

La enfermedad de Hodgkin es un tipo de linfoma/cáncer, que afecta a una parte del sistema inmunitario (sistema linfático) que perjudica especialmente a los ganglios cervicales, torácicos y de la pelvis. El primer signo de esta enfermedad es un ganglio linfático de gran tamaño el cual puede diseminarse a los ganglios más cercanos.

Algunos de los síntomas que se pueden presentar son: inflamación sin dolor de los ganglios linfáticos del cuello, axilas o ingle, fiebre y/o escalofríos, sudores nocturnos, fatiga y falta de energía a la hora de realizar todo tipo de actividades, pérdida de peso, apetito, etc.

Para diagnosticar esta enfermedad se utilizan exámenes físicos, antecedentes personales y familiares, estudio sanguíneo completo, pruebas de imagen (como TAC, y PET TAC), y biopsia. Respecto al tratamiento se cursa con quimioterapia o radioterapia.

Observación Clínica:

- No alergias medicamentosas conocidas (NAMC)
- Ex fumador desde los 16 años
- Alcohol ocasional
- No HTA, ni diabético

Varón de 46 años que acude a Urgencias por molestias en espalda y cuello desde primavera (2020). A principios de Octubre acude a consulta de ORL (Otorrinolaringología) por dolor cervical intenso e inflamación de ganglios linfáticos en zona del cuello. Le solicitan un TAC, detectándole adenopatías a nivel cervical, axilar y mediastínico, por lo que es derivado al especialista de Oncología.

Tras valoración del especialista, y realización de las pruebas de PET-TAC, Resonancia Magnética (RM) y Biopsia le diagnostican Enfermedad de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular estadio IV. Por lo que es derivado a hematología para su seguimiento.

A mediados de Diciembre comienza con Quimioterapia tratamiento (tto) de primera línea con ABVD, a pesar de presentar en la primera sesión pico febril el paciente tiene buena respuesta al tto. Tras la ad-

ministración de los dos primeros ciclos se le realiza un PET TAC de reevaluación con respuesta metabólica completa, por lo que se continúa y continuará durante 6 ciclos más.

Tratamiento domiciliario: Aciclovir 400 mg cada 12 horas, si fiebre acudir a urgencias. Plan de cuidados de Enfermería:

1. Diagnostico NANDA: 00146 Ansiedad

• NOC:

- o 1300 Aceptación del estado de salud
- o 1302 superación de problemas
- o 1305 Adaptación psicosocial y/o cambio de vida

• NIC:

- o 4920 Escucha activa
- o 5270 Apoyo emocional,
- o 5240 Asesoramiento
- o 5820 Disminución de la ansiedad

• Actividades:

- o Animar y favorecer la manifestación de sentimientos
- o Percepciones y miedo
- o Crear ambiente de tranquilidad y apoyo
- o Explicar procedimiento, incluidas las posibles sensaciones que pueda experimentar durante el tratamiento

2. Diagnostico NANDA: 00093 Fatiga

• NOC:

- o 2 Conservación de la energía
- o 3 descanso,
- o 1007 estado nutricional

• NIC

- o 180 Manejo de energía
- o 1850 fomentar el sueño

• Actividades:

- o ayudar al paciente a establecer metas
- o ayudarlo a comprender los principios de conservación de energía

3. Diagnostico NANDA: 00126 Conocimientos deficientes
 - NOC:
 - o 1803 Proceso de la enfermedad
 - o 1808 Medicación
 - NIC:
 - o 5510 Educación sanitaria
 - o 5602 Enseñanza y proceso de la enfermedad
 - o Informar al paciente acerca de la administración de cada medicamento

4. Diagnostico NANDA: 00070 Deterioro de la adaptación;
 - NOC:
 - o 1300 Aceptación del estado de salud
 - o 1302 Superación de problemas;
 - NIC:
 - o 5230 Aumentar afrontamiento
 - o 5240 Asesoramiento
 - Actividades:
 - o Escucha activa
 - o Alentar actitud de esperanzas realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia

5. Diagnostico NANDA: 00133 Dolor crónico
 - NOC:
 - o 1605 Control del dolor,
 - o 2102 Nivel del dolor
 - NIC:
 - o 1400 Manejo del dolor
 - o 2210 Administración de analgésicos,
 - o 2380 Manejo de medicación
 - Actividades:
 - o Manejo de medicación,
 - o Planear actividades de distracción para el paciente.

Discusión y conclusión:

Respecto al pronóstico y como en diversos estudios científicos se demuestra, este dependerá del tipo histológico de LH, de su extensión y de la respuesta al tto. No existiendo factores desfavorables, la probabilidad de curación es superior al 80%.

Dar importancia también, al desarrollo y avances actuales tanto de la maquinaria, como la combinación de técnicas de la que tenemos a nuestra disposición, como: Biopsias, Electrocardiogramas, TAC, RM, etc. que permiten un diagnóstico y tto precoz de la enfermedad.

Y no menos importante, la función que desempeña Enfermería en el proceso oncológico, tanto en la calidad de los cuidados, seguridad, seguimiento y apoyo durante todo el proceso de su enfermedad.

Por tanto y concluyendo, es primordial una buena educación tanto a los familiares como pacientes oncológicos que reciben quimioterapia para así disminuir la ansiedad, dudas y temores, que les inquietan durante todo su proceso.

Bibliografía:

1. Linfoma de Hodgkin (Internet). Seom.org.2020. Disponible en: [https:// seom.org/info-sobre-el- cancer/linfoma-hodgkin?start=1](https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-hodgkin?start=1)
2. Herdman TH. NANDA. International. Diagnostico enfermeros, definiciones y clasificación 2015- 2017. Barcelona: Elsevier; 2015
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier España España; 2014
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 64ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014

Capítulo 47

Caso clínico: condiloma gigante acuminado – tumor de Buschke– Löwenstein. Abordaje del caso en planta de cirugía general

Rullo Sanchez, Ana María

Botia Portero, Antonio

CASO CLÍNICO: CONDILOMA GIGANTE ACUMINADO – TUMOR DE BUSCHKE- LÖWENSTEIN. ABORDAJE DEL CASO EN PLANTA DE CIRUGÍA GENERAL

Autores: Rullo Sánchez, A.M. ; Botia Portero, A

Introducción:

El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) es una enfermedad poco frecuente, que se asocia a infección por virus del papiloma humano (VPH). Se caracteriza por la presencia de lesiones verrucosas gigantes con llamativo aspecto macroscópico de coliflor, de crecimiento lento con localización típica perineal y anorrectal. Posee gran agresividad local con tendencia a ulcerarse e infiltrar los tejidos más profundos por lo que es considerado como clínicamente maligno, aunque histológicamente es benigno. Posee alta tasa de recurrencia (66%) y malignización (56%), en comparación al condiloma acuminado común. No han sido reportadas metástasis a distancia. En cuanto al tratamiento, la opción más adecuada es la escisión quirúrgica radical de las lesiones y su estudio anatomopatológico. Algunos casos pueden requerir incluso la amputación abdomino-perineal. Otros tratamientos que han sido empleados con éxito en algunos casos son la quimio y radioterapia, así como los tratamientos tópicos. El propósito de este trabajo es reportar un caso clínico de presentación excepcional pues asocia un condiloma acuminado gigante con condilomas palpebrales que fue tratado exitosamente sólo mediante escisión quirúrgica.



Condiloma gigante acuminado : Tumor de Buschke-Löwenstein

Observación clínica:

Paciente varón de 52 años de edad que ingresa en planta de Cirugía general procedente de Urgencias por sangrado de condiloma gigante acuminado de 10 años de evolución. No lesiones en otras zonas del cuerpo humano. Refiere no haber acudido antes al hospital por vergüenza. El informe histopatológico mostró condilomas acuminados múltiples asociados a VPH. No otras infecciones de transmisión sexual de interés.
 >AP: HTA, etilismo.
 >NAMC .

>A su llegada a planta viene con sangrado controlado en Urgencias con amchafibrín + surgical + abundantes gasas.
 >El paciente refiere que lleva dos días con sangrados continuos escasos, pero hoy el sangrado ha sido abundante.
 >También hace referencia a dolor importante y problemas en la defecación
 >Paciente independiente en las actividades de la vida diaria.

> A su llegada afebril, resto de constantes estables. Hipotensión a su llegada al hospital que ha sido remontada en Urgencias.
 > El paciente ha sido valorado por cirugía de guardia en Urgencias, viene con tratamiento pautado a planta.
 >Se realiza valoración de enfermería al ingreso + administración de tratamiento prescrito.
 >Se indica al paciente importancia de reposo para evitar nuevo sangrado.
 >Programan cirugía para el día siguiente: Tratamiento quirúrgico.

Plan de cuidados de enfermería:

El modelo de enfermería utilizado en el Hospital de referencia es el de **Marjory Gordon**: Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos mas ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud , calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad , el nivel de cuidados ó la patología.
 Los **11 patrones** son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias....).



- Los 11 patrones de Marjory Gordon:**
- >Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
 - > Patrón 2: Nutricional – metabólico
 - > Patrón 3: Eliminación
 - > Patrón 4: Actividad - ejercicio
 - >Patrón 5: Sueño – descanso
 - > Patrón 6: Cognitivo - perceptual
 - > Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
 - > Patrón 8: Rol – relaciones
 - > Patrón 9: Sexualidad – reproducción
 - > Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
 - > Patrón 11: Valores - creencias



Patrones funcionales de Marjory Gordon	Comportamiento	Actividades
Patrón 1: Percepción – manejo de la salud	-Temperatura: afebril -Disconfort ocasionado por MEG -Dolor	- Manejo del dolor administrando analgesia pautada y de rescate si precisara.
Patrón 2: Nutricional – Metabólico	- Nutrición no adecuada, el paciente ha comido menos por problemas al defecar + dolor	- En planta en dieta absoluta por cirugía al día siguiente, manteniendo sueroterapia pautada.
Patrón 3: Eliminación	- Problemas al defecar debido a la invasión del condiloma en zona anorrectal.	- Dieta absoluta.
Patrón 4: Actividad – Ejercicio	- Reposo para evitar sangrado y dolor.	- Administración de medicación pautada. - Escucha activa.
Patrón 5: Sueño- descanso	- Insomnio relacionado con dolor y preocupación.	- Escucha activa. - Administración de medicación pautada.
Patrón 6: Cognitivo – perceptual	-Baja autoestima -Vergüenza ante proceso patológico de 10 años de evolución.	-Escucha activa. -Educación para la salud.
Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto	- Baja laboral por incapacidad para realizar su trabajo.	-Escucha activa. -Resolver proceso patológico con tratamiento quirúrgico + conservador.
Patrón 8: Rol- relaciones	- Deterioro autorrealización	- Escucha activa.
Patrón 9: Sexualidad - reproducción	- Deterioro del patrón sexualida-reproducción por incapacidad para mantener relaciones sexuales	- Escucha activa. - Educación para la salud. - Tratamiento quirúrgico.
Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés	- Nerviosismo e intranquilidad por la próxima cirugía y el sangrado.	- Escucha activa. - Educación para la salud. - Administración de medicación.
Patrón 11: Valores -creencias	- No datos de interés	

La enfermería es un arte y una ciencia, y ante todo es humanidad

Discusión:

El Tumor de Buschke-Lowenstein es una variante rara del condiloma acuminado genital asociado a infección por las cepas 6 y 11 del HPV. La edad promedio de presentación es en menores de 50 años, con predominio en hombres en una proporción 3:1. Se trata de una lesión pre-maligna, considerada anatomopatológicamente entre el condiloma acuminado y el carcinoma escamoso perianal, lo cual explica su elevada morbimortalidad. Es característicamente voluminoso (más de 10 cm de diámetro) y de crecimiento lento y exofítico con tendencia a invadir y destruir los tejidos sobre los que asienta. Se manifiesta con síntomas como: masa y dolor perianal (47% y 32%, respectivamente), secreción, sangrado anorrectal e incontinencia anal entre otros. Dentro de los factores de riesgo que predisponen a padecer esta patología podemos encontrar: inmunosupresión (HIV), homosexualidad, promiscuidad, mala higiene genital, infecciones genitales crónicas, malnutrición y etilismo. Librado a su libre evolución este tumor puede extenderse en forma intraanal, fistulizar, infectarse, recurrir una vez operado (66%), o sufrir transformación maligna (56%). El método terapéutico de elección es la escisión local amplia de las lesiones con reconstrucción plástica de ser posible o cicatrización por segunda intención. Se puede practicar una resección abdominoperineal en caso de invasión rectal o de los músculos del esfínter anal, transformación maligna o recidiva. Muchos profesionales sugieren practicar una colostomía previamente para evitar la contaminación fecal de la herida.

Conclusiones:

El condiloma gigante de la región perianal y anorrectal es un tumor altamente agresivo, con propensión a la recurrencia y malignización, pero sin potencial metastásico. Se observa una alta tasa de recurrencia en pacientes con larga duración de la enfermedad. El salvataje de estos puede lograrse exitosamente con cirugía radical.

Resumen: El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) es una enfermedad poco frecuente, que se asocia a infección por virus del papiloma humano (VPH). Se caracteriza por la presencia de lesiones verrugosas gigantes con llamativo aspecto macroscópico de coliflor, de crecimiento lento con localización típica perineal y anorrectal. El Tumor de Buschke-Lowenstein es una variante rara del condiloma acuminado genital asociado a infección por las cepas 6 y 11 del HPV. La edad promedio de presentación es en menores de 50 años, con predominio en hombres en una proporción 3:1.

Palabras Clave: Condiloma acuminado, Tumor de Buschke-Lowenstein, Plan de cuidados

Desarrollo del trabajo:

El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) es una enfermedad poco frecuente, que se asocia a infección por virus del papiloma humano (VPH). Se caracteriza por la presencia de lesiones verrugosas gigantes con llamativo aspecto macroscópico de coliflor, de crecimiento lento con localización típica perineal y anorrectal. Posee gran agresividad local con tendencia a ulcerarse e infiltrar los tejidos más profundos por lo que es considerado como clínicamente maligno, aunque histológicamente es benigno. Posee alta tasa de recurrencia (66%) y malignización (56%), en comparación al condiloma acuminado común. No han sido reportadas metástasis a distancia. En cuanto al tratamiento, la opción más adecuada es la escisión quirúrgica radical de las lesiones y su estudio anatomopatológico. Algunos casos pueden requerir incluso la amputación abdomino-perineal. Otros tratamientos que han sido empleados con éxito en algunos casos son la quimio y radioterapia, así como los tratamientos tópicos. El propósito de este trabajo es reportar un caso clínico de presentación excepcional pues asocia un condiloma acuminado gigante con condilomas palpebrales que fue tratado exitosamente sólo mediante escisión quirúrgica.

Observación Clínica:

Paciente varón de 52 años de edad que ingresa en planta de Cirugía general procedente de Urgencias por sangrado de condiloma gigante acuminado de 10 años de evolución. No lesiones en otras zonas del cuerpo humano. Refiere no haber acudido antes al hospital por vergüenza. El informe histopatológico mostró condilomas acuminados múltiples asociados a VPH. No otras infecciones de transmisión sexual de interés.

AP: HTA, etilismo.

NAMC.

A su llegada a planta viene con sangrado controlado en Urgencias con amchafibrín + surgicel + abundantes gasas.

El paciente refiere que lleva dos días con sangrados continuos escasos, pero hoy el sangrado ha sido abundante.

También hace referencia a dolor importante y problemas en la defecación .

Paciente independiente en las actividades de la vida diaria.

A su llegada afebril, resto de constantes estables. Hipotensión a su llegada al hospital que ha sido remontada en Urgencias.

El paciente ha sido valorado por cirugía de guardia en Urgencias, viene con tratamiento pautado a planta.

Se realiza valoración de enfermería al ingreso + administración de tratamiento prescrito. Se indica al paciente importancia de reposo para evitar nuevo sangrado.

Programan cirugía para el día siguiente: Tratamiento quirúrgico.

Plan de cuidados de Enfermería:

El modelo de enfermería utilizado en el Hospital de referencia es el de Marjory Gordon: Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados ó la patología. Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias).

DISCUSIÓN: El Tumor de Buschke-Lowenstein es una variante rara del condiloma acuminado genital asociado a infección por las cepas 6 y 11 del HPV. La edad promedio de presentación es en menores de 50 años, con predominio en hombres en una proporción 3:1. Se trata de una lesión pre-maligna, considerada anatomopatológicamente entre el condiloma acuminado y el carcinoma escamoso perianal, lo cual explica su elevada morbimortalidad. Es característicamente voluminoso (más de 10 cm de diámetro) y de crecimiento lento y exofítico con tendencia a invadir y destruir los tejidos sobre los que asienta. Se manifiesta con síntomas como: masa y dolor perianal (47% y 32%, respectivamente), secreción, sangrado anorectal e incontinencia anal entre otros. Dentro de los factores de riesgo que predisponen a padecer esta patología podemos encontrar: inmunosupresión (HIV), homosexualidad, promiscuidad, mala higiene genital, infecciones genitales crónicas, malnutrición y etilismo. Librado a su libre evolución este tumor puede extenderse en forma intraanal, fistulizar, infectarse, recurrir una vez operado (66%), o sufrir transformación maligna (56%). El método terapéutico de elección es la escisión local amplia de las lesiones con reconstrucción plástica de ser posible o cicatrización por segunda intención. Se puede practicar una resección abdominoperineal en caso de invasión rectal o de los músculos del esfínter anal, transformación maligna o recidiva.

Muchos profesionales sugieren practicar una colostomía previamente para evitar la contaminación fecal de la herida.

Conclusiones:

El condiloma gigante de la región perianal y anorrectal es un tumor altamente agresivo, con propensión a la recurrencia y malignización, pero sin potencial metastásico. Se observa una alta tasa de recurrencia en pacientes con larga duración de la enfermedad. El salvataje de estos puede lograrse exitosamente con cirugía radical.

Bibliografía:

1. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis.* 2013 Jan 25;13(1):39.
2. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine.* 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F12–23.
3. Ali H, Donovan B, Wand H, Read TRH, Regan DG, Grulich AE, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ.* 2013;346:f2032.

Capítulo 48

Caso clínico: cuidado paciente crítico con incontinencia fecal con dispositivo Flexiseal signal

Díaz Del Campo Aparicio, Laura

CASO CLÍNICO: CUIDADO PACIENTE CRITICO CON INCONTINENCIA FECAL CON DISPOSITIVO FLEXISEAL SIGNAL

AUTOR: Laura Diaz del Campo Aparicio

INTRODUCCIÓN: La incontinencia fecal en pacientes críticos y la aparición de diarrea de causa multifactorial por alteración de la flora, motilidad gastrointestinal, reposo intestinal prolongado, administración de nutrición enteral y tratamientos farmacológicos como sedantes, opioides, relajantes y antibióticos; producen una serie de complicaciones graves para el paciente como alteraciones de la barrera protectora de la piel, aumentando su fragilidad, maceración, y produciendo úlceras por humedad y presión en el paciente inmovilizado. La humedad multiplica el riesgo de desarrollar UPP.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Paciente de 58 años de sexo masculino que ingresa en UCI tras 10 días de ingreso en planta por insuficiencia renal aguda que precisa HDFVC (hemodiafiltración venosa continua) y refiere incontinencia fecal con heces líquidas asociada a la administración de nutrición enteral e inestabilidad hemodinámica. Establecemos un plan de cuidados de enfermería, aplicando las necesidades básicas de Virginia Henderson, según la n.º 8: mantener higiene corporal e integridad cutánea, nos ayudamos de escala Braden para valorar riesgo de UPP en nuestro paciente. Tras resultado de alto riesgo, se decide colocación de dispositivo Flexiseal.

PLAN DE CUIDADOS: Colocación de dispositivo para aislamiento de heces, disminuir humedad en la zona perianal del paciente y así disminuir el riesgo de UPP. El plan de cuidados va dirigido al mejorar el confort del paciente, valoraremos periódicamente la integridad cutánea y registraremos en grafica de enfermería el estado y cambios producidos, así como la funcionalidad y la posición correcta del dispositivo. Se lavara cada 24 horas la sonda siempre que se sospeche la obstrucción de heces solidas, se realizara ordeño de la sonda para facilitar el desplazamiento de las heces. Vigilaremos la aparición de situaciones que contraindiquen la colocación del dispositivo, como: lesiones y ulceraciones anales o rectales, estenosis rectal, tumoraciones, reacciones alérgicas, hemorroides de gran tamaño, rectorragias y en post operatorios inmediatos de cirugías rectales. Otra consideración es no mantener la sonda ms de 29 días. Finalizando la HDFVC, y mejora de la estabilidad hemodinámica tras 8 días de ingreso en UCI, observamos la disminución de diarreas líquidas, aumento de firmeza en las heces y retiramos dispositivo. Tras su retirada se valora integridad cutánea, correcta, y aplican medidas de prevención UPP.

NANDA	NIC	NOC
00013 Diarrea	0430 Control Intestinal 0410 Cuidados incontinencia intestinal 1050 Alimentación	1856 Conocimiento manejo enfermedad intestinal 1853 Conocimiento manejo trastorno alimentación 1015 Función gastrointestinal 0500 Continencia intestinal
00091 Deterioro movilidad cama	6650 Vigilancia 6610 Identificación de riesgo	1902 Control del riesgo 2002 Bienestar personal
00195 Riesgo desequilibrio electrolítico	1200 Admin. NPT 2300 Admin. Medicación 2315 Admin. Medicación rectal 1100 Manejo nutrición	1937 Control deshidratación
00047 Riesgo deterioro integridad cutánea	1750 Cuidados perineales 00180 riesgo y contaminación	1101 Integridad tisular piel y mucosas
00249 Riesgo de UPP	3660 Cuidado de las heridas 3520 Cuidados UPP	1942 Control riesgo UPP 1924 Control proceso infeccioso 1842 Conocimiento de la infección



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Debido a la limitación de las movilizaciones del paciente por la inestabilidad hemodinámica, la aparición de incontinencia fecal y diarreas líquidas, tras valorar que no hay contraindicación, se procede a colocación de dispositivo Flexiseal para proporcionar mejor cuidado y mantener la zona perianal limpia y seca posible para evitar la aparición de nuevos focos de infección como son las UPP, hongos, contaminación por bacterias...

Tras la estabilización del paciente, una buena nutrición e hidratación, acompañada de mejoría intestinal se retira dispositivo, se consiguen los objetivos marcados al inicio con la no aparición de UPP por aumento de humedad y confort del paciente al recuperar consciencia.

BIBLIOGRAFIA: Interrelaciones NANDA, NOC, NIC, Elsevier Mosby, diagnosticos enfermeros, diagnosticos e intervenciones; <https://enfermeriaactual.com/>; <https://www.convatec.co/incontinencia-fecal-y-cuidado-critico/incontinencia-fecal/gama-de-productos/flexi-seal-signal-fms/>

Resumen: *La incontinencia fecal en pacientes críticos y la alteración de la flora, motilidad gastrointestinal, administración de nutrición enteral y tratamientos farmacológicos como sedantes, relajantes y antibióticos; producen una serie de complicaciones graves para el paciente como alteraciones de la barrera protectora de la piel, aumentando su fragilidad, y produciendo úlceras por humedad y presión en el paciente inmovilizado. Para paliar y controlar todos estos síntomas colocaremos el dispositivo flexiseal signal para proporcionar mejor cuidado y mantener la zona perianal limpia y seca posible para evitar la aparición de nuevos focos de infección como son las UPP, hongos, contaminación por bacterias.*

Palabras Clave: *Incontinencia fecal, Úlcera, Enfermedad crítica*

Desarrollo del trabajo:

Paciente de 58 años de sexo masculino que ingresa en UCI tras 10 días de ingreso en planta por insuficiencia renal aguda que precisa HDFVC (hemodiafiltración venosa continua) y refiere incontinencia fecal con heces líquidas asociada a la administración de nutrición enteral e inestabilidad hemodinámica. Establecemos un plan de cuidados de enfermería, aplicando las necesidades básicas de Virginia Henderson, según la n.º 8: mantener higiene corporal e integridad cutánea, nos ayudamos de escala Braden para valorar riesgo de UPP en nuestro paciente. Tras resultado de alto riesgo, se decide colocación de dispositivo Flexiseal. La colocación de este dispositivo tiene como finalidad el aislamiento de las heces, disminuir humedad en la zona perianal del paciente y así disminuir el riesgo de UPP. El plan de cuidados va dirigido al mejorar el confort del paciente, valoraremos periódicamente la integridad cutánea y registraremos en gráfica de enfermería el estado y cambios producidos, así como la funcionalidad y la posición correcta del dispositivo. Se lavara cada 24 horas la sonda siempre que se sospeche la obstrucción de heces sólidas, se realizara ordeño de la sonda para facilitar el desplazamiento de las heces. Vigilaremos la aparición de situaciones que contraindiquen la colocación del dispositivo, como: lesiones y ulceraciones anales o rectales, estenosis rectal, tumoraciones, reacciones alérgicas, hemorroides de gran tamaño, rectorragias y en post operatorios inmediatos de cirugías rectales. Si alguna de esta consideración se diese, se valoraría la retirada del dispositivo del paciente. Otra consideración es no mantener la sonda ms de 29 días. Finalizando la HDFVC, y mejora de la estabilidad hemodinámica tras 8 días de ingreso en UCI, observamos la disminución de diarreas líquidas, aumento de firmeza en las heces y retiramos el dispositivo. Tras su retirada se valora integridad cutánea, correcta, y aplican medidas de prevención UPP. Tras la estabilización del paciente, una buena nutrición e hidratación, acompañada de mejoría intestinal se retira el dispositivo, se consiguen los objetivos marcados al inicio con la no aparición de UPP por aumento de humedad, así como el confort del paciente durante su situación.

Bibliografía:

1. Linfoma de Hodgkin (Internet). Seom.org.2020. Disponible en: [https:// seom.org/in1](https://seom.org/in1). Enfermería Actual [Internet]. Formación Enfermera -Temas de enfermería-Congresos y Cursos; [consultado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https:// enfermeriaactual.com](https://enfermeriaactual.com).
2. ConvaTec [Internet]. Flexi-Seal® SIGNAL® FMS; [consultado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https:// www.convatec.es/productos/pc-ccc-family-flexiseal-signal/7ad59e98-954c-4a08-9fcb- 986397d30f1c](https://www.convatec.es/productos/pc-ccc-family-flexiseal-signal/7ad59e98-954c-4a08-9fcb-986397d30f1c).
3. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC : dEnfermería (NIC). 64ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014

Capítulo 49

Caso clínico: disfagia en paciente con ICTUS

Cubero Ruedas, Ana

Martín Arévalo, María del Prado

Moreno Ruiz, Alicia

Fernández Carmona, Carlos

Sanz Estudillo, Francisca

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Resumen: *Disfagia es la dificultad que tienen algunas personas para masticar o tragar los alimentos: sólidos o líquidos. Se clasifica en orofaríngea y esofágica. Es una complicación frecuente en la fase aguda del ictus siendo la causa más frecuente de disfagia orofaríngea. El uso de protocolos permite su identificación precoz y puede evitar sus potenciales consecuencias. El objetivo es demostrar la importancia del diagnóstico de disfagia orofaríngea asociada a pacientes con ictus mediante la implantación de un protocolo de Manejo de la Disfagia Orofaríngea asegurando que nuestros pacientes tengan una deglución eficaz y segura.*

Palabras Clave: *Trastorno de Deglución, Accidente Cerebrovascular, Paciente*

Desarrollo del trabajo:

Se denomina disfagia a la dificultad que tienen algunas personas para masticar o tragar los alimentos: sólidos o líquidos. Se trata de una sensación subjetiva para que el alimento pase desde la boca al estómago. Desde el punto de vista anatómico espacial la disfagia se clasifica en orofaríngea y esofágica. Es una complicación frecuente en la fase aguda del ictus siendo la causa más frecuente de disfagia orofaríngea. El uso de protocolos permite su identificación precoz y puede evitar sus potenciales consecuencias.

Objetivos:

Demostrar la importancia del diagnóstico de disfagia orofaríngea asociada a pacientes con ictus mediante la implantación de un protocolo de Manejo de la Disfagia Orofaríngea. El uso de un protocolo nos permite su identificación precoz y así poder evitar complicaciones asegurando que nuestros pacientes tengan una deglución eficaz y segura.

Metodología:

Utilización y manejo del MECV-V que es el método de exploración clínica volumen viscosidad (Dr. P.Clavé) y la realización de un protocolo que nos permita la identificación precoz para así poder evitar sus potenciales complicaciones.

Caso Clínico:

Paciente de 71 años traído a urgencias en UVI móvil por síncope, disartria y desviación de comisura bucal con ligera paresia de MSI. Antecedentes de HTA, exfumador, IAM, enfermedad severa de 2 vasos, EPOC, TVP y enfermedad ateromatosa difusa del sistema carotideo bilateral. Tras realización de TAC craneal y angio RMN cerebral ingresa en planta con diagnóstico de ACV lacunar agudo talámico bilateral. Después de 48h en dieta absoluta hasta confirmar la estabilidad del paciente, se inicia tolerancia observándose tos durante la ingesta, aumento de secreciones respiratorias y aparición de fiebre. Realizados HCx2, analítica y Rx control, se diagnostica neumonía broncoaspirativa. Se inicia ttº ATB y se realiza MECV-V siendo el resultado del test; disfagia a líquidos y se adapta la alimentación a textura néctar en medias cantidades utilizando espesante para los líquidos a los resultados del MECV-V. A partir de este momento el paciente mejora, cesa la fiebre, las secreciones y no se evidencian signos ni síntomas de problemas en la deglución. Después de 7 días de buena evolución, tras completar estudio complementario y el abordaje de todo el equipo interdisciplinar el paciente se marcha de alta y se le entregan las recomendaciones al alta para manejo de disfagia.

Complicaciones:

- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Pérdida de peso.
- Infecciones respiratorias de repetición.
- Neumonías aspirativas.
- Fallecimiento.

Recomendaciones a la hora de Comer:

- Ambiente tranquilo evitando distracciones.
- Paciente este bien despierto.
- Dar de comer sentado o incorporado en la cama 90°.
- Guardar la postura hasta 20 minutos después de la ingesta.
- Mantener mientras se come la cabeza flexionada hacia el pecho.
- Colóquese enfrente para favorecer la imitación.
- NO USAR PAJITAS NI JERINGAS.
- Ofrecer alimentos texturizados y sin grumos.
- Administrar pequeñas cantidades a la textura recomendada y espera a que la -boca esté vacía antes de dar más comida.
- Si el paciente tose mientras come CONSULTENOS.
- Ante cualquier duda pare la ingesta y consulte con su enfermera que puede reevaluar al paciente repitiéndole el MECV-V.

Conclusiones:

La disfagia en la fase aguda del ictus es un factor de mal pronóstico a corto plazo. La implantación de un protocolo de detección y manejo de la disfagia permite evitar complicaciones que aumentan la morbi-mortalidad, realizando una práctica más eficaz y segura. En un futuro se puede reevaluar al paciente para ajustar su alimentación a la situación clínica.

Bibliografía:

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10 version 2015).
2. Laborda González et al. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. *Endocrinol Nutr.*2006; 53 (5):309-314
3. Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs Aging* 2005; 22:115-30
4. Leder SB, NovellaS, Patwa H. Use of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Dysphagia* 2004; 19:177-81
5. Deane KHO, Whurr R, Clarke CE, et alt. Tratamientos no farmacológicos para la disfagia en la enfermedad de Parkinson (revisión Cochrane traducida). Oxford: Update Software Ltd.; 2005

Capítulo 50

Caso clínico: fisioterapia en fractura de hombro y cadera en usuario institucionalizado en residencia de mayores

Rangel Escribano, Juan

CASO CLÍNICO: FISIOTERAPIA EN FRACTURA DE HOMBRO Y CADERA EN USUARIO INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIA DE MAYORES

JUAN RANGEL ESCRIBANO

INTRODUCCIÓN

El usuario F.S.C de 87 años, institucionalizado en una residencia de mayores desde 2017, sufre un traumatismo en el hombro derecho el 27/11/2019, debido a caída mientras caminaba con su andador. El diagnóstico fue de fractura de extremidad proximal de húmero derecho plurifragmentaria no desplazada.

Unos meses después, el 03/07/2020 sufre caída en sala de Terapia Ocupacional. Se fractura la cadera derecha, es hospitalizado e intervenido con osteosíntesis.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

VALORACIÓN FISIOTERAPIA FRACTURA DE HOMBRO:

Balance muscular disminuido en miembros inferiores (4/5) Daniels. Miembros superiores más débiles, articulaciones libres: codo y mano (3/5). Dolor importante en hombro derecho e impotencia funcional. Sensibilidad y pulsos distales conservados.

Síndrome post-caída, transferencia dificultosa sedestación - bipedestación, falta importante de equilibrio y disminución de fuerza muscular debido a falta de movilidad.

VALORACIÓN FISIOTERAPIA FRACTURA DE CADERA:

Balance muscular disminuido en miembros inferiores (4/5) Daniels. Miembros superiores más débiles (3+/5) Daniels.

Valoración articular: Presenta ligera limitación en cadera y rodilla izquierdas, secundarias a fractura pertrocanterea, pero sin alteración de funcionalidad. También destacar la rigidez a nivel de columna vertebral con cierta inclinación de tronco durante la marcha.

Los valores en la Escala de Tinetti empeoran respecto al año anterior, pasando de 17/28 a 13/28.

Marcha: 4/12. Equilibrio: 9/16. Total 13/28: Alto riesgo de caídas.

OBJETIVOS

Disminuir dolor.

Recuperar movilidad el hombro derecho, evitando el hombro congelado.

Mantener el balance articular y muscular en articulaciones libres.

Verticalización y marcha, luchando contra síndrome post-caída.

Mantener y mejorar el equilibrio y la marcha, así como la resistencia cardiorrespiratoria.

HOMBRO DERECHO

CADERA DERECHA



PLAN DE CUIDADOS

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA FRACTURA DE HOMBRO:

Primera Semana: Se le explica la fractura que ha sufrido y el tratamiento ortopédico necesario. Inmovilización de hombro derecho con cabestrillo. Movilización activa de articulaciones libres: Codo, muñeca y dedos de mano derecha. Refuerzo muscular miembro superior izquierdo y miembros inferiores. Crioterapia primeros días para analgesia y disminuir la inflamación, después pasamos a Termoterapia (IR). Inicio de verticalización en barras paralelas.

Segunda Semana: Inmovilización de hombro derecho con cabestrillo. Empezamos a quitar cabestrillo en sala de fisioterapia. Termoterapia (IR). Se inician pendulares de Codman. Verticalización y marcha en barras paralelas (se fatiga).

Tercera Semana: Inmovilización de hombro derecho con cabestrillo. IR + Tens analgésico. Mejoría en cuanto a verticalización y marcha las semanas siguientes.

Las primeras semanas de tratamiento han sido difíciles ya que el usuario no quería utilizar el cabestrillo (había entendido mal las consignas). Además, no se adapta a la falta temporal de movilidad, el caminaba con su andador de 4 ruedas de forma fluida por diferentes espacios, manteniéndose muy activo.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA FRACTURA DE CADERA:

Se realiza tratamiento fisioterápico con refuerzo muscular en miembros inferiores y superiores, ejercicios de expansión costal, verticalización y marcha muy progresiva, primero en barras paralelas y después con andador de dos ruedas.

El usuario es capaz de caminar en barras paralelas con soltura, además camina con el andador de 2 ruedas de forma cada vez más estable y sin ayuda externa, con marcha cauta y correcta extensión de tronco. Actualmente camina de forma libre por los espacios e incluso sale fuera de la residencia a dar paseos cortos.

Además, se llevan a cabo ejercicios de reeducación del equilibrio en bipedestación de manera individual, y colectiva mediante el programa Otago de prevención de caídas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El tratamiento fisioterápico llevado a cabo en la residencia tiene resultados óptimos tanto para la fractura del hombro como de la cadera, en cuanto a eliminación de dolor, recuperación de balance articular y muscular adecuado para recuperar la marcha de nuevo.

El usuario se esfuerza en la sala de fisioterapia, se muestra muy colaborador y realiza correctamente los ejercicios que se le proponen. Hay que tener en cuenta que ha tenido dos fracturas importantes de huesos, ha perdido la capacidad de caminar y ha conseguido recuperarla las dos veces.

Antes de la fractura de cadera le gustaba caminar tanto dentro como fuera de la residencia con su andador de 4 ruedas, con lo que se mantenía muy activo. Caminaba de forma fluida y por diferentes espacios, aunque se fatigaba y se notaba que le costaba cada vez más.

Se piensa que una posible causa de las caídas fue la utilización de un andador inadecuado, por lo tanto, se sustituye el andador de 4 ruedas por uno de 2, mucho más estable y adecuado para el usuario.

Resumen: Las personas mayores tienen un elevado riesgo de caídas. El tratamiento de fisioterapia resulta óptimo para la recuperación de las fracturas, la marcha y la funcionalidad del usuario. La correcta valoración y la adaptación del material ortopédico, así como la colaboración y el esfuerzo personal resultan indispensables para disminuir el riesgo de caídas y la gravedad de las lesiones asociadas. El objetivo es aplicar un programa de ejercicios terapéuticos para prevenir caídas. Y cuando se ha producido la caída, recuperar el balance articular y muscular, disminuir el dolor, mantener y mejorar el equilibrio y recuperar la verticalización y la marcha.

Palabras Clave: Fractura, Hombro, Cadere

Desarrollo del trabajo:

El usuario F.S.C de 87 años, institucionalizado en una residencia de mayores desde 2017, sufre un traumatismo en el hombro derecho el 27/11/2019, debido a caída mientras caminaba con su andador. El diagnóstico fue de fractura de extremidad proximal de húmero derecho plurifragmentaria no desplazada.

Unos meses después, el 03/07/2020 sufre caída en sala de Terapia Ocupacional. Se fractura la cadera derecha, es hospitalizado e intervenido con osteosíntesis.

Observación Clínica:

VALORACIÓN FISIOTERAPIA FRACTURA DE HOMBRO: Balance muscular disminuido en miembros inferiores (4/5) Daniels. Miembros superiores más débiles, articulaciones libres: codo y mano (3/5). Dolor importante en hombro derecho e impotencia funcional. Sensibilidad y pulsos distales conservados.

Síndrome post-caída, transferencia dificultosa sedestación-de pie, falta importante de equilibrio y disminución de fuerza muscular debido a falta de movilidad.

VALORACIÓN FISIOTERAPIA FRACTURA DE CADERA: Balance muscular disminuido en miembros inferiores (4/5) Daniels. Miembros superiores más débiles (3+/5) Daniels.

Valoración articular: Presenta ligera limitación en cadera y rodilla izquierdas, secundarias a fractura pertrocantérea, pero sin alteración de funcionalidad. También destacar la rigidez a nivel de columna vertebral con cierta inclinación de tronco durante la marcha.

Los valores en la Escala de Tinetti empeoran respecto al año anterior, pasando de 17/28 a 13/28. Marcha: 4/12. Equilibrio: 9/16. Total 13/28: Alto riesgo de caídas.

Los objetivos planteados son:

Disminuir dolor.

Recuperar movilidad el hombro derecho, evitando el hombro congelado. Mantener el balance articular y muscular en articulaciones libres.

Verticalización y marcha, luchando contra síndrome post-caída.

Mantener y mejorar el equilibrio y la marcha, así como la resistencia cardiorrespiratoria.

Plan de Cuidados:

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA FRACTURA DE HOMBRO:

Primera Semana: Se le explica la fractura que ha sufrido y el tratamiento ortopédico necesario. Inmovilización de hombro derecho con cabestrillo. Movilización activa de articulaciones libres: Codo, muñeca y dedos de mano derecha. Refuerzo muscular miembro superior izquierdo y miembros inferiores. Crioterapia primeros días para analgesia y disminuir la inflamación, después pasamos a Termoterapia (infrarrojos). Inicio de verticalización en barras paralelas.

Segunda Semana: Inmovilización de hombro derecho con cabestrillo. Empezamos a quitar cabestrillo en sala de fisioterapia. Infrarrojos (IR). Se inician pendulares de Codman. Verticalización y marcha en barras paralelas (se fatiga).

Tercera Semana: Inmovilización de hombro derecho con cabestrillo. IR + electroterapia analgésica. Mejoría en cuanto a verticalización y marcha.

Las primeras semanas de tratamiento han sido difíciles ya que el usuario no quería utilizar el cabestrillo (había entendido mal las consignas). Además, no se adapta a la falta temporal de movilidad, el caminaba con su andador de cuatro ruedas de forma fluida por diferentes espacios, manteniéndose muy activo.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA FRACTURA DE CADERA:

Se realiza tratamiento fisioterápico con refuerzo muscular en miembros inferiores y superiores, ejercicios de expansión costal, verticalización y marcha muy progresiva, primero en barras paralelas y después con andador de dos ruedas.

El usuario es capaz de caminar en barras paralelas con soltura, además camina con el andador de dos ruedas de forma cada vez más estable y sin ayuda externa, con marcha cauta y correcta extensión de tronco. Actualmente camina de forma libre por los espacios e incluso sale fuera de la residencia a dar paseos cortos.

Además, se llevan a cabo ejercicios de reeducación del equilibrio en bipedestación de manera individual, y colectiva mediante el programa Otago de prevención de caídas.

Discusión y conclusiones:

Antes de la fractura de cadera le gustaba caminar tanto dentro como fuera de la residencia con su andador de cuatro ruedas, con lo que se mantenía muy activo. Caminaba de forma fluida y por diferentes espacios, aunque se fatigaba y se notaba que le costaba cada vez más.

Se piensa que una posible causa de las caídas fue la utilización de un andador que no era el más adecuado para el usuario, por lo tanto, se sustituye el andador de cuatro ruedas por uno de dos ruedas, mucho más estable y adecuado para él.

El tratamiento fisioterápico llevado a cabo en la residencia tiene resultados óptimos tanto para la fractura del hombro como de la cadera, en cuanto a eliminación de dolor, recuperación de balance articular y muscular adecuado para recuperar la marcha de nuevo.

El usuario se esfuerza en la sala de fisioterapia, se muestra muy colaborador y realiza correctamente los ejercicios que se le proponen. Hay que tener en cuenta que ha tenido dos fracturas importantes de huesos, ha perdido la capacidad de caminar y ha conseguido recuperarla las dos veces.

Bibliografía:

1. Debra R. Equilibrio y movilidad con personas mayores. 1ª edición. Barcelona: Paidotribo; 2005.
2. Formiga F. Las caídas, un síndrome geriátrico por excelencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(6):299-300.
3. Formiga F, Lopez-Soto A, Duaso E, et al. Characteristics of falls producing hip fractures in nonagenarians. J Nutr Health Aging. 2008;12(9):664-667

Capítulo 51

Caso clínico: mujeres con disuria

Ruiz García, Carmen
Ruiz García, María del Pilar



CASO CLÍNICO: DISURIA EN MUJERES

AUTORAS: RUIZ GARCÍA, M.P; RUIZ GARCÍA, C

INTRODUCCION

La *disuria* o dolor que ocurre durante la micción, se percibe a menudo como una sensación urgente o punzante en la uretra y es un síntoma que acompaña a varios síndromes. La presencia o ausencia de otros síntomas a menudo es útil para diferenciar entre tales enfermedades. Casi 50% de las mujeres experimenta disuria en algún momento de su vida. Existen diversas causas que provocan dolor y escozor al orinar (disuria), pero la causa más común es la infección del tracto urinario (ITU), en forma de una inflamación de la vejiga (cistitis) o de la uretra (uretritis). Las mujeres suelen padecer esta infección con frecuencia, ya que al ser más cortas sus vías urinarias los patógenos se introducen con más facilidad en la vejiga.

CASO CLINICO

Mujer de 37 años que acude a consulta de Atención Primaria para recoger el resultado de un urocultivo que recogió hace 15 días. Se le comunica que la muestra no es válida por contaminación por lo que el médico la remite a consulta de enfermería para recoger una nueva muestra. La mujer sigue con síntomas de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, no fiebre, a pesar de finalizar el tratamiento pautado. Como enfermeras de Atención Primaria realizaremos un plan de cuidados y realizaremos educación sanitaria para ayudarla con los problemas detectados.

VALORACIÓN

Realizaremos una valoración según V. Henderson, aquí mostraremos las necesidades alteradas. Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones claves y criterios de resultado utilizamos la codificación de la Taxonomía NNN(NANDA,NIC,NOC).

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: La paciente refiere ingesta de agua inferior a 1l al día. Sustituye el agua de las comidas por refrescos.
3. Eliminación: Refiere estreñimiento crónico, 1-2 deposiciones a la semana.
4. Movilidad / Postura: sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: 36,7°C. Refiere distermia sin fiebre.
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones.
9. Evitar peligros: La paciente refiere dolor de espalda y al orinar que no cesa, va en aumento con el paso de los días.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones.
11. Valores / Creencias: Refiere encontrarse más ansiosa de lo habitual debido a su actual situación.
12. Autorrealización: Sin alteraciones
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones

00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

NOC 0503 Eliminación urinaria.

- ✓ Conseguir que evacuación urinaria sin dolor.
- ✓ Conseguir vaciamiento vesical completo.
- ✓ Tomar cantidad de líquidos adecuada.

NIC 509 Manejo de la eliminación urinaria.

- ✓ Animar al aumento de la ingesta hídrica.
- ✓ Enseñar a vaciar la vejiga para eliminar el residuo vesical.
- ✓ Explicar que debe disminuir la ingestión de productos irritantes.

00132 Dolor agudo

NOC 1605 Control del dolor

- ✓ Reconoce los factores que le causan el dolor.
- ✓ Utiliza medidas de alivio del dolor no analgésico.
- ✓ Utiliza analgésicos prescritos

NIC 1400 Manejo del dolor.

- ✓ Controlar los factores ambientales que puedan influir.

2800 Manejo de la medicación.

- ✓ Determinar los factores que pueden impedir tomar la medicación adecuadamente.
- ✓ Resolver las dudas que puedan surgir.

00146 Ansiedad

NOC 1402 Control de la ansiedad

- ✓ Usará medidas de distracción.
- ✓ Dejar de asociar el uso del retrete con experiencias negativas.

NIC 5820 Disminución de la ansiedad

- ✓ Proporcionar un ambiente relajante.
- ✓ aconsejar uso de técnicas de relajación

00011 Estreñimiento.

NOC 0501 Eliminación intestinal

- ✓ Conseguirá habito intestinal adecuado.
- ✓ No asociará el uso de WC con experiencias dolorosas.

NIC 0450 Manejo del estreñimiento.

- ✓ Fomentar la ingesta de líquidos y fibra.
- ✓ Animar a realizar alguna actividad física.
- ✓ aconsejar consulta médica si estreñimiento.
- ✓ Vigilar y explicar signos y síntomas de impactación fecal.
- ✓ Instruir sobre el uso de enema si procede.

CONCLUSIONES

Tras explicarle la correcta técnica de recolección de cultivo de orina a la paciente lo entrega a los dos días. Tras 15 días acude a recoger los resultados y se pauta el antibiótico sensible para la bacteria que le produce la ITU. Coincidiendo con la recogida de resultados citamos a la paciente en la consulta de enfermería, nos indica que ha aumentado la ingesta de agua en 2l diarios como le indicamos y se apuntó a clases de pilates para fortalecer el suelo pélvico. En esta consulta le damos una educación alimentaria para prevenir el estreñimiento.

A los dos meses de la primera consulta y coincidiendo con la recogida de los resultados de urocultivo tras el tratamiento antibiótico, citamos a la paciente en la consulta de enfermería.

Nos indica que ha desaparecido los síntomas urinarios y que sigue con las pautas que le dimos sobre ejercicio e ingesta hídrica. También ha disminuido el estreñimiento, ya que ha mejorado la dieta y ha perdido peso. Volvemos a citar cada tres meses para hacer un seguimiento del control de peso y estreñimiento por petición de la paciente.

Resumen: En el caso clínico expuesto se pone de manifiesto un problema que nos encontramos con frecuencia en la Atención Primaria como es la disuria, con mayor prevalencia en mujeres y cómo abordarlo desde la realización de una correcta valoración por parte de enfermería y elaborando un plan de cuidados para solucionar los problemas detectados. También pone en relevancia la importancia de la correcta recogida del cultivo de orina y la educación sanitaria dada para prevenir recidivas.

Palabras Clave: Disuria, Diagnóstico de Enfermería, Atención de Enfermería

Desarrollo del trabajo:

La disuria o dolor que ocurre durante la micción se percibe a menudo como una sensación urgente o punzante en la uretra y es un síntoma que acompaña a varios síndromes. La presencia o ausencia de otros síntomas a menudo es útil para diferenciar entre tales enfermedades. Casi 50% de las mujeres experimenta disuria en algún momento de su vida. Existen diversas causas que provocan dolor y escozor al orinar (disuria), pero la causa más común es la infección del tracto urinario (ITU), en forma de una inflamación de la vejiga (cistitis) o de la uretra (uretritis). Las mujeres suelen padecer esta infección con frecuencia, ya que al ser más cortas sus vías urinarias los patógenos se introducen con más facilidad en la vejiga.

Caso Clínico:

Mujer de 37 años que acude a consulta de Atención Primaria para recoger el resultado de un urocultivo que recogió hace 15 días. Se le comunica que la muestra no es válida por contaminación por lo que el médico la remite a consulta de enfermería para recoger una nueva muestra. La mujer sigue con síntomas de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, no fiebre, a pesar de finalizar el tratamiento pautado. Como enfermeras de Atención Primaria realizaremos un plan de cuidados y realizaremos educación sanitaria para ayudarla con los problemas detectados.

Valoración:

Realizaremos una valoración según V. Henderson, aquí mostraremos las necesidades alteradas:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: La paciente refiere ingesta de agua inferior a 1l al día. Sustituye el agua de las comidas por refrescos.
3. Eliminación: Refiere estreñimiento crónico, 1-2 deposiciones a la semana.
4. Movilidad / Postura: sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: 36,7°C. Refiere distermia sin fiebre.
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones.
9. Evitar peligros: La paciente refiere dolor de espalda y al orinar que no cesa, va en aumento con el paso de los días.

10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones.

11. Valores / Creencias: Refiere encontrarse más ansiosa de lo habitual debido a su actual situación.

12. Autorrealización: Sin alteraciones

13. Entretenimiento: Sin alteraciones

14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones claves y criterios de resultado utilizamos la codificación de la Taxonomía NNN(NANDA ,NIC ,NOC).

00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

NOC 0503 Eliminación urinaria.

- Conseguir que evacuación urinaria sin dolor.
- Conseguir vaciamiento vesical completo.
- Tomar cantidad de líquidos adecuada. NIC 509 Manejo de la eliminación urinaria.
- Animar al aumento de la ingesta hídrica.
- Enseñar a vaciar la vejiga para eliminar el residuo vesical.
- Explicar que debe disminuir la ingestión de productos irritantes. 00132 Dolor agudo

NOC 1605 Control del dolor

- Reconoce los factores que le causan el dolor.
- Utiliza medidas de alivio del dolor no analgésico.
- Utiliza analgésicos prescritos. NIC 1400 Manejo del dolor.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir. 2800 Manejo de la medicación.
- Determinar los factores que pueden impedir tomar la medicación adecuadamente.
- Resolver las dudas que puedan surgir. 00146 Ansiedad

NOC 1402 Control de la ansiedad

- Usará medidas de distracción.
- Dejar de asociar el uso del retrete con experiencias negativas. NIC 5820 Disminución de la ansiedad
- Proporcionar un ambiente relajante.
- Aconsejar uso de técnicas de relajación 00011 Estreñimiento.

NOC 0501 Eliminación intestinal

- Conseguirá habito intestinal adecuado.
- No asociará el uso de WC con experiencias dolorosas. NIC 0450 Manejo del estreñimiento.
- Fomentar la ingesta de líquidos y fibra.
- Animar a realizar alguna actividad física.

- aconsejar consulta médica si estreñimiento.
- Vigilar y explicar signos y síntomas de impactación fecal.
- Instruir sobre el uso de enema si procede.

Conclusiones:

Tras explicarle la correcta técnica de recolección de cultivo de orina a la paciente lo entrega a los dos días. Tras 15 días acude a recoger los resultados y se pauta el antibiótico sensible para la bacteria que le produce la ITU. Coincidiendo con la recogida de resultados citamos a la paciente en la consulta de

A los dos meses de la primera consulta y coincidiendo con la recogida de los resultados de urocultivo tras el tratamiento antibiótico, citamos a la paciente en la consulta de enfermería.

Nos indica que ha desaparecido los síntomas urinarios y que sigue con las pautas que le dimos sobre ejercicio e ingesta hídrica. También ha disminuido el estreñimiento, ya que ha mejorado la dieta y ha perdido peso. Volvemos a citar cada tres meses para hacer un seguimiento del control de peso y estreñimiento por petición de la paciente.

Bibliografía:

1. Herdman T.H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana. 11.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
2. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
3. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Capítulo 52

Caso clínico: mujeres con disuria

Ruiz García, Carmen
Ruiz García, María del Pilar

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON EPOC REAGUDIZADO

AUTORAS: RUIZ GARCÍA, M.P; RUIZ GARCÍA, C.

INTRODUCCION

Según la OMS la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire. Los síntomas empeoran gradualmente y la disnea, que es persistente y al principio se asocia al esfuerzo, aumenta con el tiempo hasta aparecer en reposo. La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). Otros factores de riesgo son:

- ❖ La contaminación del aire de interiores (por ejemplo, la derivada de la utilización de combustibles sólidos en la cocina y la calefacción).
- ❖ La contaminación del aire exterior.
- ❖ La exposición laboral a polvos y productos químicos (vapores, irritantes y gases).
- ❖ Las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia.

La EPOC no se cura. Sin embargo, el tratamiento farmacológico y la fisioterapia pueden aliviar los síntomas, mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida y reducir el riesgo de muerte.

La EPOC cursa con agudizaciones donde se agravan los síntomas habituales, con más esputo, tos, disnea y fiebre. Estas agudizaciones requieren de una maximización y reajuste del tratamiento aumentando las dosis y combinación de varios broncodilatadores, corticoides orales y antibiótico cuando se requieran. Las más graves van a requerir hospitalización para realizar una vigilancia y tratamientos más intensos (oxígeno, ventilación, etc). La frecuencia de las agudizaciones contribuye a empeorar la función pulmonar en los pacientes con EPOC y aumenta el riesgo de mortalidad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: CASO.

JMNL varón de 54 años acude a consulta por tos con expectoración blanquecina, más intensa a primera hora de la mañana, que comienza tras un cuadro catarral de vías altas. Comenta que en los últimos años es frecuente que le sucedan tras los resfriados, pero que desde hace un mes persiste la tos. AP: EPOC diagnosticado hace 5 años y HTA bien controlada con su tratamiento habitual. Es derivado a consulta de enfermería de Atención Primaria para el correcto manejo del EPOC reagudizado, así como la formación en el uso de inhaladores pautados.

VALORACIÓN.

Realizada según el modelo enfermero de Virginia Henderson, a continuación destacamos algunas de ellas relevantes para nuestro PAE por estar alteradas:

Necesidad de respirar: fumador de 20-24 cigarrillos al día. Disnea de esfuerzo y ortopnea (precisa dos almohadones para dormir).

Necesidad de vestirse y desvestirse: requiere ayuda parcial en domicilio (ponerse los zapatos).

Necesidad de aprender: tiene capacidad de comprensión no alterada. No le gusta que le corrijan.

Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones claves y criterios de resultado utilizamos la codificación de la Taxonomía NANDA(NANDA,NIC,NOC).

00031 Limpieza inferior de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva y tabaquismo

Criterios de resultado

0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.

Intervenciones

- 3230 Fisioterapia respiratoria
- 2300 Administración de medicación
- 3140 Manejo de las vías aéreas
 - Enseñar técnicas de respiración si procede.

00004 Riesgo de infección r/c alteración en las defensas primarias

Criterios de resultado

1101 Integridad tisular de piel y mucosas

Intervenciones

- 6540 Control de infecciones
 - Se enseñará a toser de forma efectiva
 - Se vigilarán signos de alarma que indique cambios en su proceso normal.
- 1730 Restablecimiento de la salud bucal
 - Higiene bucal adecuada para minimizar el riesgo de aparición de micosis.

00126 Conocimientos deficientes sobre su enfermedad y régimen terapéutico.

Criterios de resultado

- 1813 Conocimiento del régimen terapéutico
- 1808 Conocimiento de la medicación

Intervenciones

- 1813 Enseñanza: proceso de enfermedad
 - Enseñar a reconocer signos de alarma de reagudización del EPOC
 - Informar acerca de la medicación que se le ha pautado
- 5616 Enseñanza de la medicación prescrita
 - Instruir en el uso de inhaladores bucales
 - Observación para detectar micosis por el uso de inhaladores

00094 Intolerancia a la actividad manifestada por malestar

Criterios de resultado

2004 Forma física

Intervenciones

- 200 Fomento del ejercicio
 - Instruirle en el ejercicio adecuado a su estado de salud
 - Adecuar la frecuencia e intensidad del programa de ejercicio según su condición física.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Tras sucesivas visitas a la consulta de enfermería, en la cual se reforzaba la educación sanitaria de paciente en el uso de inhaladores y en la práctica de actividad física; el paciente noto gran mejoría en su disnea. Lo cual lo motivo para apuntarse al taller de deshabituación tabáquica impartido en el centro de salud, reduciendo en dos meses el número de cigarrillos a 5 por día

Evitar las agudizaciones sabemos que puede mejorar la supervivencia. Además, tendremos que insistir en que realice actividad física y animarlo en cada visita, ya que por el resultado de estudios recientes, sabemos que los pacientes con bajo grado de actividad física presentan un peor pronóstico.

Gracias a un trabajo multidisciplinar de todos los profesionales sanitarios y un mejor conocimiento de los factores pronósticos en la EPOC, asistamos cada vez más a pacientes con supervivencias más prolongadas, que se mueran con la EPOC y no de su EPOC.

Resumen: Proceso de atención enfermero sobre un caso clínico de un varón atendido en Atención primaria por reagudización de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Desde la perspectiva enfermera se realiza el proceso de atención de enfermería individualizado, tomando como base el uso de los patrones de Virginia Henderson y el uso de los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC. Los objetivos que se establecen van dirigidos a lograr un patrón respiratorio y ventilatorio eficaz, para ello debemos enseñar al paciente que reconozcan exacerbaciones y cómo actuar en caso de aparición, también es imprescindible insistir en el abandono del hábito tabáquico.

Palabras Clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Atención de enfermería, Diagnóstico de Enfermería

Desarrollo del trabajo:

Según la OMS la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire. Los síntomas empeoran gradualmente y la disnea, que es persistente y al principio se asocia al esfuerzo, aumenta con el tiempo hasta aparecer en reposo. La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). Otros factores de riesgo son:

- La contaminación del aire de interiores (por ejemplo, la derivada de la utilización de combustibles sólidos en la cocina y la calefacción).
- La contaminación del aire exterior.
- La exposición laboral a polvos y productos químicos (vapores, irritantes y gases).
- Las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia.

La EPOC no se cura. Sin embargo, el tratamiento farmacológico y la fisioterapia pueden aliviar los síntomas, mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida y reducir el riesgo de muerte.

La EPOC cursa con agudizaciones donde se agravan los síntomas habituales, con más esputo, tos, disnea y fiebre. Estas agudizaciones requieren de una maximización y reajuste del tratamiento aumentando las dosis y combinación de varios broncodilatadores, corticoides orales y antibiótico cuando se requieran. Las más graves van a requerir hospitalización para realizar una vigilancia y tratamientos más intensos (oxígeno, ventilación, etc). La frecuencia de las agudizaciones contribuye a empeorar la función pulmonar en los pacientes con EPOC y aumenta el riesgo de mortalidad.

Observación Clínica:

JMNL varón de 54 años acude a consulta por tos con expectoración blanquecina, más intensa a primera hora de la mañana, que comienza tras un cuadro catarral de vías altas. Comenta que en los últimos años es frecuente que le sucedan tras los resfriados, pero que desde hace un mes persiste la tos. AP: EPOC diagnosticado hace 5 años y HTA bien controlada con su tratamiento habitual. Es derivado a consulta de enfermería de Atención Primaria para el correcto manejo del EPOC reagudizado, así como la formación en el uso de inhaladores pautados.

Valoración:

Realizada según el modelo enfermero de Virginia Henderson, a continuación, destacamos algunas de ellas relevantes para nuestro PAE por estar alteradas:

- Necesidad de respirar: fumador de 20-24 cigarrillos al día. Disnea de esfuerzo y ortopnea (precisa dos almohadones para dormir).

- Necesidad de vestirse y desvestirse: requiere ayuda parcial en domicilio (ponerse los zapatos).

- Necesidad de aprender: tiene capacidad de comprensión no alterada. No le gusta que le corrijan. Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones claves y criterios de resultado utilizamos la codificación de la Taxonomía NNN (NANDA, NIC, NOC).

00031 limpieza inferior de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva y tabaquismo Criterios de resultado

0410 estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.

Intervenciones

3230 fisioterapia respiratoria

2300 administración de medicación 3140 Manejo de las vías aéreas

- Enseñar técnicas de respiración si procede.

00004 riesgo de infección r/c alteración en las defensas primarias Criterios de resultado

1101 integridad tisular de piel y mucosas

Intervenciones

6540 control de infecciones

- Se enseñará a toser de forma efectiva

- Se vigilarán signos de alarma que indique cambios en su proceso normal. 1730 restablecimiento de la salud bucal

- Higiene bucal adecuada para minimizar el riesgo de aparición de micosis.

00126 conocimientos deficientes sobre su enfermedad y régimen terapéutico. Criterios de resultado

1813 conocimiento del régimen terapéutico 1808 Conocimiento de la medicación

Intervenciones

1813 enseñanza: proceso de enfermedad

- Enseñar a reconocer signos de alarma de reagudización del EPOC

- Informar acerca de la medicación que se le ha pautado 5616 Enseñanza de la medicación prescrita

- Instruir en el uso de inhaladores bucales

- Observación para detectar micosis por el uso de inhaladores 00094 Intolerancia a la actividad manifestada por malestar

Intervenciones

200 fomento del ejercicio

- Instruirle en el ejercicio adecuado a su estado de salud
- Adecuar la frecuencia e intensidad del programa de ejercicio según su condición física.

Discusion y Conclusiones:

Tras sucesivas visitas a la consulta de enfermería, en la cual se reforzaba la educación sanitaria de paciente en el uso de inhaladores y en la práctica de actividad física; el paciente noto gran mejoría en su disneico. Lo cual lo motivo para apuntarse al taller de deshabituación tabáquica impartido en el centro de salud, reduciendo en dos meses el número de cigarrillos a 5 por día

Evitar las agudizaciones sabemos que puede mejorar la supervivencia. Además, tendremos que insistir en que realice actividad física y animarlo en cada visita, ya que por el resultado de estudios recientes, sabemos que los pacientes con bajo grado de actividad física presentan un peor pronóstico.

Gracias a un trabajo multidisciplinar de todos los profesionales sanitarios y un mejor conocimiento de los factores pronósticos en la EPOC, asistamos cada vez más a pacientes con supervivencias más prolongadas, que se mueran con la EPOC y no de su EPOC.

Bibliografía:

1. Herdman T.H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana. 11.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
2. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
3. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Capítulo 53

Caso clínico: paciente con tumor de Wilms

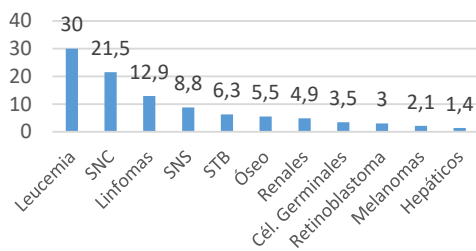
*Calvo Giménez, Marta
Vela Meco, Cristina*



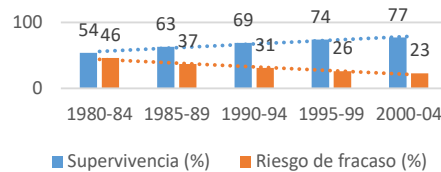
INTRODUCCIÓN

El tumor de Wilms (o nefroblastoma) es un tumor maligno que afecta a las células de los riñones, encontrándose entre las tumoraciones de riñón más frecuentes en la infancia. Afecta generalmente a niños de edades entre 1 y 4 años, siendo poco frecuente en mayores de 8 años. El tumor puede presentarse de forma esporádica o hereditaria, aunque la segunda suele ser rara. La clínica suele comprender aumento del tamaño abdominal, fiebre, dolor abdominal, pérdida de apetito, pérdida de peso, hematuria y estreñimiento. El diagnóstico se realiza mediante exploración clínica y pruebas complementarias, tales como pruebas de laboratorio, ecografía, radiografía, TAC y biopsia, y una posterior estadificación. El tratamiento suele ser multimodal con quimioterapia y cirugía, y en algunos casos incluyendo radioterapia. Con una correcta estadificación y un tratamiento precoz, el pronóstico suele ser bueno. Según la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP), hay alrededor 1100 casos nuevos de cáncer infantil en España. De entre todos los tipos de cáncer infantil, el nefroblastoma ocupa el sexto lugar (4,9 %) (Gráfico 1). Según señalan las estadísticas del Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP), los avances para un temprano diagnóstico y adecuado tratamiento son muy positivos, ya que desde el año 1980 al 2004 ha aumentado la supervivencia un 23 % y ha disminuido el riesgo de fracaso un 23 % también (Gráfico 2), coincidiendo a su vez con el porcentaje de cobertura de los tumores infantiles en una Unidad de Oncología Pediátrica, que comenzó siendo un 32,6 % en 1980, y ha aumentado progresivamente hasta situarse en un 93 % en el año 2012 (Gráfico 3).

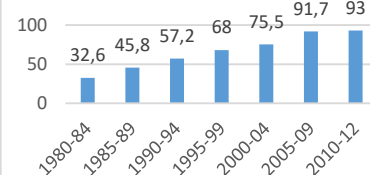
Incidencia tumor infantil en España 2000-2011 (RETI-SEHOP) (Gráfico 1)



Tendencia comparativa supervivencia VS riesgo de fracaso (1980-2004, RETI-SEHOP) (Gráfico 2)



% Cobertura tumores infantiles en España 1980-2012 (RETI-SEHOP) (Gráfico 3)



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 4 años que acude con su madre al servicio de urgencias por dolor abdominal, febrícula y vómitos de 6 días de evolución. En la exploración física se palpa gran masa abdominal en hemiabdomen izquierdo. Ha habido pérdida de peso y apetito, y presenta estreñimiento. En estudio radiológico (ecografía y TAC) se confirma la presencia de masa sólida de origen renal izquierdo, que mide 12 x 9 x 10 cm.

La paciente fue ingresada para comenzar tratamiento con quimioterapia preoperatoria cuatro semanas antes con Vincristina y Actinomicina-D, según protocolo SIOP-93 (International Society of Paediatric Oncology). Se realizó cirugía tras tratamiento, extirpando el riñón izquierdo con cápsula suprarenal. El examen anatomopatológico confirmó que se trataba de un tumor de Wilms de riñón izquierdo en estadio II.

Pasadas 2 semanas de la cirugía, la paciente continúa con quimioterapia post-cirugía (27 semanas), completando tratamiento. En algunas ocasiones ha presentado pancitopenia con fiebre, que precisó ingreso con tratamiento antibiótico intravenoso.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NANDA	NOC	NIC
00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades.	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 1014 Apetito.	1100 Manejo de la nutrición. 1200 Administración de nutrición parenteral total. 1260 Manejo del peso.
00016 Estreñimiento.	0501 Eliminación intestinal.	0450 Manejo del estreñimiento.
000146 Ansiedad.	1213 Nivel de miedo: infantil. 1301 Adaptación del niño a la hospitalización. 1833 Conocimiento: manejo del cáncer.	4920 Escucha activa. 5240 Asesoramiento. 5568 Educación paterna: niño. 5270 Apoyo emocional. 7040 Apoyo al cuidador principal. 7140 Apoyo a la familia. 7170 Facilitar la presencia de la familia.
00044 Deterioro de la integridad tisular.	1102 Curación de la herida: por primera intención.	3440 Cuidados del sitio de incisión. 3660 Cuidados de las heridas.
00132 Dolor agudo.	1843 Conocimiento: manejo del dolor.	1400 Manejo del dolor. 6482 Manejo ambiental: dolor.

DISCUSIÓN

En este caso, los signos de alarma como la pérdida de peso, estreñimiento y pérdida de apetito fueron el motivo de consulta de los padres al médico, obteniendo muy pronto un diagnóstico tras las pruebas pertinentes. En el plazo de un mes, la niña recibe tratamiento quimioterápico y se realiza nefrectomía izquierda. En alguna ocasión precisa alimentación parenteral por el deficiente estado de nutrición y la negativa de la niña a tomar alimentos por boca. Sin embargo, las evaluaciones realizadas durante el tratamiento y posteriores, demuestran una remisión completa del Tumor de Wilms sin recidiva ni metástasis a distancia.

CONCLUSIÓN

Se demuestra con este caso la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano en el aumento de la supervivencia del Tumor de Wilms.

La labor de enfermería es muy importante durante el ingreso hospitalario, ya no sólo como la persona que administra el tratamiento y cuida de los niños y de las complicaciones que puedan derivar del tratamiento y del propio proceso de la enfermedad (nutricionales, intestinales,...), sino también en la escucha, orientación y acompañamiento de los padres y madres en los meses de incertidumbre, miedo y ansiedad que surgen del desconocimiento de dicha situación.

Resumen: El tumor de Wilms o nefroblastoma es un tumor maligno renal, típico de la infancia, que afecta a edades entre 1 y 4 años. La clínica y las pruebas radiológicas constituyen la base para un diagnóstico y tratamiento precoces, y en consecuencia un aumento de la supervivencia.

En este caso se trata de una niña de 4 años diagnosticada de tumor de Wilms, en el que la labor de enfermería juega un papel muy importante en todas las fases, no solo en el tratamiento y seguimiento de las complicaciones derivadas del tratamiento, sino también en el acompañamiento a los padres.

Palabras Clave: Tumor de Wilms, Diagnóstico precoz del cáncer, Tratamiento multimodal

Desarrollo del trabajo:

El tumor de Wilms (o nefroblastoma) es un tumor maligno que afecta a las células de los riñones, encontrándose entre las tumoraciones de riñón más frecuentes en la infancia. Afecta generalmente a niños de edades entre 1 y 4 años, siendo poco frecuente en mayores de 8 años. El tumor puede presentarse de forma esporádica o hereditaria, aunque la segunda suele ser rara. La clínica suele comprender aumento del tamaño abdominal, fiebre, dolor abdominal, pérdida de apetito, pérdida de peso, hematuria y estreñimiento. El diagnóstico se realiza mediante exploración clínica y pruebas complementarias, tales como pruebas de laboratorio, ecografía, radiografía, TAC y biopsia, y una posterior estadificación. El tratamiento suele ser multimodal con quimioterapia y cirugía, y en algunos casos incluyendo radioterapia. Con una correcta estadificación y un tratamiento precoz, el pronóstico suele ser bueno. Según la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP), hay alrededor de 1100 casos nuevos de cáncer infantil en España. De entre todos los tipos de cáncer infantil, el nefroblastoma ocupa el sexto lugar (4,9 %). Según señalan las estadísticas del Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP), los avances para un temprano diagnóstico y adecuado tratamiento son muy positivos, ya que desde el año 1980 al 2004 ha aumentado la supervivencia un 23% y ha disminuido el riesgo de fracaso un 23% también, coincidiendo a su vez con el porcentaje de cobertura de los tumores infantiles en una Unidad de Oncología Pediátrica, que comenzó siendo un 32,6% en 1980, y ha aumentado progresivamente hasta situarse en un 93% en el año 2012.

Observación Clínica:

Niña de 4 años que acude con su madre al servicio de urgencias por dolor abdominal, febrícula y vómitos de 6 días de evolución. En la exploración física se palpa gran masa abdominal en hemiabdomen izquierdo. Ha habido pérdida de peso y apetito, y presenta estreñimiento. En estudio radiológico (ecografía y TAC) se confirma la presencia de masa sólida de origen renal izquierdo, que mide 12 x 9 x 10 cm.

La paciente fue ingresada para comenzar tratamiento con quimioterapia preoperatoria cuatro semanas antes con Vincristina y Actinomicina-D, según protocolo SIOP-93 (International Society of Paediatric Oncology). Se realizó cirugía tras tratamiento, extirpando el riñón izquierdo con cápsula suprarrenal. El examen anatomopatológico confirmó que se trataba de un tumor de Wilms de riñón izquierdo en estadio II.

Pasadas 2 semanas de la cirugía, la paciente continúa con quimioterapia post-cirugía (27 semanas), completando tratamiento. En algunas ocasiones ha presentado pancitopenia con fiebre, que precisó ingreso con tratamiento antibiótico intravenoso.

Discusión:

En este caso, los signos de alarma como la pérdida de peso, estreñimiento y pérdida de apetito fueron el motivo de consulta de los padres al médico, obteniendo muy pronto un diagnóstico tras las pruebas pertinentes. En el plazo de un mes, la niña recibe tratamiento quimioterápico y se realiza nefrectomía izquierda. En alguna ocasión precisa alimentación parenteral por el deficiente estado de nutrición y la negativa de la niña a tomar alimentos por boca. Sin embargo, las evaluaciones realizadas durante el tratamiento y posteriores, demuestran una remisión completa del Tumor de Wilms sin recidiva ni metástasis a distancia.

Conclusión:

Se demuestra con este caso la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano en el aumento de la supervivencia del Tumor de Wilms.

La labor de enfermería es muy importante durante el ingreso hospitalario, ya no sólo como la persona que administra el tratamiento y cuida de los niños y de las complicaciones que puedan derivar del tratamiento y del propio proceso de la enfermedad (nutricionales, intestinales), sino también en la escucha, orientación y acompañamiento de los padres y madres en los meses de incertidumbre, miedo y ansiedad que surgen del desconocimiento de dicha situación.

Bibliografía:

1. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12ª ed. S.A. Madrid: Elsevier España; 2021.
2. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas. SEHOP [sede Web]. Valencia: sehop.org; 2007 [actualizada el 6 de julio de 2021; acceso el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: [https:// www.sehop.org/](https://www.sehop.org/)
3. Registro Español de Tumores Infantiles. RETI-SEHOP [sede Web]. Valencia: Universidad de Valencia; 1980 [actualizada el 13 de julio de 2014-acceso el 13 de mayo de 2021]. Disponible en: [https:// www.uv.es/rnti/](https://www.uv.es/rnti/)

Capítulo 54

Caso clínico: paciente traqueostomizado

Ruiz García, Carmen
Ruiz García, Maria del Pilar

CASO CLÍNICO: PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

AUTORAS: RUIZ GARCÍA, M.P; RUIZ GARCÍA, C.

INTRODUCCION

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la realización de una apertura en la pared anterior de la tráquea para establecer una vía aérea segura. El orificio creado en la tráquea que se continúa con la piel del cuello se define como traqueostoma. Los cuidados de traqueostomía están encaminados a mantener la permeabilidad de la vía aérea, evitar la infección y buscar estrategias para mejorar la adaptación del paciente a la nueva situación. Es fundamental dotar al paciente de conocimientos sobre las posibles complicaciones con el objeto de detectarlas y tratarlas.

Los pacientes traqueostomizados son personas que experimentan diferentes emociones, todas ellas relacionadas con el impacto que supone el diagnóstico y el procedimiento en sí. Por ello es importante brindarles un cuidado holístico e individualizado según las necesidades de cada paciente, ya que cada persona experimenta de forma diferente el impacto de la enfermedad. Para que resulten eficaces los cuidados domiciliarios es importante realizar de manera precoz un buen plan de cuidados con educación sanitaria y consejos para cada paciente e irlo adaptando según su evolución.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: CASO.

A.T.G. mujer de 68 años que acude a consulta de enfermería tras alta hospitalaria para revisión y cuidados de traqueostoma. Tras someterse a cirugía maxilofacial de carcinoma epidermoide que invade mandíbula, es dada de alta a domicilio portadora de traqueostomía con cánula de plata. A su llegada a consulta de enfermería en Atención Primaria observamos nerviosismo ante la nueva situación. Es capaz de tragar líquidos con espesante pero tiene miedo al atragantamiento y tiene abundantes secreciones que no maneja de manera adecuada. Está mejorando la fonación progresivamente desde su alta hace dos días.

VALORACIÓN.

Realizaremos la valoración según Henderson, reseñando aquí los que encontramos alterados:

1. Respiración: Acumulación y dificultad para la expulsión de secreciones.
2. Alimentación / Hidratación: Dificultad de deglución.
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Correcto estado de la herida de ostomía.
9. Evitar peligros: Detección precoz de signos y síntomas de infección respiratoria por acúmulo de secreciones.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Dificultad para expresarse verbalmente
14. Aprendizaje: Valorar la aptitud para expresarse, tanto por escrito como vocalizando.

Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones claves y criterios de resultado utilizamos la codificación de la Taxonomía NNN (NANDA, NIC, NOC).

00146 Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p nerviosismo

NOC 1402 Control de la ansiedad

- Ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
- Dormir de forma adecuada

NIC 5820 Disminución de la ansiedad

- Animar a manifestar sus sentimientos y miedos
- Enseñar técnicas de relajación
- Escuchar con atención

0004 Riesgo de infección r/c procedimientos

NOC 1908 Detección del riesgo

- Reconocer signos y síntomas
- Utilizar los servicios sanitarios, si precisa

NIC 6550 Protección contra las infecciones

- Enseñar cómo llevar una vida sana y limpia
- Medidas de protección de la zona del cuello
- Enseñar el manejo de su tratamiento habitual y nebulizaciones si precisa.

00051 Deterioro de la comunicación verbal

NOC 0902 Capacidad de comunicación

- Utilizar lenguaje escrito y no verbal
- Intercambiar mensajes con los demás

NIC 4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla

- No levantar la voz
- Usar cartones con dibujos o escritura

00039 Riesgo de aspiración r/c presencia de la cánula de traqueotomía

NOC 1918 Control de aspiración

- Identificar los signos de riesgo
- Conocer la forma correcta de comer y las actuaciones tras la ingesta
- Valorar la capacidad de deglución

NIC 3200 Precauciones para evitar la aspiración

- Comer sentado
- Permanecer sentado una hora después de la ingesta
- Uso de espesantes para los líquidos
- Fraccionar comidas

00103 Deterioro de la deglución r/c la obstrucción mecánica por la cánula

NOC 0303 Cuidados personales al comer

- Masticar y deglutir
- Tragar líquidos con espesante

NIC 1803 Ayudar con el autocuidado: deglución

- Solventar las dudas que cause el miedo a la ingesta
- Adaptar texturas de las comidas
- Proporcionar dispositivos que favorezcan la ingesta

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En el primer mes citamos a la paciente una vez a la semana, en cada consulta de enfermería profundizábamos en el aprendizaje de la técnica de cambio de cánula, deglución con espesante y control de la ansiedad. La paciente fue derivada al especialista y recupero la fonación casi por completo. El segundo mes la citamos una vez cada 15 días asentamos las bases para reconocer los signos de infección y como eliminar secreciones de forma adecuada, así como reforzar los conocimientos adquiridos previamente. Y desde el tercer hasta el sexto mes la citamos una vez al mes, la paciente durante el tiempo de la consulta nos preguntaba dudas sobre y aclarábamos conceptos sobre su tratamiento habitual, reforzando las premisas de alimentación y vida saludable. Tras 6 meses del alta la paciente controla por completo su traqueostomía, sabiendo identificar los signos de infección. También puede comunicarse verbalmente de forma adecuada y controlar la deglución en semisólido.

Resumen: Con caso clínico expuesto se profundiza en la educación sanitaria desde Atención Primaria a pacientes que han recibido el alta hospitalaria y llegan a su domicilio con una traqueostomía permanente. Tras la recuperación de la intervención mostramos como se ha llevado a cabo el Proceso de Atención de Enfermería. Realizando una valoración inicial y estableciendo las actividades

para cumplir los objetivos planteados. Durante todo el caso clínico se realiza una valoración constante de la evolución y según esta, iremos programando visitas educativas hasta lograr el correcto manejo de la traqueostomía por parte de la paciente.

Palabras Clave: Traqueostomía, Atención Domiciliaria de Salud, Diagnóstico de Enfermería

Desarrollo del trabajo:

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la realización de una apertura en la pared anterior de la tráquea para establecer una vía aérea segura. El orificio creado en la tráquea que se continúa con la piel del cuello se define como traqueostoma. Los cuidados de traqueostomía están encaminados a mantener la permeabilidad de la vía aérea, evitar la infección y buscar estrategias para mejorar la adaptación del paciente a la nueva situación. Es fundamental dotar al paciente de conocimientos sobre las posibles complicaciones con el objeto de detectarlas y tratarlas.

Los pacientes traqueostomizados son personas que experimentan diferentes emociones, todas ellas relacionadas con el impacto que supone el diagnóstico y el procedimiento en sí. Por ello es importante brindarles un cuidado holístico e individualizado según las necesidades de cada paciente, ya que cada persona experimenta de forma diferente el impacto de la enfermedad. Para que resulten eficaces los cuidados domiciliarios es importante realizar de manera precoz un buen plan de cuidados con educación sanitaria y consejos para cada paciente e irlo adaptando según su evolución.

Observación Clínica: Caso

A.T.G. mujer de 68 años que acude a consulta de enfermería tras alta hospitalaria para revisión y cuidados de traqueostoma. Tras someterse a cirugía maxilofacial de carcinoma epidermoide que invade mandíbula, es dada de alta a domicilio portadora de traqueostomía con cánula de plata. A su llegada a consulta de enfermería en Atención Primaria observamos nerviosismo ante la nueva situación. Es capaz de tragar líquidos con espesante, pero tiene miedo al atragantamiento y tiene abundantes secreciones que no maneja de manera adecuada. Está mejorando la fonación progresivamente desde su alta hace dos días.

Valoración:

Realizaremos la valoración según Henderson, reseñando aquí los que encontramos alterados:

1. Respiración: Acumulación y dificultad para la expulsión de secreciones.
2. Alimentación / Hidratación: Dificultad de deglución.
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Correcto estado de la herida de ostomía.
9. Evitar peligros: Detección precoz de signos y síntomas de infección respiratoria por acúmulo de secreciones.

10. Comunicación / Relaciones sociales: Dificultad para expresarse verbalmente

14. Aprendizaje: Valorar la aptitud para expresarse, tanto por escrito como vocalizando.

Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones claves y criterios de resultado utilizamos la codificación de la Taxonomía NNN (NANDA, NIC, NOC):

146 Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p nerviosismo

NOC 1402 Control de la ansiedad

- Ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
- Dormir de forma adecuada

NIC 5820 Disminución de la ansiedad

- Animar a manifestar sus sentimientos y miedos
- Enseñar técnicas de relajación
- Escuchar con atención

0004 Riesgo de infección r/c procedimientos

NOC 1908 Detección del riesgo

- Reconocer signos y síntomas
- Utilizar los servicios sanitarios, si precisa

NIC 6550 Protección contra las infecciones

- Enseñar cómo llevar una vida sana y limpia
- Medidas de protección de la zona del cuello
- Enseñar el manejo de su tratamiento habitual y nebulizaciones si precisa.

00051 Deterioro de la comunicación verbal

NOC 0902 Capacidad de comunicación

- Utilizar lenguaje escrito y no verbal
- Intercambiar mensajes con los demás

NIC 4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla

- No levantar la voz
- Usar cartones con dibujos o escritura

00039 Riesgo de aspiración r/c presencia de la cánula de traqueotomía

NOC 1918 Control de aspiración

- Identificar los signos de riesgo
- Conocer la forma correcta de comer y las actuaciones tras la ingesta
- Valorar la capacidad de deglución

NIC 3200 Precauciones para evitar la aspiración

- Comer sentado
- Permanecer sentado una hora después de la ingesta
- Uso de espesantes para los líquidos
- Fraccionar comidas

00103 Deterioro de la deglución r/c la obstrucción mecánica por la cánula

NOC 0303 Cuidados personales al comer

- Masticar y deglutir
- Tragar líquidos con espesante

NIC 1803 Ayudar con el autocuidado: deglución

- Solventar las dudas que cause el miedo a la ingesta
- Adaptar texturas de las comidas
- Proporcionar dispositivos que favorezcan la ingesta

Discusión y Conclusiones:

En el primer mes citamos a la paciente una vez a la semana, en cada consulta de enfermería profundizábamos en el aprendizaje de la técnica de cambio de cánula, deglución con espesante y control de la ansiedad. La paciente fue derivada al especialista y recupero la fonación casi por completo. El segundo mes la citamos una vez cada 15 días asentamos las bases para reconocer los signos de infección y como eliminar secreciones de forma adecuada, así como reforzar los conocimientos adquiridos previamente. Y desde el tercer hasta el sexto mes la citamos una vez al mes, la paciente durante el tiempo de la consulta nos preguntaba dudas sobre y aclarábamos conceptos sobre su tratamiento habitual, reforzando las premisas de alimentación y vida saludable. Tras 6 meses del alta la paciente controla por completo su traqueotomía, sabiendo identificar los signos de infección. También puede comunicarse verbalmente de forma adecuada y controlar la deglución en semisólido.

Bibliografía:

1. Herdman T.H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana. 11.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
2. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
3. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Capítulo 55

**Caso clínico: tratamiento
fisioterápico en hemiparesia
izquierda por ictus hemorrágico
en usuario institucionalizado
en residencia de mayores**

Rangel Escribano, Juan

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN HEMIPARESIA IZQUIERDA POR ICTUS HEMORRÁGICO EN USUARIO INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIA DE MAYORES

JUAN RANGEL ESCRIBANO

INTRODUCCIÓN

El usuario L.R.G de 73 años, institucionalizado en una residencia de mayores desde 2020, sufre hemiparesia izquierda por ictus hemorrágico el 29/11/19. En el TC craneal se visualiza un hematoma talámico derecho con invasión ventricular.

Después de la hospitalización y antes de llegar a nuestra residencia, ha permanecido varios meses en otra institución. El usuario apenas había recibido rehabilitación por parte de fisioterapia, debido a la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid 19, no se había puesto de pie todavía.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Balance articular: Sin limitaciones en miembros inferiores. En miembros superiores presenta ligero flexo de codo izquierdo debido a una fractura de codo en la adolescencia, no llega a la extensión completa, la pronosupinación está limitada y es dolorosa. La carga también despierta dolor en el codo cuando comienza a caminar con el andador.

Ha referido dolor en rodilla derecha (tumefacción y aumento de temperatura) y en el dedo gordo del pie en ciertas ocasiones, compatible con crisis de gota.

Balance muscular (Daniels)	05/03/2020	01/06/2020	19/05/2021
Miembro superior e inferior derecho	5/5	5/5	5/5
Miembro superior e inferior izquierdo	4/5	5/5	5/5

Escala de Tinetti	05/03/2020	01/06/2020	19/05/2021
Marcha	6/12	11/12	11/12
Equilibrio	7/16	14/16	15/16
Total / Riesgo de caídas	13/28. Alto	25/28. Bajo	26/28. Bajo

OBJETIVOS

- Mejorar y mantener el balance muscular y articular.
- Conseguir la marcha con andador.
- Mantener y mejorar la estabilidad y equilibrio en bipedestación estática y dinámica.
- Combatir el dolor cuando precisa, a nivel de codo y rodilla.

PLAN DE CUIDADOS

Con fecha 20/02/2020 le proporcionamos una silla de ruedas para que se desplace por la residencia, comenzamos fisioterapia con refuerzo muscular de miembros superiores e inferiores, puesta en pie en espaldas y posteriormente verticalización y marcha en barras paralelas. Evoluciona rápidamente y comienza a caminar con andador de 2 ruedas con ligera ayuda, supervisión y arrastrando el pie izquierdo (capaz de corregirlo, antes de llegar a la fatiga). Varias semanas después ya es capaz de caminar con el andador de forma autónoma incluso por las tardes y fines de semana, primero con supervisión y después sin supervisión.

Actualmente, el usuario camina con su andador de 2 ruedas de forma autónoma, con soltura, de forma cada vez más estable y sin ayuda externa, con marcha cauta, correcta extensión de tronco y ligera rotación externa de pie derecho (refiere que siempre ha caminado de ésta manera). Camina de forma libre por los espacios y sale fuera de la residencia a dar paseos cortos y al parque de la localidad cuando le apetece. Es capaz de caminar sin ayudas técnicas varios metros con ligera separación de brazos para mantener el equilibrio.

Es capaz también de caminar con una muleta simple en el brazo derecho 60-80 metros antes de que se fatigue, bracea poco con miembro superior izquierdo. Se ha intentado la marcha con andador de 4 ruedas, pero se encuentra muy inestable y prefiere utilizar uno de 2 ruedas.

Presenta cierta actitud en cifosis dorsal que corrige cuando se le dice, así como periodos de aumento de dolor en codo izquierdo con tratamiento directo de Tens y vendaje neuromuscular.

Está incluido en los programas de reeducación de la marcha y marcha funcional, tratamiento individual y directo cuando precisa y en el programa de prevención de caídas Otago, ya que presenta pérdida de estabilidad en bipedestación y marcha que va mejorando de forma muy favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El usuario presenta buena evolución en cuanto al aumento de fuerza muscular, mejoría en la marcha autónoma con andador de 2 ruedas, coordinación, así como la disminución de dolor a través del tratamiento propuesto en fisioterapia.

Muestra buena disposición a las actividades y ejercicios que se le plantean, es muy constante en su tratamiento individual y grupal, así como en intentar caminar todos los días mañana y tarde, lo que le ha hecho mejorar mucho en cuanto a la recuperación del ICTUS.

Se puede constatar que la fuerza de voluntad y la constancia son muy importantes en la rehabilitación de un ICTUS, pero también es fundamental la reeducación fisioterápica desde el inicio de la enfermedad cerebrovascular.

Resumen: *El accidente cerebrovascular (ACV) es la tercera causa de muerte en los países industrializados y la principal causa de discapacidad, ocasionando dependencia y secuelas entre los adultos afectados. Los objetivos principales son recuperar y mantener el balance muscular y articular, conseguir la verticalización y marcha con andador, así como mejorar la estabilidad y el equilibrio en bipedestación. El tratamiento de fisioterapia ha resultado óptimo en la recuperación de la hemiparesia izquierda en cuanto al aumento de fuerza muscular, mejoría en la marcha autónoma con andador, coordinación y disminución de dolor, mostrando buena disposición, fuerza de voluntad y constancia.*

Palabras Clave: *Fisioterapia, Accidente cerebrovascular, Anciano*

Desarrollo del trabajo:

El usuario L.R.G de 73 años, institucionalizado en una residencia de mayores desde 2020, sufre hemiparesia izquierda por ACV hemorrágico el 29/11/19. En la tomografía computarizada craneal se visualiza un hematoma talámico derecho con invasión ventricular.

Después de la hospitalización y antes de llegar a nuestra residencia, ha permanecido varios meses en otra institución. El usuario apenas había recibido rehabilitación por parte de fisioterapia, debido a la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid 19, no se había puesto de pie todavía.

Observación Clínica:

Balance articular: Sin limitaciones en miembros inferiores. En miembros superiores presenta ligero flexo de codo izquierdo debido a una fractura de codo en la adolescencia, no llega a la extensión completa, la pronosupinación está limitada y es dolorosa. La carga también despierta dolor en el codo en ocasiones cuando camina con el andador.

Ha referido dolor en rodilla derecha (tumefacción y aumento de temperatura) y en el dedo gordo del pie en ciertas ocasiones, compatible con crisis de gota.

Balance muscular (05/03/2020): 5/5 en miembros superior e inferior derechos y 4/5 en miembros superior e inferior izquierdos (Daniels).

Balance muscular (01/06/2020): 5/5 en miembros superior e inferior derechos y 5/5 en miembros superior e inferior izquierdos (Daniels).

Balance muscular (19/05/2021): 5/5 en miembros superior e inferior derechos y 5/5 en miembros superior e inferior izquierdos (Daniels).

Escala de Tinetti (05/03/2020): Marcha: 6/12. Equilibrio: 7/16. Total: 13/28. Alto riesgo de caídas.
Escala de Tinetti (01/06/2020): Marcha: 11/12. Equilibrio: 14/16. Total: 25/28. Bajo riesgo de caídas.

Escala de Tinetti (19/05/2021): Marcha: 11/12. Equilibrio: 15/16. Total: 26/28. Bajo riesgo de caídas.

Los objetivos planteados son:

Mejorar y mantener el balance muscular y articular. Conseguir la marcha con andador.

Mantener y mejorar la estabilidad y equilibrio en bipedestación estática y dinámica. Combatir el dolor cuando precisa, a nivel de codo y rodilla.

Plan de Cuidados. Tratamiento de Fisioterapia:

Con fecha 20/02/2020 le proporcionamos una silla de ruedas para que se desplace por la residencia, comenzamos fisioterapia con refuerzo muscular de miembros superiores e inferiores, puesta en pie en espaldaras y posteriormente verticalización y marcha en barras paralelas. Evoluciona rápidamente y comienza a caminar con andador de dos ruedas con ligera ayuda, supervisión y arrastrando el pie izquierdo (capaz de corregirlo, antes de llegar a la fatiga). Varias semanas después ya es capaz de caminar con el andador de forma autónoma incluso por las tardes y fines de semana, primero con supervisión de auxiliares y después sin supervisión.

Actualmente, el usuario camina con su andador de dos ruedas de forma autónoma, con soltura, de forma cada vez más estable y sin ayuda externa, con marcha cauta, correcta extensión de tronco y ligera rotación externa de pie derecho (refiere que siempre ha caminado de ésta manera). Camina de forma libre por los espacios y sale fuera de la residencia a dar paseos cortos y al parque de la localidad cuando le apetece. Es capaz de caminar sin ayudas técnicas varios metros con ligera separación de brazos para mantener el equilibrio.

Es capaz también de caminar con una muleta simple en el brazo derecho 60-80 metros antes de que se fatigue, bracea poco con miembro superior izquierdo. Se ha intentado la marcha con andador de cuatro ruedas, pero se encuentra muy inestable y prefiere utilizar uno de dos ruedas.

Presenta cierta actitud en cifosis dorsal que corrige cuando se le dice, así como periodos de aumento de dolor en codo izquierdo con tratamiento directo de electroterapia y vendaje neuromuscular.

Está incluido en los programas de reeducación de la marcha y marcha funcional, tratamiento individual y directo cuando precisa y en el programa de prevención de caídas Otago ya que presenta pérdida de estabilidad en bipedestación y marcha que va mejorando de forma muy favorable.

Discusión y Conclusiones:

El usuario presenta buena evolución en cuanto al aumento de fuerza muscular, mejoría en la marcha autónoma con andador de dos ruedas, coordinación, así como la disminución de dolor a través del tratamiento propuesto en fisioterapia.

Muestra buena disposición a las actividades y ejercicios que se le plantean, es muy constante en su tratamiento individual y grupal, así como en intentar caminar todos los días mañana y tarde, lo que le ha hecho mejorar mucho en cuanto a la recuperación del ACV.

Se puede constatar que la fuerza de voluntad y la constancia son muy importantes en la rehabilitación de un ACV, pero también es fundamental la reeducación fisioterápica desde el inicio de la enfermedad cerebrovascular.

Bibliografía:

1. Debra R. Equilibrio y movilidad con personas mayores. 1ª edición. Barcelona: Paidotribo; 2005.
2. Formiga F. Las caídas, un síndrome geriátrico por excelencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(6):299-300.
3. Rubens Rebelatto J, Da Silva Morelli J. Fisioterapia geriátrica: Práctica asistencial en el anciano. 1ª edición. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
4. Sociedad española de médicos de residencias (SEMER). Síndromes geriátricos. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2006.

Capítulo 56

Cateterización Swan Ganz en el paciente crítico

Núñez Jiménez, María del Pilar

Merino Viedma, Elena

Rodríguez Escudero, Cristina

Solís Montes, Paloma

Gijón Ruiz, María de Gracia

Solís Montes, José Enrique

CATETERIZACION SWAN GANZ EN EL PACIENTE CRITICO

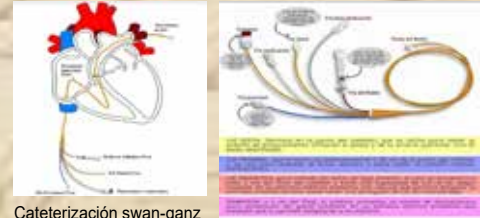


Núñez Jiménez, M. P; Merino Viedma, E; Rodríguez Escudero, C ; Solís Montes, P; Gijón Ruiz, M. G; Solís Montés, J.E

INTRODUCCION:

El catéter Swan Ganz es un tipo de catéter central, usado para la monitorización hemodinámica invasiva en la aurícula derecha y la arteria pulmonar del paciente crítico.

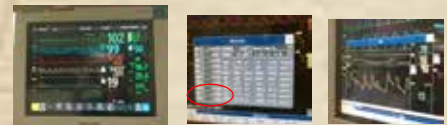
Tiene varias luces y dispositivos, a través de los cuales se pueden medir los diferentes parámetros como son: gasto cardíaco, presión venosa central, presión de la arteria pulmonar, saturación venosa mixta, temperatura central, administración de medicación y extracción de muestras.



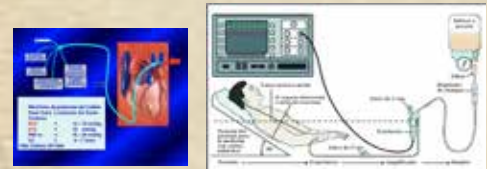
Cateterización swan-ganz

DESCRIPCION DEL CASO:

- Hombre de 64 años de edad, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Es diagnosticado de shock cardiogénico con Fallo Multiorgánico por Infarto Agudo de Miocardio evolucionado.
- Paciente obeso, fumador de 1 paquete al día. No cardiopatía ni bronconeumopatía conocida, no hipertenso, no diabético, no dislipémico. Nunca ha asistido a ninguna consulta, sin tratamiento domiciliario.
- Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos muy estuporoso y en situación de shock con acidosis metabólica muy importante e hipoxemia con saturación de oxígeno basal de 80%, importante trabajo respiratorio y mala perfusión generalizada.



Monitorización del paciente: PCP(presión de enclavamiento pulmonar) y PVC(presión venosa central).



Valores normales de presiones

PLAN DE CUIDADOS:

Se elabora un Plan de cuidados del paciente portador del catéter Swan-Ganz, según Diagnósticos de Enfermería, Resultados e Intervenciones(en tabla 1) y las posibles complicaciones de este catéter con sus intervenciones recomendadas(en tabla 2)

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	RESULTADOS	INTERVENCIONES ENFERMERAS
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 cardiaco.	NOC 0400 Eficacia bombeo cardiaco. 1914 Control de riesgos: -Salud cardiovascular	NIC 4210 Monitorización hemodinámica invasiva. 4250 Gestión shock.

Tabla 1

COMPLICACIONES POSIBLES	INTERVENCIONES
Infecciones	NIC 6650 Vigilancia 3440 Cuidados del sitio 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
Disminución o aumento del gasto cardiaco	NIC 4044 Cuidados cardíacos: agudos 4040 Cuidados cardíacos.

Tabla 2

CONCLUSIONES:

El catéter swan ganz se utiliza para responder aspectos específicos del estado hemodinámico de este paciente con shock cardiogénico, que no pueden ser valorados adecuadamente por la clínica o métodos no invasivos. En la actualidad la tendencia es utilizar cada vez menos el catéter Swan Ganz y sustituirlo por otras tecnologías. En este caso el paciente se trasladó al Hospital doce de Octubre para valorar trasplante cardiaco.

Resumen: La cateterización de Swan-Ganz es un tipo de catéter central que proporciona datos hemodinámicos con una mayor sensibilidad diagnóstica que los datos clínicos.

El objetivo planteado con este trabajo es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica, necesarios en un paciente con cateterización Swan-Ganz.

En la actualidad la tendencia es utilizar cada vez menos el catéter Swan Ganz y sustituirlo por otras tecnologías y métodos alternativos como es la medición del gasto cardíaco.

Palabras Clave: Cateterismo de Swanz-Ganz, Choque Cardiogénico, Monitorización Hemodinámica.

Desarrollo del trabajo:

La cateterización de Swan-Ganz es un tipo de catéter central que nos permite monitorizar parámetros hemodinámicos invasivos en la aurícula derecha y la arteria pulmonar del paciente crítico. Estos parámetros hemodinámicos son fundamentales para el control del paciente crítico.

Este catéter dispone de diferentes luces y dispositivos, a través de los cuales se pueden medir diferentes parámetros como son:

- Presión venosa central
- Presión en la arteria pulmonar
- Cálculo del gasto cardíaco
- Medida de la temperatura central y la saturación venosa mixta
- Administración de medicación y extracción de muestras de sangre.

El Swan-Ganz además presenta una mayor precisión en la estimación de la precarga que la presión venosa central (PVC) en pacientes con disfunción sistólica ventricular. Estos datos hacen pensar que su información podría influir positivamente en el pronóstico de los pacientes.

La monitorización hemodinámica debe tener cuatro objetivos fundamentales:

- Evaluar las funciones ventriculares
- Monitorizar cambios hemodinámicos
- Guiar el tratamiento
- Dar información pronostica

Fundamentos de la medición del gasto cardíaco por termo dilución

Desde la introducción del catéter de Swan-Ganz, la termodilución se ha convertido en el gold standard para la medición del gasto cardíaco (GC) en la práctica clínica. El termistor situado en la arteria pulmonar mide la temperatura sanguínea y obtiene una curva de dilución a partir de la cual se calcula el GC mediante la ecuación de Stewart-Hamilton.

La enfermera tiene un papel fundamental en la colocación, mantenimiento y retirada del catéter, tanto para mantener su funcionamiento óptimo como para minimizar los riesgos que conlleva.

Objetivo:

El objetivo planteado con este trabajo es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica, necesarios en un paciente con cateterización Swan-Ganz.

Descripcion del Caso:

En este caso clínico tenemos a un hombre de 64 años de edad, que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), diagnosticado de shock cardiogénico con Fallo Multiorgánico por Infarto Agudo de Miocardio evolucionado. Como antecedentes personales presenta: no alergias conocidas, obesidad, fumador de 1 paquete al día, no cardiopatía ni bronco neumopatía conocida, no hipertensión, no diabetes, no dislipemia. Nunca ha asistido a ninguna consulta, sin tratamiento domiciliario.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos muy estuporoso y en situación de shock con acidosis metabólica muy importante e hipoxemia con saturación de oxígeno basal de 80%, importante trabajo respiratorio y mala perfusión generalizada.

Plan de Cuidados Enfermero:

Se elabora un Plan de cuidados del paciente portador del catéter Swan-Ganz, según Diagnósticos de Enfermería, Resultados e Intervenciones y las posibles complicaciones de este catéter con sus intervenciones recomendadas.

Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación (NANDA) 000476. Deterioro de la integridad cutánea

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 1101. Integridad tisular: piel, membranas mucosas. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 1870 Cuidados de catéter.

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 relacionado con procedimientos invasivos y 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 cardiaco

NOC 0400 Eficacia bombeo cardiaco

1914 Control de riesgo -Salud cardiovascular
NIC 4210 Monitorización hemodinámica invasiva
4250 Gestión shock

-Infecciones:

NIC3440 Cuidados del sitio
NIC 6650 Vigilancia
NIC2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

-Aumento del gasto Cardíaca
NIC 4044 Cuidados cardíacos: agudos
NIC4040 Cuidados cardíacos.

- Se trata de una herramienta de elevada sensibilidad diagnóstica, pero nunca exenta de morbilidad, lo que limita su uso de forma rutinaria.

Conclusiones:

El catéter swan ganz se utiliza para responder aspectos específicos del estado hemodinámico de este paciente con shock cardiogénico, que no pueden ser valorados adecuadamente por la clínica o métodos no invasivos.

En la actualidad la tendencia es utilizar cada vez menos el catéter Swan Ganz y sustituirlo por otras tecnologías y métodos alternativos como es la medición del gasto cardiaco a través de curvas.

En este caso el paciente se trasladó al Hospital doce de Octubre para valorar trasplante cardiaco.

Bibliografía:

1. De Backer D, Bakker J, Cecconi M, Hajjar L, Wei Liu D, Lobo S. Alternatives to the Swan–Ganz catheter. *Intensive Care Med* 2018;44:730-41.
2. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*, 2007-2008. Elsevier;2007.
3. Morread S, Jonson M, Maas ML, Swanson E, Editores. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NOC)*. 4ª ed. Elsevier; 2009.
4. Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J, editores. *Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)*. 5ª ed. Elsevier;2009.

Capítulo 57

Cepillado o fricción alcohólica en el lavado quirúrgico de manos. Revisión bibliográfica

González Serrano, Juan Antonio

García Valenciano, Agustín

De Aguilar González, María José

CEPILLADO O FRICCIÓN ALCOHÓLICA EN EL LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: GONZÁLEZ SERRANO, JUAN ANTONIO; GARCÍA VALENCIANO, AGUSTIN; DE AGUILAR GONZÁLEZ, MARIA JOSÉ

INTRODUCCIÓN:

La infección del sitio quirúrgico supone la segunda causa de infección nosocomial hospitalaria y se trata de una complicación grave que incrementa la morbimortalidad y la estancia hospitalaria y como consecuencia también el gasto sanitario. Uno de los factores determinantes para su reducción es la higiene de manos quirúrgica, ya que disminuye la carga bacteriana que puede contaminar la herida. Es por ello que se decide investigar si existe diferencia en la efectividad antiséptica entre el cepillado quirúrgico de manos con jabón antiséptico y el lavado de manos quirúrgico por fricción alcohólica.

OBJETIVOS:

Determinar qué método, si el cepillado quirúrgico de manos o el lavado de manos por fricción, parece ser más eficaz en la desinfección quirúrgica de manos.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda fueron: Hand disinfection, surgical hand scrub and alcohol hand rub. Para la búsqueda se ha utilizado el operador booleano "AND". Se encontraron 26 artículos, de los cuales se han incluido 7. Como criterio de inclusión, se han incluido los artículos más recientes y se han excluido aquellos que no hicieran una comparación en la eficacia de ambas técnicas de desinfección de manos.

RESULTADOS:

AUTOR	CEPILLADO QUIRÚRGICO DE MANOS	FRICCIÓN CON SOLUCIONES DE BASE ALCOHÓLICA
Kareem et al.	50 muestras obtenidas después de la higiene de manos 4 muestras mostraron 0 UFC 22 muestras tuvieron una disminución insignificante de UFC 2 muestras no mostraron cambios 22 muestras tuvieron una disminución media de 18.6 UFC	50 muestras obtenidas después de la higiene de manos 41 muestras dieron como resultado 0 UFC 9 muestras tuvieron una reducción media de 104.6 UFC
Carro et al.	98 muestras obtenidas AHM con un resultado medio de 137 ± 120 UFC 98 muestras obtenidas DHM con un resultado medio de 4.7 ± 35 UFC 92 muestras obtenidas DIQ con un resultado medio de 22.4 ± 76 UFC 76 muestras fueron negativas después de la higiene de manos 68 muestras fueron negativas al final de la IQ	92 muestras obtenidas AHM con un resultado medio de 149 ± 122 UFC 92 muestras obtenidas DHM con un resultado medio de 5 ± 37 UFC 88 muestras obtenidas DIQ con un resultado medio de 2 ± 10 UFC 86 muestras fueron negativas después de la higiene de manos 70 muestras fueron negativas al final de la IQ
Shen et al.	30 de 63 muestras eran positivas en patógenos antes de la IQ (47.62%) 16 de 63 muestras eran positivas en patógenos después de la IQ (25.4%)	4 de 65 muestras eran positivas en patógenos antes de la IQ (6.15%) 7 de 65 muestras eran positivas en patógenos después de la IQ (10.77%)
Ghorbani et al.	15 muestras con un resultado medio de 3,26 ± 0,7 UFC AHM 15 muestras con un resultado medio de 1,7 ± 1,09 UFC DHM	18 muestras con un resultado medio de 2.77 ± 1,16 UFC AHM 18 muestras con un resultado medio de 1,3 ± 0,35 UFC DHM
Tsai et al.	<u>Cepillado quirúrgico con povidona:</u> 77 muestras recogidas AHM con un resultado medio de 38.6 ± 4.4 UFC 77 muestras obtenidas DHM con un resultado medio de 3,9 ± 0,8 UFC 77 muestras analizadas DIQ con un resultado medio de 3,4 ± 1,8 UFC <u>Cepillado quirúrgico con clorhexidina:</u> 80 muestras obtenidas AHM con un resultado medio de 22,9 ± 3,6 UFC 80 muestras analizadas DHM con un resultado medio de 0,8 ± 0,8 UFC 80 muestras recogidas DIQ con un resultado medio de 4,6 ± 1,7 UFC	79 muestras analizadas AHM con un resultado medio de 29,0 ± 4,0 UFC 79 muestras recogidas DHM con un resultado medio de 1,4 ± 0,8 UFC 79 muestras obtenidas DIQ con un resultado medio de 4,8 ± 1,7 UFC
Iwakiri et al.	9 de 712 pacientes (1,3%) que se sometieron a una IQ de trauma y ortopedia sufrieron una infección del sitio quirúrgico cuando la higiene de manos del personal fue mediante cepillado quirúrgico.	8 de 688 pacientes (1,1%) sufrieron una infección del sitio quirúrgico cuando la higiene de manos fue por fricción con solución de base alcohólica.
Parienti et al.	De 2135 pacientes intervenidos quirúrgicamente cuando la higiene de manos fue mediante cepillado, 53 (2,48%) tuvieron una infección del sitio quirúrgico.	De 2252 pacientes operados quirúrgicamente, 55 (2,44%) sufrieron una infección del sitio quirúrgico.

UFC: Unidades formadoras de colonias

IQ: Intervención Quirúrgica

AHM: Antes de la higiene de manos

DHM: Después de la higiene de manos

DIQ: Después de la Intervención Quirúrgica



CONCLUSIÓN:

Una vez analizados los resultados, se observa que en los estudios de Kareem, Carro y Shen la eficacia de la higiene de manos por fricción con solución de base alcohólica parece ser más eficaz disminuyendo las unidades formadoras de colonias (UFC) con respecto al cepillado quirúrgico de manos, especialmente en la capacidad de mantener bajas cifras de UFC en las muestras tomadas al finalizar la intervención, mientras que en los estudios de Ghorbani y Tsai, la eficacia de ambos métodos parece similar, no apreciándose grandes diferencias cuando la higiene de manos mediante cepillado se realiza con solución de clorhexidina. Además, si se tiene en cuenta el número de infecciones del sitio quirúrgico, ambos métodos muestran una efectividad similar, no apreciándose diferencias significativas entre ambos métodos, por lo que se podría extrapolar que ambos métodos son igualmente efectivos en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Kareem S, Mahmood AA, Hussein ZR. Alcohol based handrub versus traditional hand scrub as surgical hand disinfection in a tertiary eye teaching hospital in Iraq. J Clin Exp Ophthalmol [Internet]. 2014 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 5(3):340-342. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/alcohol-based-handrub-versus-traditional-hand-scrub-surgical-hand-disinfection-2155-9570.1000340.pdf>
- Carro C, Camilleri L, Traore O, Badrikian L, Legault B, Azarnoush K et al. An in-use microbiological comparison of two surgical hand disinfection techniques in cardiothoracic surgery: hand rubbing versus hand scrubbing. J Hosp Infect [Internet]. 2007 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 67(1): 62-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17719131>
- Shen NJ, Pan SC, Sheng WH, Tien KL, Chen ML, Chang SC et al. Comparative antimicrobial efficacy of alcohol-based hand rub and conventional surgical scrub in a medical center. J Microbiol Immunol Infect [Internet]. 2013 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 48(3): 322-328. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24064290>
- Ghorbani A, Shahrokhi A, Soltani Z, Molapour A, Shafikhani M. Comparison of surgical hand scrub and alcohol surgical hand rub on reducing hand microbial burden. J Perioper Pract [Internet]. 2011 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 22(2): 67-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22724306>
- Tsai JC, Lin YK, Huang YJ, Loh EW, Wen HY, Wang Ch et al. Antiseptic Effect of Conventional Povidone-Iodine Scrub, Chlorhexidine Scrub, and Waterless Hand Rub in a Surgical Room: A Randomized Controlled Trial. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2017 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 38(4): 417-422. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27995837>
- Iwakiri K, Kobayashi A, Seki M, Ando Y, Tsujio T, Hoshino M. Waterless Hand Rub Versus Traditional Hand Scrub Methods for Preventing the Surgical Site Infection in Orthopedic Surgery. Spine [Internet]. 2017 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 42(22): 1675-1679. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28422796>
- Parienti JJ, Thibon P, Heller R, Le Roux Y, von Theobald P, Bensadoun H et al. Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study. JAMA [Internet]. 2002 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 288(6):722-727. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12169076>

Resumen: La segunda causa de infección nosocomial hospitalaria es la infección del sitio quirúrgico. De ahí la importancia de realizar una buena higiene de manos. Es por ello que se decidió realizar una revisión bibliográfica, para determinar si existe diferencia en la efectividad antiséptica entre el cepillado quirúrgico de manos con jabón antiséptico y el lavado de manos quirúrgico mediante fricción alcohólica. Una vez analizados los resultados, se observa que la higiene de manos por fricción alcohólica parece ser más eficaz que el cepillado quirúrgico de manos.

Palabras Clave: Higiene de las manos, Desinfectantes para las manos, Infección de la herida quirúrgica

Desarrollo del trabajo:

La infección del sitio quirúrgico supone la segunda causa de infección nosocomial hospitalaria y se trata de una complicación grave que incrementa la morbimortalidad y la estancia hospitalaria y cómo consecuencia también el gasto sanitario. Uno de los factores determinantes para su reducción, es la higiene de manos quirúrgica, ya que disminuye la carga bacteriana que puede contaminar la herida. Es por ello, que se decide investigar si existe diferencia en la efectividad antiséptica entre el cepillado quirúrgico de manos con jabón antiséptico y el lavado de manos quirúrgico por fricción alcohólica.

Objetivos:

Determinar qué método, si el cepillado quirúrgico de manos o el lavado de manos por fricción, parece ser más eficaz en la desinfección quirúrgica de manos.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda fueron: Hand disinfection, surgical hand scrub y alcohol hand rub. Para la búsqueda se ha utilizado el operador booleano "AND". Se encontraron 26 artículos, de los cuales se han incluido 7. Como criterio de inclusión, se han incluido los artículos más recientes y se han excluido aquellos que no hicieran una comparación en la eficacia de ambas técnicas de desinfección de manos.

Resultados:

1) En el estudio de Kareem et al. Obtienen 50 muestras después del cepillado, de las cuales 4 muestras mostraron 0 UFC (Unidades formadoras de colonias), 22 muestras tuvieron una disminución insignificante de UFC, 2 muestras no mostraron cambios y 22 muestras tuvieron una disminución media de 18.6 UFC. También obtuvieron 50 muestras después de la higiene de manos mediante fricción, de las cuales 41 dieron como resultado 0 UFC y 9 muestras tuvieron una reducción media de 104.6 UFC.

2) En el estudio de Carro et al. En la técnica de cepillado se obtuvieron 98 muestras antes de la higiene de manos (AHM) con un resultado de 137 UFC, 98 muestras después de la higiene de manos (DHM) con un resultado de 4.7 UFC y 92 muestras después de la intervención quirúrgica (IQ) con 22.4 UFC. En la técnica de fricción se obtuvieron 92 muestras AHM con un resultado de 149 UFC, 92 muestras DHM con un resultado de 5 UFC y 88 muestras después de la IQ con un resultado de 2 UFC.

3) En el estudio de Shen et al. En la higiene de manos mediante cepillado 30 de 63 muestras eran positivas en patógenos antes de la IQ (47.62%) y 16 de 63 después de la IQ (25.4%). Mientras que en la higiene de manos por fricción, 4 de 65 muestras eran positivas en patógenos antes de la IQ (6.15%) y 7 de 65 después de la IQ (10.77%).

4) En el estudio de Ghorbani et al. En el grupo que realizó el cepillado obtuvieron 15 muestras con un resultado de 3.26 UFC AHM y 15 muestras con un resultado de 1.7 UFC DHM. Mientras que en el grupo que realizó la higiene de manos mediante fricción obtuvieron 18 muestras con un resultado de 2.77 UFC AHM y 18 muestras con un resultado de 1.3 UFC DHM.

5) En el estudio de Tsai et al En el grupo que realiza un cepillado quirúrgico con povidona obtienen 77 muestras AHM con un resultado de 38.6 UFC, 77 muestras DHM con un resultado de 3.9 UFC y 77 muestras después de la IQ con un resultado de 3.4 UFC.

En el grupo que realiza un cepillado quirúrgico con clorhexidina recogen 80 muestras AHM con un resultado de 22.9 UFC, 80 muestras DHM con un resultado de 0.8 UFC y 80 muestras después de la IQ con un resultado de 4.6 UFC. y por último en el grupo que realiza la fricción analizaron 79 muestras AHM con un resultado de 29.0 UFC, 79 muestras DHM con un resultado de 1.4 UFC y 79 muestras después de la IQ con un resultado de 4.8 UFC.

6) En el estudio de Iwakiri et al. 9 de 712 pacientes (1.3%) que se sometieron a un IQ de trauma y ortopedia sufrieron una infección del sitio quirúrgico cuando la higiene de manos del personal fue mediante cepillado quirúrgico mientras que 8 de 688 pacientes (1.1%) sufrieron una infección del sitio quirúrgico cuando la higiene de manos fue por fricción con solución de base alcohólica.

7) En el estudio de Parienti et al. De 2135 pacientes intervenidos quirúrgicamente cuando la higiene de manos fue mediante cepillado, 53 (2.48%) tuvieron una infección del sitio quirúrgico. Mientras que de 2252 pacientes operados quirúrgicamente, 55 (2.44%) sufrieron una infección del sitio quirúrgico.

Conclusión:

Una vez analizados los resultados, se observa que en los estudios de Kareem, Carro Y Shen, la eficacia de la higiene de manos por fricción con solución de base alcohólica, parece ser más eficaz disminuyendo las UFC, con respecto al cepillado quirúrgico de manos, especialmente en la capacidad de mantener bajas cifras de UFC en las muestras tomadas al finalizar la intervención. Mientras que en los estudios de Ghorbani y Tsai, la eficacia de ambos métodos parece similar, no apreciándose grandes diferencias cuando la higiene de manos mediante cepillado se realiza con solución de clorhexidina. Además, si se tiene en cuenta el número de infecciones del sitio quirúrgico, ambos métodos muestran una efectividad similar, no apreciándose diferencias significativas entre ambos métodos, por lo que se podría extrapolar que ambos métodos son igualmente efectivos en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.

Bibliografía:

1. Kareem S, Mahmood AA, HUSsein ZR. Alcohol based handrub versus traditional hand scrub as surgical hand disinfection in a tertiary eye teaching hospital in Iraq. J Clin Exp Ophthalmol [Internet]. 2014 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 5(3):340-342. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/alcohol-based-handrub-versus-traditional-hand-scrub-as-surgical-hand-disinfection-2155-9570.10000340.pdf>

2. Carro C, Camilleri L, Traore O, Badrikian L, Legault B, Azarnoush K et al. An in-use microbiological comparison of two surgical hand disinfection techniques in cardiothoracic surgery; hand rubbing versus hand scrubbing. J Hosp Infect [Internet]. 2007[Citado 15 de Febrero de 2020]; 67(1): 62-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17719131>

3. Shen NJ, pan SC, Sheng WH, Tien KL, Chen ML, Chang SC et al. Comparative antimicrobial efficacy of alcohol-based hand rub and conventional surgical scrub in a medical center. J Microbiol Immunol Infect [Internet]. 2013 [Citado 15 de Febrero de 2020]; 48(3): 322-328. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24064290>

Capítulo 58

Cobertura vacuna antigripal en mayores de 65 años. Situación en Castilla– La Mancha, España y Europa

López Juárez, M^ª. del Pilar

COBERTURA VACUNA ANTIGRIPAL EN MAYORES DE 65 AÑOS. SITUACIÓN EN CASTILLA-LA MANCHA, ESPAÑA Y EUROPA

INTRODUCCIÓN

La gripe estacional puede infectar hasta el 20% de la población causando una elevada mortalidad. Según un estudio de 2017, cada año 650.000 personas en el mundo y 72.000 en Europa mueren por enfermedad respiratoria asociada a la gripe, siendo uno de los grupos de mayor riesgo, entre otros, los mayores de 65 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea insta a los países a conseguir una cobertura vacunal del 75 % frente a la gripe en mayores de 65 años.

OBJETIVOS

1. Cuantificar la evolución de la cobertura vacunal frente a la gripe en mayores de 65 años en Castilla-La Mancha.
2. Determinar la cobertura vacunal frente a la gripe en España en el año 2018 (últimos datos disponibles).
3. Comparar la cobertura vacunal frente a la gripe en mayores de 65 años entre distintos países europeos.

MATERIAL Y MÉTODO

Método: Revisión sistemática. Necesidades o problemas: Necesidad de vacuna frente a la gripe estacional. Población identificada: Mayores de 65 años. Recogida de información:

1. European Centre for Disease Prevention and Control.
2. Coberturas de Vacunación. Datos estadísticos del Ministerio de Sanidad.
3. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.
4. Pubmed. Términos MeSH "influenza"; "older people"; "vaccination coverage". Antigüedad máxima: 10 años.

RESULTADOS



Tasas de cobertura de vacunación frente a la gripe estacional para grupos de población mayores de 55, 60 y 65 años (según país), en países de la Unión Europea entre las campañas de gripe 2007-08 a 2014-15.

Adaptado y traducido de Seasonal influenza vaccination in Europe Vaccination recommendations and coverage rates in the EU Member States for eight influenza seasons 2007-2008 to 2014-2015

País	Bélgica	Croacia	República checa	Dinamarca	Estonia	Francia	Alemania	Hungría	Irlanda	Italia	Lituania	Lituania	Lituania	Malta	Países Bajos	Noruega	Polonia	Portugal	Rumanía	Eslovenia	Eslovenia	Esuecia	Reino Unido	Irlanda del Norte	Escocia	Galas	Media			
2007-08	-	-	54,0	11	48,0	64,0	-	32,0	0,7	64,0	-	12,5	-	42,0	-	50,0	91	50,0	52,5	32,4	25,6	62,0	-	45	73,5	-	-	50,0		
2008-09	65,1	-	33,7	10	50,0	64,0	-	38,4	21,2	70,1	62,2	24	23,6	33,3	50,0	78,0	47,0	14,4	50,0	48,4	35,5	26,0	65,2	65,0	74,1	78,0	78,0	53,2		
2009-10	-	-	50,0	10	45,0	63,0	-	3,8	42,0	50,0	65,0	21	20,7	32,4	-	78,0	50,0	5,0	28,5	30,5	21	67,7	42,0	72,4	77,0	75,0	63,0	52,1		
2010-11	-	-	50,0	11	40,0	62,0	-	29,7	-	62,0	67,4	15	17,3	45,1	60,0	75,4	47,0	9,3	-	19,1	22,0	8,0	68,0	55,2	72,0	74,0	76,7	67,1	52,2	
2011-12	-	-	50,0	-	39,0	55,2	-	31,1	-	56,0	62,7	17	18,5	45,1	-	71,3	42,0	14,2	-	20,0	2,0	62,7	57,7	46,1	74,0	77,0	76,0	67,1	48,6	
2012-13	-	30,0	-	46,0	10	33,0	53,1	-	30,0	44,7	56,0	54,2	18	19,4	40,0	67,0	44,5	7,4	55,0	14,0	15,4	62,7	57,0	44,5	74,4	75,0	77,4	67,1	45,0	
2013-14	60,2	21,0	-	44,7	10	41,0	51,0	20,1	29,0	44,0	54,4	53,4	2,0	19,0	-	43,0	62,7	-	12,0	37,0	9,0	62,0	62,0	56,4	46,0	72,2	75,4	76,0	63,0	45,3
2014-15	-	21,0	24,0	-	11	39,0	48,0	37,7	22,0	4,0	60,0	48,0	2,0	22,1	-	42,0	60,1	-	13,4	55,0	7,4	44,1	8,0	62,0	48,0	72,7	73,4	75,0	60,0	40,8
Media	62,7	21,0	24,0	9,0	1,0	40,0	55,7	37,4	30,8	41,5	58,0	62,6	21	19,6	45,1	47,0	71,3	47,0	10,4	55,0	20,0	22,9	17,1	57,4	46,9	73,0	75,4	76,3	67,7	47,6

CONCLUSIONES

La vacunación es la medida más efectiva para prevenir enfermedades graves causadas por el virus de la gripe. Sin embargo:

1. En el año 2018 Castilla-La Mancha, sólo se consiguió administrar la vacuna antigripal al 59% de la población mayor de 65 años.
2. En 2018, solo La Rioja y Castilla León alcanzaron una cobertura mayor del 60% en mayores de 65 años.
3. En Europa y no de forma continua, solo Países Bajos, Escocia e Irlanda del Norte superan el 75% de cobertura vacunal recomendado por la OMS.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Internet]. Ecdc.europa.eu. 2020 [consultado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/seasonal-influenza-antiviral-use-2018.pdf>
2. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Inclasns.mschs.es. 2020 [consultado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://inclasns.mschs.es/?show=true>
3. [Internet]. Vacunasaep.org. 2020 [consultado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/gripe-documento-aev-aep-semergen-semg-sempsh-segg.pdf>

Resumen: La gripe estacional puede infectar hasta el 20% de la población, causando una elevada mortalidad. Un estudio de 2017, indica que 650.000 personas en el mundo y 72.000 en Europa, mueren por enfermedad respiratoria asociada a la gripe, siendo uno de los grupos de mayor riesgo los mayores de 65 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea instan a conseguir una cobertura vacunal del 75 % frente a la gripe en mayores de 65 años.

La vacunación es la medida más efectiva para prevenir enfermedades graves causadas por el virus de la gripe.

Palabras Clave: Vacuna Antigripal Mayores de 65 años, Cobertura Vacunal

Desarrollo del trabajo:

La gripe estacional puede infectar hasta el 20% de la población causando una elevada mortalidad.

Según un estudio de 2017, cada año 650.000 personas en el mundo y 72.000 en Europa mueren por enfermedad respiratoria asociada a la gripe, siendo uno de los grupos de mayor riesgo, los mayores de 65 años.

En el año 2003, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, instó a los Estados miembros de la Unión Europea a aumentar la cobertura de vacunación contra la gripe de todas las personas con alto riesgo y lograr una cobertura de $\geq 75\%$ entre las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas mediante 2010.

Esta moción fue reafirmada por una declaración del Parlamento Europeo en 2005, que instaba a los Estados miembros a aumentar la vacunación frente a la gripe de acuerdo con el objetivo de la OMS para 2010, y se extendió en una recomendación del Consejo Europeo de 2009 para alcanzar el 75% de cobertura de vacunación en grupos de mayor edad para 2015.

Objetivos:

1. Cuantificar la evolución de la cobertura vacunal, frente a la gripe en mayores de 65 años en Castilla- La Mancha.
2. Determinar la cobertura vacunal frente a la gripe en España en el año 2018 (últimos datos disponibles).
3. Comparar la cobertura vacunal frente a la gripe en mayores de 65 años entre distintos países europeos.

Material y método:

1. Llevamos a cabo una revisión sistemática, donde las necesidades o problemas son "Necesidad de vacuna frente a la gripe estacional", la población identificada son los "Mayores de 65 años". Y la recogida de información se centra, principalmente, en las siguientes fuentes:

1. European Centre for Disease Prevention and Control.
2. Coberturas de Vacunación. Datos estadísticos del Ministerio de Sanidad.

3. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.
4. Pubmed. Términos MeSH “influenza”; “older people”; “vaccination coverage”.

La antigüedad máxima de dichas publicaciones se limita a 10 años.

Resultados:

La cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe, en Castilla-La Mancha y entre los años 2010 y 2018, en ningún momento se aproxima al 75% recomendado por la OMS. Los años con mejor % son 2011 (59,7%), 2015 (59,2%) y 2018 (58,77%).

Los datos de Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe en Castilla-La Mancha, por año, son:

2010: 56,7%
 2011: 59,7%
 2012: 57,4%
 2013: 56%
 2014: 54%
 2015: 59,2
 2016: 57,47%
 2017: 56,19%
 2018: 58,77%

En cuanto a la diferencia de cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años, entre las Comunidades Autónomas (CA) españolas, solo dos logran una cobertura superior al 60% .

Y en Europa la situación no es mucho más halagüeña. Si observamos las tasas de cobertura de vacunación frente a la gripe estacional para grupos de población mayores de 55, 60 y 65 años (según país), en países de la Unión Europea y entre las campañas de gripe 2007-08 a 2014-15, vemos que solo Países Bajos hasta 2011 y Escocia e Irlanda del Norte, consiguen aproximarse a la cobertura vacunal del 75% recomendada por las OMS.

En este período, la mediana de la tasa de cobertura en España es de 57,4%.

Si profundizamos en la mediana de la tasa de cobertura en todos los países europeos, llaman especialmente la atención las bajas cifras en Croacia (21%), República Checa (24,9%), Estonia (1%), Letonia (2,1%), Lituania (19,6%), Polonia (10,4%), Rumanía (20%) y Eslovenia (17,1%). En el lado opuesto, los países con una mediana de tasa de cobertura superior al 70% son Países Bajos (71,3%), Inglaterra (73,3%), Irlanda del Norte (75,4%) y Escocia (76,3%).

Conclusiones:

La vacunación es la medida más efectiva para prevenir enfermedades graves causadas por el virus de la gripe. Sin embargo:

1. En el año 2018 Castilla-La Mancha, sólo se consiguió administrar la vacuna antigripal al 59% de la población mayor de 65 años.
2. En 2018, solo La Rioja y Castilla León alcanzaron una cobertura mayor del 60% en mayores de 65 años.

3. En Europa y no de forma continua, solo Países Bajos, Escocia e Irlanda del Norte superan el 75% de cobertura vacunal recomendado por la OMS.

Bibliografía:

1. [Internet]. Ecdc.europa.eu. 2020 [consultado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/seasonalinfluenza-antiviral-use-2018.pdf>

2. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Inclasns.mscbs.es. 2020 [consultado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://inclasns.mscbs.es/?show=true>

3. [Internet]. Vacunasaep.org. 2020 [consultado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/gripe-documentoaev-aep-semergen-semg-sempsph-segg.pdf>

Capítulo 59

Comparación de la punción seca con la medicación (AINEs) en el síndrome piramidal

Ruiz Mazoteras, Jorge Luis

Ruiz Mazoteras, Salvador

López Castellano, Álvaro

INTRODUCCIÓN:

El síndrome del piramidal o también conocido como «falsa ciática», es aquel que se **manifiesta con síntomas típicos de la ciática** o ciatalgia: dolor en el glúteo, en la cara lateral y posterior del muslo, y que puede llegar a recorrer la cara posterior de la pierna hasta el dedo gordo del pie. Es causado no por una patología en el propio nervio ciático o en su origen a nivel vertebral, **sino por una patología en el músculo piriforme**, pudiendo suceder simultáneamente las dos patologías. Estos síntomas pueden ser:

- Dolor de la nalga y el glúteo, particularmente cuando realizamos acciones que activan el músculo o cuando estamos sentados. Sensación de adormecimiento y quemazón en la cara lateral y posterior de la pierna, y a lo largo del recorrido del nervio, pudiendo llegar hasta el primer dedo del pie.

OBJETIVOS:

Proponemos como tratamiento la aplicación de *Punción Seca* es una **técnica de Fisioterapia** que consiste en el empleo de una aguja sobre los puntos gatillo o nódulos musculares (nudos de contracción muscular), con el objetivo de tratar el síndrome del **dolor miofascial**. Esto hace que el sistema nervioso central comience un proceso de regeneración del músculo dañado de forma que llegan más nutrientes, el músculo se relaja en su totalidad y desaparecen síntomas como el dolor local y el dolor irradiado.

El objeto de este estudio es determinar la eficacia de la punción seca y compararla con la toma de AINES, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.



MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio piloto “pre-post” aleatorio realizado a 30 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, todos ellos diagnosticados de síndrome del piramidal.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados. La dosis, los tratados con punción seca recibirán 1 sesión cada 3 días, hasta un total de 5 sesiones. Los tratados con AINES realizarán 3 tomas diarias separadas por 8 horas. Se vuelve a valorar a los pacientes a los 15 días.

RESULTADOS:

Diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor de la punción seca:

Escala EVA: media de las diferencias pre/post dolor con punción: 4,5 y AINES: 1,66 (sig=0,003)

Maniobra de Lasegue: pre 6 post 1 con punción y pre 6 post 4 con AINES

Dedos suelo: media de la distancia dedos-suelo con punción: 0,8 y AINES: 10,3 (sig=0,016)

Valoración Daniels: media de las diferencias pre/post de grados fuerza con punción: 2 y AINES: 1

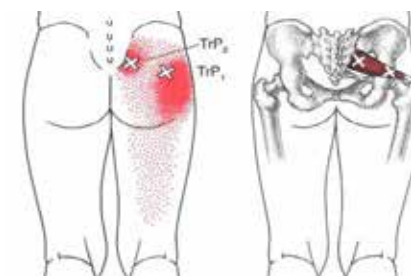


CONCLUSIÓN:

En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor, la inflamación y aumentan la amplitud articular en los movimientos de la cadera y columna lumbar.

Siendo la punción seca más eficaz. Los pacientes tratados con punción seca mostraron menor grado de discapacidad y mantuvieron más tiempo el efecto conseguido después del tratamiento. Además, la punción seca presenta muchos menos efectos secundarios, no produce problemas gástricos y sería apta para casi todos los pacientes.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.



PALABRAS CLAVE:

Piramidal, punción seca y AINES.

Resumen: Nuestro estudio consiste en un trabajo de investigación para comparar la eficacia de una técnica de fisioterapia como es la Punción seca, con uno de los tratamientos médicos más habituales como es la ingesta de medicación antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en el tratamiento del síndrome del piramidal o también llamado falsa ciática

Palabras Clave: Piramidal, Punción seca, Aines

Desarrollo del trabajo:

El síndrome del piramidal o también conocido como «falsa ciática», es aquel que se manifiesta con síntomas típicos de la ciática o ciatalgia dolor en el glúteo, en la cara lateral y posterior del muslo, y que puede llegar a recorrer la cara posterior de la pierna hasta el dedo gordo del pie. Es causado no por una patología en el propio nervio ciático o en su origen a nivel vertebral, sino por una patología en el músculo piriforme pudiendo suceder simultáneamente las dos patologías. Estos síntomas pueden ser: Dolor de la nalga y el glúteo, particularmente cuando realizamos acciones que activan el músculo o cuando estamos sentados, sensación de adormecimiento y quemazón en la cara lateral y posterior de la pierna, y a lo largo del recorrido del nervio, pudiendo llegar hasta el primer dedo del pie.

Objetivos:

Proponemos como tratamiento la aplicación de Punción Seca es una técnica de Fisioterapia que consiste en el empleo de una aguja sobre los puntos gatillo o nódulos musculares (nudos de contracción muscular), con el objetivo de tratar el síndrome del dolor miofascial. Esto hace que el sistema nervioso central comience un proceso de regeneración del músculo dañado de forma que llegan más nutrientes, el músculo se relaja en su totalidad y desaparecen síntomas como el dolor local y el dolor irradiado.

El objeto de este estudio es determinar la eficacia de la punción seca y compararla con la toma de AINES, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.

Material y método:

Estudio piloto pre post aleatorio realizado a 30 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, todos ellos diagnosticados de síndrome del piramidal.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados. La dosis, los tratados con punción seca recibirán 1 sesión cada 3 días, hasta un total de 5 sesiones. Los tratados con AINES realizarán 3 tomas diarias separadas por 8 horas. Se vuelve a valorar a los pacientes a los 15 días.

Resultados:

Diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor de la punción seca.

- Escala EVA media de las diferencias: pre/post dolor con punción 4,5 y AINES 1,66 (sig 0,003)
- Maniobra de Lasegue: pre 6 post 1 con punción y pre 6 post 4 con AINES
- Dedos suelo media de la distancia dedos suelo con punción 0,8 y AINES 10,3 (sig 0,016)
- Valoración Daniels media de las diferencias pre/post de grados fuerza con punción 2 y AINES 1.

Conclusión:

En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor, la inflamación y aumentan la amplitud articular en los movimientos de la cadera y columna lumbar. Siendo la punción seca más eficaz. Los pacientes tratados con punción seca mostraron menor grado de discapacidad y mantuvieron más tiempo el efecto conseguido después del tratamiento. Además, la punción seca presenta muchos menos efectos secundarios, no produce problemas gástricos y sería apta para casi todos los pacientes.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.

Bibliografía:

1. División Técnica de Información Estadística en Salud. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS 1991-2002. Rev Med IMSS. 2003; 41 (5): 441-448.
2. Villarreal-Arroyo M, Mejia-Herrera JC, Larios-Forte MC. Incidence of modic degenerative changes in patients with chronic lumbar pain at Monterrey Regional ISSSTE Hospital. Acta Ortop Mex. 2012; 26 (3): 180-184.
3. Fanuele JC, Birkmeyer NJ, Abdu WA, Tosteson TD, Weinstein JN. The impact of spinal problems on the health status of patients: have we underestimated the effect? Spine (Phila Pa 1976). 2000; 25 (12): 1509- 1514.

Capítulo 60

Comparación del vendaje funcional con la férula de escayola en el tratamiento del esguince de tobillo

Ruiz Mazoterías, Salvador

Ruiz Mazoterías, Jorge Luis

López Castellano, Álvaro



JORGE LUIS RUIZ MAZOTERAS, SALVADOR RUIZ MAZOTERAS Y ÁLVARO LÓPEZ CASTELLANO

INTRODUCCIÓN

Los esguinces son lesiones en los ligamentos, las "bandas" que sostienen las articulaciones entre sí. Los esguinces de tobillo se producen cuando el pie gira o se tuerce más allá de su rango normal de movimiento, haciendo que los ligamentos se sobrestiren. Si la fuerza es demasiado fuerte, los ligamentos pueden desgarrarse.

Un esguince de tobillo puede variar de leve a grave, dependiendo de lo dañado que esté el ligamento o de cuántos ligamentos están lesionados.

Se puede clasificar en tres grados: grado 1 es leve, grado 2 es moderado, y el grado 3 es grave. También se clasifican como: esguince agudo es aquel que se ha producido recientemente, esguince crónico sigue causando síntomas más allá del tiempo normal de recuperación y esguince recurrente es aquel que ocurre con facilidad y con frecuencia.

Es un esguince agudo de tobillo se notará dolor, inflamación e incapacidad para apoyar el pie. En la mayoría, se siente el dolor de inmediato, el tobillo empieza a hincharse de inmediato y aparecen edemas. Cada día, mas de 25.000 personas sufren un esguince de tobillo.



OBJETIVO

Proponemos como tratamiento el vendaje funcional con tape con el objetivo de limitar determinados movimientos de la articulación para proteger las estructuras blancas como ligamentos, tendones o la cápsula articular. Es decir, si la estructura que queremos proteger el LLE del tobillo, debemos evitar que el pie haga inversión (cuando el pie se va para dentro y se fuerza la zona externa del tobillo), pero tenemos que dejar que el resto de movimiento sigan libres, y podemos hacer flexión y extensión. La escasa movilidad del VF en ese movimiento va a favorecer el drenaje del hematoma y facilita que el ligamento cicatrice con las fibras adecuadamente colocadas puesto que sirve de guía para el crecimiento de las nuevas fibras. Volverá a ser un ligamento resistente, elástico e indoloro.



Lo comparamos con la inmovilización mediante férula de escayola que es la forma clásica de tratamiento del esguince de tobillo en cualquier servicio de urgencias.



El objeto de este estudio es determinar la eficacia del vendaje funcional con tape y compararla con la aplicación de una férula de escayola, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto "pre-post" aleatorio realizado a 20 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, todos ellos diagnosticados de esguince de tobillo.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.

La dosis fue que los tratados con vendaje funcional se les cambia cada 5 días, mientras que la férula de escayola se cambia cada 10 días. Realizando 4 cambios de vendaje y 2 de escayola.

Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar los 20 días.

CONCLUSIONES

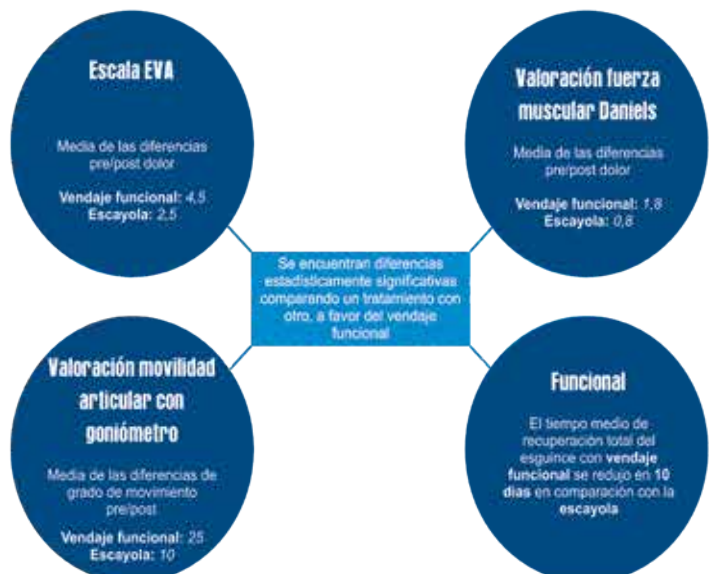
En el estudio realizado ambos tratamientos reducen el dolor y la inflamación y garantizan la cicatrización. Siendo la aplicación del vendaje funcional más efectiva que la escayola.

Los pacientes tratados con vendaje funcional tuvieron menos dolor e inflamación, más movilidad y menor pérdida de tono muscular y fuerza. El tejido cicatriza en la dirección correcta y mejora la propiocepción. Al contrario ocurre con la escayola que cicatrizará en todas las direcciones, ocasionando fibras menos elásticas, resistentes, dolorosas y con una peor propiocepción.

Por tanto con el vendaje funcional se pudo avanzar más rápidamente en el tratamiento, reduciéndose notablemente los tiempos de recuperación. A su vez resulta mucho más cómodo y practico a la hora de realizar sus ABVD, como pueden ser la ducha y los desplazamientos.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.

RESULTADOS



PALABRAS CLAVE

Esguince, escayola, vendaje neuromuscular.



Resumen: *Nuestro estudio consiste en un trabajo de investigación para comparar la eficacia de una técnica de fisioterapia como es la Punción seca, con uno de los tratamientos médicos más habituales como es la ingesta de medicación antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en el tratamiento del síndrome del piramidal o también llamado falsa ciática*

Palabras Clave: *Esguince, Escayola, Vendaje funcional*

Desarrollo del trabajo:

Los esguinces son lesiones en los ligamentos, las "bandas" que sostienen las articulaciones entre sí. Los esguinces de tobillo se producen cuando el pie gira o se tuerce más allá de su rango normal de movimiento, haciendo que los ligamentos se sobreestiren. Si la fuerza es demasiado fuerte, los ligamentos pueden desgarrarse.

Un esguince de tobillo puede variar de leve a grave, dependiendo de lo dañado que esté el ligamento o de cuántos ligamentos están lesionados.

Se puede clasificar en tres grados: grado 1 es leve, grado 2 es moderado, y el grado 3 es grave. También se clasifican como: esguince agudo es aquel que se ha producido recientemente, esguince crónico sigue causando síntomas más allá del tiempo normal de recuperación y esguince recurrente es aquel que ocurre con facilidad y con frecuencia

En un esguince agudo de tobillo se notará dolor, inflamación e incapacidad para apoyar el pie. En la mayoría, se siente el dolor de inmediato, el tobillo empieza a hincharse de inmediato y aparecen edemas. Cada día, más de 25.000 personas sufren un esguince de tobillo.

Objetivos:

Proponemos como tratamiento el vendaje funcional con tape con el objetivo de limitar determinados movimientos de la articulación para proteger las estructuras blandas como ligamentos, tendones o la cápsula articular. Es decir, si la estructura que queremos proteger es el LLE del tobillo, debemos evitar que el pie haga inversión (cuando el pie se va para dentro y se fuerza la zona externa del tobillo), pero tenemos que dejar que el resto de movimientos sigan libres, y podemos hacer flexión y extensión. La escasa movilidad del VF en ese movimiento va a favorecer el drenaje del hematoma y facilita que el ligamento cicatrice con las fibras adecuadamente colocadas puesto que sirve de guía para el crecimiento de las nuevas fibras. Volverá a ser un ligamento resistente, elástico e indoloro.

Lo comparamos con la inmovilización mediante férula de escayola que es la forma clásica de tratamiento del esguince de tobillo en cualquier servicio de urgencias

El objeto de este estudio es determinar la eficacia del vendaje funcional con tape y compararla con la aplicación de férula de escayola, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.

Material y método:

Estudio piloto "pre-post" aleatorio realizado a 20 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, todos ellos diagnosticados de esguince de tobillo.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.

La dosis fue que los tratados con vendaje funcional se les cambia cada 5 días, mientras que la férula de escayola se cambia cada 10 días. Realizando 4 cambios de vendaje y 2 de escayola.

Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar los 20 días

Diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor de la punción seca.

- Escala EVA media de las diferencias: pre/post dolor con punción 4,5 y AINES 1,66 (sig 0,003)
- Maniobra de Lasegue: pre 6 post 1 con punción y pre 6 post 4 con AINES
- Dedos suelo media de la distancia dedos suelo con punción 0,8 y AINES 10,3 (sig 0,016)
- Valoración Daniels media de las diferencias pre/post de grados fuerza con punción 2 y AINES 1.

Resultados:

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del vendaje funcional:

- Escala EVA: media de las diferencias pre/post dolor con vendaje funcional: 4,5 y escayola: 2,5
- Valoración fuerza muscular Daniels: media de las diferencias pre/post de grados de fuerza con vendaje funcional: 1,8 y escayola: 0,8
- Valoración movilidad articular con goniómetro: media de las diferencias de grados de movimiento pre/post vendaje funcional: 25 y escayola: 10
- Funcional: El tiempo medio de recuperación total del esguince con vendaje funcional se redujo en 10 días en comparación con la escayola.

Conclusiones:

En el estudio realizado ambos tratamientos reducen el dolor y la inflamación y garantizan la cicatrización. Siendo la aplicación del vendaje funcional más efectiva que la escayola.

Los pacientes tratados con vendaje funcional tuvieron menos dolor e inflamación, más movilidad y menor pérdida de tono muscular y fuerza. El tejido cicatriza en la dirección correcta y mejora la propiocepción. Al contrario que con la escayola que cicatrizará en todas las direcciones, ocasionando fibras menos elásticas, resistentes, dolorosas y con una peor propiocepción.

Por tanto con el vendaje funcional se pudo avanzar más rápidamente en el tratamiento y se pudieron reducir notablemente los tiempos de recuperación. A su vez resulta mucho más cómodo y práctico a la hora de realizar sus ABVD, como pueden ser la ducha y los desplazamientos.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.

Bibliografía:

1. Van Dijk CN. Management of the sprained ankle. Br J Sports Med. 2002; 36(2): 83-4.
2. Liu SH, Nguyen TM. Ankle sprains and other soft tissue injuries. Rev. Curr Opin Rheu. 1999; 11(2):132-7.
3. O'Loughlin PF, Hodgkins CW, Kennedy JG. Ankle sprains and instability in dancers. Rev Clin Sports Med. 2008; 27(2):247-62.

Capítulo 61

Complicaciones en hemodialisis. La hipotensión

Monescillo Ruedas, Alejandra

Del Hoyo Serrano, María Jesús

Pérez Trenado, María del Prado

Gros Herguido, Beatriz

INTRODUCCION

La enfermedad renal crónica (ERC) consiste en el deterioro progresivo e irreversible del funcionamiento de los riñones, ya sea por anomalías en la estructura o en la función renal. Este problema conlleva a la incapacidad corporal para mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos, y el metabolismo, que termina produciendo un estado de uremia, es decir, una retención de urea y de productos nitrogenados.

La hemodiálisis (HD) es una de las tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal. Es una técnica de depuración extracorpórea, a través de la cual se produce un intercambio de líquido y solutos de pequeño y mediano peso molecular de forma bidireccional, lo que suplente en gran medida las funciones renales de: excreción de solutos, eliminación de líquido acumulado y regulación del equilibrio ácido-base y electrolítico.



OBJETIVO

El principal objetivo de este trabajo es prevenir, conocer y saber actuar ante las posibles complicaciones que pueden presentarse durante la sesión de hemodiálisis, concretamente, ante la hipotensión.

RESULTADO

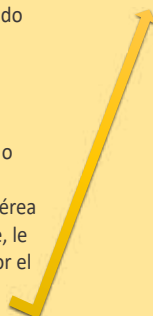
A pesar de ser un tratamiento seguro, la HD no está exenta de complicaciones, cuyo grado de incidencia y de gravedad va a depender del estado del propio paciente (de su enfermedad de base y de sus comorbilidades) y del propio procedimiento/ técnica de HD. La hipotensión es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes en hemodiálisis, produciéndose en torno a un 30% de las sesiones. Se debe principalmente a la eliminación de líquido. Si durante la sesión de hemodiálisis, el líquido se elimina demasiado rápido o en gran cantidad, el volumen sanguíneo disminuye, dando lugar a la hipotensión. La aparición de la hipotensión puede ser al inicio, durante la sesión de HD o al finalizar ésta. Algunos de los signos y síntomas que produce la hipotensión son:

- Sensación de mareo
- Visión borrosa.
- Náuseas y vómitos
- Bostezos, somnolencia
- Sudoración, sensación de calor
- Piel fría y pálida
- Dificultad para articular las palabras (dislalia)
- Taquicardia
- Acúfenos
- Calambres musculares, convulsiones
- Nerviosismo, ansiedad
- Confusión
- Estupor, e incluso pérdida de conciencia



Medidas de actuación ante una hipotensión:

- ✓ Valorar ante qué tipo de hipotensión nos enfrentamos: leve, brusca, grave...
- ✓ Colocaremos al paciente en posición de Trendelenburg.
- ✓ En el caso de encontrarnos ante una **hipotensión leve**: pararemos la ultrafiltración, administraremos 100-200ml de suero salino al 0,9% y valoraremos de nuevo las cifras de TA. Si la TA ha mejorado, reanudaremos la UF y continuaremos con la sesión de HD, reevaluando la tensión arterial con más frecuencia. Podemos también bajar la Tª del líquido de diálisis y subir la conductividad.
- ✓ Si nos encontramos ante una **hipotensión grave**, primero valoraremos si el paciente está consciente o no:
 - En caso de estar inconsciente, abriremos vía aérea colocando la cánula Guedel. Si está consciente, le diremos al paciente que lateralice la cabeza por el riesgo de vómito.
 - Posición de Trendelenburg.
 - Avisaremos al resto de equipo, enfermería y nefrólogo.
 - Anularemos la UF.
 - Infundiremos unos 200-300ml de solución salina al 0,9% o expansores del plasma.



MATERIAL Y METODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Para ello se ha realizado una búsqueda tanto de libros como de artículos en las plataformas de Google Académico, de Enferteca, Sociedad Española de Nefrología y en biblioteca propia del autor. Como criterios de inclusión se tenían los términos "hemodiálisis" e "hipotensión", cualquier texto que no contuviera ambos términos era excluido. Se han empleado 11 para la realización de este trabajo.

Medidas para prevenir la hipotensión:

- ✓ Aconsejar al paciente que la ganancia intradiálisis no sea muy elevada, para así poder evitar UF superiores a 800ml/h. Lo recomendable sería una ganancia de entorno a 1kg/día durante el periodo interdialisis.
- ✓ Ajustar peso seco en pacientes que presenten episodios de hipotensión durante varias sesiones.
- ✓ Se prohibirá la ingesta durante la sesión en aquellos pacientes que tienen tendencia a la hipotensión.
- ✓ Según las cifras de tensión arterial, el médico responsable puede aconsejar no tomar la medicación antihipertensiva antes de la sesión de hemodiálisis.
- ✓ Ajustar la temperatura del monitor a 35-35,5°C
- ✓ Mantener la conductividad del líquido de diálisis en torno a 138-140mEq/l, según las cifras de tensión arterial.
- ✓ Flujo de circulación al inicio bajo en aquellos pacientes en los que debido al inicio brusco de la circulación extracorpórea presenten hipotensión.
- Si con esto no remonta la TA, reinfundiremos el circuito extracorpóreo, y si aun así no remonta la TA, continuaremos administrando fluidos. También podemos administrar O2 en caso de que sea necesario.
- Reevaluaremos continuamente, las constantes vitales (TA, pulso, Sat.O2), el estado de vía aérea, hasta que el paciente obtenga cifras de tensión arterial óptimas y se encuentre consciente y orientado.
- Una vez que el paciente esté estabilizado, se estudiará la posible causa de la hipotensión.
- Registraremos todo lo ocurrido y las medidas llevadas a cabo.

CONCLUSION

La HD es un tratamiento actual y desconocido por la mayoría de la sociedad e incluso por el personal sanitario en general, pero gran número de personas requieren de ella para sobrevivir. Debido a su complejidad, el personal de la unidad de hemodiálisis, tanto médicos como enfermería, deben conocer todos los aspectos que pueden interferir en la HD, para que así en el supuesto de que aparezca algún tipo de complicación sepan cómo actuar de forma rápida y eficaz. Enfermería juega un papel importante en la prevención y solución de las posibles complicaciones que puedan desarrollarse a lo largo de la sesión de hemodiálisis ya que realiza una valoración continuada e integral de paciente desde su llegada hasta su salida de la unidad.

Autores:

Alejandra Monescillo Ruedas
 María Jesús del Hoyo Serrado
 María del Prado Pérez Trenado
 Beatriz Gros Herguido



Resumen: La hemodiálisis es el procedimiento terapéutico de depuración extrarrenal extracorpórea más utilizado en los pacientes con insuficiencia renal crónica, sobre todo en estadios avanzados de la enfermedad, donde los riñones no pueden llevar a cabo dos de sus funciones más importantes: eliminar el exceso del líquido y limpiar la sangre del exceso de electrolitos y residuos metabólicos. Es un proceso invasivo, que supone un gran impacto en la vida del paciente, que requiere una modificación en los hábitos higiénico-dietéticos del paciente y una gran disposición de tiempo, son necesarias tres sesiones de hemodiálisis semanales de aproximadamente 4 horas de duración.

Palabras Clave: Hipotensión, Hemodiálisis, Insuficiencia Renal

Desarrollo del trabajo:

Poner en contacto la sangre con materiales sintéticos, soluciones de diferentes concentraciones y agentes físicos, implica la aparición de reacciones adversas, que pueden ser propias del paciente, de las patologías asociadas a la ERC, de la técnica de hemodiálisis (HD), del acceso vascular, etc. Estas complicaciones pueden ser infecciosas o no, pudiendo llegar a ser potencialmente graves, hasta el punto de provocar la muerte del paciente. La hemodiálisis, a pesar de ser un tratamiento seguro, no está exento de complicaciones, cuyo grado de incidencia y de gravedad va a depender del estado del propio paciente (de su enfermedad de base y de sus comorbilidades) y del propio procedimiento de HD.

La hipotensión es una de las complicaciones más frecuente en los pacientes en hemodiálisis, produciéndose en torno a un 30% de las sesiones. Se debe principalmente a la eliminación de líquido, sobre todo, cuando hay un exceso de éste, ya que es mayor la eliminación de líquido en relación con el volumen plasmático. Es decir, si durante la sesión de hemodiálisis, el líquido se elimina demasiado rápido o en gran cantidad, el volumen sanguíneo disminuye, dando lugar a la hipotensión.

La aparición de la hipotensión puede manifestarse de diferente forma dependiendo del paciente, en algunas ocasiones la baja de la tensión arterial se produce de forma tan brusca y repentina que no da tregua al paciente de alarmar al personal de enfermería, por ello es muy importante realizar una monitorización continua de las cifras de tensión arterial durante el tiempo que dure la sesión de hemodiálisis. Algunos de estos signos y síntomas son:

- Sensación de mareo
- Visión borrosa.
- Náuseas y vómitos
- Bostezos
- Somnolencia
- Sudoración, sensación de calor
- Piel fría y pálida
- Dificultad para articular las palabras (dislalia)
- Taquicardia
- Acufenos

- Calambres musculares
- Convulsiones
- Nerviosismo, ansiedad
- Confusión
- Estupor, e incluso pérdida de conciencia.

Aunque la causa más frecuente que produce la hipotensión es, la disminución de volumen plasmático, existen además otras causas que pueden influir en esta bajada de las cifras de tensión arterial.

Actuando sobre estas causas podemos prevenir que se produzca una hipotensión durante la sesión de hemodiálisis: (1)

- Determinación de peso seco
- Ultrafiltración (UF) elevada
- Temperatura del líquido de diálisis
- Niveles de sodio
- Ingesta durante la sesión de hemodiálisis
- Fármacos antihipertensivos
- Inicio brusco de la sesión

Medidas para prevenir la hipotensión:

Aconsejar al paciente que la ganancia intradiálisis no sea muy elevada, para así poder evitar UF superiores a 800ml/h. Lo recomendable sería una ganancia de entorno a 1kg/día durante el periodo interdialisis.

- Ajustar peso seco en pacientes que presenten episodios de hipotensión durante varias sesiones.
- Se prohibirá la ingesta en aquellos pacientes que tienen tendencia a la hipotensión.

Según las cifras de tensión arterial, el medico responsable puede aconsejar no tomar la medicación antihipertensiva antes de la sesión de hemodiálisis.

- Ajustar la temperatura del monitor a 35-35,5°C

Mantener la conductividad del líquido de diálisis en torno a 138-140mEq/l, según las cifras de tensión arterial.

Flujo de circulación al inicio bajo en aquellos pacientes en los que debido al inicio brusco de la circulación extracorpórea presenten hipotensión.

Medidas de actuación ante una hipotensión.

Lo primero que hay que hacer es valorar ante qué tipo de hipotensión nos enfrentamos: leve, brusca, grave...

- Tomaremos de nuevo la tensión arterial, y colocaremos al paciente en posición de Trendelemburg.

En el caso de encontrarnos ante una hipotensión leve: pararemos la ultrafiltración, administraremos 100-200ml de suero salino al 0,9% y valoraremos de nuevo las cifras de TA.

□ Si la TA ha mejorado, reanudaremos la UF y continuaremos con la sesión de HD, reevaluando la tensión arterial con más frecuencia. Podemos también bajar la Tª del líquido de diálisis y subir la conductividad.

□ Si nos encontramos ante una hipotensión grave, primero valoraremos si el paciente está consciente o no:

- Posición de Trendelenburg.

- En caso de estar inconsciente, abriremos vía aérea colocando la cánula Guedel. Si está consciente, le diremos al paciente que lateralice la cabeza por el riesgo de vomito.

- Avisaremos al resto de equipo, enfermería y nefrólogo.

- Anularemos la UF.

- Infundiremos unos 200-300ml de solución salina al 0,9% o expansores del plasma.

- Si con esto no remonta la TA, reinfundiremos el circuito extracorpóreo, y si, aun así, no remonta la TA, continuaremos administrando fluidos. También podemos administrar O2 en caso de que sea necesario.

-Registraremos todo lo ocurrido y las medidas llevadas a cabo.

En conclusión, la hemodiálisis es un proceso seguro, aunque puede conllevar una serie complicaciones por lo que requiere de la intervención de un equipo multidisciplinar, donde enfermería juega un papel importante en la prevención y abordaje de las posibles complicaciones durante la sesión. Es la encargada de recibir al paciente, de prepararlo para el inicio de la sesión, de la conexión y desconexión al monitor de hemodiálisis mediante el acceso vascular, de controlar durante el tiempo que dure el tratamiento las constantes vitales, el estado del acceso vascular y de los parámetros del monitor. Cuando ha finalizado el tratamiento de hemodiálisis también valora que el paciente salga en óptimas condiciones de la sala de tratamiento. En conclusión, realiza una valoración continuada e integral de paciente.

La HD es un tratamiento actual y de la cual dependen un gran número de personas para sobrevivir. Debido a su complejidad, el personal de la unidad de hemodiálisis, tanto médicos como enfermería, deben conocer todos los aspectos que pueden interferir en la HD, para que así en el supuesto de que aparezca algún tipo de complicación sepan cómo actuar de forma rápida y eficaz.

Bibliografía:

1. Cordón Llera F, Cordón Llera J, Ramiro Moya A. Complicaciones asociadas a la hemodiálisis.

En: Garrido Miranda J.M (coord.). Máster de Enfermería en hemodiálisis y cuidados del paciente renal. Tomo I. Formación Continuada Logoss. 2015. p.415-437.

2. Benítez Fuentes E, Castro Varela L. Zapata Sampedro MA. Diálisis peritoneal y hemodiálisis cuidados enfermeros. Rev. Educare21 2013; 11(5). Disponible en:

[http:// www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/](http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/)

3. Pérez Jaramillo A. Abordaje de las complicaciones agudas en la unidad de diálisis para enfermería. Rev. NPunto. 2018; 1(7). Disponible en: [https:// www.npunto.es/revista/7/abordaje-de-las-complicaciones-agudas-en-la-unidad-de-dialisis-para-enfermeria](https://www.npunto.es/revista/7/abordaje-de-las-complicaciones-agudas-en-la-unidad-de-dialisis-para-enfermeria)

4. Muniesa Zaragoza M, Asin Marcotegui J.L. Complicaciones agudas en diálisis. Libro electrónico de Temas de Urgencias. Servicio Navarro de Salud. Cfnavarra.es. Disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/8.Nefrologicas/Complicaciones%20agudas%20en%20dialisis.pdf>

5. Rick Jepson, R.N. Proteja a su paciente dializado de la hipotensión. Rev. Nursing.2010, 28(6). p.33-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-protejasu-paciente-dializado-hipotension-S0212538210704180>

Capítulo 62

Complicaciones en heridas crónicas: hipergranulación

Ruiz Sánchez de León, Fermín

Ruiz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen

Arroyo Martínez, Esther



Sindicato
de Enfermería

Complicaciones en heridas crónicas: Hipergranulación

Ruiz Sánchez de León, F; Ruiz Sánchez de León, IC; Arroyo Martínez, E.



Introducción:

Surge cuando el tejido de granulación aumenta de forma descontrolada sobrepasando el lecho de la herida evitando así que cicatrice correctamente. Aparte de en las heridas crónicas también se pueden dar por un roce continuo en la zona de inserción del material sanitario como por ejemplo en las distintas clases de sondas; también pueden surgir a consecuencia de cuerpos extraños como suturas/grapas o restos de otros materiales.

Objetivos:

Dar a conocer esta complicación infrecuente en las heridas crónicas y como tratarla y manejarla.



Material y métodos:

Revisión bibliográfica a través de Google académico, Medline, Pubmed, Scielo y Elsevier con un rango de publicación desde el 2007 al 2021. Los artículos eran del tipo cualitativo y cuantitativo y revisiones sistemáticas que cumplen los criterios de inclusión.



Resultados:

En esta revisión bibliográfica ha quedado demostrado que existe una falta considerable de investigaciones y de ensayos clínicos lo que lleva a haber un desconocimiento generalizado sobre el tema a estudio o su tratamiento.

Conclusiones:

Como ya se ha expuesto en los resultados debido a la falta de material provoca que no haya un criterio de actuación unificado a la hora de tratar la hipergranulación, por ello se pueden dirigir las pautas hacia un manejo correcto del exudado para reducir la humedad en la herida, presionar ligeramente mediante un apósito para reducir el edema del lecho, un tratamiento tópico cauterizando con barras de nitrato de plata, aplicando corticoides tópicos buscando el efecto antiinflamatorio, mediante un curetaje aunque no es recomendable ya que es muy traumático, puede producir sangrado, favorecer la aparición de infecciones o dañar el tejido sano.

En la literatura científica seleccionada también se mencionan otras opciones para en tratamiento como el uso del Imiquinod (usado en el tratamiento de neoplasias muy vascularizadas como los hemangiomas), la crioterapia o el láser.

Resumen: La hipergranulación es una complicación en la evolución favorable de una herida hacia su cicatrización. Consiste en un sobre crecimiento del tejido de granulación elevándose por encima de la superficie del lecho de una herida impidiendo su correcta cicatrización. Aunque generalmente suele aparecer en heridas crónicas, también se puede dar el caso que aparezca fruto de una fricción constante en el punto de inserción de un dispositivo sanitario como puede ser una sonda vesical, de gastrostomía, suprapúbica o cánulas de traqueostomía; otro factor desencadenante es la presencia de cuerpos extraños como fibras de celulosa, suturas o restos de gasas.

Palabras Clave: Herida, Hipergranulación, Complicación

Desarrollo del trabajo:

La Real Academia de la lengua Española define el término úlcera como "Solución de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos, acompañada ordinariamente de pus y sostenida por un vicio local o por una causa interna".

Una úlcera por presión es aquella lesión que se localiza en la piel o en los tejidos inferiores a esta, por lo general están situadas sobre una prominencia ósea y surge como consecuencia de una combinación de fuerzas de cizallamiento, isquemia y presión.

En el año 2003 Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas clasificó a las úlceras por presión según los grados, desde el I al IV. Además se han añadido dos nuevas categorías a esta organización: Lesión de tejidos de tejidos profundos y lesión no estadiable. Esta clasificación está aceptada internacionalmente.

La hipergranulación es el crecimiento exuberante y desmesurado del tejido de granulación durante la fase proliferativa del proceso de cicatrización. Un crecimiento fuera de lo normal que sobrepasa los bordes de la herida y que impediría por tanto la correcta epitelización y entrada de la lesión en la fase de maduración (1).

La hipergranulación en el lecho de la herida puede aparecer por diferentes causas, que comparten un ambiente inflamatorio excesivo. Sin embargo, lo primero que ha de descartarse, sobre todo en heridas de larga evolución, es que se trate de tejido tumoral. Tenemos que sospechar que la hipergranulación se está produciendo en el contexto de una transformación maligna cuando su disposición es irregular, dura al tacto, sobrepasa los bordes de la herida, no responde al tratamiento y tiene meses de evolución (2).

Una vez descartada el carácter tumoral, entre las condiciones que pueden desencadenar hipergranulación en el lecho de la herida se encuentran:

- Sobreinfección: se suele asociar a exudado elevado, maceración de bordes y sangrado.
- Dermatitis irritativa, dermatitis alérgica de contacto: secundaria a las fibras y otros componentes de los apósitos y productos tópicos utilizados.
- Oclusión: se ha asociado la hipergranulación con el uso de apósitos oclusivos, tipo hidrocoloide. Este efecto se ha asociado con varios factores, como la estimulación de la acción de los factores de crecimiento, aumento del edema por el lecho por exudado excesivo y producción de nuevos vasos para compensar el ambiente de hipoxia local.

- Fricción: en zonas de roce con dispositivos externos como tubos de gastrostomía y catéteres (3).

Las opciones más recurrentes para tratar esta complicación en las heridas son las siguientes:

- En caso de que haya signos de de sobreinfección: se recomienda la utilización de productos con propiedades antibacterianas.

- Apósitos que disminuyan la humedad y ejerzan presión sobre la herida para disminuir el edema: cambio de un apósito oclusivo a uno no oclusivo. En caso de úlceras en pierna es fundamental optimizar la compresión terapéutica.

- Barras de nitrato de plata: algunos autores lo señalan como uno de los tratamientos más efectivos. Sin embargo, dado que disminuye la proliferación de fibroblastos, ha de evitarse un uso prolongado y limitarlo sólo a las zonas más resistentes. Se debe proteger la piel perilesional para evitar una quemadura química.

- Curetaje o escisión quirúrgica: no es muy recomendable dado que puede dañar tejido sano, producir sangrado y promover la infección.

- Corticoide tópico: por su efecto antiinflamatorio, la respuesta suele ser buena aplicado durante una semana.

- Otros tratamientos menos utilizados: láser, crioterapia, imiquimod que es un medicamento usado en el tratamiento de neoplasias muy vascularizadas como los hemangiomas (4,5).

Debido a la falta de material, ensayos clínicos e investigaciones, provoca que no haya un criterio de actuación unificado a la hora de abordar y tratar la hipergranulación o que incluso exista un cierto desconocimiento sobre el tema tratado.

Bibliografía:

1. Chaverri Fierro Daniel. Hipergranulación en heridas crónicas: un problema ocasional pero no infrecuente. Gerokomos [Internet]. 2007 Sep [citado 2021 Mar 13] ; 18(3): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300006&lng=es.

2. Conde E. La hipergranulación: cuando el lecho de la herida se activa en exceso. [Página de Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2021].

3. Chaby, G. Úlceras de la pierna de origen venoso o mixto de predominio venoso. EMC-Dermatología [Internet]. 2013 [consultado 08/03/2021];47(2):1-17. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1761-2896\(13\)64747-0](https://doi.org/10.1016/S1761-2896(13)64747-0)

4. García-Montero, A. et al. Abordaje multidisciplinar de una dehiscencia abdominal infectada: evaluación coste-consecuente de apósitos y medidas utilizadas. Gerokomos [Internet]. 2018 [consultado 05/03/2021];29(2):148-152. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300148&lng=es.

5. Elena Merlo González, Gema Martínez González. Hipergranulación en úlceras de miembros inferiores: [Hypergranulation in lower limb ulcers]. Enferm Dermatol [Internet]. 2 de septiembre de 2020 [citado 13 de marzo de 2021];14(40). Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/72>

Capítulo 63

Componentes del humo del bisturí eléctrico y posibles efectos colaterales. Revisión bibliográfica

González Serrano, Juan Antonio

García Valenciano, Agustín

De Aguilar González, María José

COMPONENTES DEL HUMO DEL BISTURÍ ELÉCTRICO Y POSIBLES EFECTOS COLATERALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: GONZÁLEZ SERRANO, JUAN ANTONIO; GARCÍA VALENCIANO, AGUSTIN; DE AGUILAR GONZÁLEZ, MARIA JOSÉ

INTRODUCCIÓN:

El bisturí eléctrico consiste en un instrumento que convierte energía eléctrica en calor, éste es empleado en las intervenciones quirúrgicas para cortar o coagular tejido, facilitando así la hemostasia, siendo esencial para el control del sangrado de pequeños vasos. El bisturí eléctrico emplea corrientes de más de 200.000 Hz, éstas hacen que el líquido intracelular hierva, se genere humo y se dispersen pequeñas partículas al aire. Por ello se decide estudiar los posibles efectos relacionados con su uso sobre el personal que trabaja en quirófano.

OBJETIVOS:

1. Determinar que elementos se generan como consecuencia del uso del bisturí eléctrico
2. Determinar que efectos tendrían estos elementos sobre la salud del personal que trabaja en quirófano

METODOLOGIA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda han sido: surgical smoke, health hazard, operating theatre and diathermy smoke; el operador booleano empleado para la búsqueda ha sido "and". Se han encontrado 18 artículos, de los cuales se han seleccionado 4. Como criterio de inclusión sólo se han incluido aquellos artículos que trataban sobre la composición del humo y de las partículas generadas por el bisturí eléctrico o sobre el efecto perjudicial de éstos sobre la salud, y se han excluido los artículos con una antigüedad superior a los 10 años

RESULTADOS:

1. En el trabajo de Kocher et al. Se analiza la composición del humo generado por el bisturí eléctrico, y encuentran 9 componentes principales tóxicos y/o carcinógenos, que son: acetileno, cianuro de hidrógeno, 1,3-butadieno, benceno, tolueno, furfural, estireno, etilbenceno y 1-deceno. Además analiza la eficacia de la mascarilla empleada en quirófano para ver si es efectiva disminuyendo la inhalación de los componentes orgánicos volátiles:

Compuesto Orgánico Volátil	Sin Mascarilla	Con Mascarilla
1,3-butadieno	19.06 ± 1.54	21,62 ± 1,13
benceno	6.21 ± 1,33	6,77 ± 0,70
Furfural	14.34 ± 2,97	7,84 ± 0,66

-Cifras en ppm. Partes por millón

2. En el trabajo de Ha et al. Se analiza el humo que se genera en 7 intervenciones quirúrgicas por laparoscopia, analizando el aire del quirófano y detectan 10 químicos, 5 compuestos orgánicos volátiles y 5 aldehídos que son: Benceno, tolueno, etilbenceno, xileno, estireno, formaldehído, acetaldehído, propionaldehído, butiraldehído e isovaleraldehído.
3. En el estudio de Hill et al. Equipara el humo generado por el bisturí eléctrico en un día, con estar expuesto de forma pasiva al humo generado por entre 27 a 30 cigarrillos sin filtro al día.
4. El estudio de Li et al. Analiza la concentración en el aire de partículas de pequeño tamaño de 0,3 µg, 0,5 µg y 5µg de tamaño que se generan por el uso del bisturí eléctrico antes, durante y al finalizar la intervención quirúrgica (IQ).

Momento del análisis de partículas	0,3 µg	0,5 µg	5µg
Antes de la IQ	6317.17 ± 5226.40	2955.00 ± 2467,17	402.47 ± 332.02
A los 5-10 min de usar el bisturí eléctrico	167977.87 ± 370413.70	21605 ± 31505.87	600.77 ± 444.67
Al finalizar la IQ	11910 ± 11734.927	5662.63 ± 5807.670	556.83 ± 626.673

- Cifras en µg/M³



CONCLUSIÓN:

Después del análisis de los datos obtenidos de los distintos estudios, se observa que el humo producido por el bisturí eléctrico presenta elementos tóxicos y cancerígenos, además de partículas de pequeño tamaño. Éstos elementos se producen tanto en intervenciones abiertas como laparoscópicas, además, la mascarilla empleada en quirófano no parece proteger completamente contra estos elementos tóxicos, siendo ineficaz previniendo la inhalación de estas sustancias. Aunque el personal de quirófano está expuesto a estas sustancias nocivas, no se han encontrado estudios que determinen el efecto perjudicial del humo del bisturí eléctrico sobre la salud de los trabajadores, siendo éste un posible campo de estudio. Además podría ser conveniente implementar medidas de protección para el personal expuesto.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kocher GJ, Sesia SB, Lopez-Hilfiker F, Schimid RA. Surgical smoke: still an underestimated health hazard in the operating theatre. Eur J Cardiothorac Surg[Internet].2019[Citada 28 Enero 2020];55(4):626-631. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30388210>
2. Ha HI, Choi MC, Jung SG, Joo WD, Lee C, Song SH et al. Chemicals in Surgical Smoke and the Efficiency of Built-in-Filter Ports. JSL[Internet].2019[Citada 28 Enero 2020];23(4):e2019.00037. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6853788/>
3. Hill DS, O'Neill JK, Powell RJ, Oliver DW. Surgical smoke - a health hazard in the operating theatre: a study to quantify exposure and a survey of the use of smoke extractor systems in UK plastic surgery units. J Plast Reconstr Aesthet Surg[Internet].2012[Citada 28 Enero 2020];65(7):911-916. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22445358>
4. Li C, Pai J, Chen C. Characterization of smoke generated during the use of surgical knife in laparotomy surgeries. J Air Waste Manag Assoc[Internet].2020[Citada 10 Febrero 2020];12:1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31961784>

Resumen: El bisturí eléctrico convierte la energía eléctrica en calor y es empleado en las intervenciones quirúrgicas para cortar o coagular tejido, facilitando la hemostasia. El bisturí emplea la corriente eléctrica para hacer que el líquido intracelular hierva, generando así humo y partículas que se dispersan en el aire. Es por ello que se decide estudiar los posibles efectos adversos relacionados con el uso del bisturí eléctrico en el personal de quirófano realizando una revisión bibliográfica, de la cual se obtiene como conclusión que el humo producido por el bisturí eléctrico presenta elementos tóxicos y cancerígenos.

Palabras Clave: Quirófanos, Humo Carcinógenos

Desarrollo del trabajo:

El bisturí eléctrico consiste en un instrumento que convierte energía eléctrica en calor, éste es empleado en las intervenciones quirúrgicas para cortar o coagular tejido, facilitando así la hemostasia, siendo esencial para el control del sangrado de pequeños vasos. El bisturí eléctrico emplea corrientes de más de 200.000 Hz, éstas hacen que el líquido intracelular hierva, se genere humo y se dispersen pequeñas partículas al aire. Por ello se decide estudiar los posibles efectos relacionados con su uso, sobre el personal que trabaja en quirófano.

Objetivos:

1. Determinar qué elementos se generan como consecuencia del uso del bisturí eléctrico.
2. Determinar qué efectos tendrían estos elementos sobre la salud del personal que trabaja en quirófano.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda han sido: surgical smoke, health hazard, operating theatre and diathermy smoke; el operador booleano empleado para la búsqueda ha sido "and". Se han encontrado 18 artículos, de los cuales se han seleccionado 4. Como criterio de inclusión sólo se han incluido aquellos artículos que trataban sobre la composición del humo y de las partículas generadas por el bisturí eléctrico o sobre el efecto perjudicial de éstos sobre la salud y se han excluido los artículos con una antigüedad superior a los 10 años.

Resultados:

1. En el trabajo de Kocher et al. Se analiza la composición del humo generado por el bisturí eléctrico y encuentran 9 componentes principales tóxicos y/o carcinógenos, que son: acetileno, cianuro de hidrógeno, 1,3-butadieno, benceno, tolueno, furfural, estireno, etilbenceno y 1-deceno. Además, analiza la eficacia de la mascarilla empleada en quirófano para ver si es efectiva disminuyendo la inhalación de los componentes orgánicos volátiles:

-Inhalación de 1,3-butadieno sin mascarilla: 19.06 partes por millón (ppm) y con mascarilla: 21.62 ppm

-Inhalación de benceno sin mascarilla: 6.21 ppm y con mascarilla: 6.77 ppm

-Inhalación de furfural sin mascarilla: 14.34 y con mascarilla: 7.84 ppm

2. En el trabajo de Ha et al. Se analiza el humo que se genera en 7 intervenciones quirúrgicas por laparoscopia, analizando el aire del quirófano y detectan 10 químicos, 5 compuestos orgánicos volátiles y 5 aldehídos que son: benceno, tolueno, etilbenceno, xileno, estireno, formaldehído, acetaldehído, propionaldehído, butiraldehído e isovalerandehido

3. En el estudio de Hill et al. Equipara el humo generado por el bisturí eléctrico en un día, con estar expuesto de forma pasiva al humo generado por entre 27 a 30 cigarros sin filtro al día.

4. El estudio de Li et al. analiza la concentración en el aire de partículas de pequeño tamaño de 0.3 mcg, 0.5 mcg y 5 mcg de tamaño que se generan por el uso del bisturí eléctrico antes, durante y al finalizar la intervención Quirúrgica (IQ).

- Antes de la IQ la cantidad de partículas de 0.3 mcg es de 6317.17 mcg/m³, a los 5-10 min de usar el bisturí eléctrico es de 167977.87 mcg/m³ y al finalizar la IQ es de 11910 mcg/m³

- En cuanto a las partículas de 0.5 mcg, la cantidad de estas partículas antes de la IQ es de 2955.00 mcg/m³, a los 5-10 min de usar el bisturí eléctrico es de 21605 mcg/m³ y al finalizar la IQ es de 5662.63 mcg/m³

- La cantidad de partículas de 5 mcg antes de la IQ es de 402.47 mcg/m³, a los 5-10 min de usar el bisturí eléctrico es de 600.77 mcg/m³ y al finalizar la IQ es de 556.83 mcg/m³.

Conclusión:

Después del análisis de los datos obtenidos de los distintos estudios, se observa que el humo producido por el bisturí eléctrico presenta elementos tóxicos y cancerígenos, además de partículas de pequeño tamaño. Estos elementos se producen tanto en intervenciones abiertas como laparoscópicas, además, la mascarilla empleada en quirófano no parece proteger completamente contra éstos elementos tóxicos, siendo ineficaz para la inhalación de éstas sustancias. Aunque el personal de quirófano está expuesto a estas sustancias nocivas, no se han encontrado estudios que determinen el efecto perjudicial del humo del bisturí eléctrico sobre la salud de los trabajadores, siendo éste un posible campo de estudio. Además, podría ser conveniente implementar medidas de protección para el personal expuesto.

Bibliografía:

1. Kocher GJ, Sesia SB, Lopez-Hilfiker F, Schimid Ra. Surgical smoke: still an underestimated health hazard in the operating theatre. Eur J Cardiothorac Surg [Internet].2019[Citada 28 Enero 2020]; 55(4):626-631. Disponible en: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30388210](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30388210)

2. Ha HI, Choi MC, Jung SG, Joo WD, Lee C, Song SH et al. Chemicals in Surgical Smoke and the Efficiency of Fuilt-inFilter Ports. JSLS[Internet].2019 [Citada 28 Enero 2020]; 23(4):e2019.00037. Disponible en: <https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6853788/>

3. Hill DS, O'Neil JK, Powell RJ, Oliver DW. Surgical smoke - ahealth hazard in the operating theatre: a study to quantify exposure and a survey of the use of smoke extractor systems in UK plastic surgery units. J Plas Reconstr Aesthet Surg[Internet].2012[Citada 28 Enero 2020],65(7):911-916. Disponible en: <https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22445358>.

4. Li C, Pai J, Chen C. Characterization of smoke generated during the use of surgical knife in laparotomy surgeries. J Air Waste Manag Assoc[Internet].2020[Citada 10 Febrero 2020];12:1-9. Disponible en: <https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31961784>.

Capítulo 64

Conocimiento sobre resucitación cardiopulmonar en la sociedad actual

León Romero, María Jesús

León Carrasco, Marina

Hidalgo Benítez, Beatriz

Carrasco Murcia, María José

Villalobos Martín-Moreno, Ana Belén

Sánchez Hermoso, Lorena



CONOCIMIENTO SOBRE RESUCITACION CARDIOPULMONAR EN LA SOCIEDAD ACTUAL

INTRODUCCION

Según el INE, en 2016, hubo un total de 119778 fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio, dentro de las 410611 que hubo por causa de muerte registrada. Manteniéndose así, las enfermedades isquémicas del corazón como primera causa de defunción. El paro cardíaco se da con más frecuencia en varones alrededor de 60 años. Tienen también más probabilidad de padecer esta patología personas obesas. Los hombres tienen 2 veces más probabilidades de sufrir una parada cardíaca. Casi un 50% de las muertes por parada cardíaca se producen antes de llegar al hospital, un dato significativo en número de fallecimientos netos, teniendo en cuenta que aproximadamente un 75% de las paradas cardíacas ocurren fuera del medio hospitalario. Es de vital importancia la intervención rápida y eficaz para disminuir la mortalidad y las secuelas de dicho proceso. Tenemos 3 a 5 minutos para empezar las técnicas de RCP básica. Este tiempo aumenta si se utiliza un desfibrilador. Sabemos que los servicios de emergencias, estando bien organizados tardan unos 10 minutos en llegar al lugar de incidente y que el 80% de las veces el paro cardíaco es presenciado por persona del entorno del enfermo. Por ello es de vital importancia que las personas de a pie tengan conocimientos en RCP básica cuya intervención rápida multiplica por dos las posibilidades de supervivencia.



OBJETIVO

Describir los conocimientos que tiene la población general sobre resucitación cardiopulmonar.

ENCUESTA

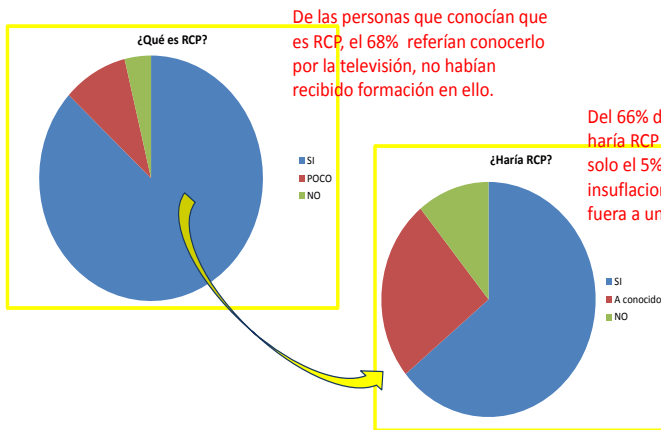
- ¿Qué es la PCR?
- ¿Conoce los signos y síntomas?
- ¿Sabe que es la RCP?
- ¿Sabe cuántas compresiones hay que hacer?
- ¿Dónde colocaría las manos para las compresiones?
- ¿Daría las respiraciones? ¿Por qué?
- ¿Ha recibido formación? ¿Quién la dio?
- ¿Cree que es importante recibir esa formación? ¿por qué?
- Sugerencias



MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo analítico transversal de la situación que presenta la población en cuanto conocimiento sobre la parada cardiorrespiratoria (PCR) y la técnica de realización de la resucitación cardiopulmonar (RCP). El periodo de duración del estudio fue realizado en los meses de octubre y noviembre del año 2019. La población general con edad comprendida entre 25 y 55 años. Las personas participantes debían tener las capacidades necesarias para comprender las preguntas formuladas. Se han pasado 279 encuestas a personas con edades comprendidas entre las mencionadas anteriormente. Las personas han sido seleccionadas ha sido todas las que han pasado a la farmacia elegida durante el mes de noviembre. Hubo 37 personas que no quisieron responder la encuesta. La farmacia ha sido elegida por sorteo de entre las existentes en Ciudad Real. Se ha pasado una encuesta abierta heteroadministrada a todas las personas que cumplían criterios de inclusión para la recogida de datos.

RESULTADOS



Todos los encuestados están dispuestos a recibir formación, les gustaría poder ayudar.

30:2

CONCLUSIONES

A pesar de las políticas sanitarias orientadas a mejorar los conocimientos y capacidad de respuesta de la población general en el campo de la PCR y promover el uso de maniobras básicas de RCP, la población no percibe los esfuerzos realizados. La formación llega a grupos muy limitados, y la falta de uso y reciclaje hace que con el paso del tiempo, estos conocimientos aprendidos queden obsoletos y olvidados por los usuarios. El 95% de la población no realizaría la ventilación de un paciente con PCR por miedo al contagio de enfermedades, lo que nos lleva a pensar en que la dispensación a la población de válvulas de ventilación boca a boca por ejemplo, aumentaría la predisposición de la persona a realizar dicha técnica. Se están haciendo grandes esfuerzos para hacer llegar el conocimiento a la población legla. Mientras esta población no percibe dicho despliegue de medios. Debemos continuar luchando por una mejor difusión.

Resumen: Dentro de la población general, es importante reconocer la importancia de la realización de la reanimación cardiopulmonar en situaciones de urgencias. Si bien es cierto, que la mayoría de ellos no se sienten capacitados y reconocen no tener suficiente información para realizarla de forma efectiva. Además, muestran miedo al contagio de enfermedades por parte del reanimado y reacios, por ello, a la realización de maniobras ventilatorias.

Como profesionales de salud, ¿estamos dando una buena formación en este tema? ¿somos capaces de disminuir el miedo a la realización de estas maniobras por personas no sanitarias?

Palabras Clave: Paro Cardíaco, Extrahospitalario, Reanimación Cardiopulmonar, Educación en Salud

Desarrollo del trabajo:

Según el INE, en 2016, hubo un total de 119778 fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio, dentro de las 410611 que hubo por causa de muerte registrada. Manteniéndose así, las enfermedades isquémicas del corazón como primera causa de defunción. El paro cardíaco se da con más frecuencia en varones alrededor de 60 años. Tienen también más probabilidad de padecer esta patología personas obesas. Los hombres tienen 2 veces más probabilidades de sufrir una parada cardíaca.

Casi un 50% de las muertes por parada cardíaca se producen antes de llegar al hospital, un dato significativo en número de fallecimientos netos, teniendo en cuenta que aproximadamente un 75% de las paradas cardíacas ocurren fuera del medio hospitalario. Es de vital importancia la intervención rápida y eficaz para disminuir la mortalidad y las secuelas de dicho proceso. Tenemos 3 a 5 minutos para empezar las técnicas de RCP básica. Este tiempo aumenta si se utiliza un desfibrilador. Sabemos que los servicios de emergencias, estando bien organizados tardan unos 10 minutos en llegar al lugar de incidente y que el 80% de las veces el paro cardíaco es presenciado por persona del entorno del enfermo. Por ello es de vital importancia que las personas de a pie tengan conocimientos en RCP básica cuya intervención rápida multiplica por dos las posibilidades de supervivencia.

Objetivo:

Describir los conocimientos que tiene la población general sobre resucitación cardiopulmonar.

Material y Métodos:

Se ha realizado un estudio descriptivo analítico transversal de la situación que presenta la población en cuanto conocimiento sobre la parada cardiorrespiratoria (PCR) y la técnica de realización de la resucitación cardiopulmonar (RCP). El periodo de duración del estudio fue realizado en los meses de octubre y noviembre del año 2019.

La población general con edad comprendida entre 25 y 55 años. Las personas participantes debían tener las capacidades necesarias para comprender las preguntas formuladas.

Se han pasado 279 encuestas a personas con edades comprendidas entre las mencionadas anteriormente. Las personas que han sido seleccionadas han sido todas las que han pasado a la farmacia elegida durante el mes de noviembre. Hubo 37 personas que no quisieron responder la encuesta.

La farmacia ha sido elegida por sorteo de entre las existentes en Ciudad Real.

Se ha pasado una encuesta abierta heteroadministrada a todas las personas que cumplían criterios de inclusión para la recogida de datos.

Resultados:

De las personas que conocían que es RCP, el 68% referían conocerlo por la televisión, no habían recibido formación en ello.

Del 66% de las personas que haría RCP si fuera necesario, solo el 5% realizaría las insuflaciones y siempre que fuera a un conocido.

Todos los encuestados están dispuestos a recibir formación, les gustaría poder ayudar

A pesar de las políticas sanitarias orientadas a mejorar los conocimientos y capacidad de respuesta de la población general en el campo de la PCR y promover el uso de maniobras básicas de RCP, la población no percibe los esfuerzos realizados

La formación llega a grupos muy limitados, y la falta de uso y reciclaje hace que, con el paso del tiempo, estos conocimientos aprendidos queden obsoletos y olvidados por los usuarios.

El 95% de la población no realizaría la ventilación de un paciente con PCR por miedo al contagio de enfermedades, lo que nos lleva a pensar en que la dispensación a la población de válvulas de ventilación boca a boca por ejemplo, aumentaría la predisposición de las personas a realizar dicha técnica

Se están haciendo grandes esfuerzos para hacer llegar el conocimiento a la población legada. Mientras esta población no percibe dicho despliegue de medios. Debemos continuar luchando por una mejor difusión.

Bibliografía:

1. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/ParadaCardiaca/RegistroOhsca.htm
2. <https://www.urgenciasyemergen.com/actualizacion-erc-2021-nuevas-recomendaciones-rcp/>
3. Abad E, Abrisqueta J, Cano J, Cinesi C, Fernández-Villacañas MA, García F, et al. Programa regional de formación sanitaria en RCP. Programa Perséfone. Conserjería de sanidad y política social de la Región de Murcia. [Acceso 6 julio 2014]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/269104-folleto_persefone_def.pdf.

Capítulo 65

Consecuencias del desgarro perineal durante el parto en la sexualidad femenina

*Zarco González, Carmen María
Vidal Arenas, Mónica*

Consecuencias del desgarro perineal durante el parto en la sexualidad femenina.

Autoras: Zarco González C.M., Vidal Arenas M.

XII Congreso Investigación Enfermería y Fisioterapia



fuden

Introducción

A pesar de ser la opción más deseable, la mayoría de las mujeres que tienen un parto vaginal sufren algún grado de trauma perineal. Alrededor del 85% de las mujeres sufren un desgarro perianal en su parto. Este tipo de lesiones afectan a la calidad de vida de las mujeres. El abordaje de estas lesiones es mayoritariamente a nivel físico, pero es importante comprender las repercusiones que tiene a nivel psico-social. El bienestar de la mujer está íntimamente ligado con su salud sexual, y en esta última los desgarros perianales tienen un gran impacto.

Objetivo principal

Estudiar las consecuencias de un desgarro perianal tras el parto.

Objetivos específicos

- Analizar las consecuencias del desgarro perianal en la vida sexual de las mujeres.
- Determinar el impacto del desgarro perianal en el bienestar de las mujeres.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica. Periodo de búsqueda: 2015 a 2021. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previamente; búsqueda genérica en Google Académico.

Resultados

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 20 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 10 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

Conclusión

La OMS considera la **sexualidad** como indicador de salud en todas las etapas de la vida de una mujer. Los desgarros perianales tienen repercusión negativa en la vida sexual de las mujeres, sobre todo en los que se ve afectado el esfínter anal (grado III y IV). Además estudios encontrados destacan una asociación significativa entre la dispareunia y la EML. Esto tiene repercusiones a largo plazo, de 6 a 12 meses, en los que la mujer tiene pérdida del deseo sexual, dispareunia o anorgasmia.

El embarazo se considera una buena etapa para conocer la vida sexual de las mujeres. Los profesionales sanitarios deben acompañar a la mujer en todo este proceso de embarazo, parto y puerperio, abordando aspectos como el autoestima, la autoimagen, los miedos o los tipos de relaciones sexuales que desean tener; empoderándolas. De este modo las mujeres sabrán mejor qué tipo de relaciones sexuales desean tener, mejorando su calidad de vida y sexual.

Bibliografía



Resumen: A pesar de ser la opción más deseable, la mayoría de las mujeres que tienen un parto vaginal sufren algún grado de trauma perineal. Alrededor del 85% de las mujeres sufren un desgarro perianal en su parto. Este tipo de lesiones afectan a la calidad de vida de las mujeres. El abordaje de estas lesiones es mayoritariamente a nivel físico, pero es importante comprender las repercusiones que tiene a nivel psicosocial. El bienestar de la mujer está íntimamente ligado con su salud sexual, y en esta última los desgarros perianales tienen un gran impacto.

Palabras Clave: Sexualidad, Periodo Posparto, Lesión

Desarrollo del trabajo:

Se ha realizado una revisión bibliográfica. Periodo de búsqueda: 2015 a 2021. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previamente; búsqueda genérica en Google Académico.

El objetivo principal es estudiar las consecuencias de un desgarro perianal tras el parto. Los objetivos específicos son:

- Analizar las consecuencias del desgarro perianal en la vida sexual de las mujeres.
- Determinar el impacto del desgarro perianal en el bienestar de las mujeres.

Tras el estudio de los 10 artículos seleccionados se obtiene las siguientes conclusiones:

La OMS considera la sexualidad como indicador de salud en todas las etapas de la vida de una mujer. Los desgarros perianales tienen repercusión negativa en la vida sexual de las mujeres, sobre todo en los que se ve afectado el esfínter anal (grado III y IV). Además, estudios encontrados destacan una asociación significativa entre la dispareunia y la EML. Esto tiene repercusiones a largo plazo, de 6 a 12 meses, en los que la mujer tiene pérdida del deseo sexual, dispareunia o anorgasmia. El embarazo se considera una buena etapa para conocer la vida sexual de las mujeres. Los profesionales sanitarios deben acompañar a la mujer en todo este proceso de embarazo, parto y puerperio, abordando aspectos como la autoestima, la autoimagen, los miedos o los tipos de relaciones sexuales que desean tener; empoderándolas. De este modo las mujeres sabrán mejor qué tipo de relaciones sexuales desean tener, mejorando su calidad de vida y su bienestar sexual.

Bibliografía:

1. D'Almeida. Women's experiences following obstetric anal sphincter injury. Journal of Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy. 2020; 127: 39–5.
2. Espitia-De La Hoz FJ. Dispareunia en mujeres después de parto vaginal. Prevalencia en dos clínicas de Armenia, Colombia, 2012-2017. Duazary. 2021; 18 (1): 32-44. Doi:[https:// doi.org/10.21676/2389783X.3887](https://doi.org/10.21676/2389783X.3887)
3. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18: 196. Doi: [https:// doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6](https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6)

4. Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, Chou D, Filippi V, Say L, Cecatti JG. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15; 307. DOI: 10.1186/s12884-015-0742-6.

5. Dunn AB, Paul S, Ware LZ, Corwin EJ. Perineal Injury During Childbirth Increases Risk of Postpartum Depressive Symptoms and Inflammatory Markers. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60 (4); 428-436. Doi: 10.1111/jmwh.12294.

Capítulo 66

Consulta de enfermería de pacientes pre–quirúrgicos en el servicio de traumatología

Bonales Domínguez, María del Pilar

Espadas Sánchez, María

Poyatos Ruiz, María Dolores

Fernández Juárez, Mercedes

Baos Aranda, María Dolores

Rodríguez García, Francisco

Consecuencias del desgarro perineal durante el parto en la sexualidad femenina.

Autoras: Zarco González C.M., Vidal Arenas M.

XII Congreso Investigación Enfermería y Fisioterapia



fuden

Introducción

A pesar de ser la opción más deseable, la mayoría de las mujeres que tienen un parto vaginal sufren algún grado de trauma perineal. Alrededor del 85% de las mujeres sufren un desgarro perianal en su parto. Este tipo de lesiones afectan a la calidad de vida de las mujeres. El abordaje de estas lesiones es mayoritariamente a nivel físico, pero es importante comprender las repercusiones que tiene a nivel psico-social. El bienestar de la mujer está íntimamente ligado con su salud sexual, y en esta última los desgarros perianales tienen un gran impacto.

Objetivo principal

Estudiar las consecuencias de un desgarro perianal tras el parto.

Objetivos específicos

- Analizar las consecuencias del desgarro perianal en la vida sexual de las mujeres.
- Determinar el impacto del desgarro perianal en el bienestar de las mujeres.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica. Periodo de búsqueda: 2015 a 2021. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previamente; búsqueda genérica en Google Académico.

Resultados

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 20 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 10 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

Conclusión

La OMS considera la **sexualidad** como indicador de salud en todas las etapas de la vida de una mujer. Los desgarros perianales tienen repercusión negativa en la vida sexual de las mujeres, sobre todo en los que se ve afectado el esfínter anal (grado III y IV). Además estudios encontrados destacan una asociación significativa entre la dispareunia y la EML. Esto tiene repercusiones a largo plazo, de 6 a 12 meses, en los que la mujer tiene pérdida del deseo sexual, dispareunia o anorgasmia.

El embarazo se considera una buena etapa para conocer la vida sexual de las mujeres. Los profesionales sanitarios deben acompañar a la mujer en todo este proceso de embarazo, parto y puerperio, abordando aspectos como el autoestima, la autoimagen, los miedos o los tipos de relaciones sexuales que desean tener; empoderándolas. De este modo las mujeres sabrán mejor qué tipo de relaciones sexuales desean tener, mejorando su calidad de vida y sexual.

Bibliografía



Resumen: Las implantaciones de prótesis pueden presentar complicaciones potencialmente graves para el paciente, destacando las infecciones.

El trabajo diario nos hace ver situaciones mejorables, por lo que se implanta una consulta de enfermería de pacientes prequirúrgicos en el servicio de traumatología del Hospital Santa Bárbara, con el objetivo de facilitar una atención cercana e individualizada al paciente y unificar las recomendaciones e indicaciones enfermeras de los pacientes que van a ser sometidos a una implantación de prótesis, evitando complicaciones de infección tras la misma, abaratando de esta forma los costes económicos y aumentando la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Enfermería, Prótesis, Traumatología

Objetivos:

- Conocer la cobertura total de la consulta de enfermería de pacientes prequirúrgicos en el servicio de traumatología durante el año 2018.
- Conocer el número de aptos y no aptos dados en la consulta de enfermería de pacientes prequirúrgicos en el servicio de traumatología durante el año 2018
- Conocer el porcentaje de los distintos tipos de prótesis intervenidas durante el año 2018 Conocer la prevalencia de sexo en este tipo de intervenciones durante el año 2018 Conocer el rango de edad en este tipo de intervenciones quirúrgicas durante el año 2018.
- Conocer el número de complicaciones detectadas en el seguimiento post-quirúrgico por parte de la consulta de enfermería del servicio de traumatología durante el año 2018.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo a partir de los datos obtenidos de la base de datos de la consulta de enfermería de pacientes prequirúrgicos en el Servicio de Traumatología del Hospital Santa Bárbara de Puertollano durante el año 2018.

Resultados:

Tras la revisión y estudio de resultados obtenidos durante el período de tiempo estudiado observamos que: De un total de 288 visitas se han realizado 199 intervenciones quirúrgicas

* La cobertura total obtenida es de 288 pacientes de los cuales 165 (57,3%) son mujeres y 123 (42,7%) son hombres.

* Pacientes que precisaron de una segunda cita o más para corrección de parámetros es 89 casos (30,9%) de los cuales 78 (87,6%) se resolvieron en una segunda cita 11 (22,4%) precisaron más de dos consultas.

* Del total de pacientes atendidos resultaron aptos un total de 199 pacientes (69,1%) y no aptos 89 pacientes (31,9%)

* Del total de pacientes aptos (199), 90 (45,2%) fueron hombres y 109 (54,8%) mujeres

Del total de prótesis implantadas, 167(83,9%) fueron PTR y 32(16,1%) fueron PTC.

Complicaciones posquirúrgicas: 8, con un 4,02% de las cuales: Exitus 1, infección: 3, Recambio prótesis: 1, Fractura peri protésica: 1, Fiebre: 2.

Discusión:

Es fundamental la implantación de la consulta de enfermería de pacientes prequirúrgicos en los servicios de traumatología para reducir las complicaciones quirúrgicas que puede derivar de la implantación de una prótesis quirúrgica, marcándonos como objetivo primordial la protección en todo momento de la salud de los pacientes.

Conclusiones:

Con este trabajo se pone en manifiesto la importancia de la figura de enfermera de referencia que aporta seguridad, certidumbre, cercanía e información al paciente que va a someterse a una implantación protésica, unificando criterios, disminuyendo las incidencias de complicaciones por infección tras la intervención, abaratando de esta forma los costes económicos y aumentando la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía:

1. Enfermería médico quirúrgica basada en planes de cuidados. 5 edición. Swearinger, Pamela L.
2. Vínculos de Noc y Nic a Mandar I y Diagnósticos médicos. 3edición. Johnson, M.
3. Diagnósticos de enfermería. Definición y clasificación 2021-2023. 12 edición. Editorial Elsevier.

Capítulo 67

Consulta de enfermería de pacientes pre-quirúrgicos en el servicio de traumatología

Cervigón Jaime, Miguela

Diezma Molero, Cristina

Morchón Rosales, María

Torres Galledo - Casilda, Consolación

Cabezalí Lozano, Ana María

CUIDADO DE LA BOCA EN EL RECIÉN NACIDO

AUTORES

Miguela Garcia-Cervigon Jaime¹, Cristina Diezma Molero¹, Consolación Torres Gallego-Casilda¹, Ana María Cabezalí Lozano¹, María Morchón Rosales¹.
UCINP Hospital "Mancha-Centro"¹.

INTRODUCCIÓN

La boca es importante para comer, beber, saborear, respirar, hablar, comunicarse y como defensa inmunológica. La higiene bucal debe formar parte del cuidado total, pero si ésta no se realiza de manera correcta puede ser una experiencia negativa a corto plazo con repercusiones importantes a largo plazo. La evaluación y las intervenciones planificadas pueden ayudar a prevenir, minimizar o mantener la salud de la cavidad oral. Si se usa calostro materno o leche materna para realizar la higiene bucal, todos los neonatos pueden obtener beneficios de los componentes ventajosos del calostro / leche, incluso aquellos que requieren ventilación asistida o no reciben alimentación por vía enteral. Existen pocos estudios sobre el cuidado bucal neonatal.

OBJETIVOS

- Proporcionar atención bucal adecuada a los bebés de acuerdo con sus necesidades individuales.
- Disminuir el riesgo de infecciones y brindar consuelo.
- Proporcionar una experiencia oral positiva para el bebé, apoyando el desarrollo sensorial temprano del gusto y el olfato.
- Fomentar el vínculo, ya que los bebés y sus padres se comunican principalmente a través del tacto, el olfato y el gusto.

MATERIAL Y MÉTODO

- Diseño: Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos.
- Sin restricción de idioma.
- Sin restricción temporal.
- Bases: Uptodate, Pubmed, Cochranne, Enfispo, Scielo, así como protocolos y Guías de Práctica Clínica de instituciones nacionales e internacionales.
- Se realiza una lectura crítica de la bibliografía encontrada para extraer la máxima información relacionada con nuestro estudio.

RESULTADOS

El personal de enfermería debe planear que el cuidado de la boca se realice regularmente, al menos cada 12 horas, si puede ser formando parte del cuidado integral del bebé. Es recomendable introducirlo dentro de las primeras 48 horas de vida.

Antes de comenzar el procedimiento debe realizarse una evaluación exhaustiva de la cavidad bucal, repliegues de la encía, labios y lengua, garantizando un cuidado individualizado en cada bebé, atendiendo a sus señales de comportamiento, estado de sueño y tolerancia al manejo (no forzar apertura de la boca).

Para la limpieza de la boca puede usarse:

- 1° Calostro, 0.2 - 0.3 ml; si no hubiese cantidad suficiente puede diluirse con agua estéril.
- 2° Leche materna recién extraída o en su defecto refrigerada, nunca congelada ni con sustancias añadidas.
- 3° Leche donada.
- 4° Agua estéril.

Si es necesario aspirar secreciones, se realizará antes de llevar a cabo el cuidado bucal.

MATERIAL	PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES POSTERIORES
<ul style="list-style-type: none">- Calostro o leche materna.- Agua estéril.- Guantes no estériles.- Gasas estériles.- Bastoncillo estéril de algodón.- Vaselina blanda o parafina líquida (uso exclusivo para la boca y para un solo paciente).	<ul style="list-style-type: none">-Realizar higiene de manos y colocar guantes no estériles.- Mojar una gasa estéril con agua estéril para eliminar piel seca y restos de suciedad de los labios.- Mojar el bastoncillo de algodón con el calostro o leche y pasarlo suavemente por los labios. Si la cavidad bucal es lo suficientemente grande, pasarlo también por la línea de las encías y sobre la lengua para cubrir toda la cavidad bucal con una capa de leche.- Si los labios están secos se puede aplicar vaselina o parafina. NO aplicar si el niño está en tratamiento con fototerapia.	<ul style="list-style-type: none">-Desechar todo el material usado, incluso el calostro o leche.- Documentar los resultados de la evaluación e intervención oral en la gráfica de cuidados del niño.- Revisar la frecuencia del cuidado bucal según sea necesario, así como el líquido usado para ello (calostro, leche o agua estéril)

CONCLUSIONES

- Tras la revisión de la escasa bibliografía existente, se debe replantear el procedimiento para el cuidado de la boca, individualizándose en cada bebé.
- El cuidado de la boca con calostro es beneficioso para todos los recién nacidos, especialmente para los recién nacidos prematuros, cuyos reflejos orales (succión, deglución, reflejo nauseoso) aún no se han desarrollado, y para los que no toman nada por boca, ya que permite la sensación y el sabor del calostro y la leche materna.
- Es necesario seguir investigando sobre el tema para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica; así como la realización de protocolos que unifiquen criterios basados en la evidencia científica.

Resumen: La boca es importante para comer, beber, saborear, respirar, hablar, comunicarse y como defensa inmunológica,

La higiene bucal debe formar parte del cuidado total, pero si ésta no se realiza de manera correcta puede ser una experiencia negativa a corto plazo con repercusiones importantes a largo plazo.

Palabras Clave: Cuidado, Boca, Recién Nacido

Desarrollo del trabajo:

La evaluación y las intervenciones planificadas pueden ayudar a prevenir, minimizar o mantener la salud de la cavidad oral.

Si se usa calostro materno o leche materna para realizar la higiene bucal, todos los neonatos pueden obtener beneficios de los componentes ventajosos del calostro / leche, incluso aquellos que requieren ventilación asistida o no reciben alimentación por vía enteral.

Existen pocos estudios sobre el cuidado bucal neonatal. Por ello los objetivos son:

- Proporcionar atención bucal adecuada a los bebés de acuerdo con sus necesidades individuales.
- Disminuir el riesgo de infecciones y brindar consuelo.
- Proporcionar una experiencia oral positiva para el bebé, apoyando el desarrollo sensorial temprano del gusto y el olfato.
- Fomentar el vínculo, ya que los bebés y sus padres se comunican principalmente a través del tacto, el olfato y el gusto.

Resultados:

El personal de enfermería debe planear que el cuidado de la boca se realice regularmente, al menos cada 12 horas, si puede ser formando parte del cuidado integral del bebé. Es recomendable introducirlo dentro de las primeras 48 horas de vida.

Antes de comenzar el procedimiento debe realizarse una evaluación exhaustiva de la cavidad bucal, repliegues de la encía, labios y lengua, garantizando un cuidado individualizado en cada bebé, atendiendo a sus señales de comportamiento, estado de sueño y tolerancia al manejo (no forzar apertura de la boca).

Para la limpieza de la boca puede usarse:

- 1º Calostro, 0.2 - 0.3 ml; si no hubiese cantidad suficiente puede diluirse con agua estéril.
- 2º Leche materna recién extraída o en su defecto refrigerada, nunca congelada ni con sustancias añadidas.
- 3º Leche donada. 4º Agua estéril.

Si es necesario aspirar secreciones, se realizará antes de llevar a cabo el cuidado bucal

Conclusiones:

-Tras la revisión de la escasa bibliografía existente, se debe replantear el procedimiento para el cuidado de la boca, individualizándose en cada bebé.

-El cuidado de la boca con calostro es beneficioso para todos los recién nacidos, especialmente para los recién nacidos prematuros, cuyos reflejos orales (succión, deglución, reflejo nauseoso) aún no se han desarrollado, y para los que no toman nada por boca, ya que permite la sensación y el sabor del calostro y la leche materna.

-Es necesario seguir investigando sobre el tema para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica; así como la realización de protocolos que unifiquen criterios basados en la evidencia científica.

Bibliografía:

1. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Silloa M, Moral Pumarega M, Benito Castro F, López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(2):132-139.
2. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM. Cognitive and behavioral outcomes of school aged children who were born preterm. *JAMA*. 2002;288(6):728-737.
3. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, et al. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*. 2004;113(4):846-857.
4. Sanchez Rodríguez G, Quintero Villegas LJ, Rodríguez Camelo G, Nieto Sanjuanero A, Rodríguez Balderrama IB. Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. *Medicina Universitaria*. 2012;12(48): 176-180.
5. NIDCAP Federation International. [Internet]; 2008 [Consultado el 20 Mayo 2014]. Disponible en: [http:// www.nidcap.org](http://www.nidcap.org).

Capítulo 68

Cuidados de enfermería del catéter venoso central en una Unidad de Cuidados Intensivos

Carrero Ruiz, Carmen

Aguirre Romero, Ana Belén

Garrido Anguita, Silvia

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

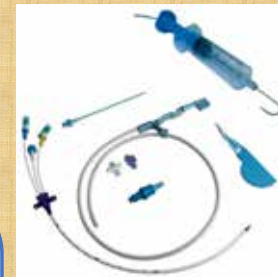
CARRERO RUIZ, C.; GARRIDO ANGUIA, S.; AGUIRRE ROMERO, A.B.

INTRODUCCIÓN

Un **catéter venoso central** (CVC) es un tubo biocompatible o instrumento de acceso vascular hecho de un material flexible, suave, insertado dentro de una gran vena del sistema vascular periférico y cuya punta es avanzada hasta la vena cava superior. El sitio de inserción puede ser desde una extremidad superior, vena femoral, yugular y subclavia. Los estudios radiológicos son necesarios para confirmar su correcta ubicación previa al uso. Para realizar dicho procedimiento se utilizan diversas técnicas y, en ocasiones, herramientas auxiliares como la ecografía, la cual permite minimizar complicaciones relacionadas con su colocación.

El CVC está **indicado**: Monitorización hemodinámica (medición de la PVC, saturación venosa de oxihemoglobina y parámetros cardiacos), acceso vascular (requerimiento de múltiples infusiones y malos accesos periféricos), administración de sustancias vasoactivas o tóxicos irritantes (drogas vasoactivas, antibióticos, nutrición parenteral y quimioterapia), procedimientos radiológicos y terapéuticos (circuito extracorpóreo, hemodiálisis, terapia de reemplazo renal continua, plasmáferesis...), instalación de sonda marcapasos, instalación de filtro en vena cava superior y acceso circulación pulmonar.

La **bacteriemia asociada al catéter** es la complicación mas frecuente. Se define como un cuadro clínico caracterizado por fiebre y escalofríos, donde el hemocultivo obtenido por punción de vena periférica es positivo para el mismo microorganismo aislado a nivel de la punta del catéter, en un paciente que no presenta evidencia de otros focos sépticos.



OBJETIVOS

Mejorar la calidad de los cuidados que proporciona el personal de enfermería a los pacientes portadores de CVC unificando criterios de actuación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una **revisión bibliográfica** de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO y revistas científicas de medicina y enfermería. Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas, metaanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran los cuidados de enfermería de los catéteres venosos centrales, así como la prevención de infecciones y complicaciones en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Se seleccionaron artículos en castellano e inglés, publicados entre los años 2000 y 2021. Se excluyeron todos aquellos artículos repetidos y en lenguas diferentes de las mencionadas.

Las palabras clave (Descriptores en Ciencias de la Salud DeCs):

Infecciones relacionadas con catéteres	Atención de enfermería
Protocolos clínicos	Administración intravenosa

Estrategia de búsqueda: atención de enfermería AND infecciones relacionadas con catéteres; atención de enfermería AND protocolos clínicos AND administración intravenosa.

RESULTADOS

BASADOS EN LAS MEDIDAS STOP-BRC (BACTERIEMIA ZERO) DEL PROGRAMA DE LA SEMICYUC:

1. Higiene adecuada de manos.	4. Preferencia de vena subclavia como lugar de inserción.
2. Clorhexidina en la preparación de la piel.	5. Retirada de CVC innecesarios.
3. Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los CVC.	6. Manejo higiénico de catéteres.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

- La primera cura del punto de inserción se llevará a cabo tras las 12h posteriores a la canalización. Excepto aquellos casos en que exista sangrado, diaforesis en el paciente, apósito despegado y fuga del sitio de inserción.
- Posteriormente se realizará cura cada 48h si se realiza cura tradicional (apósito de gasa), si es cura húmeda cada 7 días (apósito transparente). Si el apósito esta despegado o manchado se realizará la cura siempre que sea necesaria.
- Explicar el procedimiento de la cura al paciente.
- Colocar guantes estériles y preparar el campo estéril con los paños.
- Limpiar el punto de inserción con una gasa estéril y suero fisiológico, limpiando hacia fuera con movimientos circulares.
- Cubrir la zona con apósito transparente estéril, para facilitar visualización del punto de inserción.
- Es importante proteger la integridad de la piel ya que cumple una función de barrera natural. En el caso de pacientes desnutridos la piel se hace más sensible al uso de antisépticos. Las pomadas están contraindicadas.
- Apuntar en el apósito la fecha de la cura y vigilancia de la correcta fijación del catéter.
- Protección de las fijaciones con paño estéril. Vigilar que el paño no esté mojado o manchado y cambiar siempre que sea necesario.
- Rotular los sistemas con la fecha y la hora del cambio.
- Vigilar la estabilidad de las soluciones a infundir.
- Cambiaremos todas las llaves y sistemas en el caso de un nuevo CVC.
- Los tapones de llaves de tres pasos estarán siempre puestos, limpios y cerrados.
- Utilizar el menor número de conexiones posibles y evitaremos tener llaves conectadas cuando no sea necesario su uso.
- Cambio de sistemas de infusión, llaves de tres pasos y alargaderas cada 72 horas de forma estéril, excepto la NPT y soluciones lipídicas (Propofol) que se cambiarán cada 24 horas y siempre que estén visiblemente sucias. La PC de insulina se cambiará cada 12h. Los sistemas de hemoderivados se cambiarán después de su uso con cada bolsa.
- Verificar siempre la permeabilidad de la vía.
- Aconsejable la utilización de bombas de perfusión.
- Evitaremos en la medida de lo posible la extracción de sangre por el catéter.
- Vigilar posibles edemas por extravasación, así como signos y síntomas de infección (eritema, dolor, fiebre, induración o secreción purulenta).
- Se anotará en la hoja de enfermería los cambios de vías, sistemas, cultivos...
- No manipular sin guantes estériles y evitar manipulaciones innecesarias.
- Desinfectar con toallitas de clorhexidina las puertas de entrada del catéter (tapones, llaves de tres pasos), antes de acceder a ellas.
- No mojar el catéter durante el aseo del paciente.
- Si hay salida accidental y parcial del catéter no reintroducir, comentar a su médico.
- Es preferible un apósito de gasa estéril a un sistema transparente semipermeable cuando hay aumento de la humedad por la transpiración, sangrado o supuración en el sitio de inserción.
- Para irrigar los CVC es importante utilizar jeringas de 10ml, para evitar crear una mayor presión que puede contribuir a la rotura del catéter.

CONCLUSIONES

La óptima manipulación de los catéteres venosos centrales ayuda a disminuir o eliminar los riesgos de infecciones agregadas que puedan afectar a la vida del paciente. Con la sistematización de las acciones, unificaremos criterios y procedimientos a fin de prevenir complicaciones relacionadas con la manipulación inadecuada o defectuosa de los catéteres venosos centrales.

Para ello, según las Recomendaciones basadas en la evidencia del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), es imprescindible proporcionar al profesional de la salud capacitación y formación en el manejo de los catéteres venosos centrales y garantizar una técnica aséptica rigurosa que ayude a minimizar las infecciones relacionadas con CVC.

Resumen: *Un catéter venoso central (CVC) es un tubo biocompatible o instrumento de acceso vascular hecho de un material flexible, suave, insertado dentro de una gran vena del sistema vascular periférico y cuya punta es avanzada hasta la vena cava superior.*

La bacteriemia asociada al catéter es la complicación más frecuente, por lo tanto, el objetivo de este trabajo es mejorar la calidad de los cuidados que proporciona el personal de enfermería a los pacientes portadores de CVC unificando criterios de actuación.

Se trata de una de una revisión bibliográfica donde se recogen los cuidados de enfermería a pacientes portadores de CVC.

Palabras Clave: *Infecciones, Atención de enfermería, Protocolos clínicos*

Desarrollo del trabajo:

Un catéter venoso central (CVC) es un tubo biocompatible o instrumento de acceso vascular hecho de un material flexible, suave, insertado dentro de una gran vena del sistema vascular periférico y cuya punta es avanzada hasta la vena cava superior. El sitio de inserción puede ser desde una extremidad superior, vena femoral, yugular y subclavia. Los estudios radiológicos son necesarios para confirmar su correcta ubicación previa al uso. Para realizar dicho procedimiento se utilizan diversas técnicas y, en ocasiones, herramientas auxiliares como la ecografía.

El CVC está indicado: monitorización hemodinámica (medición de la presión venosa central, saturación venosa de oxihemoglobina y parámetros cardíacos), acceso vascular (requerimiento de múltiples infusiones y malos accesos periféricos), administración de sustancias vasoactivas o tóxicos irritantes (drogas vasoactivas, antibióticos, nutrición parenteral y quimioterapia), procedimientos radiológicos y terapéuticos (circuito extracorpóreo, hemodiálisis, terapia de reemplazo renal continua, plasmaféresis...), instalación de sonda marcapasos, instalación de filtro en vena cava superior y acceso circulación pulmonar.

La bacteriemia asociada al catéter es la complicación más frecuente. Se define como un cuadro clínico caracterizado por fiebre y escalofríos, donde el hemocultivo obtenido por punción de vena periférica es positivo para el mismo microorganismo aislado a nivel de la punta del catéter, en un paciente que no presenta evidencia de otros focos sépticos.

Objetivos:

Mejorar la calidad de los cuidados que proporciona el personal de enfermería a los pacientes portadores de CVC unificando criterios de actuación.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO y revistas científicas de medicina y enfermería. Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas, metaanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran los cuidados de enfermería de los catéteres venosos centrales, así como la prevención de infecciones y complicaciones en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Se seleccionaron artículos en castellano e inglés, publicados entre 2000-2021. Se excluyeron todos aquellos artículos repetidos y en lenguas diferentes de las mencionadas.

Estrategia de búsqueda: atención de enfermería AND infecciones relacionadas con catéteres; atención de enfermería AND protocolos clínicos AND administración intravenosa.

Resultados:

CUIDADOS BASADOS EN LAS MEDIDAS STOP-BRC (BACTERIEMIA ZERO) DEL PROGRAMA DE LA SEMICYUC:

1. Higiene adecuada de manos.
2. Clorhexidina en la preparación de la piel.
3. Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los CVC.
4. Preferencia de vena subclavia como lugar de inserción.
5. Retirada de CVC innecesarios.
6. Manejo higiénico de catéteres.

Cuidados de Enfermería del Catéter Venoso Central:

- La primera cura del punto de inserción se llevará a cabo tras las 12h posteriores a la canalización. Excepto aquellos casos en que exista sangrado, diaforesis en el paciente, apósito despegado y fuga del sitio de inserción.

- Posteriormente se realizará cura cada 48h si se realiza cura tradicional (apósito de gasa), si es cura húmeda cada 7 días (apósito transparente). Si el apósito esta despegado o manchado se realizará la cura siempre que sea necesaria.

- Explicar el procedimiento de la cura al paciente.

- Colocar guantes estériles y preparar el campo estéril.

- Limpiar el punto de inserción con una gasa estéril, suero fisiológico y clorhexidina alcohólica, limpiando hacia fuera con movimientos circulares.

- Cubrir la zona con apósito transparente estéril, para facilitar visualización del punto de inserción.

- Es importante proteger la integridad de la piel. En el caso de pacientes desnutridos la piel se hace más sensible al uso de antisépticos. Las pomadas están contraindicadas.

- Apuntar en el apósito la fecha de la cura.

- Protección de las fijaciones con paño estéril. Vigilar que el paño no esté mojado o manchado.

- Rotular los sistemas con la fecha y hora del cambio.

- Vigilar la estabilidad de las soluciones a infundir.

- Cambiaremos todas las llaves y sistemas en el caso de un nuevo CVC.

- Los tapones de llaves de tres pasos estarán siempre puestos, limpios y cerrados.

- Utilizar el menor número de conexiones posibles y evitaremos tener llaves conectadas cuando no sea necesario su uso.

- Cambio de sistemas de infusión, llaves de tres pasos y alargaderas cada 72h de forma estéril, excepto la NPT y soluciones lipídicas que se cambiarán cada 24h y siempre que estén visiblemente

- Aconsejable la utilización de bombas de perfusión.
- Evitaremos en la medida de lo posible la extracción de sangre por el catéter.
- Vigilar posibles edemas por extravasación, así como signos y síntomas de infección (eritema, dolor, fiebre, induración o secreción purulenta).
- Se anotará en la hoja de enfermería los cambios de vías, sistemas, cultivos...
- No manipular sin guantes estériles y evitar manipulaciones innecesarias.
- Desinfectar con toallitas de clorhexidina las puertas de entrada del catéter (tapones, llaves de tres pasos), antes de acceder a ellas.
- No mojar el catéter durante el aseo del paciente.
- Si hay salida accidental y parcial del catéter no reintroducir.
- Para irrigar los CVC es importante utilizar jeringas de 10ml, para evitar crear una mayor presión que puede contribuir a la rotura del catéter.

Conclusiones:

La óptima manipulación de los catéteres venosos centrales ayuda a disminuir o eliminar los riesgos de infecciones agregadas que puedan afectar a la vida del paciente.

Para ello, según las Recomendaciones basadas en la evidencia del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), es imprescindible proporcionar al profesional de la salud capacitación y formación en el manejo de los catéteres venosos centrales y garantizar una técnica aséptica rigurosa que ayude a minimizar las infecciones relacionadas con CVC.

Bibliografía:

1. Villalobos Escobar SG. Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales. Revista Enfermería IMSS 2003; 11 (1): 29-34.
2. Herrera Sánchez KM. Conocimiento en el manejo de catéter venoso central en enfermeras de los servicios críticos del Hospital III José Cayetano Heredia. Universidad Nacional de Piura. 2019.
3. Alarcón Mundaca MR. Cuidados de enfermería en la manipulación del catéter venoso central en pacientes adultos posoperados en el Servicio de Cirugía del Hospital Cayetano Heredia. Universidad Nacional del Callao. 2020.
4. Oliva Cesar A, Muriana Jiménez R, González Caro JM, Rodríguez Flores R. Cuidados de enfermería en el cateterismo venoso central de acceso periférico con catéter de doble luz multilumen mediante técnica de Seldinger. Nure Investigación, nº 29, Julio – agosto 2007.
5. Cárcoba Rubio N, Ceña Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global 2010; 20: 1-8

Capítulo 69

Cuidados de enfermería en el estado vegetativo persistente

*López Jiménez, Marcos
Alañón Barba, Marina*



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Autores: López Jiménez, Marcos; Alañón Barba, Marina

INTRODUCCIÓN

El estado vegetativo es una condición de vigilia caracterizada por inconsciencia, en el que se preserva la función total o parcial del tallo encefálico e hipotálamo.

Se considera persistente cuando perdura 1 mes después de la lesión y permanente cuando se extiende 3 meses tras una causa no traumática y 12 meses si es traumática.

Desde una perspectiva humanística, es importante valorar que el paciente se encuentre en un estado de inconsciencia y desconexión con el medio, lo que sumado a la duración de la supervivencia, supone uno de los principales y más importantes dilemas, sobre la suspensión del soporte vital en el estado vegetativo persistente y muerte digna.



OBJETIVOS



- Identificar cuidados y atención de Enfermería en el estado vegetativo persistente.
- Describir los principales dilemas bioéticos.

METODOLOGÍA



Revisión bibliográfica. Se realizó un análisis bibliográfico de los buscadores utilizados en el presente artículo como método de respaldo de la información, tales como: Medline, PubMed, Scielo y libros científicos

RESULTADOS

El objetivo fundamental de los cuidados de Enfermería en el estado vegetativo persistente, es evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida, vigilando siempre cualquier cambio en el estado del paciente.

Los cuidados, además del ABCDE, van encaminados a suplir las necesidades que el paciente no puede hacer por si mismo (cuidado de la integridad cutánea, seguridad e higiene, asegurar alimentación y eliminación. Por otro lado, existe una herramienta fundamental, la estimulación sensorial.

En cuanto a los aspectos éticos, dentro de la práctica profesional, uno de los principales a los que se enfrenta la familia es la suspensión del soporte vital del paciente y muerte digna. Dicho dilema ético en España está regulado por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Se puede definir como la acción deliberada de finalizar la vida de una persona, por voluntad expresa del propio individuo, con el objetivo de evitar sufrimiento ante una enfermedad o padecimiento incurable.

CONCLUSIONES

Las patologías que cursan con inconsciencia y desconexión con el medio tienen una gran carga moral, espiritual, en algunos casos religiosa; lo que genera numerosos dilemas, además de médico-legales, bioéticos.

Cabe destacar la labor de Enfermería, ya no solo en el trato con el paciente, que como hemos visto es esencial. Sino también por el trato a la familia, en cuanto a comunicación, cuidado y atención durante todo el proceso. Con lo que una vez más, vemos como a una enfermera la describen sus aptitudes, humanidad y empatía.

BIBLIOGRAFÍA



1. Garrido Miranda J M^ª. Cuidados de Enfermería neurológicos e infecciosos en UCI (Coma, estado vegetativo persistente y muerte cerebral). En: Formación Continuada Logoss. Experto universitario en cuidados de Enfermería en unidades de cuidados intensivos. Formación continuada Logoss; 2017. P. 497-513
2. Fustinoni O, Barone ME, Elli JR, Gonorazky SE, Martínez Perea MDC, Rotta Escalante R. Suspensión de soporte vital en el estado vegetativo persistente y muerte digna. 2020;80:48-53. Available from: <http://www.medicinabuenaosaires.com/PMID/32044741.pdf>
3. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, número 72, (25 de marzo de 2021). Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>



Obten aquí el artículo

Resumen: Las alteraciones del nivel de consciencia suponen diversas situaciones que van desde la alerta a un estado ausente de respuesta, e incluso llegar a una muerte encefálica. Este trabajo, se centra en el estado vegetativo persistente; que suponen un gran reto para el personal en las unidades de cuidados intensivos. Por otro lado, también se abordan los grandes dilemas bioéticos que representan este tipo de patologías.

Palabras Clave: Estado de consciencia, Estado vegetativo persistente, Bioética

Desarrollo del trabajo:

Las alteraciones agudas del nivel de consciencia suponen una causa frecuente de atención de Enfermería, constituyendo en algunas ocasiones verdaderas emergencias y potencialmente fatales. Son la expresión de una disfunción cerebral grave que requiere de un enfoque sistémico en su valoración, donde evaluación y tratamiento se desarrollen simultáneamente, para prevenir o minimizar el daño encefálico permanente.

Objetivos:

Estudiar las principales enfermedades neurológicas en las unidades de cuidados intensivos, así como los principales cuidados de Enfermería ante las mismas.

Metodología:

Revisión bibliográfica narrativa sobre las principales alteraciones de los niveles de consciencia en las unidades de cuidados intensivos.

El material bibliográfico utilizado han sido principalmente publicaciones científicas compuestas esencialmente por artículos de revista y páginas web disponibles en formato electrónico.

El método empleado es la búsqueda en bases de datos como PubMed, Elsevier, Scielo, Dialnet, entre otras.

Desarrollo:

El estado vegetativo es una condición de vigilia caracterizada por inconsciencia, en el que se preserva la función total o parcial del tallo encefálico e hipotálamo. El estado vegetativo se considera persistente cuando perdura 1 mes después de la lesión y permanente cuando se extiende 3 meses tras una causa no traumática y 12 meses si es traumática.

Estos pacientes pierden el contenido de la consciencia (funciones cerebrales superiores), mientras que la capacidad (funciones clave, como respirar, circulación...) se mantienen. Pueden abrir los ojos o realizar movimientos espontáneos a estímulos externos, reír o llorar ocasionalmente; pero incapaces de responder a órdenes.

El diagnóstico del estado vegetativo, se basa fundamentalmente en la clínica. Es necesaria una minuciosa observación, con la finalidad de descartar cualquier respuesta que suponga una intención o contacto con el entorno externo. Además de otros instrumentos para apoyar el diagnóstico, como electroencefalogramas, potenciales evocados.

Desde una perspectiva humanística, es importante valorar que, aunque el paciente se encuentre en un estado de inconsciencia y desconexión con el medio, es una persona y por tanto tiene derecho al respeto de sus derechos fundamentales, el primero de los cuales es el derecho a la vida y al cuidado de la salud.

Esto, sumado a la duración de la supervivencia de la persona, supone uno de los principales y más importantes dilemas éticos a los que se encuentra la familia, sobre la suspensión del soporte vital en el estado vegetativo persistente y muerte digna. Dicho dilema ético en España está regulado por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Cuidados de Enfermería: El objetivo fundamental de los cuidados de Enfermería es evitar las complicaciones, mejorar la calidad de vida e intentar restablecer el máximo nivel de independencia; para lo cual es esencial preservar el encéfalo, protegiéndole así de un daño permanente.

Las medidas terapéuticas se engloban en tres grupos diferentes:

- Medidas generales.
- Tratamiento etiológico.
- Tratamiento de las complicaciones neurológicas y sistémicas. Los principales cuidados de Enfermería, van encaminados a:

1. Cuidados de la integridad de la piel, seguridad e higiene.

- Realizar una correcta higiene de boca y ojos, uso de lágrimas artificiales, aplicación de vaselina.
- Asegurar la integridad de la piel, aplicar lociones o crema hidratante; secar la piel, en especial los pliegues cutáneos.
- Realizar cambios posturales y/o colchón antiescaras, para evitar la aparición de úlceras por presión. Asegurando la alineación anatómica.

2. Cuidados de vías aéreas.

- Asegurar la oxigenación del paciente, manteniendo libre la vía aérea.
- Si es preciso, realizar aspiraciones endotraqueales y cuidar el tubo endotraqueal.
- Cuidar parámetros de ventilación mecánica.

3. Monitorización del paciente.

- Control de constantes.

4. Alimentación.

- Se debe asegurar un aporte correcto de nutrientes y líquidos, asegurando vía la aérea; para ello sonda nasogástricas o gastrostomía percutánea.

5. Control de eliminación.

- Control vesical, por desinhibición del reflejo vesical. Evitar posibles infecciones del tracto urinario con un correcto manejo y cuidado del sondaje vesical.
- Control de la función intestinal, por desinhibición del reflejo de evacuación. Se debe conseguir un ritmo de evacuación regular.

6. Cuidados referidos a su intimidad y relaciones.

- Asegurar y cuidar la intimidad del paciente, manteniendo el cuerpo cubierto.

7. Estimulación sensorial.

- Ofrecer comunicación al paciente y tener cuidado con los comentarios.

Conclusiones:

Como vemos, los estados de alteración del nivel de consciencia son patologías que albergan diversas situaciones desde un estado de total alerta hasta estados ausentes de respuesta, que incluso puede originar una muerte cerebral.

Además, estas alteraciones del nivel de consciencia tienen una gran carga moral, espiritual, en algunos casos religiosa; lo que genera numerosos dilemas, además de médico-legales, bioéticos.

Por último, destacar la labor de Enfermería, ya no solo en el trato con el paciente, que como hemos visto es esencial. Sino también por el trato a la familia, en cuanto a comunicación, cuidado y atención durante todo el proceso. Lo que demuestra que, una gran enfermera, lo que la hace grande son sus aptitudes, humanidad y empatía.

Bibliografía:

1. Garrido Miranda J M^a. Cuidados de Enfermería neurológicos e infecciosos en UCI (Coma, estado vegetativo persistente y muerte cerebral). En: Formación Continuada Logoss. Experto universitario en cuidados de Enfermería en unidades de cuidados intensivos. Formación continuada Logoss; 2017. P. 497-513

2. Hodelín Tablada R, Machado Curbelo C. Estado vegetativo persistente: un reto para las Neurociencias contemporáneas. Rev Cuba Neurol y Neurocir [Internet]. 2011;1(1):44–51. Available from: file:/ /C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet- EstadoVegetativoPersistente- 4790505.pdf

3. Soto Núñez C, Rubio Acuña M, Córdova Herrera MF. Dilemas éticos en torno al cuidado de personas en estado vegetativo TT - Ethical dylemas regarding the care of people in vegetative state. Enfermería Glob [Internet]. 2013;12(29):297–306. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100016&lang=pt

4. Fustinoni O, Barone ME, Elli JR, Gonorazky SE, Martínez Perea MDC, Rotta Escalante

R. Suspensión de soporte vital en el estado vegetativo persistente y muerte digna. 2020;80:48–53. Available from: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/32044741.pdf>

Capítulo 70

Cuidados de enfermería en paciente sometido a técnicas continuas de reemplazo renal con neumonía por SARS–CoV 2

Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada

Rubio Serrano, María Pilar

Muñoz-Torrero Peña, Alicia

García Fernández, María Gema

Merino Viedma, Elena

Herrera Del Campo, María

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDO A TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL CON NEUMONÍA POR SARS-COV2

Autores: Vázquez Rodríguez-Barbero I, Rubio Serrano MP, Muñoz-Torrero Peña A, García Fernández MG, Merino Viedma ME, Del Campo Herrera M.



Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



INTRODUCCIÓN - OBJETIVO

La pandemia por coronavirus es una enfermedad infecciosa producida por el virus SARS-CoV-2 que se detectó por primera vez en China en diciembre de 2019 y que ha demostrado presentar una importante transmisibilidad, alcanzando prácticamente a todos los países del mundo en este momento¹. El mecanismo de transmisión más común es el respiratoria persona a persona.

El virus se ha detectado en sangre, líquido cefalorraquídeo, orina, saliva, lágrimas y secreciones conjuntivales, pero que se desconoce la contribución a la transmisión e infectividad².

Las Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) están indicadas en pacientes graves con inestabilidad hemodinámica³ que pueden desarrollar fallo renal⁴ y que será difícil tratar con sesiones de hemodiálisis convencional. Estas TCRR implican que en el efluente se elimine la extracción de líquidos y las soluciones de diálisis y reposición que se enfrentan a la sangre del paciente para realizar las distintas terapias y es enfermería quien se encarga de manipularlos.

El objetivo planteado es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en un paciente sometido a Técnicas Continuas de Reemplazo Renal positivo en SARS-CoV-2 minimizando el riesgo de exposición para enfermería.

METODOLOGÍA - OBSERVACIÓN CLÍNICA

Hombre de 73 años ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por Insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por SARS-Cov2. No alergias conocidas. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Fumador. Neo vesical en 2012. Ingreso previo en UCI por politraumatismo por precipitación con Hemorragia subaracnoidea fronto-parietal derecha y múltiples lesiones traumáticas. Durante su ingreso en UCI requiere iniciar TCRR para corregir la Insuficiencia Renal Aguda surgida durante su ingreso.

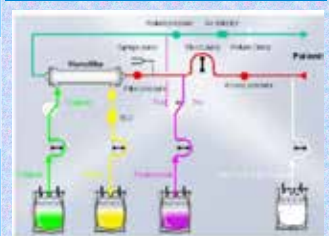
RESULTADOS

Se abordan los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros en pacientes sometidos a TCRR positivo en SARS-CoV-2

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
Necesidad 1: Oxygenación.	Nanda 00032 Patrón respiratorio ineficaz	Noc 0415 Estado respiratorio	Nic3140 Manejo de la vía aérea 3350 Monitorización respiratoria.	- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Vigilar y monitorizar saturación de oxígeno. - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible y le alivie la disnea.
Necesidad 1: Oxygenación. Necesidad 7: Termorregulación.	Nanda 00205 Riesgo de shock	Noc 0802 Estado de signos vitales.	Nic 6680 Monitorización de signos vitales	- Controlar periódicamente tensión arterial, pulso, temperatura, estado respiratorio y frecuencia cardíaca. - Registrar tendencias y fluctuaciones de tensión arterial, pulso, temperatura, estado respiratorio y frecuencia cardíaca.
Necesidad 3: Eliminación.	Nanda 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.	Noc 0601 Equilibrio hídrico, presión arterial, entradas y salidas diarias equilibradas, peso corporal estable, edema periférico. 1902 Control de riesgo Reconoce los factores de riesgo	Nic 4120 Gestión de líquidos. 4130 Monitorización de líquidos.	- Observar color, calor, inflamación y edema. - Describir los signos y síntomas de la enfermedad, si procede. - Eliminación de líquidos de forma segura.
Necesidad 8: Higiene / Integridad piel y mucosas	Nanda 00046 Deterioro de la integridad cutánea.	Noc 1105 Integridad del acceso de diálisis.	Nic 3660 Cuidados de las heridas. Administrar cuidados en la zona de punción.	- Vigilar color y temperatura de la piel. - Determinar la correcta colocación.
Necesidad 9: Evitar peligros	Nanda 00004 Riesgo de infección Procedimientos invasivos.	Noc 1902 Control del riesgo.	Nic 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso	- Controlar el equipo intravenoso, la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares, según el protocolo del centro. - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.



TÉCNICA CONTINUA DE REEMPLAZO RENAL



EFLUENTE Y SOLUCIONES DE LA TERAPIA

CONCLUSIONES

Enfermería debe conocer las medidas de protección en los procedimientos asociados a las TCRR, para minimizar los riesgos a una posible exposición al virus SARS-CoV-2 y proporcionar cuidados basados en la evidencia científica que requieren los pacientes críticos con covid-19.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan China: the mystery and the miracle. J Med Virol 2020 Jan 16.
- 2 BMJ Best Practice: Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Last updated: Apr 29, 2020. [https://bestpractice.bmj.com/topics/engb/3000168] (https://bestpractice.bmi.com/topics/engb/3000168)
- 3 Sánchez-Izquierdo JA, Alted E, Lozano MJ, Pérez Vela JL, Caballero Cobo P. Influencia de la hemofiltración venovenosa continua sobre la hemodinámica de los pacientes críticos. Departamento de Cuidados Intensivos. Hospital 12 de Octubre.
- 4 Gainza FJ, Sánchez-Izquierdo JA, Poch E, Maduell F, Solozábal C, Otero A et al. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Nefrología. 2007; 27(3):109-91.



Resumen: Proporcionar los cuidados enfermeros basados en la evidencia necesaria en un paciente sometido a Técnicas Continuas de Reemplazo Renal positivo en SARS-CoV-2, minimizando el riesgo de exposición.

Hombre de 73 años que ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por SARS-Cov2 donde se abordaron los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros requeridos.

Enfermería debe conocer las medidas de protección en los procedimientos asociados a Técnicas Continuas de Reemplazo Renal, para minimizar los riesgos a una posible exposición al virus SARS- CoV-2 y proporcionar cuidados basados en la evidencia científica que requieren pacientes críticos con Covid-19.

Palabras Clave: Infecciones por coronavirus, Terapia de Reemplazo Renal, Atención de enfermería

Desarrollo del trabajo:

La pandemia por coronavirus es una enfermedad infecciosa producida por el virus SARS-CoV-2 que se detectó por primera vez en China en diciembre de 2019 y que ha demostrado presentar una importante transmisibilidad, alcanzando prácticamente a todos los países del mundo en este momento.

El mecanismo de transmisión más común es el respiratoria de persona a persona. Aunque el virus se ha detectado en sangre, líquido cefalorraquídeo, orina, saliva, lágrimas y secreciones conjuntivales, se desconoce la contribución a la transmisión e infectividad.

Las Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) están indicadas en pacientes graves con inestabilidad hemodinámica que pueden desarrollar fallo renal y que será difícil tratar con sesiones de hemodiálisis convencional. Estas TCRR implican que en el efluente se elimine la extracción de líquidos y las soluciones de diálisis y reposición que se enfrentan a la sangre del paciente para realizar las distintas terapias y es enfermería quien se encarga de manipularlos. Por lo que en el líquido de efluente puede presentarse el virus.

Objetivos:

El objetivo planteado con este trabajo es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica necesarios en un paciente sometido a Técnicas Continuas de Reemplazo Renal positivo en SARS-CoV-2 minimizando el riesgo de exposición para enfermería.

Metodología:

Hombre de 73 años ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Universitario de Ciudad Real por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por SARS- Cov2.

Como antecedentes personales presentaba:

No alergias conocidas.

Hipertensión arterial. Fumador.

Neo vesical en 2012.

Ingreso previo en UCI por politraumatismo por precipitación con Hemorragia subaracnoidea fronto-parietal derecha y múltiples lesiones traumáticas.

Durante su ingreso en UCI requiere iniciar TCRR para corregir la Insuficiencia Renal Aguda surgida durante su proceso de enfermedad.

Plan de cuidados:

Se abordan las necesidades, diagnósticos, intervenciones, resultados y actividades enfermeras en pacientes sometidos a TCRR positivo en SARS-CoV-2.

Necesidad 1: Oxigenación.

- Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación (NANDA) 00032 Patrón respiratorio ineficaz.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 0415 Estado respiratorio.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 3140 Manejo de la vía aérea

NIC 3350 Monitorización respiratoria.

• Actividades:

o Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

o Vigilar y monitorizar saturación de oxígeno.

o Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible y le alivie la disnea.

Necesidad 1: Oxigenación. Necesidad 7: Termorregulación.

- NANDA. 00205 Riesgo de shock.

o NOC 0802 Estado de signos vitales.

NIC 6680 Monitorización de signos vitales.

• Actividades:

o Controlar periódicamente tensión arterial, pulso, temperatura, estado respiratorio y frecuencia cardíaca.

o Registrar tendencias y fluctuaciones de tensión arterial, pulso, temperatura, estado respiratorio y frecuencia cardíaca.

Necesidad 3: Eliminación.

- NANDA 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

o NOC 0601 Equilibrio hídrico, presión arterial entradas y salidas diarias equilibradas, peso corporal estable, edema periférico.

o NOC 1902 Control del riesgo. Reconocer los factores de riesgo.

NIC 4120 Gestión de líquidos.

NIC 4130 Monitorización de líquidos.

• Actividades:

o Observar color, calor, inflamación y edema.

o Describir los signos y síntomas de la enfermedad, si procede.

o Eliminación de líquidos de forma segura.

Necesidad 8: Higiene/Integridad de piel y mucosas.

- NANDA 00046 Deterioro de la integridad cutánea.

o NOC 1105 Integridad del acceso de diálisis.

NIC 3660 Cuidados de las heridas. Administrar cuidados en la zona de punción.

- Actividades:

o Vigilar color y temperatura de la piel.

o Determinar la correcta colocación. Necesidad 9: Evitar peligros.

- NANDA 00004 Riesgo de infección. Procedimientos invasivos.

o NOC 1902 Control del riesgo.

NIC 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.

- Actividades:

o Controlar el equipo intravenoso, la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares, según el protocolo del centro.

o Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

Conclusiones:

La enfermería debe conocer las medidas de protección en los procedimientos asociados a las TCRR, para conseguir con ello minimizar los riesgos a una posible exposición al virus SARS-CoV-2 y proporcionar cuidados basados en la evidencia científica que requieren los pacientes críticos con covid-19.

Bibliografía:

1. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan China: the mystery and the miracle. J Med Virol 2020 Jan 16.

2. BMJ Best Practice: Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Last updated: Apr 29, 2020. [<https://bestpractice.bmj.com/topics/engb/3000168>]

(<https://bestpractice.bmj.com/topics/engb/3000168>)

3. Sánchez-Izquierdo JA, Alted E, Lozano MJ, Pérez Vela JL, Caballero Cobo P. Influencia de la hemofiltración venovenosa continua sobre la hemodinámica de los pacientes críticos. Departamento de Cuidados Intensivos. Hospital 12 de Octubre.

4. Gaínza FJ, Sánchez-Izquierdo JA, Poch E, Maduell F, Solozábal C, Otero A et al. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Nefrología. 2007;27(3):109-91.

Capítulo 71

Cuidados de enfermería en un recién nacido con tratamiento de hipotermia

Garrido Anguita, Silvia

Carrero Ruiz, Carmen

Aguirre Romero, Ana Belén

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN RECIÉN NACIDO CON TRATAMIENTO DE HIPOTERMIA INDUCIDA

Garrido Anguita, S; Carrero Ruiz, C; Aguirre Romero, AB

INTRODUCCIÓN

La hipotermia inducida o activa consiste en reducir la temperatura central del recién nacido (RN) hasta 33-34°C mediante equipos de enfriamiento, con el fin de reducir la morbimortalidad de los neonatos que sufren una encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) durante el nacimiento. La EHI es un síndrome de disfunción neurológica causado por una privación de oxígeno y de riego sanguíneo al RN durante o justo antes del nacimiento pudiendo causar parálisis cerebral, trastornos en el desarrollo e incluso la muerte. En la EHI se pueden distinguir tres fases: Fase primaria en la que se produce una lesión derivada de la hipoxia, tras la reperfusión cerebral, se produce una recuperación parcial, llamada fase de latencia o ventana terapéutica y por último, la fase de daño secundario donde se produce la lesión cerebral y comienza entre las 6 y 15 horas tras la hipoxia.

Es por tanto, en la fase de ventana terapéutica donde se puede actuar instaurando el tratamiento con hipotermia inducida. El impacto sobre la salud infantil, la implicación familiar, social y legal en términos de incapacidad que tiene esta patología, hace que constituya un importante problema sociosanitario y sea primordial actuar de manera consensuada para reducir al máximo las complicaciones.

OBJETIVOS

- Conocer los cuidados de enfermería a realizar en un recién nacido con hipotermia inducida en cada una de sus fases.
- Unificar criterios en los cuidados durante este tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva, con lectura minuciosa y crítica de la literatura encontrada en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, SCIELO y google académico. Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios de cohorte y protocolos escritos en español o inglés, publicados desde el 2010 en adelante y que analizaran los cuidados del recién nacido durante el tratamiento de hipotermia. Se excluyeron por tanto, los artículos que carecían de rigor científico y que no cumplieran los criterios de inclusión anteriormente mencionados. En el cuadro de la derecha se detallan las palabras claves utilizadas (Descriptor en Ciencias de la salud DeCs).

PALABRAS CLAVE

Hipotermia Inducida / Hypothermia, Induced

Hipoxia encefálica/ Hypoxia, Brain

Encefalopatía/ Brain disease

Recién nacido/ New Born

Atención de enfermería/ Nursing Care

RESULTADOS

Se encontraron 12 artículos de los cuales se utilizaron 8 para este trabajo y se desecharon 4 siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

Durante el tratamiento con hipotermia se distinguen tres fases:

FASE INDUCCIÓN

OBJETIVO: Alcanzar 33-34°C de temperatura central.
DURACIÓN: 30-40 min.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Preparación del equipo de la hipotermia.
Colocar al RN en el colchón del equipo de hipotermia y comprobar que estén correctamente los circuitos de agua.
Monitorización continua de constantes vitales.
Monitorización de la Tª central y periférica: Se coloca sensor superficial y sensor rectal a 5 o 6 cm. Se mide cada 15 min. hasta alcanzar la Tª deseada.
Iniciar monitorización continua de la función cerebral.
Manejo de la función respiratoria con VMI o VMNI.
Sondaje Vesical y orogástrico.
Extracción de gasometrías y analíticas.
Colaboración en la canalización de vena central y pruebas complementarias.
Atención a los padres.

FASE DE MANTENIMIENTO

OBJETIVO: Mantener 33-34°C de temperatura central.
DURACIÓN: 72 horas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Vigilar alteraciones en las constantes vitales y en el registro de la función cerebral.
Manejo de la vía aérea. La Tª y humedad del sistema de ventilación no debe modificarse.
Vigilar signos de disconfort.
Realizar cambios posturales cada 4 horas
Disminuir estímulos de luz y ruido, se pueden poner tapones de algodón.
Mantener mínima manipulación.
Realización de analíticas y gasometrías necesarias.
Normalmente se deja en dieta absoluta aunque algunos autores recogen que pueden iniciar alimentación con leche materna según situación del paciente.
Atención a los padres.

FASE DE RECALENTAMIENTO

OBJETIVO: Subir la temperatura del RN gradualmente (0,2 o 0,5°C cada hora).
DURACIÓN: 6-12 horas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Vigilar alteraciones hemodinámicas y respiratorias. Registro de ctes cada 15-30min.
Comprobar que no hayan signos de convulsiones. Si se observa, disminuir ritmo de calentamiento.
Retirar equipo de hipotermia una vez alcanzados los 36,5 – 37°C.
Se puede retirar la sonda rectal y seguir monitorizando la Tª axilar vigilando que no haya hipertermia de rebote.
Realización de analíticas, gasometrías o pruebas complementarias que se precisen.
Atención a los padres.

CONCLUSIONES

El tratamiento con hipotermia inducida no está exento de riesgos pero está demostrado que los beneficios son mayores que las complicaciones. Muchos estudios han concluido que es un tratamiento muy eficaz para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad en los niños que han sufrido una EHI. Los profesionales de enfermería son esenciales en este proceso porque son los encargados de proporcionar cuidados para la estabilidad hemodinámica, administración de tratamientos y preparación del material necesario. Por ello, es fundamental la formación y especialización de todo el personal de la unidad así como la elaboración de protocolos que unifiquen criterios con el fin de aumentar la efectividad y seguridad del tratamiento y disminuir las complicaciones y los costes asociados a la enfermedad.

Resumen: La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es una patología del recién nacido causada por la ausencia total o parcial de oxígeno y riego sanguíneo durante el parto. Para reducir sus complicaciones, existe una terapia en las unidades intensivas neonatales llamada hipotermia inducida (HI) que consiste en reducir la temperatura central del neonato con un equipo de enfriamiento. Diversos estudios experimentales han demostrado su eficacia mejorando el pronóstico neurológico en estos pacientes. Existen importantes cuestiones sobre las indicaciones de HI, el momento de inicio, el método de inducción, el grado de temperatura a alcanzar y su duración por lo que se hace necesario unificar criterios.

Palabras Clave: Hipotermia Inducida / Hypothermia, Induced Hypoxia encefálica/ Hypoxia, Brain Recién nacido/ New Born

Desarrollo del trabajo:

La hipotermia inducida o activa consiste en reducir la temperatura central del recién nacido (RN) hasta 33-34°C mediante equipos de enfriamiento, con el fin de reducir la morbimortalidad de los neonatos que sufren una encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) durante el nacimiento. La EHI es un síndrome de disfunción neurológica causado por una privación de oxígeno y de riego sanguíneo al RN durante o justo antes del nacimiento pudiendo causar parálisis cerebral, trastornos en el desarrollo e incluso la muerte. En la EHI se pueden distinguir tres fases: Fase primaria en la que se produce una lesión derivada de la hipoxia, tras la reperfusión cerebral, se produce una recuperación parcial, llamada fase de latencia o ventana terapéutica y por último, la fase de daño secundario donde se produce la lesión cerebral y comienza entre las 6 y 15 horas tras la hipoxia.

Es por tanto, en la fase de ventana terapéutica donde se puede actuar instaurando el tratamiento con hipotermia inducida. El impacto sobre la salud infantil, la implicación familiar, social y legal en términos de incapacidad que tiene esta patología, hace que constituya un importante problema socio-sanitario y sea primordial actuar de manera consensuada para reducir al máximo las complicaciones.

Objetivos:

- Conocer los cuidados de enfermería a realizar en un recién nacido con hipotermia inducida
- Unificar criterios en los cuidados durante este tratamiento.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva, con lectura minuciosa y crítica de la literatura encontrada en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, SCIELO y Google académico. Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios de cohorte y protocolos escritos en español o inglés, publicados desde el 2010 en adelante y que analizaran los cuidados del recién nacido durante el tratamiento de hipotermia. Se excluyeron los artículos que carecían de rigor científico y que no cumplían los criterios anteriormente mencionados.

Resultados:

En la encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) se pueden distinguir tres fases: Fase primaria en la que se produce una lesión derivada de la hipoxia, tras la reperfusión cerebral, se produce una recuperación

parcial, llamada fase de latencia o ventana terapéutica y por último, la fase de daño secundario donde se produce la lesión cerebral y comienza entre las 6 y 15 horas tras la hipoxia. Es por tanto, en la fase de ventana terapéutica donde se puede actuar instaurando el tratamiento con hipotermia inducida.

El tratamiento de hipotermia inducida se divide en tres fases:

Fase inducción. Objetivo: Alcanzar 33-34 °C de temperatura central, normalmente dura 30-40min. Actuaciones de enfermería:

- Preparación del equipo de la hipotermia
- Colocar al RN en el colchón del equipo de hipotermia y comprobar que estén correctamente los circuitos de agua.
- Monitorización continua de constantes vitales.
- Monitorización de la temperatura central y periférica: Se coloca sensor superficial y sensor rectal a 5 o 6 cm. Se mide cada 15 min. hasta alcanzar la temperatura deseada.
- Iniciar monitorización continua de la función cerebral.
- Manejo de la función respiratoria con VMI o VMNI
- Sondaje Vesical y orogástrico.
- Extracción de gasometrías y analíticas.
- Colaboración en la canalización de vena central y pruebas complementarias.
- Atención a los padres.

Fase de mantenimiento. Objetivo: mantener t^{a} central entre 33-34°C durante 72h. Actuaciones de enfermería:

- Vigilar alteraciones en las constantes vitales y en el registro de la función cerebral.
- Manejo de la vía aérea. La temperatura y humedad del sistema de ventilación no debe modificarse.
- Vigilar signos de disconfort.
- Realizar cambios posturales cada 4 horas.
- Disminuir estímulos de luz y ruido, se pueden poner tapones de algodón.
- Mantener mínima manipulación.
- Realización de analíticas y gasometrías necesarias.
- Normalmente se deja en dieta absoluta aunque algunos autores recogen que pueden iniciar alimentación con leche materna según situación del paciente.
- Atención a los padres.

Fase de recalentamiento. Objetivo: subir la temperatura del recién nacido gradualmente (0,2 o 0,5°C cada hora) durante 6-12 horas. Actuaciones de enfermería:

- Vigilar alteraciones hemodinámicas y respiratorias. Registro de constantes cada 15-30min.
- Comprobar que no hayan signos de convulsiones. Si se observa, disminuir ritmo de calentamiento.

- Realización de analíticas, gasometrías o pruebas complementarias que se precisen.
- Atención a los padres.

Conclusión:

El tratamiento con hipotermia inducida no está exento de riesgos pero está demostrado que los beneficios son mayores que las complicaciones. Muchos estudios han concluido que es un tratamiento muy eficaz para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad en los niños que han sufrido una EHI. Los profesionales de enfermería son esenciales en este proceso porque son los encargados de proporcionar cuidados para la estabilidad termodinámica, administración de tratamientos y preparación del material necesario. Por ello, es fundamental la formación y especialización de todo el personal de la unidad así como la elaboración de protocolos que unifiquen criterios con el fin de aumentar la efectividad y seguridad del tratamiento y disminuir las complicaciones y los costes asociados a la enfermedad.

Bibliografía:

1. Blanco, D., García-Alix, A., Valverde, E., Tenorio, V., Vento, M., Cabañas, F., Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. Anales de Pediatría, 75(5), 341, 2011.
2. Solaz-García, Á. J., Sáenz-González, P., Vañó, M. B., & Montejano-Lozoya, R. Cuidados enfermeros a neonatos con encefalopatía hipóxico-isquémica en hipotermia terapéutica. Revisión bibliográfica. Enfermería Intensiva, 32(2), 88-89, 2020.
3. Martínez Sánchez, MC., Giménez-Galanes Cejudo, GM., Crespo González, E., López-Menche-ro Oliva, JC. Protocolo de hipotermia inducida en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Servicio de Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatal. Hospital General Universitario de Ciudad Real. 8- 10, 2018.

Capítulo 72

Debonel/Tibola. La consecuencia del conocido y gran desconocido arácnido: la garrapata

*Rodrigo Marin, Esther María
Arriaga Rodríguez, Ana María
Nuñez Cabanillas, María del Carmen*

DEBONEL/TIBOLA. LA CONSECUENCIA DEL CONOCIDO Y GRAN DESCONOCIDO ARÁCNIDO: LA GARRAPATA

Esther M^a Rodrigo Marín, Ana M^a Arriaga Rodríguez, M^a Carmen Nuñez Cabanillas

INTRODUCCIÓN

Actualmente las **garrapatas** se están volviendo cada vez más globales. Debido al cambio climático, están activadas en más lugares y en más periodos del año (más allá de la primavera y el verano); este a la vez hace en las aves que modifiquen sus rutas de vuelo, lo que conlleva la posibilidad de introducir garrapatas en lugares donde no existían. Además, el creciente turismo de aventuras a sitios cada vez más exóticos aumentan las posibilidades de contacto entre humanos y garrapatas.

Todos estos cambios han producido un incremento en todo el mundo de la incidencia en humanos de enfermedades transmitidas por garrapatas, hasta ser consideradas como **patologías emergentes**.

Son muchas las enfermedades vectoriales transmitidas por estas. La enfermedad **DEBONEL/TIBOLA** (*Dermacentor-Borne-Necrosis-Erythema-Lymphadenopathy* y de *Tick-Borne-Lymphadenopathy*) se ha convertido en una de las afecciones transmitidas por garrapatas más frecuente en España, en la que se han descrito casos en todas las regiones.



- Agente casual → *Rickettsia slovaca*.
- A diferencia de la mayoría de las enfermedades transmitidas por garrapatas se produce en meses fríos (de noviembre a mayo).
- Frecuente en niños, especialmente género femenino.
- Desarrollo de **lesión exudativa de aspecto melicérico** con evolución a escara, rodeada de un eritema y presencia de **linfadenopatía regional** dolorosa.
- Más del 90% de la picadura de garrapata se produce en el cuero cabelludo. El 100% de la picadura en la mitad superior del cuerpo.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta.

Lesión en cuero cabelludo. Fiebre.

Antecedentes personales.

- Parto eutócico a las 41 semanas. Peso al nacer: 3100 gr. Pruebas normales. No ingresos perinatales.

- NAMC

- Vacunas completas para la edad.

Anamnesis.

Niña de 3 años que acude a consulta por lesión en cuero cabelludo aumentada de tamaño de 5 días de evolución, la cual ya había sido revisada previamente, y fiebre alta (hasta 39°C) de una semana de evolución. Aparente bulto en zona cervical izquierda, a la palpación doloroso. Cuatro días previos a la aparición de la sintomatología, los padres habían retirado una garrapata adherida al cuero cabelludo en zona occipital, lugar donde se encuentra la lesión. Como único dato epidemiológico significativo, contacto cercano con perros domésticos en zona rural.

Se encontraba en tratamiento con amoxicilina oral desde el inicio de la clínica por sospecha de sobreinfección bacteriana, sin respuesta al tratamiento antibiótico.

Exploración física.

Buen estado general. Bien hidratada, nutrida y perfundida. Buena coloración de piel y mucosas sin exantema ni petequias.

Presencia en zona parietooccipital izquierda, lesión eritematosa de aproximadamente 0,5 cm de diámetro con escara central. No dolor a la palpación. Además, se constata adenopatías laterocervicales móviles y dolorosas a la palpación.

Exploración complementaria.

Se realiza analítica: hemograma, bioquímica y serología. Elevación de leucocitos (14,3 miles/ μ) y linfocitos (7,9 miles/ μ) ligeramente. PCR aumentada también ligeramente (1,7mg/dl).

Evolución.

Se sospechó un cuadro de linfadenopatía transmitida por garrapata, enfermedad de TIBONEL (*Tick-Borne-Lymphadenopathy*). Se pautó tratamiento con doxiciclina oral (5mg/kg/día cada 12 h) pauta corta durante tres días. En 24 horas la paciente quedó afebril, con disminución progresiva de las adenopatías cervicales hasta quedar asintomática.

Resultados.

Se solicitó y realizó examen de serología para *Rickettsia* al diagnóstico y a las seis semanas, siendo ambas negativas.

Se interpreta el caso como posible rickettsiosis por *R. parkeri*, por sintomatología y lesión característica, a pesar de resultados negativos.

NANDA

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunológico m/p invasión de estructuras corporales

00007 Hipertermia

NOC

1842 Conocimiento: control de la infección

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

1812 Conocimiento: procedimiento terapéutico

1608 Control de los síntomas

1922 Control del riesgo: hipertermia

NIC

2304 Administración de medicación oral

3660 Cuidados de las heridas

5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento

6540 Control de infecciones

3590 Vigilancia de la piel

3740 Tratamiento de la fiebre

CONCLUSIÓN

✓ Las picaduras de garrapata son un motivo relativamente frecuente de consulta, tanto en Atención Primaria como en Urgencias.

✓ La **rickettsiosis** por *Rickettsia parkeri* es una enfermedad emergente que se ha convertido en una de las afecciones transmitidas por garrapatas más frecuente en España. Esta es la causa de que adquieran una importancia sanitaria creciente.

✓ Enfermería juega un papel esencial en el reconocimiento de este tipo de pacientes desde el nivel primario de salud. También en el tratamiento y seguimiento del mismo.

✓ La rápida identificación de lesión, así como, la **linfadenopatía** transmitida por garrapata o **TIBOLA**, facilitará un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano, evitando así los posibles efectos y/o complicaciones que pudieran suceder, especialmente en niños.

Resumen: Las garrapatas son pequeños arácnidos que se alimentan de sangre de diferentes animales (incluyendo humanos) a lo largo de su ciclo de vida, y al hacerlo, pueden transmitir patógenos (virus y bacterias) que causan enfermedades.

No necesariamente todas las garrapatas están infectadas, pero las que lo están son causantes de muchas y diversas enfermedades en todo el mundo. Debonel/Tibolase (Dermacentor-Borne-Necrosis- Erythema-Lymphadenopathy y de Tick-Borne-Lymphadenopathy), esta afección se ha convertido en una de las más transmitidas por garrapatas muy frecuente en España, en la que se han descrito casos en todas las regiones. Se produce durante los meses fríos del año.

Palabras Clave: Garrapatas; Debonel; Tibola.

Desarrollo del trabajo:

DEBONEL/TIBOLA. A diferencia de la mayoría de las enfermedades transmitidas por garrapatas, se produce durante los meses fríos del año (de noviembre a primeros de mayo), en los que está activo el vector (hembras de las garrapatas *D. Marginatus*). Su principal agente causal es la *Rickettsia slovacica*. Es más frecuente en niños y curiosamente en el género femenino. Otro dato curioso, y diferencial con otras enfermedades transmitidas por garrapatas, es que en más del 90% de los casos la picadura de la garrapata se produce en el cuero cabelludo y en el 100% en la mitad superior del cuerpo.

El cuadro clínico habitual se sucede tras un corto periodo de incubación (de 1 a 15 días, con una media de cinco días) y consiste en el desarrollo de una lesión exudativa de aspecto melicérico en el punto de la picadura que evoluciona rápidamente a escara (suele ser de mayor tamaño que la de la fiebre botonosa), rodeada de un eritema y con presencia de linfadenopatía regional dolorosa. La mitad de los pacientes presentan febrícula y solo un pequeño porcentaje presentan fiebre ($\geq 38^\circ\text{C}$).

El cuadro clínico es de curso tórpido, a pesar del tratamiento con doxiciclina o azitromicina, y es frecuente que en la zona de la escara se desarrolle una alopecia durante meses/años.

El caso clínico que se presenta se trata de una niña de 3 años que acude a consulta por lesión en cuero cabelludo aumentada de tamaño de 5 días de evolución, la cual ya había sido revisada previamente, y fiebre alta (hasta 39°C) de una semana de evolución. Aparente bulto en zona cervical izquierda, a la palpación doloroso. Cuatro días previos a la aparición de la sintomatología, los padres habían retirado una garrapata adherida al cuero cabelludo en zona occipital, lugar donde se encuentra la lesión. Como único dato epidemiológico significativo, contacto cercano con perros domésticos en zona rural. Se encontraba en tratamiento con amoxicilina oral desde el inicio de la clínica por sospecha de sobreinfección bacteriana, sin respuesta al tratamiento antibiótico.

En la exploración física como hallazgo significativo se observa presencia en zona parietoccipital izquierda, lesión eritematosa de aproximadamente 0,5 cm de diámetro con escara central. Además, se constata adenopatías laterocervicales móviles y dolorosas a la palpación.

En la exploración complementaria, a través de analítica de sangre se observa elevación de leucocitos, linfocitos y ligera elevación de PCR.

Tras las exploraciones y ver la evolución se sospechó un cuadro de linfadenopatía transmitida por garrapata, enfermedad de TIBONEL Tick Borne Lymphadenopathy. Se pautó tratamiento con doxiciclina oral 5 mg/kg/día cada 12 h) pauta corta durante tres días. En 24 horas la paciente quedó afebril, con disminución progresiva de las adenopatías cervicales hasta quedar asintomática.

Resultados: Se realizó examen de serología para *Rickettsia* al diagnóstico y a las seis semanas, siendo ambas negativas. Se interpreta el caso como posible rickettsiosis por *R. parkeri* por sintomatología y lesión característica, a pesar de resultados negativos.

Enfermería juega un papel esencial en el reconocimiento de este tipo de pacientes desde el nivel primario de salud, también en el tratamiento y seguimiento del mismo.

La rápida identificación de lesión, así como, la linfadenopatía transmitida por garrapata o TIBOLA facilitará un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano, evitando así los posibles efectos y/o complicaciones que pudieran suceder, especialmente en niños.

Bibliografía:

1. J.A. Oteo Revuelta. Spectrum of tick-borne diseases. Hospital San Pedro-Centro de Investigación Biomédica de La Rioja. La Rioja. España. Rev. Pediatría Atención Primaria vol.18 supl.25 Madrid jun. 2016. ISSN 1139-7632.

2. Rogelio López-Vélez, Ricardo Molina Moreno. Unidad de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Unidad de Entomología Médica, Servicio de Parasitología, Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda, Madrid. Revista Española Salud Pública 2005; 79:177-190 Nº2 Marzo-Abril 2005.

3. Larry M. Bush , MD, FACP, Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University; Maria T. Perez , MD, Wellington Regional Medical Center, West Palm Beach. Última revisión completa febrero 2017 por Larry M. Bush, MD, FACP; Maria T. Perez, MD

4. F. Sanantonio Valdearcos y M. C. Otero Reigada. Pediatra. CS Vilamarxant.Valencia. España. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España. TIBOLA: an emergent disease caused by tick bite. Rev Pediatr Aten Primaria vol.17 no.67 Madrid jul./sep. 2015. ISSN 1139-7632.

5. F.J. Márquez-Jiménez, A. Hidalgo-Pontiveros, F. Contreras-Chova, J.J. Rodríguez-Liébana, M.A. Muniáin-Ezcurra. Las garrapatas (Acarina: Ixodida) como transmisores y reservorios de microorganismos patógenos en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 23 (2005), pp. 94-102.

Capítulo 73

Deficit de vitamina D. El sol no es suficiente

Rebaque Gómez, Pilar

García-Miguel Contreras, María Dolores

Resa Ruiz, Inmaculada María



DÉFICIT DE VITAMINA D. EL SOL NO ES SUFICIENTE

AUTORES Pilar Rebaque Gómez, Dolores García-Miguel Contreras y Inmaculada María Resa Ruíz

INTRODUCCIÓN

La hipovitaminosis D (déficit e insuficiencia de vitamina D), según estudios realizados en diferentes países, es un problema muy prevalente que afecta a un % de la población muy elevado.

Nos ha llamado la atención que en España, país con tantas horas de sol, haya déficit de esta vitamina, de ahí el motivo de nuestro trabajo. ¿El sol no es suficiente?

La importancia de la vitamina D radica en que es la encargada del mantenimiento de la homeostasis del calcio y del fósforo. Su deficiencia mantenida puede alterar la mineralización ósea y provocar raquitismo en niños y osteomalacia en adultos. Aparte de los beneficios óseos presenta otros beneficios extraóseos. Las fuentes naturales de vitamina D son el aporte dietético (insuficiente) y la síntesis de vitamina D en el tejido subcutáneo tras una adecuada exposición a la radiación solar (insuficiente debido, entre otros, al uso de protectores solares, contaminación, ropa, altas temperaturas que impiden la exposición solar). Según la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición) proponen concentraciones séricas de 25(OH)D mínimas de 20 ng/ml y preferiblemente valores por encima de 30 ng/ml para garantizar una adecuada salud ósea.

Las recomendaciones actuales son las de combinar vitamina D con calcio, preferentemente dietético, para aumentar los beneficios a nivel óseo.

OBJETIVO

Demostrar que en una zona rural de Castilla la Mancha la población presenta hipovitaminosis D, a pesar del aporte dietético, la no contaminación ni humos, las horas de sol, el hecho de no utilizar transporte, el ejercicio y el quehacer diario de la vida al aire libre, la escasa utilización de protectores solares,... Tras demostrar este déficit, si lo hubiera, daríamos un suplemento de 25(OH)D (calcidiol) sólo a pacientes con cifras por debajo de 20 ng/ml durante 4 meses. Posteriormente valoraríamos resultados analíticos y de este modo poder demostrar que con un aporte de vitamina D (16000 UI en una cápsula c/15días) conseguiríamos unos niveles séricos aceptables de esta vitamina en el organismo, lo que se traduciría en una mejor salud ósea para nuestra población.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo longitudinal que incluye dos fases (A y B)

Fase A: Muestreo aleatorio simple de individuos, sin insuficiencia renal, que acudían a consulta de medicina y de enfermería (consulta crónicas) para realizar control analítico anual en el que se incluían niveles séricos de 25(OH)D.

El reclutamiento se realizó entre septiembre-18 y agosto-19. De todos se recogió edad, sexo y niveles de 25(OH)D.

Se consideró déficit de vitamina D valores < 20 ng/ml.

Posteriormente a los pacientes con déficit, que voluntariamente querían, se les pautó un aporte quincenal de calcidiol (16000 UI)

por vía oral (una cápsula) durante 4 meses (se puso esta pauta terapéutica en base a su eficacia demostrada en varios estudios consultados)

Fase B: Trascurridos los cuatro meses, se realizó una nueva determinación sérica de 25(OH)D y entrevista a los pacientes que no habían alcanzado los 20 ng/ml.

Se realizó un análisis estadístico en el que las variables cuantitativas se expresaron en porcentajes utilizando la media aritmética.

NIVELES ANALÍTICOS DE 25(OH)D (ng/ml)	
DÉFICIT	< 20 ng/ml
INSUFICIENCIA RELATIVA	20-30 ng/ml
SUFICIENCIA	> 30 ng/ml
POSIBILIDAD DE TOXICIDAD	> 150 ng/ml

RESULTADOS

En el periodo de estudio se incluyeron 180 individuos, 121 mujeres y 59 varones con una edad media de 63 años. No se encontraron diferencias significativas en los valores analíticos entre ambos sexos.

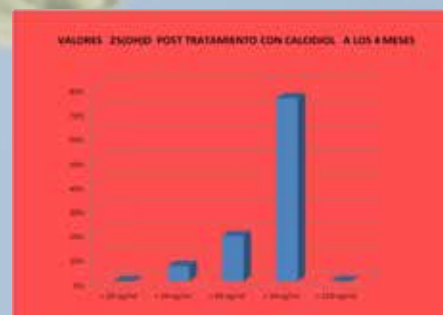
De la muestra total, 93 individuos estaban entre de 10-20 ng/ml (51.66%) y por debajo de 10 ng/ml había 33 personas (18.33%), es decir que un total de 126 personas (69.99%) tenían unas cifras inferiores a 20 ng/ml.

Por encima del valor considerado déficit de vitamina D (20 ng/ml) encontramos 54 individuos (30.01%). Ninguno >150 ng/ml (considerado posible toxicidad)

De las 126 personas con déficit de vitamina D, voluntariamente no quisieron hacer tratamiento 5 personas. Con las 121 restantes, se continuó el estudio. A los 4 meses 23 personas no acudieron a realizarse la 2ª analítica, es decir, sólo a 98 personas se les realizó la analítica después de tomar el suplemento de vitamina D.

Tras el tratamiento, ningún paciente tenía niveles de 25(OH)D inferiores a 10 ng/ml. El 6.12% estaba por debajo de 20 ng/ml; el 18.36% presentaba cifras entre 20-30 ng/ml (insuficiencia relativa) y el 75.52% tenían valores >30 ng/ml (considerado suficiencia). Ninguno presentaba valores >150 ng/ml. La cifra más alta fue 87.3 ng/ml. El rango por encima del déficit, tras el aporte de 25(OH)D, lo alcanzó el 93.88%

A las 6 personas (6.12%) que no habían alcanzado los 20 ng/ml se les entrevistó, de ellas tres personas habían incumplido la pauta por olvido, una persona fue diagnosticada de insuficiencia renal, otra era un paciente encamado que nunca salía a la calle y sólo un paciente refirió haberlo tomado correctamente y sólo alcanzó la cifra de 18.6 ng/ml



CONCLUSIONES

- > Las dosis dietéticas y las radiaciones UVB son insuficientes para alcanzar unos niveles adecuados de vitamina D. Un % elevado de la población, incluso en la zona rural, sufre déficit de 25(OH)D.
- > Recomendamos valorar la concentración sérica de 25(OH)D al menos en personas con debilidad muscular y/o caídas frecuentes.
- > Recomendamos realizar ejercicio al aire libre para aprovechar la luz solar y exponerse al sol en horas que las radiaciones solares no sean tan dañinas.
- > Entendemos la necesidad de complementar la alimentación con vitamina D al igual que se hace en otros países como Suecia, Estados Unidos, Irlanda, Finlandia,... y si no fuese suficiente, el uso de suplementos de esta vitamina sería la estrategia ideal para mejorar la hipovitaminosis D.
- > En nuestro estudio y tras utilizar la pauta de tratamiento con calcidiol (16000 UI quincenales durante 4 meses) se consigue que los pacientes compensen su déficit de vitamina D. Consideramos que el tratamiento es eficaz, seguro, económico y de fácil cumplimiento.
- > Si alcanzamos niveles óptimos de vitamina D mejorará la salud ósea de nuestra población.

Resumen: Sorprende que en España, con tantas horas de sol, exista déficit de vitamina D.

¿Ocurre lo mismo en la zona rural donde se hace más vida al aire libre?

Decidimos valorar la concentración sérica de 25(OH)D (calcifediol) de nuestra población, comprobando que casi el 70% sufría este déficit. Se decidió dar un aporte de calcifediol (16000 UI cada 15 días, durante 4 meses) a las personas con cifras inferiores a 20ng/ml (considerado déficit de vitamina D). Tras este aporte, comprobamos que el 94% superó los 20ng/ml. Concluyendo así que la hipovitaminosis D tiene una incidencia muy elevada y tratarla es fácil.

Palabras Clave: Hipovitaminosis D, Calcifediol, Osteomalacia

Desarrollo del trabajo:

La hipovitaminosis D (déficit e insuficiencia de vitamina D), según estudios realizados en diferentes países, es un problema muy prevalente que afecta a un % de la población muy elevado.

Nos ha llamado la atención que en España, país con tantas horas de sol, haya déficit de esta vitamina.

¿El sol no es suficiente?

La importancia de la vitamina D radica en que es la encargada del mantenimiento de la homeostasis del calcio y del fósforo. Su deficiencia mantenida puede alterar la mineralización ósea y provocar raquitismo en niños y osteomalacia en adultos. Aparte de los beneficios óseos presenta otros beneficios extraóseos.

Las fuentes naturales de vitamina D son el aporte dietético (insuficiente) y la síntesis de vitamina D en el tejido subcutáneo tras una adecuada exposición a la radiación solar (insuficiente debido, entre otros, al uso de protectores solares, contaminación, ropa, altas temperaturas que impiden la exposición solar).

Según la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición) proponen concentraciones séricas de 25(OH)D (calcifediol) mínimas de 20ng/ml y preferiblemente valores por encima de 30ng/ml para garantizar una adecuada salud ósea.

Las recomendaciones actuales son las de combinar vitamina D con calcio, preferentemente dietético, para aumentar los beneficios a nivel óseo.

Objetivo:

Demostrar que en una zona rural de Castilla la Mancha la población presenta hipovitaminosis D, a pesar del aporte dietético, la no contaminación, horas de sol, el hecho de no utilizar transporte, el ejercicio y el quehacer diario de la vida al aire libre, la escasa utilización de protectores solares,...

Tras demostrar este déficit, si lo hubiera, daríamos un suplemento de 25(OH)D sólo a pacientes con cifras por debajo de 20ng/ml durante 4 meses. Posteriormente valoraríamos resultados analíticos para demostrar que con un aporte de vitamina D (16000 UI en una cápsula c/15días) conseguiremos unos niveles séricos aceptables de esta vitamina en el organismo lo que implicaría una mejor salud ósea para nuestra población.

Metodología:

Estudio prospectivo longitudinal que incluye dos fases (A y B)

Fase A: Muestreo aleatorio simple de individuos, sin insuficiencia renal, que acudían a consulta de medicina y enfermería (consulta crónicos) para realizar control analítico anual en el que se incluían niveles séricos de 25(OH)D.

El reclutamiento se realizó entre septiembre-18 y agosto-19. De todos se recogió edad, sexo y niveles de 25(OH)D.

Se consideró déficit de vitamina D valores < 20ng/ml

Posteriormente a los pacientes con déficit, que voluntariamente querían, se les pautó un aporte quincenal de calcifediol (16000 UI) por vía oral (una cápsula) durante 4 meses (pauta terapéutica en base a su eficacia demostrada en varios estudios consultados).

Fase B: Trascurridos los cuatro meses, se realizó una nueva determinación sérica de 25(OH)D y entrevista a los pacientes que no habían alcanzado los 20ng/ml.

Se realizó un análisis estadístico en el que las variables cuantitativas se expresan en porcentajes utilizando la media aritmética.

Resultados:

En el periodo de estudio se incluyeron 180 individuos, 121 mujeres y 59 varones, edad media 63 años. No se encontraron diferencias significativas en los valores analíticos entre ambos sexos.

De la muestra total, 93 individuos estaban entre de 10-20ng/ml (51.66%) y por debajo de 10ng/ml, 33 personas (18.33%), es decir que 126 personas (69.99%) tenían unas cifras inferiores a 20ng/ml.

Por encima del valor considerado déficit de vitamina D (20ng/ml) encontramos 54 individuos (30.01%). Ninguno >150ng/ml (considerado posible toxicidad)

De las 126 personas con déficit de vitamina D, voluntariamente no quisieron hacer tratamiento cinco. Con las 121 restantes se continuó el estudio. A los 4 meses 23 personas no acudieron a realizarse la 2ª analítica, es decir, sólo a 98 se les realizó analítica después de tomar el suplemento de vitamina D. Tras el tratamiento, ningún paciente tenía niveles de 25(OH)D inferiores a 10ng/ml. El 6.12% estaba por debajo de 20ng/ml ; el 18.36% presentaba cifras entre 20-30ng/ml (insuficiencia relativa) y el 75.52% estaban con valores >30ng/ml (considerado suficiencia). Ninguno presentaba valores >150ng/ml. La cifra más alta fue 87.3ng/ml. El rango por encima del déficit, tras el aporte de 25(OH)D, lo alcanzó el 93.88%

A las 6 personas (6.12%) que no habían alcanzado los 20ng/ml se les entrevistó, de ellas tres habían incumplido la pauta por olvido, una fue diagnosticada de insuficiencia renal, otra era un paciente encamado que nunca salía a la calle y solamente una refirió haberlo tomado correctamente y sólo alcanzó la cifra de 18.6ng/ml.

Conclusiones:

- Las dosis dietéticas y las radiaciones UVB son insuficientes para alcanzar unos niveles adecuados de vitamina D. Un % elevado de la población, incluso en la zona rural, sufre déficit de 25(OH)D.

- Recomendamos valorar la concentración sérica de 25(OH)D al menos en personas con debilidad muscular y/o caídas frecuentes.

- Recomendamos realizar ejercicio al aire libre para aprovechar la luz solar y exponerse al sol en horas que las radiaciones solares no sean tan dañinas.
- Entendemos la necesidad de complementar la alimentación con vitamina D al igual que se hace en otros países como Suecia, Estados Unidos, Irlanda, Finlandia,... y si no es suficiente, el uso de suplementos de esta vitamina sería la estrategia ideal para mejorar la hipovitaminosis D.
- En nuestro estudio y tras utilizar la pauta de tratamiento con calcifediol (16000UI quincenales, 4 meses) se consigue que los pacientes compensen su déficit de vitamina D. Consideramos que el tratamiento es eficaz, seguro, económico y de fácil cumplimiento.
- Alcanzando niveles óptimos de vitamina D mejorará la salud ósea de nuestra población.

Bibliografía:

1. Bischoff-Ferrari HA, et al. Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes. *Am J Clin Nutr* 2006;84:18-28.
2. Gómez de Tejada MJ, Sosa Henríquez M, Del Pino Montes J, Jódar Gimeno E, Quesada Gómez JM, Cancelo Hidalgo MJ, et al. Documento de posición sobre las necesidades y niveles óptimos de vitamina D. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2011;3:53-64.
3. Gonzalez-Molero I, et al. Vitamin D deficiency in Spain: a population-based cohort study. *Eur J Clin Nutrition* 2011;65:321-8.

Capítulo 74

Dermatomiositis paraneoplásica de difícil evolución

Zarca Cano, María Dolores

Ledesma Gómez, Jesús

Muñoz Carrión, Silvia

Peralbo Aparicio, Ana

"DERMATOMIOSITIS PARANEOPLÁSICA DE DÍFICIL EVOLUCIÓN"

Introducción:

La dermatomiositis es un tipo de enfermedad inflamatoria que afecta a músculos y piel. Ésta patología se caracteriza por producción de autoanticuerpos frente a ciertas estructuras de la célula.

Observación clínica:

Se presenta un varón de 62 años intervenido de ADC de recto que al iniciar tratamiento adyuvante comienza con cuadro de: disfonía, disfagia, impotencia funcional en músculos proximales de MMSS y cintura pelviana, edemas palpebrales, rash facial (Figura 2) y eritema en el dorso de las manos con descamación (Figura 1). Además de alteración analítica. Aunque no existen protocolos clínicos, los profesionales sanitarios plantean objetivos claros. Este proceso comienza con una valoración enfermera completa y detallada, haciendo de cada paciente, un caso concreto.



Figura 1: Pápulas de Gottron



Figura 2: rash facial

Planes de cuidados enfermeros:

ETIQUETA DIAGNOSTICA	FACTORES RELACIONADOS: ETIOLOGIAS/CAUSAS	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00126 CONOCIMIENTO DEFICIENTE	Desinterés por adquirir información sobre su enfermedad y tratamiento farmacológico.	1803. Conocimiento: proceso de enfermedad 1808: Conocimiento: medicación.	5602: enseñanza: proceso de enfermedad. 5520 Facilitar el aprendizaje 5616: enseñanza de medicamentos prescritos.
00146- ANSIEDAD/TEMOR	Necesidades no satisfechas. Estrés.	1300-Aceptación del estado de salud. 1302-Superación de problemas. 1402-Control de ansiedad. 2400-Función sensitiva: cutánea.	Disminución de la ansiedad. Aumentar el afrontamiento
00122 TRASTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL: táctil	Alteración de la percepción sensorial.		2660-Manejo de la sensibilidad periférica alterada.
00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS	Compromiso de los mecanismos reguladores. Exceso de aporte de líquidos. Exceso de aportes de sodio.	601- Equilibrio hídrico. 503 Eliminación urinaria. 1008-Estado nutricional	4120- Manejo de líquidos. 4170-Manejo de hipervolemia.
00094-RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	Mala forma física. Impotencia funcional.	2 Conservación de la energía. 1803 conocimiento: proceso de la enfermedad. 1811 Conocimiento: actividad prescrita.	180-Manejo de la energía. 4414- Establecimiento de objetivos comunes. 5240- Asesoramiento 5270-Apoyo emocional.
00051 DETERIORO DE LA COMUNICACION	0149 Problemas para la comunicación. 0256 Problemas de autoestima. 0263 Déficit del habla.	00491 Incapacidad para hablar el lenguaje. 00492 Hablar o verbalizar el lenguaje. 00493 No hablar o no poder hablar.	0811 Dolor. 1212 Deterioro músculo esquelético. 1412 Problemas con el lenguaje y/o habla.
00103 DETERIORO DE LA DEGLUCION	Debilidad muscular.	303 -Cuidados personales: comer 1010-Estado de deglución	1860 Terapia de deglución. 3200 Precauciones para evitar la aspiración. 5820 Disminución de la ansiedad. 4360-Modificación de la conducta. 5240-Asesoramiento 5270-Apoyo emocional.
00082 MANEJO EFECTIVO DEL TRATAMIENTO		906-Toma de decisiones 1601-Conducta de cumplimiento. 1813-Conocimiento: régimen terapéutico 1902-Control del riesgo	

Discusión:

Biopsia muscular inespecífica.
Electromiograma: Compromiso miopático agudo en los músculos bíceps y cuádriceps, con signos de actividad denervatoria, fibrilaciones y ondas positivas. MT y TAC normales.
Ac antinucleares: Positivo. Patrón nuclear fino moteado título 1/320. Ac frente a Ag asociados a miositis en suero, Inmunoblot: Banda correspondiente a **Ac Anti p155/140, TIF 1-gamma** y otra correspondiente a **Ro-52**.
Se realiza tratamiento prednisona oral a 60mg junto con Inmunoglobulina humana inespecífica durante 5 días y pulsos de corticoides iv durante 5 días a 1g/día en dos ocasiones con evolución clínica y de parámetros analíticos de forma favorable tras 6 semanas de tratamiento de mantenimiento corticoide oral. Posteriormente se realiza pauta descendente de prednisona y se mantiene con metotrexate subcutáneo.
La analítica se normaliza y el paciente va recuperando movilidad con ayuda de rehabilitación y mejoría clínica de disfonía, disfagia y alteraciones dermatológicas. El papel de enfermería pretende abordar de forma global la realidad del paciente, mejorar su situación actual de salud y evitar complicaciones. El diseño de un plan de cuidados específico y el desarrollo de intervenciones enfermeras individualizadas favorece la recuperación y adaptación del individuo. Observamos que los resultados obtenidos después de realizar la actividad enfermera son positivos.

Conclusiones:

La dermatomiositis paraneoplásica es una entidad rara que se caracteriza por alteración y destrucción de las fibras musculares junto a alteraciones dermatológicas. Los hallazgos más frecuentes asociados a neoplasias suelen ser: edad mayor de 50 años, lesiones cutáneas, pápulas hiperqueratósicas, ausencia de afectación pulmonar intersticial, ac específicos de miositis negativos y ac anti- p155/140 positivo. Los tumores más frecuentes afectados son: ovario, pulmón, gástrico, colorrectal, páncreas y linfoma no hodgkin. En este caso, se extirpó el tumor y hubo que pautar tratamiento inmunosupresor para la resolución del cuadro forma progresiva.
Enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados y conocimientos básicos sobre la dermatomiositis a través de una educación sanitaria de calidad. La atención individualizada y holística, demuestra la efectividad, que las actividades llevadas a cabo, tienen sobre el paciente, y que, queda de manifiesto en los resultados (NOC) obtenidos.

Resumen: Se presenta el caso de un paciente de 62 años de edad con dermatomiositis (DM) asociada a cáncer de recto. El término de síndrome paraneoplásico se refiere a la capacidad de ciertos tumores para producir diversos signos y síntomas a distancia del tumor primario o de sus metástasis. La DM es un síndrome paraneoplásico infrecuente que se asocia al diagnóstico de diferentes tumores y cursa con inflamación muscular (polimiositis) y manifestaciones cutáneas (dermatomiositis).

Palabras Clave: Dermatomiositis, Síndrome Paraneoplásico, Cáncer De Recto

Desarrollo del trabajo:

La dermatomiositis es un tipo de enfermedad inflamatoria que afecta a músculos y piel. Esta patología se caracteriza por producción de autoanticuerpos frente a ciertas estructuras de la célula.

Observación Clínica:

Se presenta un varón de 62 años intervenido de ADC de recto que al iniciar tratamiento adyuvante comienza con cuadro de: disfonía, disfagia, impotencia funcional en músculos proximales de MMSS y cintura pelviana, edemas palpebrales, rash facial (Figura 2) y eritema en el dorso de las manos con descamación (Figura 1). Además de alteración analítica. Aunque no existen protocolos clínicos, los profesionales sanitarios plantean objetivos claros. Este proceso comienza con una valoración enfermera completa y detallada, haciendo de cada paciente, un caso concreto.

Plan de Cuidados Enfermeros:

Etiquetas diagnósticas:

- 00126 conocimiento deficiente m/p desinterés en adquirir información sobre su enfermedad y tratamiento farmacológico.
- 00146 ansiedad/temor m/p necesidad no satisfechas. estrés.
- 00122 trastorno de la percepción sensorial m/p alteración de la percepción sensorial.
- 00026 exceso de volumen de líquidos r/c exceso de aporte de líquidos y sodio m/p compromiso de los mecanismos reguladores.
- 00094 riesgo de intolerancia a la actividad r/c mala forma física e impotencia funcional.
- 00051 deterioro de la comunicación m/p problemas para la comunicación, autoestima y déficit del habla.
- 00103 deterioro de la deglución r/c debilidad muscular.
- 00082 manejo efectivo del tratamiento.

INTERVENCIONES NIC

- 5602 enseñanza proceso de enfermedad. 5520 facilitar el aprendizaje.
- 5616 enseñanza de medicamentos prescritos. disminución de la ansiedad. aumentar el afrontamiento. 2660 manejo de la sensibilidad periférica alterada.
- 4120 manejo de líquidos. 4170 manejo de hipervolemia. 180 manejo de la energía.
- 4414 establecimiento de objetivos comunes. 5240 asesoramiento.

5270 apoyo emocional.
 0811 dolor.
 1212 deterioro musculoesquelético.
 1412 problema con el lenguaje y/o habla.
 1860 terapia de deglución.
 3200 precauciones para evitar la aspiración.
 5820 disminución de la ansiedad.
 4360 modificación de la conducta.
 5240 asesoramiento.
 5270 apoyo emocional.

OBJETIVOS NOC

1803 conocimiento proceso de enfermedad.
 1808 conocimiento medicación.
 1300 aceptación del estado de salud.
 1302 superación de problemas.
 1402 control de ansiedad.
 2400 función sensitiva cutánea 601 equilibrio hídrico.
 503 eliminación urinaria.
 1008 estado nutricional.
 1803 conocimiento proceso de la enfermedad.
 2 conservación de la energía.
 1811 conocimiento actividad prescrita.
 00491 incapacidad para hablar el lenguaje.
 00492 hablar o verbalizar el lenguaje.
 00493 no hablar o no poder hablar.
 303 cuidados personales. comer.
 1010 estado de deglución.
 906 toma de decisiones.
 1601 conducta de cumplimiento.
 1813 conocimiento: régimen terapéutico.
 1902 control del riesgo.

Discusión:

Biopsia muscular inespecífica.

Electromiograma: Compromiso miopático agudo en los músculos bíceps y cuádriceps, con signos de actividad denervatoria, fibrilaciones y ondas positivas. MT y TAC normales.

Ac antinucleares: Positivo. Patrón nuclear fino moteado título 1/320. Ac frente a Ag asociados a miositis en suero, Inmunoblot: Banda correspondiente a Ac Anti p155/140, TIF 1-gamma y otra correspondiente a Ro-52.

Se realiza tratamiento prednisona oral a 60mg junto con Inmunoglobulina humana inespecífica durante 5 días y pulsos de corticoides iv durante 5 días a 1g/día en dos ocasiones con evolución clínica y de

La analítica se normaliza y el paciente va recuperando movilidad con ayuda de rehabilitación y mejoría clínica de disfonía, disfagia y alteraciones dermatológicas. El papel de enfermería pretende abordar de forma global la realidad del paciente, mejorar su situación actual de salud y evitar complicaciones. El diseño de un plan de cuidados específico y el desarrollo de intervenciones enfermeras individualizadas favorece la recuperación y adaptación del individuo. Observamos que los resultados obtenidos después de realizar la actividad enfermera son positivos.

Conclusión:

La dermatomiositis paraneoplásica es una entidad rara que se caracteriza por alteración y destrucción de las fibras musculares junto a alteraciones dermatológicas. Los hallazgos más frecuentes asociados a neoplasias suelen ser: edad mayor de 50 años, lesiones cutáneas, pápulas hiperqueratósicas, ausencia de afectación pulmonar intersticial, ac específicos de miositis negativos y ac anti- p155/140 positivo. Los tumores más frecuentes afectados son: ovario, pulmón, gástrico, colorrectal, páncreas y linfoma no hodgkin. En este caso, se extirpó el tumor y hubo que pautar tratamiento inmunosupresor para la resolución del cuadro forma progresiva.

Enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados y conocimientos básicos sobre la dermatomiositis a través de una educación sanitaria de calidad. La atención individualizada y holística, demuestra la efectividad, que las actividades llevadas a cabo, tienen sobre el paciente, y que, queda de manifiesto en los resultados (NOC) obtenidos.

Bibliografía:

1. Ben-Zvi N, Shani A, Ben-Baruch G, Agmon-Levin N, Stoeber Z, Huszar M, et al.. Dermatomyositis following the diagnosis of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 15 (2005), pp. 1124-6 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.00168.x> | Medline
2. Santillan A, Bristow RE. Paraneoplastic cerebellar degeneration in a woman with ovarian cancer. *Nat Clin Pract Oncol*, 3 (2006), pp. 108-12 <http://dx.doi.org/10.1038/ncponc0379> | Medline
3. Dorn C, Knobloch C, Kupka M, Morakkabati-Spitz N, Schmolling J. Paraneoplastic neurological syndrome: patient with anti-Yo antibody and breast cancer: a case report.. *Arch Gynecol Obstet*, 269 (2003), pp. 62-5 <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-002-0416-2> | Medline

Capítulo 75

Desbridamiento cortante de hematoma subcutáneo en paciente tratada con antiagregante afectada por edemas en miembros inferiores secundarios a tratamiento con bloqueante de canales de calcio: caso clínico

Pérez Bueno, Mercedes

Desbridamiento cortante de hematoma subcutáneo en paciente tratada con antiagregante afectada por edemas en miembros inferiores secundarios a tratamiento con bloqueante de canales de calcio: caso clínico

Introducción. La dermatoporosis¹ engloba los cambios estructurales que aparecen con el envejecimiento, manifestados por atrofia cutánea, cicatrices y la púrpura senil que es uno de los trastornos cutáneos más prevalentes en la población geriátrica². Los hematomas a tensión por anticoagulantes en las extremidades suelen aparecer en ancianos frágiles y pluripatológicos³. Si no se drenan, se producirá isquemia de la piel y aparecerán grandes áreas necróticas que requerirán desbridamientos quirúrgicos amplios¹. Uno de los principales efectos secundarios de los bloqueantes de canales de calcio es el edema periférico, especialmente de miembros inferiores⁴.

La "técnica Roviralta"⁵ consiste en el desbridamiento cortante para evacuar un hematoma, la irrigación con heparina de bajo peso molecular (BPM) de 0'4 o 0'6 mg e inserción de drenaje penrose si fuese necesario.

Observación clínica. En febrero de 2021, la autora comienza a administrar cuidados de Enfermería a la paciente de 92 años, institucionalizada en mini-residencia de mayores. De la valoración se observaron alterados la mayoría de Patrones Funcionales de Gordon⁶, derivados de sus antecedentes patológicos -enfermedad renal crónica, hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular (FA), insuficiencia venosa crónica (ICV), hiporexia, hipoacusia bilateral-, de su estado funcional -Barthel de 10, Katz de 5, MEC versión Lobo de 7- y del nutricional -IMC de 17, % grasa corporal de 12% y puntuación en el Mini Nutritional Assesment de 17-. Aquí se abordan dos diagnósticos enfermeros (Figuras 1 y 2) emitidos al detectar y tratar un hematoma en la región crural del miembro inferior derecho (MID), de aparición concomitante con edemas y dermatitis por éxtasis, presentando ya con anterioridad y recurrencia hematomas múltiples generalmente superficiales y púrpura senil en los cuatro miembros. La evolución, intervenciones y resultados se muestran a continuación cronológicamente e ilustrados por fotografías. El tratamiento farmacológico crónico incluye clopidogrel, furosemida y batidos hiperproteicos.

Figura 1.

Diagnósticos NANDA ⁷ emitidos	Objetivos NOC ⁸ planteados	Intervenciones de Enfermería NIC ⁹
00044 Deterioro de la integridad tisular	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3660 Cuidados de las heridas
00004 Riesgo de infección	0702 Estado inmune	6540 Control de infecciones

Figura 2.

Indicadores ⁸	Escalas LIKERT	Día 0 ^o	Día 18 ^o	Día 70 ^o
110113 Integridad de la piel	Desde 1 (gravemente comprometida) hasta 5 (no com-prometido)	1	3	5
070201 Infecciones recurrentes	Desde 1 (grave) hasta 5 (nin-guno)	2	5	5

Febrero 2021
Cuidados de la piel: vigilancia, higiene y aplicación AGHO

2-3-2021
Detectadas cifras diarias de TA entorno a 160/90
Se inicia administración lercanidipino v.o 10 mg c/24h

29-3-2021
Se detectan edemas en MMII. Dermatitis por éxtasis y lesiones.
-Se reduce dosis lercanidipino a 5 mg c/24h.
-Monitorización diaria de TA.
-Cuidados de las heridas c/72h

2-4-2021
-Se aumenta furosemida v.o hasta 40 mg c/24h
-Monitorización diaria de TA.
-Cuidados de las heridas c/72h

8-4-2021
HEMATOMA y CELULITIS
-Se inicia admin. de clindamicina v.o 300 mg c/8h, por 7 días.
-Se suspende lercanidipino.
-Se planifica desbridamiento para el día siguiente.

12-4-2021
-Cuidados de las heridas: se continúa con hidrofibra con Ag cómo como primario, se aplica hidrocóloide cómo secundario y vendaje compresivo ligero.

16-4-2021
-Se continúa con mismos apósitos y vendaje cada 72-96h.
-Se aumenta furosemida hasta 60 mg c/24h.

27-4-2021 (día 18^o)
-Se continúa con furosemida.
-Se comienza a aplicar hidrogel cubierto por placa de hidrocóloide y mismo vendaje.
Curas cada 72-96h.

9-6-2021
-Mismos apósitos.

24-5-2021
-Se continúa con hidrogel cubierto por hidrocóloide y ya no se aplica vendaje.
-Se mantiene furosemida 40 mg.

19-6-2021 (día 70^o)
-Se continuará aplicando cuidados de la piel con AGHO.

9-4-2021 (día 0^o)
Se realiza técnica "Roviralta"

1. Limpieza del MID con jabón de povidona yodada
2. Se pulveriza Clorhetilo Chemirosa en área.
3. Se infiltran 3 cc de mepivacaína local al 2%.
4. Se realizan incisiones sobre el contorno, ayudada por bisturí desechable y pinzas y se retira dermis. A continuación se extrae la mayor parte de coágulo hasta alcanzar fascia músculo. El espesor total ha sido de más de 2 cm.
5. Se irriga el lecho con 1 jeringa precargada de heparina BPM de 0'4 mg.
6. Se ejerce presión local por 10 min. con gasas.
7. Se introducen 5 cm de apósito hidrofibra con Ag mechado para rellenar quedad y se cubre con 4 capas del mismo apósito y cómo apósito secundario se aplica una lámina de espuma de poliuretano. Se aplica vendaje compresivo al MID y se pauta elevación del mismo por 24h y revisión a las 72h.

Conclusiones

En consonancia con la literatura, la "técnica Roviralta"⁵ cómo abordaje de este hematoma subcutáneo logró controlar la infección a través de la evacuación de coágulos, uso de antibioterapia y apósito con Ag; también se logró alcanzar la integridad tisular en 70 días, a través del cuidado de la herida en ambiente húmedo que contribuyó a disminuir el dolor y activar el tejido de granulación hasta su cicatrización.

Discusión

El lercanidipino provocó la aparición de edemas en MMII a esta paciente, y es su efecto secundario más común⁴. Esto pudo empeorar la aparición de hematomas recurrentes y finalmente apareció el descrito aquí, rodeado de edema, eritema y calor local que requería de desbridamiento quirúrgico para evitar la aparición de área necrótica¹.

Bibliografía: consultar a la autora en mperezb@sescam.jccm.es

Resumen: Los hematomas a tensión por anticoagulantes suelen aparecer en ancianos frágiles y pluripatológicos. Está indicado su drenaje. Uno de los principales efectos secundarios de los bloqueantes de canales de calcio es el edema periférico.

La paciente anciana presentaba alterados la mayoría de Patrones Funcionales por su pluripatología. Aquí se describe el proceso de atención de Enfermería entorno a la intervención 3660 (Cuidados de las heridas), usando la “técnica Roviralta” para desbridamiento cortante de un hematoma en miembro inferior (relacionado con anticoagulante oral, de aparición concomitante con edemas y éxtasis, secundarios a tratamiento con lecanidipino), que alcanzó epitelización el día 70.

Palabras Clave: Hematoma, Desbridamiento, Atención de Enfermería

Introducción:

Los cambios estructurales (englobados en la dermatoporosis) que aparecen con el envejecimiento se manifiestan por atrofia cutánea, cicatrices y púrpura senil -que es uno de los trastornos cutáneos más prevalentes en la población geriátrica-(1). Los hematomas a tensión por anticoagulantes en las extremidades suelen aparecer en ancianos frágiles y pluripatológicos (2). Si no se drenan, se producirá isquemia de la piel y aparecerán grandes áreas necróticas¹. Uno de los principales efectos secundarios de los bloqueantes de canales de calcio es el edema periférico, especialmente de miembros inferiores (MMII)(3).

La “técnica Roviralta”(4) consiste en el desbridamiento cortante para evacuar un hematoma, su irrigación con heparina de bajo peso molecular (HBPM) de 0´4 o 0´6 mg y posible inserción de drenaje penrose.

Observación Clínica:

Paciente de 92 años, institucionalizada en mini-residencia de mayores. De la valoración se observaron alterados la mayoría de Patrones Funcionales de Gordon(5), derivados de sus antecedentes pluripatológicos -enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia venosa crónica, hiporexia-, de su estado funcional -Barthel de 10, Katz de 5- y del nutricional -IMC de 17, 12% grasa corporal y puntuación en Mini Nutritional Assesment de 17-. Su tratamiento crónico incluía clopidogrel, furosemida y batidos hiperproteicos.

Aquí se abordan dos diagnósticos enfermeros (5): Deterioro de la integridad tisular y Riesgo de infección (emitidos al detectar y tratar un hematoma en la región crural del miembro inferior derecho (MID), de aparición concomitante con edemas y dermatitis por éxtasis, presentando ya con anterioridad y recurrencia múltiples hematomas generalmente superficiales y púrpura senil en los cuatro miembros.

La evolución, intervenciones y resultados se ordenan a continuación cronológicamente; se evaluó la consecución de objetivos a través de los indicadores (5) Integridad de la piel e Infecciones recurrentes, en los días 0º, 18º y 70º:

Febrero 2021: se administraban cuidados de la piel: vigilancia, higiene y aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

2-3-2021: Se detectaron cifras diarias de presión arterial (PA) en torno a 160/90. Se inicia administración de lecanidipino oral 10 mg c/24h.

29-3-2021: Se detectaron edemas en MMII. Dermatitis por éxtasis y lesiones. Se redujo dosis de lercanidipino a 5 mg c/24h. Monitorización diaria de PA. Cuidados de las heridas c/72h.

2-4-2021: Los edemas y lesiones fueron en aumento. Se aumentó furosemida oral hasta 40 mg c/24h. Monitorización diaria de TA. Cuidados de las heridas c/72h

8-4-2021: Se detectó hematoma en cara posterior MID de 2 por 3 cm, forma ovoide, de espesor aproximado de 1 cm (sobre plano de superficie cutánea normal), rodeado por celulitis sospechada y parcialmente lacerado. Se inició administración de clindamicina oral 300 mg c/8h, por 7 días. Se suspendió lercanidipino. Se planificó desbridamiento para el día siguiente.

9-4-2021 (día 0º). Se realizó la técnica "Roviralta" siguiendo estos 7 pasos:

1. Limpieza del MID con jabón de povidona yodada

2. Se pulveriza Clorhetilo Chemirosa en área.

3. Se infiltran 3 cc de mepivacaína local al 2%.

4. Se realizan incisiones sobre el contorno, ayudada por bisturí desechable y pinzas, se retira dermis. A continuación se extrae la mayor parte de coágulo hasta alcanzar fascia muscular. El espesor total ha sido de más de 2 cm.

5. Se irriga el lecho con una jeringa precargada de HBPM de 0´4 mg.

6. Se ejerce presión local por 10 minutos con gasas.

7. Se introducen 5 cm de apósito mechado de hidrofibra con plata plegado para rellenar oquedad y se cubre con 4 capas del mismo apósito y cómo apósito secundario se aplica una lámina de espuma de poliuretano. Se aplica vendaje compresivo al MID y se pauta elevación del mismo por 24h y revisión a las 72h.

12-4-2021: Los edemas en MMII remitieron. No presentó hemorragia. El lecho si era sangrante y no tenía esfacelo. Cuidados de las heridas: se usó hidrofibra con plata cómo apósito primario, hidrocoloide cómo secundario y vendaje compresivo ligero.

16-4-2021: El edema en MMII persistía levemente. Lecho de la herida ya en fase de granulación y ligero sangrado al retirar apósito. Mismos apósitos y vendaje cada 72-96h. Se aumentó furosemida hasta 60 mg c/24h.

27-4-2021 (día 18º): Persistía edema en MMII levemente debido a que la paciente rechazaba tomar la furosemida. Las dimensiones de la herida habían disminuido ligeramente y en el lecho granuloso apareció ligero esfacelo. Se continuó con furosemida. Se comenzó a aplicar hidrogel cubierto por placa de hidrocoloide y mismo vendaje. Curas cada 72-96h.

24-5-2021: los edemas de MMII habían desaparecido. El tamaño de la herida se había reducido considerablemente. Venía alternando en lecho granulación y esfacelo. Se continuó con hidrogel cubierto por hidrocoloide y ya no se aplicó vendaje. Se mantuvo furosemida 40 mg.

AGHO.

Discusión

El lercanidipino provocó su efecto secundario más común (3) en esta paciente: edemas en MMII. Esto pudo empeorar la aparición de hematomas recurrentes y finalmente apareció el descrito aquí, rodeado de edema, eritema y calor local que requería de desbridamiento (1).

Conclusiones:

En consonancia con la literatura, la “técnica Roviralta”(4) cómo abordaje de este hematoma subcutáneo logró el objetivo(5) Estado Inmune a través de la intervención(5) Control de infecciones (evacuación de coágulos, uso de antibioterapia y plata); también se logró alcanzar el objetivo(5) Integridad tisular: piel y membranas mucosas en 70 días, a través de la intervención(5) Cuidados de las heridas.

Bibliografía:

1. Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Sabater-Ramírez J, Tarazona-Santabalbina FJ. Calidad de vida dermatológica en ancianos frágiles comunitarios. *Atención Primaria*. 2016; 48(10): 683-684.
2. Galán-Olleros M, Valle-Cruz J, García-Coiradas J, González-Pérez A, Rodríguez-González FA, Alcobía- Díaz B, Marco F. Hematomas subcutáneos a tensión por anticoagulantes en ancianos: ¿más morbimortalidad precoz que las fracturas de cadera? *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2019; 63(5): 361-369.
3. Robles NR, Ocon J, Gomez CF, Manjon M, Pastor L, Herrera J. Lercanidipine in patients with chronic renal failure: the ZAFRA Study. *Renal Failure*. 2005; 27(1): 73-80.
4. Roviralta Gómez S. Hematoma subcutáneo: resolución con Heparina de bajo peso molecular (BPM) 0´4-0´6 mg. *Enfermería Dermatológica*. 2008; 4: 28-30.
5. Fernández Ferrín C, Fuentes Chacón R, Garrido Abejar M, Serrano Parra MD, Santo Tomás Pérez M. *Enfermería fundamental*. 1ª edición. Barcelona: Masson; 2003.

Capítulo 76

Desbridamiento enzimático con colagenasa más ácido hialurónico en úlcera por presión

Arias López-Peláez, Víctor Manuel

Arias Jiménez, Nicanor

Mora Muñoz, Juan David

García Díaz, María de los Reyes

Arévalo Ramírez, Ángel

Paz Golderos, Fabiana

DESBRIDAMIENTO ENZIMÁTICO CON COLAGENASA MÁS ÁCIDO HIALURÓNICO EN ÚLCERA POR PRESIÓN



Autor: Arias López-Peláez, Víctor M.; Arias Jiménez, Nicanor; Mora Muñoz, Juan David; García Díaz, María de los Reyes; Arévalo Ramírez, Ángel; Paz Golderos, Fabiana

INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras por presión, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial.

El desbridamiento es la clave en el tratamiento local de las úlceras crónicas y no es posible ninguna intervención terapéutica sin la eliminación del tejido necrótico o desvitalizado.

OBSERVACIÓN CLÍNICA. Caso Clínico

Hombre de 76 años, con Alzheimer, diabético, obeso encamado desde hace un año e incontinencia total. Presenta (Foto1) úlcera por presión en talón de la E.I.Derecha, en inicio de fase detersiva.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1102. Curación de la herida: por primera intención. 1103. Curación de la herida: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 6540. Control de infecciones.	366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 654013. Poner en práctica precauciones universales. 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfusión tisular inefectiva. R/C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	0401. Estado circulatorio. 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590. Vigilancia de la piel. 4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 4070. Precauciones circulatorias.	359006. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. 359013. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). 406613. Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). 407004. Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. 407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. 407006. Evitar lesiones en la zona afectada. 407007. Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. 366028. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 407008. Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	0840. Cambio de posición. 1400. Manejo del dolor. 2210. Administración de analgésicos. 6482. Manejo ambiental: confort.	084017. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 084026. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 140019. Enseñar los principios de control del dolor. 140021. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 221001. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 648212. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. 648214. Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Se pauta tratamiento con colagenasa más ácido hialurónico c/24h (Foto1) cubriendo la herida con apósito hidrocélular de espuma de poliuretano, se observa una evolución favorable de la lesión (Foto 2) hasta traslado temporal del paciente (26 días), del cual regresa con lecho ulceral recubierto de tejido esfacelar (Foto 3). Se reinicia tratamiento con colagenasa más ácido hialurónico c/24h, adquiriendo una rápida y favorable evolución (Foto 4) hasta término de la cura (Foto 5). Tiempo total de curación: 101 días.



Imagen 1: 09/09/19. Inicio de fase detersiva.



Imagen 2: 30/09/19. Se inicia tratamiento con colagenasa más Ácido hialurónico



Imagen 3: 25/10/19. Traslado temporal de la paciente.



Imagen 4: 25/11/19. Evolución favorable



Imagen 5: 18/12/19. Curación y epitelización.

CONCLUSIONES

El uso de colagenasa más ácido hialurónico, crea un medio húmedo para la regeneración tisular, degrada la fibrina y el tejido necrótico contribuyendo a la preparación del lecho de la herida y protegiendo la piel perilesional y el tejido sano, acelerando la curación de la lesión y favoreciendo el confort del paciente

Resumen: El trabajo refleja un caso clínico de un hombre de 76 años, con Alzheimer, diabético, obeso, encamado desde hace un año e incontinencia total. Presenta úlcera necrótica por presión en talón de E.I. derecha en inicio de fase detersiva. Se ha utilizado protocolo de úlceras por presión con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó colagenasa más ácido hialurónico cubriendo la herida con apósito hidrocelular de espuma de poliuretano, consiguiéndose buena evolución de la lesión hasta la curación total.

Palabras Clave: Desbridamiento enzimático, Ácido hialurónico, Colagenasa

Introducción:

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras por presión, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial. El desbridamiento es la clave en el tratamiento local de las úlceras crónicas y no es posible ninguna intervención terapéutica sin la eliminación del tejido necrótico o desvitalizado.

Observación Clínica:

Paciente de 76 años, con Alzheimer, diabético, obeso, encamado desde hace un año e incontinencia total. Presenta úlcera necrótica por presión en talón de la E.I. derecha, en inicio de la fase detersiva.

Plan de Cuidados Enfermero:

DIAGNOSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo,

RESULTADOS NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108.Nivel de malestar.

INTERVENCIONES NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de las infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorios: 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 exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Discusión:

Se pauta tratamiento con colagenasa más ácido hialurónico cada 24 horas, cubriendo la herida con apósito hidrocélular de espuma de poliuretano, observando una evolución favorable de la herida hasta traslado temporal del paciente 26 días, del cual regresa con lecho ulceral recubierto de tejido esfacelar, se reinicia tratamiento con colagenasa más ácido hialurónico cada 24 horas, adquiriendo la herida una rápida y favorable evolución hasta término de la cura.

Conclusiones:

El uso de colagenasa más ácido hialurónico, crea un medio húmedo para la regeneración tisular, degrada la fibrina y el tejido necrótico contribuyendo a la preparación del lecho de la herida y protegiendo la piel perilesional y el tejido sano, acelerando la curación de la lesión y favoreciendo el confort del paciente.

Bibliografía:

1. Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
2. [http:// www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real](http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real)
3. https:// www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+por+presion

Capítulo 77

Diagnostico diferencial y tratamiento de la hemocromatosis genética y secundaria.

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

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO DE LA HEMOCROMATOSIS GENÉTICA Y SECUNDARIA

AUTORES: CORAL OLMO TRUJILLO, SONIA SÁNCHEZ-IZQUIERDO CASTELLANOS, EDUARDO MORA MUÑOZ

INTRODUCCIÓN

La hemocromatosis se caracteriza por un aumento de la absorción intestinal de hierro y una acumulación posterior en los tejidos como el hígado, páncreas, corazón, glándulas endocrinas, piel y articulaciones.

Existen 2 tipos de causas:

- **Genéticas** (hemocromatosis hereditaria o primaria): relacionada con una mutación en el cromosoma 6, con varias mutaciones llamadas C282Y homocigotos (85-90%) y H63D y S65C junto a C282Y heterocigotos (los menos comunes).
- **Adquiridas** (hemocromatosis adquirida o secundaria): generalmente relacionada con múltiples transfusiones por cualquier etiología, anemias crónicas con sobrecarga de hierro (talasemia mayor, anemia sideroblástica, anemia hemolítica crónica) o hepatopatía crónica de cualquier etiología.

Es el aspecto genético, la etiológica más frecuente: con 4,5 casos por 1.000 habitantes, muchos asintomáticos. Suele diagnosticarse entre los 40 y 60 años. Algunas personas con hemocromatosis hereditaria (HH) nunca presentan síntomas, si los presentan en una **primera fase son**: dolor articular y abdominal, fatiga, debilidad; según **avanza la enfermedad presentan**: hepatopatía crónica y cirrosis hepática, cáncer de hígado y mayor susceptibilidad a otros tipos de cáncer, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca por afectación del músculo del corazón, artritis (mucho más frecuente y precoz de lo que se suponía) e impotencia masculina por disminución de ciertas hormonas,

OBJETIVOS

- Conocer las diferentes formas del diagnóstico, así como el diagnóstico diferencial entre hemocromatosis genética o adquirida.
- Estudiar las implicaciones clínicas y relacionadas con la función hepática secundarias al depósito de hierro.
- Diferenciar esta enfermedad con otras de similares características.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de guías de práctica clínica. Las bases de datos usadas han sido: *Cuiden*, *Pubmed*, *Cochrane Library*; portales bibliográficos y revistas como *Dialnet*, *Revista Science Direct*, *SciELO*. Castellano e inglés han sido los idiomas usados para consultar en las bases de datos.

Palabras claves: "hemocromatosis", "secundaria", "hereditaria" y los operadores booleanos usados "AND" y "OR".

RESULTADOS

La **hemocromatosis hereditaria (HH)** se sospecha mediante una **prueba llamada índice de saturación de la transferrina (IST)**: Dos mediciones del test con mediciones del 60% en el hombre y 55% en la mujer, se consideran muy sugestivas de HH. Esta técnica se realiza de forma precoz y es económica. Otra determinación muy útil es la **ferritina en suero**, pero es menos útil para la detección precoz. De ahí que la **biopsia hepática** sea una prueba concluyente, ya que midiendo el índice hepático de hierro (IHH) se confirma el diagnóstico de HH (ser superior a 1,9).

Al tener carácter genético y gracias a la aportación de **Feder y cols. en 1996** en el descubrimiento del gen HFE del cromosoma 6 con sus mutaciones, así como al avance del análisis genético, hace que se empiece a dejar a un lado la biopsia para sustituirla por un análisis genético con determinaciones. De hecho, solo se realiza la biopsia hepática si hay que valorar una lesión hepática por esta enfermedad (estado avanzado).

Con respecto a la **hemocromatosis secundaria**, la bibliografía destaca que se base en el **hallazgo de niveles elevados de ferritina sérica, hierro y saturación de transferrina**.

Es clave destacar las condiciones laborales del paciente en el diagnóstico diferencial. Estudios de autores como **Nemmar et al. (2002)** que describe la posibilidad de que la presencia excesiva de hierro sea causada por la actividad laboral de soldadura, y autores como **Corrin et al. (2000)**, **Born P.J (2002)** y **Yokohama et al. (2005)** determinan que las partículas inhaladas pueden depositarse en el parénquima pulmonar y transportarse al sistema circulatorio. Todo ello hace pensar que ante un paciente con sobrecarga de hierro, viendo su situación laboral, se pueda plantear descartar la etiología genética de la enfermedad e incluso la etiología secundaria, y aparezca una nueva hipótesis: el origen profesional para las hemocromatosis (**Sanchez Ayala, JJ et al., 2010**).

El tratamiento más común de la hemocromatosis hereditaria es la **flebotomía**.

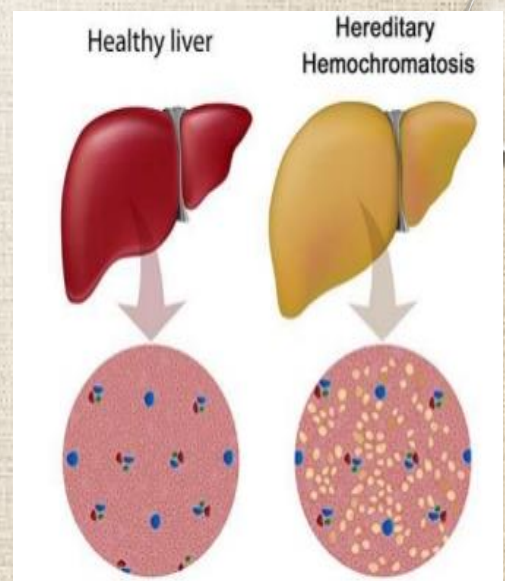
Actualmente se realiza otro método más **eritrocitaféresis** (extracción sanguínea donde se recolectan los glóbulos rojos y ese plasma autólogo se vuelve a trasfudir al paciente). En el estudio realizado por **Sundic, T et al. (2003)**, realizan un ensayo clínico sobre las dos técnicas y no encuentran conclusiones definitivas para descartar el uso de la flebotomía en contraposición de la eritrocitaféresis.

Sin embargo, en pacientes que no pueden realizarse las flebotomías, se utiliza el método de **quelación del hierro**, para lograr una saturación de transferrina < 50%, gracias a varios fármacos como la **deferoxamina**, **deferasirox** o **deferipona**.

Hay inconvenientes como el uso de perfusión parenteral de la **deferoxamina**, el control renal de **deferasirox** o el riesgo de agranulocitosis de la **deferipona**. Su uso se ha extendido más en hemocromatosis secundaria que en hemocromatosis primaria.

Además de la extracción terapéutica de sangre, se recomiendan varias pautas en la alimentación:

- **Evitar la ingesta de suplementos de hierro y complejos multivitamínicos que contienen hierro.**
- **Evitar tomar suplementos de vitamina C ya que esta mejora la absorción del hierro.**
- **Evitar el alcohol: puede provocar daño hepático.**
- **Evitar comer pescado y mariscos crudos: predisposición a infecciones).**



CONCLUSIONES

El conocimiento de esta enfermedad por parte del profesional de enfermería es primordial para su adecuado manejo.

Las sencillas indicaciones alimenticias pueden ayudar al paciente con hemocromatosis a evitar futuras complicaciones.

Resumen: La hemocromatosis es una enfermedad que afecta al cuerpo por el aumento de absorción intestinal del hierro y una acumulación posterior del mismo sobre los tejidos del hígado, páncreas, corazón, glándulas endocrinas, piel y articulaciones.

Podemos diferenciar entre dos tipos dependiendo de su origen, la primaria que es de origen genético; que se relaciona con la mutación del cromosoma 6, con varias mutaciones llamadas homocigoto y heterocigoto y la secundaria o adquirida y se relaciona generalmente con transfusiones o hepatopatía crónica.

El tratamiento más común para la hemocromatosis es la flebotomía, aunque actualmente se realiza también el método eritrocitaferésis.

Palabras Clave: Hígado, Hierro, Sangre

Introducción:

La hemocromatosis se caracteriza por un aumento de la absorción intestinal de hierro y una acumulación posterior en los tejidos como el hígado, páncreas, corazón, glándulas endocrinas, piel y articulaciones. Existen dos tipos de causas; genéticas que se relaciona con la mutación del cromosoma 6 con varias mutaciones llamadas C282Y homocigotos y H63D y S65C junto a C282Y heterocigotos (los menos frecuentes) y la secundaria o adquirida que generalmente se relaciona con múltiples transfusiones por cualquier etiología o relacionada con hepatopatía crónica.

Se suele diagnosticar entre los 40-60 años, la etiología mas frecuente es de 4,5 casos por 1000 habitantes, muchos de ellos asintomáticos. Los síntomas de primera fase son: dolor articular y abdominal, fatiga, debilidad... según avanza la enfermedad aparece hepatopatía crónica y cirrosis hepática, cáncer de hígado, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca por alteración del musculo del corazón, artritis e impotencia masculina por disminución de ciertas hormonas.

Objetivos:

- Conocer las diferentes formas de diagnóstico, así como el diagnóstico diferencial entre hemocromatosis genética o adquirida.
- Estudiar las implicaciones clínicas y relacionadas con la función hepática secundarias al depósito de hierro.
- Diferenciar esta enfermedad con otras de similares características.

Metodología:

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de guías de prácticas clínicas. Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; portales bibliográficos y revistas como Dialnet, Revista Science Direct, Scielo.

Castellano e inglés han sido los idiomas usados para consultar en las bases de datos.

Resultados:

La hemocromatosis hereditaria (HH) se sospecha mediante una prueba llamada índice de saturación de transferrina (IST): Dos mediciones del test con mediciones del 60% en el hombre y 55% en la mujer,

se consideran muy sugestivas de HH. Esta técnica se realiza de forma precoz y es económica. Otra determinación muy útil es la ferritina en suero, pero es menos útil para la detección precoz. De ahí que la biopsia hepática sea una prueba concluyente, ya que, midiendo el índice hepático del hierro (IHH) se confirma el diagnóstico de hemocromatosis hereditaria (ser superior a 1,9).

Al tener carácter genético y gracias a la aportación de Feder y Cols, en 1996 en el descubrimiento del gen HFE del cromosoma 6 con sus mutaciones, así como al avance del análisis genético, hace que se empiece a dejar a un lado la biopsia para sustituirla por un análisis genético con determinaciones. De hecho, solo se realizan la biopsia hepática si hay que valorar una lesión hepática por esta enfermedad en un estado avanzado.

Con respecto a la hemocromatosis secundaria, la bibliografía destaca que se base en el hallazgo de niveles elevados de ferritina sérica, hierro y saturación de transferrina.

Es clave destacar las condiciones laborales del paciente en el diagnóstico diferencial.

Estudios de otros autores describen la posibilidad de que la presencia excesiva de hierro sea causada por la actividad laboral de soldadura, al igual que otros autores determinan que las partículas inhaladas pueden depositarse en el parénquima pulmonar y transportarse al sistema circulatorio. Todo ello hace pensar que ante un paciente con sobrecarga de hierro, viendo su situación laboral, se puede plantear descartar la etiología genética de la enfermedad e incluso la etiología secundaria, y aparezca una nueva hipótesis: el origen profesional para las hemocromatosis.

El tratamiento más común de la hemocromatosis hereditaria es la flebotomía.

Actualmente se realiza otro método la eritrocitaféresis (extracción sanguínea donde se recolectan los glóbulos rojos y ese plasma autólogo se vuelve a trasfundir al paciente). En un estudio realizado en 2003 mediante un ensayo clínico sobre las dos técnicas, no encuentran conclusiones definitivas para descartar el uso de la flebotomía en contraposición de la eritrocitaféresis.

Sin embargo, en pacientes que no pueden realizarse las flebotomías, se utiliza el método de quelación del hierro, para lograr una saturación de transferrina < 50%, gracias a varios fármacos como la deferoxamina, deferasirox o deferipona.

Hay inconvenientes como el uso de perfusión parenteral de la deferoxamina, el control renal de deferasirox o el riesgo de agranulocitosis de la deferipona. Su uso se ha extendido más en hemocromatosis secundaria que en hemocromatosis primaria.

Además de la extracción terapéutica de sangre se recomiendan varias pautas en la alimentación:

- Evitar la ingesta de suplementos de hierro y complejos multivitamínicos que contienen hierro.
- Evitar tomar suplementos de vitamina C, ya que, esta mejora la absorción del hierro.
- Evitar el alcohol; este puede provocar daño hepático.
- Evitar comer pescado y mariscos crudos: predisposición a infecciones.

Conclusiones:

- El conocimiento de esta enfermedad por parte del profesional de enfermería es primordial para su adecuado manejo.

- Las sencillas indicaciones alimenticias pueden ayudar al paciente con hemocromatosis a evitar futuras complicaciones.

Bibliografía:

1. Hemocromatosis. Digestive System [Internet]. 2005 [citado el 31 de octubre de 2021]; Disponible en: [https:// medlineplus.gov/spanish/hemochromatosis.html](https://medlineplus.gov/spanish/hemochromatosis.html)
2. Rodrigo L. Hemocromatosis hereditaria. Rev Esp Enferm Dig. 2006;98(11):883–883.
3. Hemocromatosis [Internet]. Arthritis.org. [citado el 31 de octubre de 2021]. Disponible en: [https:// espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/Hemocromatosis/](https://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/Hemocromatosis/)
4. Msdmanuals.com. [citado el 31 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-sangre/exceso-de-hierro/hemocromatosis>

Capítulo 78

Diagnostico diferencial y tratamiento de la hemocromatosis genética y secundaria.

*Arriaga Rodríguez, Ana María
Nuñez Cabanillas, María del Carmen
Rodrigo Marin, Esther María*

DIAGNÓSTICO PRENATAL NO INVASIVO DETECCIÓN DE ANEUPLOIDÍAS CROMOSÓMICAS

Arriaga Rodríguez ,A.M.; Rodrigo Marín, E.M.; Nuñez Cabanillas, M.C.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1997 se demostrara la presencia de ADN fetal en sangre periférica materna, son numerosos los grupos que se dedican a investigar en este campo para intentar desarrollar e incorporar a la rutina clínica el NIPD (Non Invasive Prenatal). En un principio, el alcance de los diagnósticos estuvo limitado por la presencia mayoritaria de ADN materno coexistiendo con el ADN fetal. Sin embargo, el desarrollo reciente de tecnologías mucho más sensibles, está permitiendo un avance vertiginoso de este campo.

El test prenatal no invasivo (NIPT) se utiliza en la clínica como un método de cribado para encontrar a aquellas gestantes que tienen un riesgo de aneuploidía alto, específicamente para las trisomías 21, 18 y 13, y anomalías del cromosoma X. Requiere de una muestra de sangre periférica materna, en la que se analiza el ADN fetal libre circulante.

OBJETIVOS

Conocer el desarrollo que ha tenido el NIPD y sus aplicaciones clínicas actuales así como sus beneficios y riesgos

MATERIAL Y MÉTODO

-Revisión de la bibliografía de las principales bases de datos: Pubmed, Cochranne,Uptodate, Cinahl, Scielo y Guías de Salud
.-Sin restricción en idioma ni tiempo
.-Estrategia de búsqueda:noninvasive prenatal Diagnosis, ADN fetal libre ,aneuploidías fetales

RESULTADOS



APLICACIONES CLÍNICAS

-Este test se basa en el análisis del ADN libre total circulante en el plasma materno del que aproximadamente un 10% es de origen fetal y placentario.
- En los últimos años se ha incorporado el análisis del ADN en el plasma materno para el cribado de las trisomías fetales T21, T18 y T13.
-Otras aplicaciones: determinación del sexo fetal, determinación del factor RhD fetal y estudio de enfermedades monogénicas.

TASA DE DETECCIÓN DE ANEUPLOIDÍAS

-Varios estudios han analizado la eficacia del NIPT como cribado para aneuploidias en relación con el cariotipo fetal. La tasa de detección de aneuploidías fue 99,2% y falso positivo en 0,9%. La tasa de detección es mucho mejor para la trisomía 21, con 96,3%.
-Disminuye para la trisomía 18 y 13, con una tasa de detección de 91% y 90%, respectivamente.
- Para la monosomía de X, la detección es de 93%.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

-La confirmación o exclusión con certeza de una anomalía genética pasa ineludiblemente por una técnica invasiva que permita la obtención de material biológico sobre el que realizar el estudio genético.
- Las técnicas invasivas más empleadas son la Biopsia Corial y la Amniocentesis.

RIESGOS Y FUENTES DE ERROR

- No se trata de un procedimiento invasivo, por lo que no conlleva ningún riesgo para el feto.
- Todo lo que conlleva es la toma de una muestra sanguínea materna, tal y como se realiza para cualquier otro análisis de sangre.
- Posibles fuentes de error: edad gestacional temprana, obesidad materna, embarazo múltiple ,mosaicismo placentario

CONCLUSIONES

- El NIPT es un examen de CRIBADO de aneuploidías que tiene una alta tasa de detección. Un resultado de riesgo alto debe confirmarse con un método diagnóstico como el cariotipo de líquido amniótico.
- El NIPT puede ser ofrecido a cualquier gestante, si esta ha sido informada adecuadamente de las ventajas y limitaciones del examen y desea hacerlo. El NIPT no detecta anomalías fetales anatómicas. De encontrarse este tipo de defectos en la ecografía, se requiere de un examen diagnóstico (invasivo) que puede detectar una gama más amplia de alteraciones cromosómicas que las que se detectan con el NIPT.

Resumen: Desde que en 1997 se demostrara la presencia de ADN fetal en sangre periférica materna, son numerosos los grupos que se dedican a investigar en este campo para intentar desarrollar e incorporar a la rutina clínica el NIPD (Non Invasive Prenatal). El test prenatal no invasivo (NIPT) se utiliza en la clínica como un método de cribado para encontrar a aquellas gestantes que tienen un riesgo de aneuploidía alto, específicamente para las trisomías 21, 18 y 13, y anomalías del cromosoma X. Un resultado de riesgo alto debe confirmarse con un método diagnóstico como el cariotipo de líquido amniótico.

Palabras Clave: Noninvasive prenatal, Diagnosis Adn Fetal Libre, Aneuploidías Fetales

Introducción:

En 1997 se demostró la presencia de ADN fetal en sangre periférica materna, y desde entonces son numerosos los grupos que se dedican a investigar en este campo para intentar desarrollar e incorporar a la rutina clínica el NIPD (Non Invasive Prenatal). En un principio, el alcance de los diagnósticos estuvo limitado por la presencia mayoritaria de ADN materno coexistiendo con el ADN fetal. Sin embargo, el desarrollo reciente de tecnologías mucho más sensibles, está permitiendo un avance vertiginoso de este campo.

El test prenatal no invasivo (NIPT) se utiliza en la clínica como un método de cribado para encontrar a aquellas gestantes que tienen un riesgo de aneuploidía alto, específicamente para las trisomías 21, 18 y 13, y anomalías del cromosoma X. Requiere de una muestra de sangre periférica materna, en la que se analiza el ADN fetal libre circulante.

Por ello el objetivo de nuestro trabajo es conocer el desarrollo que ha tenido el NIPD y sus aplicaciones clínicas actuales así como sus beneficios y riesgos

Los pasos a seguir serían

1. Muestra de sangre materna
2. Búsqueda de ADN fetal
3. Análisis
4. Interpretación y diagnóstico de riesgo

Este test se basa en el análisis del ADN libre total circulante en el plasma materno del que aproximadamente un 10% es de origen fetal y placentario.

En los últimos años se ha incorporado el análisis del ADN en el plasma materno para el cribado de las trisomías fetales T21, T18 y T13. Otras aplicaciones del test son la determinación del sexo fetal, determinación del factor RhD fetal y estudio de enfermedades monogénicas.

Varios estudios han analizado la eficacia del NIPT como cribado para aneuploidías en relación con el cariotipo fetal. La tasa de detección de aneuploidías fue 99,2% y falso positivo en 0,9%. La tasa de detección es mucho mejor para la trisomía 21, con 96,3%. Disminuye para la trisomía 18 y 13, con una tasa de detección de 91% y 90%, respectivamente. Para la monosomía de X, la detección es de 93%.

La confirmación o exclusión con certeza de una anomalía genética pasa ineludiblemente por una técnica invasiva que permita la obtención de material biológico sobre el que realizar el estudio genético. Las técnicas invasivas más empleadas son la Biopsia Corial y la Amniocentésis.

No se trata de un procedimiento invasivo, por lo que no conlleva ningún riesgo para el feto. Todo lo que conlleva es la toma de una muestra sanguínea materna, tal y como se realiza para cualquier otro análisis de sangre. Como posibles fuentes de error encontramos la edad gestacional temprana, obesidad materna, embarazo múltiple, mosaicismo placentario

Finalmente, podemos concluir que el NIPT es un examen de CRIBADO de aneuploidías que tiene una alta tasa de detección. Un resultado de riesgo alto debe confirmarse con un método diagnóstico como el cariotipo de líquido amniótico.

El NIPT puede ser ofrecido a cualquier gestante, si esta ha sido informada adecuadamente de las ventajas y limitaciones del examen y desea hacerlo. El NIPT no detecta anomalías fetales anatómicas. De encontrarse este tipo de defectos en la ecografía, se requiere de un examen diagnóstico (invasivo) que puede detectar una gama más amplia de alteraciones cromosómicas que las que se detectan con el NIPT.

Bibliografía:

-Marta Rodríguez de Alba,, Ana Bustamante-Aragonés¹, Sara Perladoa, María José Trujillo-Tiebas, Joaquín Díaz-Recasens^b, Javier Plaza-Arranz^{by} Carmen Ramosa. Diagnóstico prenatal no invasivo: presente y futuro de mano de las nuevas tecnologías. *Diagn prenatal*.2012; 23(2):67-65.

- Carla Sesarini, Pablo Argibay, Lucas Otaño. Diagnóstico prenatal no invasivo. Ácidos nucleicos de origen fetal en sangre materna. *Medicina (Buenos Aires)* 2010; 70: 537-542. ISSN 0025-7680.

- Dr. Sebastián Illanes., Dr. Emiliano Pertossi, Dra. María Isabel González Z. Non invasive prenatal diagnosis. *Rev. Medrev. Med. Clin. Condes* - 2014; 25(6) 887-893]

- Diagnóstico prenatal no invasivo. SEQC (Sociedad Española de Medicina de laboratorio) 2016-2017 -893]

Capítulo 79

Discapacidad y epilepsia

*Martín Hidalgo, Ana Isabel
Chicote Izquierdo, Severo*

INTRODUCCIÓN:

Discapacidad son los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una determinada "condición de salud" y sus factores contextuales (ambientales y personales).

La **epilepsia** es una enfermedad crónica del SNC, que se manifiesta en forma de crisis inesperadas y espontáneas, desencadenadas por una actividad eléctrica excesiva de un grupo de neuronas hiperexcitables.

La sociedad española de neurología estima que en España padecen epilepsia unas 400.000 personas.

Las crisis epilépticas representan el 1-2% de las urgencias médicas (el 1% en adultos y el 2% en niños) y son la segunda causa de asistencia neurológica en emergencias y la tercera causa neurológica de hospitalización.

La predisposición genética o padecer algún tipo de lesión cerebral, son las causas más habituales.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

- Varón de 34 años. Ingresa en el centro en el año 2009.
- En seguimiento por neurología por encefalopatía hipóxica perinatal con secuelas de retraso psicomotor grave y epilepsia secundaria resistente al tratamiento.
- Hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo.
- Dependiente para todas las ABVD. Hace vida cama-sillón.
- Precisa dieta triturada y el uso de espesantes para líquidos por el riesgo de aspiración.
- Presenta doble incontinencia.
- En los registros de crisis no encontramos variación en los diferentes meses del año.

Se adjunta tabla de crisis epilépticas de los últimos 7 años.



PLAN DE CUIDADOS:

Durante la estancia en el centro el plan de cuidados se centra básicamente en los patrones de salud alterados, relacionados con la discapacidad y la epilepsia del residente.

DOMINIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC
0002 NUTRICIÓN	00103. Deterioro de la deglución.	1918. Control Aspiración.	3200. Precaución para evitar la aspiración.
	00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	602. Hidratación.	4120. Manejo de líquidos. 4130. Monitorización de líquidos.
003 ELIMINACIÓN	00021. Incontinencia urinaria total.	1101. Integridad tisular. Piel y mucosas.	610. Cuidados de la incontinencia urinaria.
	00011. Estreñimiento.	501. Eliminación Intestinal. 1008. Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.	430. Manejo intestinal. 450. Manejo del estreñimiento/impacción.
	00014. Incontinencia fecal.	1101. Integridad tisular. Piel y mucosas.	410. Cuidados de la incontinencia intestinal.
005 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	00126. Conocimientos deficientes.	900. Capacidad cognitiva.	5510. Educación sanitaria.
	00039. Riesgo de aspiración.	1918. Control de la aspiración. 912. Estado neurológico. Conciencia.	1570. Manejo del vómito. 3200. Precaución para evitar la aspiración. 740. Cuidados del paciente encamado. 840. Cambio de posición.
011 SEGURIDAD-PROTECCIÓN	00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	1101. Integridad tisular: piel y mucosas. 1902. Control del riesgo. 1908. Detección del riesgo.	1100. Manejo de la nutrición. 1660. Cuidados de los pies. 3500. Manejo de presiones. 3540. Prevención de UPP. 3590. Vigilancia de la piel.
	00155. Riesgo de caídas.	1902. Control del riesgo. 1909. Conducta de seguridad: Prevención de caídas. 1912. Estado de seguridad. Caídas.	6654. Vigilancia: seguridad. 6640. Prevención de caídas.
	00053. Aislamiento social r/c alteración del estado mental.	1504. Soporte social.	5100. Potenciación de la socialización. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 7560. Facilitar las visitas.

Discusión y Conclusiones:

El pronóstico de los pacientes al inicio de su epilepsia puede categorizarse en tres grupos: remisión sin tratamiento, remisión con tratamiento o presentar crisis epilépticas persistentes a pesar del tratamiento.

Aproximadamente el 25% de los pacientes son farmacorresistentes (es el caso del residente), es decir, no consiguen controlar sus crisis epilépticas después de haber utilizado al menos dos tratamientos apropiados y adecuados en monoterapia o politerapia. Estos pacientes ven aumentado el riesgo de muerte prematura, traumatismos, alteraciones psicosociales y una mayor comorbilidad y, por lo tanto, una menor calidad de vida.

A pesar de haberse comercializado en los últimos 20 años 17 nuevos fármacos antiepilépticos, estos no han conseguido modificar el porcentaje de pacientes farmacorresistentes existentes.

Este residente ha utilizado la mayoría de estos fármacos con el resultado que se aprecia en la gráfica adjunta.

Resumen: *El presente trabajo, trata de explicar la gran problemática social que ocasiona el hecho, no sólo de padecer una discapacidad, sino de unirle a ello una enfermedad epiléptica, la cual, muchas veces, es fármaco resistente. Asimismo, este problema desencadena un gran dilema a la familia y también al sistema de salud, ya que todo ello aumenta el número de consultas por parte de estos pacientes en el sistema sanitario y a su vez, aumenta la angustia sufrida por las familias e incluso por los propios pacientes.*

Palabras Clave: *Epilepsia, Discapacidad, Fármaco resistencia*

Introducción:

El desarrollo del presente caso clínico ha tenido lugar durante los años 2014-2020 en el que se ha estudiado de forma exhaustiva al residente y su evolución. El seguimiento del paciente ha sido relativamente sencillo, ya que se encontraba interno en el centro de trabajo de los ponentes del presente estudio.

Comenzamos con el desarrollo del mismo cuando, tras unos años de ingreso en el centro, el residente, con una discapacidad por encefalopatía hipóxica perinatal y sufriendo una gran cantidad de crisis epilépticas de fuerte intensidad, teniendo sus correspondientes revisiones en el servicio de Neurología, no sólo no ceden las anteriormente mencionadas crisis, sino que, a pesar de los cambios continuos de tratamiento, esas crisis se reagudizan sin un motivo aparente.

Este tipo de procesos se da, aproximadamente, en el 25% de los pacientes epilépticos. Pacientes en los que, a pesar de haberse comercializado, en los últimos 20 años, 17 nuevos fármacos antiepilépticos, dicho porcentaje no ha variado. Con la consecuente menor calidad de vida, tanto de los pacientes diagnosticados como de sus familias, por la angustia que esta enfermedad pueda generar.

Nosotros hemos realizado una valoración siguiendo la taxonomía NANDA, las intervenciones de enfermería NIC y los resultados NOC, teniendo en cuenta cuales van a poder llevarse a cabo, cuales no y cuales pueden estar relacionados con el problema principal que presenta el residente, que es la discapacidad y las crisis epilépticas tan habituales que presenta.

Durante los siete años en que se ha basado este estudio, el residente ha acudido a consulta de Neurología cada tres o seis meses, dependiendo del intervalo de las crisis epilépticas de ese momento y casi siempre, se le ha modificado algún fármaco antiepiléptico, bien aumentando de dosis o bien cambiándolo por otro fármaco de nueva generación. Pese a todo, el resultado no ha variado apenas con la modificación de los mismos, aunque, también, hay que mencionar que ha tenido periodos de cese del número de crisis con otros en las que estas han sido prácticamente a diario.

Se ha estudiado el hecho de que las crisis pudieran estar relacionadas con algún factor externo dentro del ambiente residencial o relacionado con la salud del residente y que pudieran ser un factor desencadenante de las mismas, pero no se ha podido observar una relación que fuese demostrable ni concluyente.

El hecho de que el paciente tenga epilepsia resistente al tratamiento ha llevado a un empeoramiento progresivo de su estado basal y neurológico durante este tiempo, alternando episodios semicomatosos, con otros periodos de mayor respuesta a estímulos externos.

Este tipo de patologías afecta tanto al paciente como a la familia, generando una angustia continua, como hemos podido observar en este caso, ya que se crea un estado de desasosiego en la misma, al no poder ayudar a su familiar y ver que, a pesar del tratamiento y del tiempo, la evolución de la enfermedad y las consecuencias de la misma no mejoran. Poniendo de manifiesto la gran importancia de centros residenciales, como en el que se encuentra el paciente, con supervisión continua durante las 24 horas y asistencia sanitaria, pudiendo tratar las crisis epilépticas en el menor tiempo posible con el consiguiente menor daño neurológico y por tanto, un mejor mantenimiento, dentro de lo posible, del estado del paciente.

Bibliografía:

- 1.- Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. 2018-2020 por NANDA Internacional. Madrid. Elsevier. 2019.
- 2.- Adriana Olmos-Hernández, Alberto Ávila-Luna, Emilio Arch-Tirado, Antonio Bueno-Nava, Gabriela Espinosa-Molina, Alfonso Alfaro-Rodríguez. La epilepsia como un problema de discapacidad. Investigación en discapacidad. 2013. Volumen 2, núm. 3. Pp 122-130.
- 3.- Vicente Villanueva Haba, Mercé Falip Centellas, Manuel Toledo Argany. Manual de prácticas clínicas en epilepsia. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la SEN. Madrid. Luzán 5. 2019.

Capítulo 80

Disfunción suelo pélvico. A propósito de un caso

*Lozano Jiménez, Sandra
Palencia Guerrero, María Teresa
Arcas Domínguez, Sandra*



DISFUNCIÓN DE SUELO PÉLVICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra Lozano Jiménez¹

1 Fisioterapeuta – Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud

Sandra Arcas Domínguez²

2 Fisioterapeuta – Policlínica Villarrobledo

Teresa Palencia Guerrero³

3 Fisioterapeuta – Junta Comunidades de Castilla La Mancha



INTRODUCCIÓN

Mujer, 32 años, fisioterapeuta. Acude a consulta con síntomas de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) y dolor en relaciones sexuales, de alrededor de un mes y medio de evolución. No antecedentes, ni enfermedades actuales. Hace un año, parto vaginal instrumentado (con ventosa kiwi) a término. Realizan episiotomía (4 puntos). Lactancia materna hasta los seis meses.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

A la exploración presenta hipertonía en lado izquierdo: bandas tensas en obturador interno y elevador del ano, que provoca una descompensación muscular, por la cual no obtiene una correcta contracción de la musculatura del suelo pélvico. Debilidad en la musculatura tónica. Sensibilización en zona externa: horquilla vulvar. En la ecografía se aprecia una diástasis de 1'8cm supraumbilical, encontrándose dentro de la normalidad. Cicatriz por episiotomía derecha, sin adherencias y no sensibilizada.

PLAN DE TRATAMIENTO

Pautamos tratamiento con objetivos de:

- Normalizar el tono muscular.
- Potenciar suelo pélvico, sobretodo musculatura tónica.
- Desensibilizar el tercio distal de la vagina.

Ejercicios en tronco de propiocepción del Método Propioceptivo Pelvipereineal 5P para potenciación. Este método propioceptivo con el que, a través de un tronco, conseguimos, entre otros muchos beneficios, gestionar los desequilibrios musculares, mejorar la postura y el tono del periné. Estos beneficios se consiguen utilizando un tronco de madera con unas dimensiones preestablecidas. Se utiliza el pie como vía de entrada de información, que permite hacer regulaciones posturales, activando así las fibras tónicas musculares (que son las que mantienen la postura). Con el Método 5P trabajamos los músculos abdominales y se reequilibran las tensiones musculares de todo el cuerpo, mejorando el diafragma y músculos de la esfera pélvica. Trabajamos el equilibrio general mejorando el eje central del cuerpo, mejorando así la postura.



Tratamiento con diatermia (INDIBA) para mejorar los tejidos, activar el colágeno y desensibilizar. La diatermia es una técnica mediante la cual se aplica una corriente de alta frecuencia que penetra en las capas más profundas, produciendo un efecto térmico, también biológico, a nivel celular. Esta técnica acelera el metabolismo de las células, aliviando la inflamación con mayor rapidez que las técnicas convencionales. El objetivo de la diatermia es incrementar la temperatura del tejido del área lesionada, por medio de un campo magnético o eléctrico, para acelerar los procesos de curación del cuerpo. La técnica ayuda a mejorar el riego sanguíneo, el aumento de la oxigenación, la contribución a la regeneración celular, la reducción del dolor y la mejora de la calidad del tejido fascial, contribuyendo así a aliviar y solventar la dolencia; en definitiva, a una recuperación más completa y rápida. La diatermia se utiliza de forma complementaria al tratamiento manual.

Tratamiento domiciliario por parte de la paciente, realizando:

- Ejercicios propioceptivos en diferentes superficies, tanto estables como inestables (colchoneta, bosu, tronco propioceptivo Método 5P)
- Ejercicios de fortalecimiento general de la musculatura del suelo pélvico afectada, así como musculatura auxiliar e íntimamente relacionada.

Trabajo de bandas tensas internas con terapia manual.



Tras el tratamiento mejora por completo el dolor en relaciones sexuales, no hay prácticamente episodios de incontinencia y cuando ocurren, suelen ser en momentos de soportar carga prolongada (fatiga muscular). La paciente refiere no notar la sensación del final de la micción.

La paciente, al ser fisioterapeuta, continúa realizando los ejercicios pautados en tratamiento de forma domiciliaria.

DISCUSIÓN

Revisión a los tres meses: la sensibilidad sigue siendo buena, los episodios de incontinencia urinaria tampoco empeoran. A la valoración se aprecian bandas tensas en ambos obturadores del lado izquierdo, debilidad en estabilizadores de cadera en hemicuerpo izquierdo, así como caída del arco plantar de ese lado. Trabajo de estabilización de toda la cadena de miembro inferior, así como terapia manual de las bandas tensas. A los ejercicios domiciliarios anteriormente pautados, se añade electroterapia específica de la musculatura de suelo pélvico, mediante electrodo intracavitario.

CONCLUSIÓN

Los resultados en este caso clínico son positivos y satisfactorios, aunque solo muestran una evolución de tres meses de trabajo, lo que demuestra que el trabajo de fisioterapia es dinámico y en constante evolución, así como, lo más importante, la implicación por parte del paciente tiene que ser total y absoluta, para conseguir beneficios. La paciente continúa el tratamiento de fisioterapia, por lo que los resultados serán revisados dentro de tres meses.

Resumen: *En la actualidad, dentro del campo de la fisioterapia, hay un auge en cuanto al conocimiento de la mujer y su cuerpo. Se está dando más visibilidad a la maternidad y la lactancia, así como aumentando el conocimiento de las patologías derivadas de ellas. En las consultas de fisioterapia se ha visto incrementado el número de consultas relacionadas con estas dos áreas de trabajo, por lo cual, es importante saber cómo tratar estas patologías y saber de qué técnicas disponemos para poder trabajarlas con eficacia.*

Palabras Clave: *Physical Therapy, Pelvic Floor, Urinary Incontinence*

Introducción:

Mujer, 32 años, fisioterapeuta. Acude a consulta con síntomas de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) y dolor en relaciones sexuales, de alrededor de un mes y medio de evolución. No antecedentes, ni enfermedades actuales. Hace un año, parto vaginal instrumentado (con ventosa kiwi) a término. Realizan episiotomía (4 puntos). Lactancia materna hasta los seis meses.

Observación Clínica:

A la exploración presenta hipertonia en lado izquierdo: bandas tensas en obturador interno y elevador del ano, que provoca una descompensación muscular, por la cual no obtiene una correcta contracción de la musculatura del suelo pélvico. Debilidad en la musculatura tónica. Sensibilización en zona externa: horquilla vulvar. En la ecografía se aprecia una diástasis de 1'8cm supraumbilical, encontrándose dentro de la normalidad. Cicatriz por episiotomía derecha, sin adherencias y no sensibilizada.

Plan de Tratamiento:

Pautamos tratamiento con objetivos de:

- Normalizar el tono muscular.
- Potenciar suelo pélvico, sobre todo musculatura tónica.
- Desensibilizar el tercio distal de la vagina.

Realizamos:

- Ejercicios en tronco de propiocepción del Método Propioceptivo Pelvipérvico 5P para potenciación. Este método propioceptivo con el que, a través de un tronco, conseguimos, entre otros muchos beneficios, gestionar los desequilibrios musculares, mejorar la postura y el tono del periné. Estos beneficios se consiguen utilizando un tronco de madera con unas dimensiones preestablecidas. Se utiliza el pie como vía de entrada de información, que permite hacer regulaciones posturales, activando así las fibras tónicas musculares (que son las que mantienen la postura). Con el Método 5P trabajamos los músculos abdominales y se reequilibran las tensiones musculares de todo el cuerpo, mejorando el diafragma y los músculos de la esfera pélvica. Trabajamos el equilibrio general mejorando el eje central del cuerpo, mejorando así la postura.

- Tratamiento con diatermia (INDIBA) para mejorar los tejidos, activar el colágeno y desensibilizar. La diatermia es una técnica mediante la cual se aplica una corriente de alta frecuencia que penetra en las capas más profundas, produciendo un efecto térmico, también biológico, a nivel celular. Esta técnica acelera el metabolismo de las células, aliviando la inflamación con mayor rapidez que las técnicas con-

vencionales. El objetivo de la diatermia es incrementar la temperatura del tejido del área lesionada, por medio de un campo magnético o eléctrico, para acelerar los procesos de curación del cuerpo, la técnica ayuda a mejorar el riego sanguíneo, el aumento de la oxigenación, la contribución a la regeneración celular, la reducción del dolor y la mejorar de la calidad del tejido fascial, contribuyendo así a aliviar y solventar la dolencia; en definitiva, a una recuperación más completa y rápida. La diatermia se utiliza de forma complementaria al tratamiento manual.

- Trabajo de bandas tensas internas con terapia manual.

- Tratamiento domiciliario por parte de la paciente, realizando: Ejercicios propioceptivos en diferentes superficies, tanto estables como inestables (colchoneta, bosu, tronco propioceptivo Método 5P) y ejercicios de fortalecimiento general de la musculatura del suelo pélvico afectada, así como musculatura auxiliar e íntimamente relacionada.

Tras el tratamiento mejora por completo el dolor en relaciones sexuales, no hay prácticamente episodios de incontinencia y cuando ocurren, suelen ser en momentos de soportar carga prolongada (fatiga muscular). La paciente refiere no notar la sensación del final de la micción.

La paciente, al ser fisioterapeuta, continúa realizando los ejercicios pautados en tratamiento de forma domiciliaria.

Discusión:

Revisión a los tres meses: la sensibilidad sigue siendo buena, los episodios de incontinencia urinaria tampoco empeoran. A la valoración se aprecian bandas tensas en ambos obturadores del lado izquierdo, debilidad en estabilizadores de cadera en hemicuerpo izquierdo, así como caída del arco plantar de ese lado. Trabajo de estabilización de toda la cadena de miembro inferior, así como terapia manual de las bandas tensas. A los ejercicios domiciliarios anteriormente pautados, se añade electroterapia específica de la musculatura de suelo pélvico, mediante electrodo intracavitario.

Conclusión:

Los resultados en este caso clínico son positivos y satisfactorios, aunque solo muestran una evolución de tres meses de trabajo, lo que demuestra que el trabajo de fisioterapia es dinámico y en constante evolución, así como, lo más importante, la implicación por parte del paciente tiene que ser total y absoluta, para conseguir beneficios. La paciente continúa el tratamiento de fisioterapia, por lo que los resultados serán revisados dentro de tres meses.

Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. El libro blanco sobre la incontinencia urinaria en España. Madrid:
2. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991
3. Grosse, D, Sengler, J. Reeducción del periné. Fisioterapia en las incontinencias urinarias. Barcelona (España): Masson, SA; 2001.
4. Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. Actas Urol Esp. 2006; 30(2): 110-22.
5. Serra Llosa L. Fisioterapia Perineal. En: Salinas J, Rapariz M. Tratado de Reeducción en urogineproctología. Madrid.1997

Capítulo 81

Dolor, ansiedad y Delirium en UCI: valoración y tratamiento

Villalta Lillo, Nuria

DOLOR, ANSIEDAD Y DELIRIUM EN UCI: VALORACIÓN Y TRATAMIENTO.

NURIA VILLALTA LILLO

XII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA. CIUDAD REAL (1-8 OCT).

INTRODUCCIÓN

El paciente crítico ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) vive situaciones que generan estados de ansiedad, disconfort, desasosiego, agitación y dolor.

El dolor es el recuerdo más experimentado en estos pacientes. Es una de las principales causas de delirium.

Los fármacos analgésicos y sedantes son un pilar fundamental para el tratamiento.

La sedoanalgesia utilizada de forma inadecuada tiene como consecuencias negativas la prolongación del tiempo de ventilación, el aumento de la incidencia de delirio, la prolongación de estancia en UCI y en el hospital además de un aumento de mortalidad.

Se utilizarán diversas escalas de evaluación tanto en pacientes comunicativos como en los no comunicativos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica.
- Base de datos: Google académico, Pubmed, Scielo, Medline.
- 22 artículos en español >2011.
- Paciente adulto.
- Palabras clave: UCI, Unidad de Cuidados Intensivos, dolor, analgesia, sedación, delirium, ansiedad.



OBJETIVOS

- Analizar las prácticas de sedación y analgesia en las UCI.
- Conocer las herramientas de valoración de dolor, sedación y delirium más empleadas.
- Evaluar los beneficios del paciente bien sedoanalgesiado.
- Explorar los conocimientos del personal sanitario en base a la literatura y estudios existentes.

RESULTADOS

- Los pacientes ingresados en UCI presentaban dolor en 69%. Sin diferencia por sexo.
- Se evalúa más a los pacientes comunicativos que los no comunicativos.
- En los pacientes no comunicativos la escala para el dolor ESCID fue la más empleada.
- La combinación de MDZ-Fentanilo fue la más empleada.
- Algo más de la mitad de UCIs cuentan con protocolos de sedación. La escala RASS es la más utilizada.
- Solo un tercio del personal médico interrumpe diariamente la sedación.
- El personal de enfermería tiene pocos conocimientos y actitudes acerca del dolor.
- El delirium es un trastorno frecuente infradiagnosticado. El haloperidol es el fármaco más utilizado. La dexmedetomidina está dando mejores resultados clínicos.

Resumen: *El paciente crítico ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos vive situaciones que generan estados de ansiedad, disconfort, agitación y dolor. El dolor es el recuerdo más experimentado en estos pacientes. Es una de las principales causas de delirium. Los fármacos analgésicos y sedantes son un pilar fundamental para el tratamiento. Así como las escalas de evaluación.*

La sedoanalgesia utilizada de forma inadecuada tiene como consecuencias negativas la prolongación del tiempo de ventilación, el aumento de la incidencia de delirio, la prolongación de estancia en UCI y hospital además de un aumento de mortalidad.

Palabras Clave: *Unidad de Cuidados Intensivos, Dolor, Analgesia*

Desarrollo del trabajo:

El estudio busca conocer las prácticas de sedación y analgesia en las unidades de cuidados intensivos. Así como los métodos y herramientas para evaluar el dolor, el nivel de sedación y la presencia de delirium. De esta forma valorar si existe una buena técnica. Y si afecta o no esa buena práctica a la calidad de vida del paciente, su enfermedad y la duración de ingreso.

Se expondrán los fármacos más utilizados para el manejo de estos pacientes. Se analizarán los beneficios e inconvenientes según su uso. Además, se tendrán en cuenta las prácticas no farmacológicas a la hora de tratar el dolor en los pacientes críticos.

Objetivos:

- Analizar las prácticas de sedación y analgesia en las UCI.
- Conocer las herramientas de valoración de dolor, sedación y delirium más empleadas.
- Evaluar los beneficios del paciente bien sedoanalgesiado.
- Explorar los conocimientos del personal sanitario en base a la literatura y estudios existentes.

Metodología:

El trabajo se trata de una revisión bibliográfica de la literatura y estudios existentes, para lograr dar respuesta a los objetivos citados de forma más adecuada. El objetivo de búsqueda fue encontrar artículos que trataran del paciente crítico con dolor y ansiedad. Concretamente se centrará sobre las herramientas de evaluación y su tratamiento. La finalidad de este diseño es resumir y llevar a cabo una interpretación y un análisis crítico de la literatura, siempre desde el punto de vista de los autores.

Para ello, se hizo una búsqueda en las bases de datos: Google académico, Scielo, Cuiden y Pubmed.

Criterios de inclusión:

- Adaptabilidad a la temática tratada.
- Validez científica.
- Fecha de publicación inferior a 10 años
- Texto en castellano.
- Texto libre y gratuito.

Criterios de exclusión:

- Falta de adherencia a la temática tratada
- Escasa o ausencia de validez científica.
- Texto con más de 10 años de publicación
- Idioma distinto al señalado.
- Texto de pago.

Resultados:

- Los pacientes ingresados en UCI presentaban dolor en 69%. Sin diferencia por sexo.
- Se evalúa más a los pacientes comunicativos que los no comunicativos.
- En los pacientes no comunicativos la escala para el dolor ESCID fue la más empleada.
- La combinación de MDZ-Fentanilo fue la más empleada.
- Algo más de la mitad de UCIs cuentan con protocolos de sedación. La escala RASS es la más utilizada.
- Solo un tercio del personal médico interrumpe diariamente la sedación.
- El personal de enfermería tiene pocos conocimientos y actitudes acerca del dolor.
- El delirium es un trastorno frecuente infradiagnosticado. El haloperidol es el fármaco más utilizado. La dexmedetomidina está dando mejores resultados clínicos.

Conclusiones:

- Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos presentaban dolor significativo en un porcentaje superior al 69%. No siendo relevante la diferencia por sexo.

Son varios los autores que coinciden en que se evalúa más a los pacientes comunicativos que a los no comunicativos. La escala del dolor más utilizada en los pacientes no comunicativos fue ESCID. Aquellos pacientes en los que se monitoriza frecuentemente el dolor, tanto en reposo como en procedimientos dolorosos, se adecuó mejor el uso de analgésicos.

Algo más de la mitad las UCI cuentan con protocolos de sedación. La agitación y la sedación es evaluada en un gran porcentaje, siendo la escala RASS la más utilizada.

Solo un tercio del personal médico practica la interrupción diaria de la sedación. Sin embargo, diversos estudios concluyen que una interrupción diaria de la sedación mejora los resultados clínicos de los pacientes.

El personal de enfermería afirma tener pocos conocimientos y actitudes acerca del dolor. La falta educativa del personal y el miedo a una sedación por defecto limitan a la hora de evolucionar en las prácticas de sedoanalgesia.

Los pacientes con una correcta evaluación del dolor y sedación consiguieron una sedoanalgesia individualizada más adecuada. Estos pacientes disminuyeron el tiempo de uso de ventilación mecánica y el tiempo de estancia en uci. Además de reducir las complicaciones asociadas y los síntomas de estrés postraumático.

La combinación de midazolam y fentanilo fue la más empleada por las UCIs.

El delirium es un trastorno frecuente y poco diagnosticado. Es tratado de forma tardía agravando más la patología. A pesar de que el haloperidol sigue siendo el fármaco más utilizado la dexmedetomidina está dando mejores resultados clínicos.

Bibliografía:

1. Olmos M, Varela D, Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. Revista médica Clínica las Condes. 2019; 30(2):126-139.
2. Benveniste-Pérez E, et al. Dolor, sedación y delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev méd Trujillo. 2019; 14(1):36-41.
3. Chamorro C, Romera M.A. Dolor y miedo en la UCI. Med Intensiva. 2015;39(7):442-444.
4. García-Sánchez M, et al. Prácticas de analgesia y sedación y delirium en Unidades de Cuidados Intensivos españolas: Encuesta 2013-2014. Med Intensiva. 2019; 43(4):225-233.
5. Aguilar C.R, Martínez C. La realidad de la Unidad De Cuidados Intensivos. Med Crit 2017; 31(3):1771- 173.

Capítulo 82

ECMO en pacientes Covid-19

Bravo Fernández, Carmen María

ECMO EN PACIENTES COVID-19

Carmen María Bravo Fernández

Objetivos

Conocer la aplicación del dispositivo ECMO en pacientes covid-19.

Objetivos específicos

- Conocer cuáles han sido los resultados del uso del dispositivo ECMO en pacientes covid-19.
- Conocer cómo se ha utilizado el dispositivo ECMO en paciente covid-19.

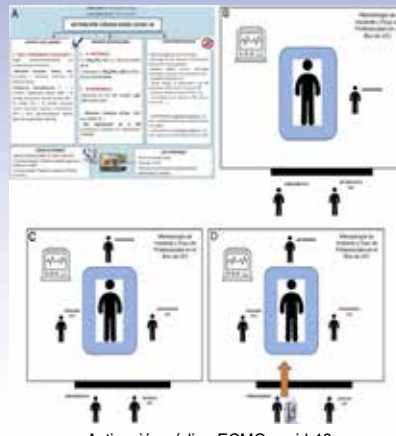
Material y método

Revisión sistemática y de metanálisis de artículos publicados en 2020 y 2021 sobre la temática de estudio.

Se realizó la búsqueda en inglés y en español, utilizándose como palabras clave "ECMO", "extracorporeal membrane oxygenation" y "COVID-19" en booleana AND. En humanos, sin criterio de edad.

Se adjunta tabla con fuentes consultadas, nº artículos encontrados y finalmente seleccionados.

TIPO Y	N.º FUENTES CONSULTADAS	SELECCIONADAS
WUJBO	26	4
WUJBO	3	1
WUJBO	0	0
WUJBO	3	2
WUJBO	18	1
WUJBO	26	2
WUJBO	1	1
WUJBO	0	1



Activación código ECMO covid-19

ELSO	CESAR TRIAL	EOLIA TRIAL	SOCHIMI****
Ensayo clínico aleatorizado controlado que compara el uso de ECMO con el uso de ventilación mecánica en pacientes con SDRA.	Ensayo clínico aleatorizado controlado que compara el uso de ECMO con el uso de ventilación mecánica en pacientes con SDRA.	Ensayo clínico aleatorizado controlado que compara el uso de ECMO con el uso de ventilación mecánica en pacientes con SDRA.	Ensayo clínico aleatorizado controlado que compara el uso de ECMO con el uso de ventilación mecánica en pacientes con SDRA.

Criterios de Ingreso a ECMO por SDRA

Resultados y Conclusiones

El uso de la ECMO se debe implementar en base a los protocolos y guías establecidas, donde se valore caso a caso y considerando el riesgo-beneficio.

Se debe aumentar el número estudios en poblaciones más amplias, ya que el uso de ECMO en este escenario debe ser tenido en cuenta por el beneficio que parece tener en los pacientes; nuevos estudios podrían evidenciar mejor los mecanismos que involucran la enfermedad y muerte de pacientes críticos por covid-19, de modo que el uso de la ECMO quede más patente y justificado.

La mayoría de los estudios consultados, reflejan resultados poco concluyentes en cuanto al beneficio de la ECMO en estos pacientes, de aquí la necesidad de seguir investigando.

Actualmente el tratamiento con ECMO se ha enfocado en pacientes específicos con criterios de inclusión estrictos, sobre todo jóvenes con pocas comorbilidades, pero un adecuado uso y la correcta comprensión del riesgo-beneficio, todo ello respaldado por nuevas evidencias, puede determinar la eficacia de la ECMO en pacientes con SDRA por covid-19.

Referencias

- 1.Hu BS, M ZH, Jiang LX, Yu J, Chang Y, Cao Y, et al. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in patients with COVID-19: a rapid systematic review of case studies. European review for medical and pharmacological sciences. 2020;24(22):11945-52.
- 2.Diaz R, Orrego M, Orrego R, Abame S. A propósito de la contingencia COVID-19. ECMO en el adulto. Oxigenación por membrana extracorpórea. A qué, cómo y cuándo? 2020.
- 3.Hany Hasan E, Aly Sheif H, Taha Aly A, Mohammed G, Hazem Youssel S. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in patients with severe COVID-19 adult respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis Research Square. 2021.
- 4.Daniel Beldón de S, Adriano de Oliveira A, Selma Tencinza M, Adriano Alves P. Possible solutions for oxygenation support in critically ill patients with COVID-19. Research on Biomedical Engineering. 2021.
- 5.(ELSO) OSV1E. Documento de Orientación ELSO ECMO para Pacientes con COVID-19 con Insuficiencia Cardiopulmonar Severa. 2021.
- 6.Gimeno-Costa R, Barrios M, Heesda T, García C, de Hevia L. Insuficiencia respiratoria COVID-19: soporte con ECMO para niños y adultos jóvenes. Anales de Pediatría. 2020;93(3):202-5.
- 7.Sahna Y, Shamas A, Zeena AI M, Pallavapla A, Wessam E, Muna A, et al. Management of life-threatening acute respiratory syndrome and severe pneumonia secondary to COVID-19 in pregnancy: a case report and literature review. 2020.
- 8.Zhu Y, Zhang M, Zhang R, Ye X, Wei J. Extracorporeal membrane oxygenation versus mechanical ventilation alone in adults with severe acute respiratory distress syndrome: A systematic review and meta-analysis. International journal of clinical practice. 2021;74:10496.
- 9.Haiduc AA, Alom S, Mamed N, Harky A. Role of extracorporeal membrane oxygenation in COVID-19: A systematic review. Journal of cardiac surgery. 2020;35(10):2079-87.
- 10.Kim JH, Piel M, Landoni G, Scandroglio AM, Calabró MG, Fontelsky E, et al. Venovenous ECMO treatment, outcomes, and complications in adults, according to large case series: A systematic review. The international journal of artificial organs. 2020;39(10):989-97.
- 11.Oliveira TF, Rocha CAO, Santos A, Silva Junior LCF, Aquino SHS, Cunha E, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation in COVID-19 Treatment: a Systematic Literature Review. Brazilian journal of cardiovascular surgery. 2020.
- 12.Javier Gilman Perera R, Juan Camilo Quintero G, Ill, Ollio Lopez F, Sr, Sandra Sharon Wais S, Jr., Ximena Velásquez B, Jr. Ventilatory support in SARS-CoV-2 during intensive therapy. medRxiv. 2020.
- 13.García Jiménez JM, Barquero Anco JM, Valdemina Marcos JF, González Calle A, Gutiérrez Carretero E, Comas Mera JA, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular ante la pandemia de COVID-19. En representación de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular (SECCV). Cirugía Cardiovascular. 2020;27(3):98-92.
- 14.Ramanathan K, Antognini D, Combes A, Paden M, Zakharov B, Ogino M, et al. Planning and provision of ECMO services for severe ARDS during the COVID-19 pandemic and other outbreaks of emerging infectious diseases. Lancet Respir Med. 2020;8(5):518-26.
- 15.Szwed P, Rytzowski A, Wojtowicz R, Drobniak D, Walenczyk J, Wierzbicka W. Severe respiratory failure in the course of coronavirus disease 2019 treated with extracorporeal membrane oxygenation. Kardiologia polska. 2020;78(9):913-5.



XII Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia
Ciudad Real (España) – Del 1 al 8 de octubre 2021



Resumen: La ECMO es una forma avanzada de soporte vital la cual da apoyo respiratorio y cardiaco, proporcionando opciones de mejora a pacientes críticamente enfermos con hipoxemia refractaria. La conformación más utilizada para pacientes covid-19 es la veno-venosa. Se ha realizado una revisión sistemática en las principales fuentes de búsqueda bibliográfica y estudios científicos. Los objetivos eran conocer la aplicación del dispositivo ECMO en pacientes covid-19, conocer cuáles han sido los resultados del uso del dispositivo ECMO en pacientes covid-19, conocer cómo se ha utilizado el dispositivo ECMO en paciente covid-19. La ECMO se debe implementar en base a los protocolos.

Palabras Clave: ECMO COVID-19 extracorporeal membrane oxygenation

Desarrollo del trabajo:

Los estudios iniciales sobre la eficacia de la ECMO en covid-19, no fueron concluyentes. La muestra era pequeña unido a la problemática que conlleva la gestión de este programa durante una pandemia, explica el que no se haya realizado un análisis prospectivo aleatorizado para evaluar el papel de la ECMO en este escenario en concreto. Este hándicap se refleja en otros artículos.

Por otro lado, se ha observado que en general los pacientes de mayor gravedad son los que reciben la ECMO, lo que podría producir un sesgo en el resultado de las tasas de mortalidad y por ende en determinar la utilidad de esta técnica. Se debe tener en cuenta que la ECMO es una técnica que esta disponible en centros específicos y no esta generalizado su uso. Aunque la indicación de iniciar la ECMO varia entre fuentes, las indicaciones generales son: hipoxemia refractaria y aumento de hipercapnia a pesar del uso de otras terapias. Tanto ELSO como el trabajo de Haiduc, AA et al establecen un algoritmo del uso de la ECMO. La Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular (SECCE) recoge un gráfico, con los criterios de selección de entrada en ECMO y los de exclusión, así como las contraindicaciones en pacientes covid-19.

Aunque la ECMO puede ser una estrategia de rescate viable, no sustituye al tratamiento convencional óptimo del SDRA. El tratamiento con ventilación mecánica a volúmenes tíldales bajos y con una presión positiva al final de la espiración moderada, unido al bloqueo neuromuscular y el uso del decúbito prono, hacen que el abanico de opciones de tratamiento sea amplio y valorable. Por otro lado, se ha visto que la ECMO beneficia a la hora de dar protección pulmonar, disminuyendo así posibles efectos adversos de la ventilación mecánica prolongada en lo que respecta a barotrauma y volutrauma.

En lo que se refiere al contexto de la pandemia, se dificulta el acceso a este tipo de tratamientos al estar tan restringido a centros de un alto nivel asistencial. Además, según las revisiones, hay un respaldo significativo, no solamente en la metodología llevaba a cabo, sino también en que los resultados obtenidos son apoyados por muchos otros trabajos.

Conclusiones:

Es evidente, según lo estudiado, que se debe aumentar el número estudios en poblaciones más amplias, ya que el uso de ECMO en este escenario debe ser tenido en cuenta por el beneficio que parece tener en los pacientes. Además, con nuevos estudios se podrían evidenciar mejor los mecanismos que involucran la enfermedad y muerte de pacientes críticos por covid-19, de modo que el uso de la ECMO quede más patente y justificado.

Actualmente el tratamiento con ECMO se ha enfocado en pacientes específicos con criterios de inclusión estrictos, sobre todo jóvenes con pocas comorbilidades, pero un adecuado uso y la correcta comprensión del riesgo-beneficio, todo ello respaldado por nuevas evidencias, puede determinar la eficacia de la ECMO en pacientes con SDRA por covid-19.

La mayoría de los estudios consultados, reflejan resultados poco concluyentes en cuanto al beneficio de la ECMO en estos pacientes; sí se ha visto una asociación biológica entre el uso de ECMO y la disminución de la mortalidad, como así lo recogen YoufengZhu et al., la ECMO da lugar a evitar altas presiones y FiO2 en la ventilación mecánica, aumenta la oxigenación y disminuye el riesgo de lesión pulmonar iatrogénica.

El uso del sistema ECMO conlleva un conocimiento muy específico y por ende la necesidad de profesionales formados al respecto. Se deben tener en cuenta los distintos modos de conexión, las complicaciones del propio sistema, además de la capacitación y respaldo continuo e institucional para que, en una base de datos correctamente actualizada, se puedan comparar los resultados obtenidos de cada aplicación de la ECMO y conseguir un correcto funcionamiento de este programa.

Para esto ELSO ha creado un listado de registro de modo que, en el futuro, poder disponer de más datos acerca del uso de la ECMO pudiendo así establecer protocolos de aplicación con más garantías y seguridad.

Un dato interesante que manejan en el estudio de Pereira-Rodríguez, JE et al. es el parámetro de la interleucina-6 al ser un marcador que podría predecir el SDRA y, por tanto, poder valorar la aplicación de la ECMO antes de que el paciente esté críticamente enfermo, con los beneficios que esto supondría, disminuyendo en gran medida las tasas de mortalidad asociadas al estado crítico basal.

Todo esto lleva a concluir que, en base a la literatura consultada, el uso de la ECMO se debe implementar en base a los protocolos y guías establecidas, donde se valore caso a caso y considerando el riesgo-beneficio. Se precisa de más investigaciones y estudios de calidad para poder esclarecer y confirmar el beneficio que supone la ECMO en pacientes con SDRA por covid-19.

Bibliografía:

1. Hu BS, M ZH, Jiang LX, Yu J, Chang Y, Cao Y, et al. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in patients with COVID-19: a rapid systematic review of case studies. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2020;24(22):11945-52.
2. Díaz R, Orrego M, Orrego R, Abrams D. A propósito de la contingencia COVID-19. ECMO en el adulto: Oxigenación por membrana extracorpórea. A quién, cómo y cuándo 2020.
3. Hany Hasan E, Aly Sherif H, Taha Aly A, Mohammed G, Hazem Youssef S. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in patients with severe COVID-19 adult respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis *Research Square*. 2021.
4. Daniel Baldoino de S, Adriano de Oliveira A, Selma Terezinha M, Adriano Alves P. Possible solutions for oxygenation support in critically ill patients with COVID-19. *Research on Biomedical Engineering*. 2021.
5. (ELSO) OdsVE. Documento de Orientación ELSO: ECMO para Pacientes con COVID- 19 con Insuficiencia Cardiopulmonar Severa. 2021.

Capítulo 83

Efectividad de la fisioterapia en la parálisis de Bell

*Lozano Muñoz, Laura María
Ruiz López, María de las Nieves
Férrandez Villa, Soraya*



EFFECTIVIDAD DE LA FISIOTERAPIA EN LA PARÁLISIS DE BELL



AUTORES: Lozano Muñoz, Laura María; Ruiz López, María de las Nieves; Fernández Villa, Soraya.

INTRODUCCION La parálisis de Bell o parálisis facial idiopática, es la debilidad o parálisis de la musculatura inervada por el nervio facial. Se produce la pérdida parcial o total de la movilidad voluntaria de un lado de la cara. Cuadro típico: frente sin arrugas, una ceja más descendida, apertura permanente del ojo afectado y descenso y desviación de la boca hacia el lado sano. Otros síntomas: dolor retroauricular, lagrimeo, alteraciones sensitivas y sensoriales en oído y gusto ipsilateral. Es de etiología viral, y se ha vinculado a los virus del herpes simple, la varicela y la mononucleosis infecciosa.

El abordaje es multidisciplinar, **combinando tratamiento médico** (esteroides y antivirales) **y rehabilitador (técnicas de fisioterapia)**. Estas se utilizan para acelerar la recuperación, mejorar la función facial y minimizar las secuelas.

Las técnicas más utilizadas en fisioterapia son: ejercicios faciales, masoterapia, láser, electroterapia, Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (Kabat), biofeedback, termoterapia y taping.

La presente revisión bibliográfica tiene como **OBJETIVO** analizar la eficacia de la fisioterapia en la recuperación tras la parálisis de Bell.

METODOLOGÍA

Bases de datos electrónicas: Medline, PubMed y PeDro.

Palabras clave: bell's palsy, physical therapy, treatment.

Se evaluó la **calidad metodológica** de los estudios seleccionados mediante la **escala Jadad** (puntuía de 0 a 5).

Criterios de inclusión

- **Tipo de estudios:** ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA).
- Período de publicación: 2016-2021.
- Idioma: inglés y español.
- Población estudio: adultos, diagnosticados de parálisis de Bell.
- Intervención: cualquier técnica de fisioterapia combinada o no con fármacos.
- Evaluación de: los efectos sobre el estado de salud y/o el estado físico y/o el estado psicológico y/o el estado social.

Todos aquellos que no cumplieran estos criterios fueron **excluidos** así como los ensayos que incluían el estudio de cualquier otra patología.

RESULTADOS Mediante la búsqueda en las diferentes bases de datos, se encontraron 167 estudios, tras una pre-selección se identificaron 10 estudios de los cuales **se incluyeron definitivamente 4**.

La **calidad metodológica** de los estudios incluidos, según la **escala Jadad** fue **media**, uno alcanzó la máxima puntuación de 5, dos obtuvieron una puntuación de 3 y uno obtuvo una puntuación de 2.

Los estudios presentan una **gran heterogeneidad** pero se podrían **categorizar** según las intervenciones o según las evaluaciones.



Artículo	Participantes GI: Grupo intervención GC: Grupo control	Método de intervención	Resultados
Role of low-level laser therapy added to facial expression exercises in patients with idiopathic facial (Bell's) palsy	N= 46 -GI: 23 -GC: 23	Duración 6 semanas/3 veces por semana. Intervención: Láser diodo + ejercicios faciales Control: Ejercicios faciales	• Evaluaciones al inicio, a las 3 y a las 6 semanas de finalizar el tratamiento. Mejorías significativas en el grupo intervención desde la semana 3 y mantenidas en el tiempo. En el cuestionario FDI (Facial Disability Index).
Role of Kabat rehabilitation in facial nerve palsy: a randomised study on severe cases of Bell's palsy	N= 96 -GI: 28 -GC: 66	Ambos grupos 2 semanas: Intervención: terapia farmacológica domicilio (prednisolona) + ejercicios Kabat 2/semana en clínica. Control: terapia farmacológica en domicilio (esteroides, paracetamol, lágrimas).	• Evaluaciones al inicio, 2 por semana durante el tratamiento, al finalizar y 1 mes después. Mejorías significativas en grupo intervención: -Tiempos de recuperación más cortos. -Mayor tasa de recuperación y mejoría en todos los grados de afectación. Mejorías en ambos grupos: -Disminución de las sincinesias y de la rigidez. -Mayor tasa de recuperación en gente joven.
Facial taping as biofeedback to improve the outcomes of physical rehab in Bell's palsy: preliminary results of a randomized case-control study	N= 20 -GI: 10. -GC: 10.	Intervención: ejercicios de Kabat + taping facial. Control: ejercicios de Kabat.	• Evaluaciones al inicio, a la semana, al mes y a los 3 meses tras el tratamiento. Mejorías significativas en ambos grupos. Menor tiempo de recuperación en grupo intervención y mayor mejora al mes.
Neuromuscular electrical stimulation and shortwave diathermy in unrecovered Bell palsy: A randomized controlled study	N= 20 -GI: 10 -GC: 10	Duración: 4 semanas/5 veces por semana Intervención: Electroneuroestimulación + Onda corta + Ejercicios supervisados Control: Electroneuroestimulación placebo + Ejercicios supervisados	• Evaluaciones al inicio y al final del tratamiento. Mejorías significativas en grupo intervención: -Simetría de los movimientos voluntarios. -Simetría de movimiento del músculo cigomático. -Disminución de las contracturas y sincinesias

CONCLUSIONES

De estos resultados se puede decir que hay ciertas técnicas fisioterápicas con mayor relevancia por:

- Aumentar el porcentaje de pacientes recuperados.
- Aumentar el grado de mejoría.
- Disminuir el tiempo de recuperación.
- Disminuir las secuelas en parálisis facial crónica.

Estos resultados demuestran que la fisioterapia aumenta la mejoría frente a la rehabilitación convencional o el tratamiento farmacológico.

Aunque debido a la heterogeneidad de los estudios encontrados no se puede establecer una técnica que resulte más beneficiosa, **las técnicas más utilizadas y con mejores resultados** son:

- **Ejercicios faciales:** promueven la simetría facial, mejoran la expresión, alimentación y comunicación.
- **Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (Kabat):** disminuye las sincinesias, mejora el control muscular y la simetría de los movimientos
- **Terapia láser:** para afectaciones del nervio facial.
- **Electroterapia:** mejora la fuerza muscular, retrasa la atrofia y reduce la espasticidad.

Esta revisión presenta varias **limitaciones:** tamaño muestral pequeño o no heterogéneo, intervenciones cortas y seguimientos muy cortos o inexistentes en la mayoría de los 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.

BIBLIOGRAFÍA

- Monini S, Iacolucci CM, Di Traglia M, Lazzarino AI, Barbara M. Role of Kabat rehabilitation in facial nerve palsy: a randomised study on severe cases of Bell's palsy. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2016;36(4):282-8.
- Di Stadio A, Gambacorta V, Ralli M, Pagliari J, Longari F, Greco A, et al. Facial taping as biofeedback to improve the outcomes of physical rehab in Bell's palsy: preliminary results of a randomized case-control study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2021;278(5):1693-8.
- Marotta N, Demeco A, Inzitari MT, Caruso MG, Ammendolia A. Neuromuscular electrical stimulation and shortwave diathermy in unrecovered Bell palsy: A randomized controlled study. Medicine (Baltimore). 2020;99(8):e19152.

Resumen: La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar la eficacia de la fisioterapia en la recuperación tras la parálisis de Bell. Esta consiste en la debilidad o parálisis de la musculatura inervada por el nervio facial, con la pérdida de la movilidad voluntaria de un lado de la cara.

Tras la búsqueda y se incluyeron 4 artículos. Sus resultados demuestran que la fisioterapia aumenta la mejoría frente a la rehabilitación convencional o el tratamiento farmacológico porque aumenta el porcentaje de pacientes recuperados, aumenta el grado de mejoría, disminuye el tiempo de recuperación y disminuye las secuelas en parálisis facial crónica.

Palabras Clave: Bell Palsy, Treatment Physical, Therapy Specialty

Desarrollo del trabajo:

La parálisis de Bell o parálisis facial idiopática es la debilidad o parálisis de la musculatura inervada por el nervio facial. Se produce la pérdida parcial o total de la movilidad voluntaria de un lado de la cara. Cuadro típico: frente sin arrugas, una ceja más descendida, apertura permanente del ojo afectado y descenso y desviación de la boca hacia el lado sano. Otros síntomas: dolor retroauricular, lagrimeo, alteraciones sensitivas y sensoriales en oído y gusto ipsilateral. Es de etiología viral, y se ha vinculado a los virus del herpes simple, la varicela y la mononucleosis infecciosa.

El abordaje es multidisciplinar, combinando tratamiento médico (esteroides y antivirales) y rehabilitador (técnicas de fisioterapia). Estas se utilizan para acelerar la recuperación, mejorar la función facial y minimizar las secuelas.

Las técnicas más utilizadas en fisioterapia son: ejercicios faciales, masoterapia, láser, electroterapia, Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (Kabat), biofeedback, termoterapia y taping.

Objetivo:

Analizar la eficacia de la fisioterapia en la recuperación tras la parálisis de Bell.

Metodología:

Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas: Medline, PubMed y PeDro. Con las palabras clave: bell's palsy, physical therapy, treatment. Se evaluó la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante la escala Jadad (puntuación de 0 a 5).

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Tipo de estudios: ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA).
- Período de publicación: 2016-2021.
- Idioma: inglés y español.
- Población estudio: adultos, diagnosticados de parálisis de Bell.
- Intervención: cualquier técnica de fisioterapia combinada o no con fármacos.
- Evaluación de: los efectos sobre el estado de salud y/o el estado físico y/o el estado psicológico y/o el estado social.

Todos aquellos que no cumplían estos criterios fueron excluidos, así como los ensayos que incluían el estudio de cualquier otra patología.

Resultados:

Mediante la búsqueda en las diferentes bases de datos, se encontraron 167 estudios, tras una pre-selección se identificaron 10 estudios de los cuales se incluyeron definitivamente 4.

La calidad metodológica de los estudios incluidos, según la escala Jadad fue media, uno alcanzó la máxima puntuación de 5, dos obtuvieron una puntuación de 3 y uno obtuvo una puntuación de 2.

Los estudios presentan una gran heterogeneidad, pero se podrían categorizar según las intervenciones o según las evaluaciones.

Los artículos incluidos son:

- Role of low-level laser therapy added to facial expression exercises in patients with idiopathic facial (Bell's) palsy.
- Role of Kabat rehabilitation in facial nerve palsy: a randomised study on severe cases of Bell's palsy.
- Facial taping as biofeedback to improve the outcomes of physical rehab in Bell's palsy: preliminary results of a randomized case-control study.
- Neuromuscular electrical stimulation and shortwave diathermy in unrecovered Bell palsy: A randomized controlled study.

Conclusiones:

De estos resultados se puede decir que hay ciertas técnicas fisioterápicas con mayor relevancia por:

- Aumentar el porcentaje de pacientes recuperados.
- Aumentar el grado de mejoría.
- Disminuir el tiempo de recuperación.
- Disminuir las secuelas en parálisis facial crónica. Estos resultados demuestran que la fisioterapia aumenta la mejoría frente a la rehabilitación convencional o el tratamiento farmacológico.

Aunque debido a la heterogeneidad de los estudios encontrados no se puede establecer una técnica que resulte más beneficiosa, las técnicas más utilizadas y con mejores resultados son:

- Ejercicios faciales: promueven la simetría facial, mejoran la expresión, alimentación y comunicación.
- Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (Kabat): disminuye las sincinesias, mejora el control muscular y la simetría de los movimientos
- Terapia láser: para afectaciones del nervio facial.
- Electroterapia: mejora la fuerza muscular, retrasa la atrofia y reduce la espasticidad.

Esta revisión presenta varias limitaciones: tamaño muestral pequeño o no heterogéneo, intervenciones cortas y seguimientos muy cortos o inexistentes en la mayoría de los casos. Debido a las limitaciones encontradas son necesarias futuras líneas de investigación enfocadas a:

- La combinación de terapias óptima, con una duración más larga y la existencia de seguimiento.

Bibliografía:

1. Monini S, Iacolucci CM, Di Traglia M, Lazzarino AI, Barbara M. Role of Kabat rehabilitation in facial nerve palsy: a randomised study on severe cases of Bell's palsy. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2016;36(4):282–8.
2. Di Stadio A, Gambacorta V, Ralli M, Pagliari J, Longari F, Greco A, et al. Facial taping as biofeedback to improve the outcomes of physical rehab in Bell's palsy: preliminary results of a randomized case- control study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021;278(5):1693–8.
3. Marotta N, Demeco A, Inzitari MT, Caruso MG, Ammendolia A. Neuromuscular electrical stimulation and shortwave diathermy in unrecovered Bell palsy: A randomized controlled study: A randomized controlled study. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(8):e19152.

Capítulo 84

Efectividad de la fisioterapia en la prevención del trauma perineal en el parto

García Mulas, Carmen

EFFECTIVIDAD DE LA FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DEL TRAUMA PERINEAL EN EL PARTO

AUTORA: Carmen García Mulas

INTRODUCCION

El trauma perineal es definido como cualquier daño en la zona genital al dar a luz, tanto espontáneamente como por episiotomías.

El daño perineal puede producir incontinencia urinaria o fecal, relaciones dolorosas, persistente dolor perineal y debilidad en la musculatura del suelo pélvico.

El masaje perineal es una medida física preventiva que se realiza en mujeres embarazadas produciendo un aumento de la elasticidad y favoreciendo la circulación sanguínea del periné, facilitando así la relajación del plano muscular durante el parto.

El programa de entrenamiento del suelo pélvico produce un aumento del flujo de sangre que contribuye a que los tejidos dañados y las células se recuperen con mayor facilidad. La frecuencia de entrenamiento recomendada es de dos a tres veces en semana y en cuanto a la duración, la literatura aconseja utilizar el tiempo necesario para conseguir resultados en cuanto hipertrofia muscular y a ciertos rangos de fuerza máxima.

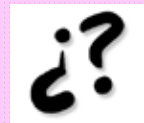


METODOLOGIA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, PUMBED, PEDRO y Biblioteca Cochrane. Se han utilizado los términos **DECs y MeSH** "perineal massage", "pelvic floor", "physiotherapy" y "perineal trauma".

Los estudios seleccionados fueron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos controlados y guías de práctica clínica publicados entre el año 2013 y el 2020.

¿Es realmente efectiva la fisioterapia obstétrica para la prevención del trauma perineal en el parto?



OBJETIVO

Evaluar la evidencia científica sobre el masaje perineal y la realización de actividad física para el fortalecimiento del suelo pélvico.



Los ejercicios más utilizados para potenciación de la musculatura del suelo pélvico son: potenciación de los músculos pubovaginales, puborectales y pubocoxígeos, mediante ejercicios realizados simultáneamente al aumento de la presión abdominal o ejercicios de potenciación de la musculatura del suelo pélvico mediante ciclos de contracciones y reposo a diferente intensidad y frecuencia y/o acompañados de palpación digital. En gran parte de los trabajos analizados los autores incluyen un entrenamiento previo del paciente en el cual toma conciencia de su musculatura y aprende a contraer o relajar dicha musculatura de forma voluntaria.

El masaje perineal se debe iniciar desde las 35 semanas de gestación. Aumenta tonicidad de los músculos del periné y ayudan a la relajación perineal. Es una técnica fácil de realizar y sin efectos perjudiciales. Se suelen acompañar en su realización de aceites para mejorar la lubricación. Para la mayoría de las mujeres el masaje perineal es aceptable y creen que les ayuda a prepararse para el parto.

RESULTADOS

Realizando ejercicios de suelo pélvico 28 días o más disminuye la incidencia de padecer incontinencia urinaria y disminuye la incidencia de episiotomías.

El masaje perineal disminuye los desgarros perineales, más significativamente los de primer grado. También las episiotomías y partos instrumentales

CONCLUSION

La mayoría de estudios demuestran la eficacia del masaje perineal durante el trabajo del parto para reducir el trauma perineal, estableciendo que sí resulta efectivo. Comprobando la reducción de la tasa de episiotomía (principal trauma perineal). Así mismo defienden el uso de un programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico para prevenir el trauma perineal es eficaz. El entrenamiento muscular del suelo pélvico reporta resultados positivos en todos los estudios, ya que, el suelo pélvico de las mujeres está más entrenado y preparado para el momento del parto resultando ser efectivo en la prevención de la incontinencia urinaria postparto.

Resumen: El trauma perineal, es considerado un daño de la zona genital tras el parto. Puede darse de manera espontánea como por las episiotomías. Las consecuencias pueden ser las incontinencias, la debilidad de los músculos del suelo pélvico así como el dolor persistente de la zona perineal.

El objetivo es evaluar el tratamiento de fisioterapia como método para prevenir el trauma perineal en el parto.

El tratamiento de fisioterapia se basó en el masaje perineal realizado en embarazadas y un programa de entrenamiento del suelo pélvico para conseguir fortalecerlo, ganar elasticidad y la relajación del plano muscular durante el parto.

Palabras Clave: Physical Therapy Specialty Perineal injuries • Perineal massage

Desarrollo del trabajo:

Los traumas perineales (TP), son la interrupción o laceración de la mucosa vaginal, pudiendo alcanzar tejidos de la región pudenda como consecuencia del parto vaginal. Dependiendo del grado de desgarro requerirá de reparación quirúrgica. El trauma perineal constituye la forma más frecuente de lesión obstétrica. El perineo, es la zona que hay entre la vagina y el recto, si se produce un desgarro en el parto requerirá una sutura.

El TP constituye un problema de salud ya que presentan un efecto negativo a nivel psicológico de la mujer. Estas consecuencias están relacionadas directamente con la reparación de las mismas. Los síntomas persisten en un 95% de las mujeres hasta 8 semanas posparto. Puede estar asociado con morbididades a largo y a corto plazo. Las de corto plazo tienen relación con el dolor, el sangrado, la recuperación prolongada y el vínculo madre- recién nacido más lento, mientras que las de largo plazo se asocian con aquellas más graves como son la incontinencia urinaria y fecal, dispareunia y dolor perineal.

La clasificación del traumatismo perineal se basa en la afectación, siendo de primer grado cuando hay afectación de la horquilla, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal), de segundo grado, cuando afecta a la fascia y el músculo del cuerpo perineal, y de tercer grado si hay afectación del esfínter anal y por último el de cuarto grado si se afecta a la mucosa rectal. El 85% de las mujeres con traumatismo perineal se asocia al parto, el miedo al trauma lleva a muchas pacientes a planificar una cesárea para el parto.

Factores asociados al trauma perineal

Los factores que aumentan el riesgo de desgarro perineal de tercer o cuarto grado más comunes son la macrosomía, primiparidad, el parto instrumentado con aplicación de fórceps, la episiotomía, el período expulsivo prolongado y el uso de anestesia. Sin embargo el uso de la oxitocina podría ser considerado un factor protector del trauma.

Prevención del trauma perineal

Existen diferentes técnicas de prevención de los traumas perineales. La fisioterapia juega un papel importante en la aplicación de estas técnicas en las pacientes, mediante el masaje perineal y el fortalecimiento del suelo pélvico, para evitar en la manera de lo posible esta predisposición a los traumas.

*El masaje perineal, se debe iniciar desde las 35 semanas de gestación, para la flexibilización de los músculos perineales y así disminuir la resistencia de la musculatura. Esto hace que el periné se estire

durante el parto y no haya necesidad de usar la episiotomía. Es una técnica fácil de realizar y sin efectos perjudiciales. Se suelen acompañar en su realización de aceites para mejorar la lubricación.

Consiste en la introducción de los dedos 3-4 cm en la vagina, presionar hacia los lados y hacia abajo con movimientos de balanceos delicados y firmes, movimientos de adentro hacia afuera, movimientos en vaivén para estirar el periné y piel de la vagina. Se debe realizarse durante unos 2 ó 3 minutos, 1 o 2 veces a la semana.

*Fortalecimiento del suelo pélvico: Los ejercicios más utilizados son la potenciación de los músculos pubovaginales, puborectales y pubocoxígeos, mediante ejercicios realizados simultáneamente al aumento de la presión abdominal o ejercicios de potenciación de la musculatura del suelo pélvico mediante ciclos de contracciones y reposo a diferente intensidad y frecuencia y/o acompañados de palpación digital. En gran parte de los trabajos analizados los autores incluyen un entrenamiento previo del paciente en el cual toma conciencia de su musculatura y aprende a contraer o relajar dicha musculatura de forma voluntaria.

Resultados y Conclusiones:

Los diferentes estudios analizados, nos muestran que la realización de trabajo de fisioterapia, ya sea mediante masaje perineal durante el embarazo, fortalecimiento del suelo pélvico incluso los dos, son beneficiosos para la prevención de traumas perineales.

En el caso del masaje perineal, se ha demostrado que si se realiza desde la semana 35, la flexibilidad de la musculatura será mayor y la reducción de los traumas y la tasa de episiotomías se reducirá significativamente.

Así mismo defienden que el uso de un programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico para prevenir el trauma perineal es eficaz. El entrenamiento muscular del suelo pélvico reporta resultados positivos en todos los estudios, ya que, el suelo pélvico de las mujeres está más entrenado y preparado para el momento del parto resultando ser efectivo en la prevención de la incontinencia urinaria postparto.

Bibliografía:

1. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 13;6(6).
2. Aquino CI, Guida M, Saccone G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, Berghella V. Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020 Mar;33(6):1051-1063.
3. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 13;6(6).
4. Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery.* 2017 Jul;50:72-77.

Capítulo 85

Efectividad de la movilización frente a MWM en pacientes con reducción en la flexión dorsal de tobillo

*Rodríguez López, Elena
López Gil, María del Pilar*



EFECTIVIDAD DE LA MOVILIZACION FRENTE A MWM EN PACIENTES CON REDUCCION EN LA FLEXION DORSAL DE TOBILLO

REVISIÓN SISTEMÁTICA

INTRODUCCIÓN

La articulación del tobillo es la más estable del cuerpo gracias a su estructura ósea y ligamentosa. Además de su estructura, su estabilidad se encuentra condicionada por el control neuromuscular. Aún así, aproximadamente 712.000 personas en el mundo sufren un esguince de tobillo diariamente.

Es por ello, que sujetos con historial de esguince de tobillo previo y recurrente presentan complicaciones como la **inestabilidad crónica de tobillo (ICT)**. Dentro de la sintomatología de la ICT se incluye esguince de tobillo recurrente, dolor, inflamación, luxaciones de la articulación de tobillo, disminución de la fuerza muscular, control postural de la articulación alterado y estrategias de movimiento alteradas que afectan en la funcionalidad del tobillo.

En la mayoría de casos el tratamiento inicial es conservador, desde este enfoque, la fisioterapia ofrece diferentes protocolos entre ellos la terapia manual.

El **objetivo** de la revisión es conocer la evidencia existente entre las movilizaciones frente a MWM en sujetos con reducción de la flexión dorsal del pie que presentan inestabilidad crónica de tobillo (ICT).

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos **PubMed, PEDro, Cochrane, Google Scholar y ScienceDirect**. Para la búsqueda se estableció una ecuación con palabras relacionadas con MWM, movilización, flexión dorsal del pie e ICT y se combinaron entre sí utilizando operadores booleanos.

Se incluyeron en esta revisión **ensayos clínicos aleatorizados** que investigaban sobre la movilización frente a MWM en pacientes con reducción de la flexión dorsal del pie que presentan inestabilidad crónica de tobillo (ICT). De los estudios encontrados, únicamente se incluyeron artículos disponibles en formato texto completo y publicados en español e inglés cuya puntuación en la Escala PEDro fuese igual o superior a 6 puntos.



IDENTIFICACIÓN

CRIBADO

ELEGIBILIDAD

INCLUSIÓN

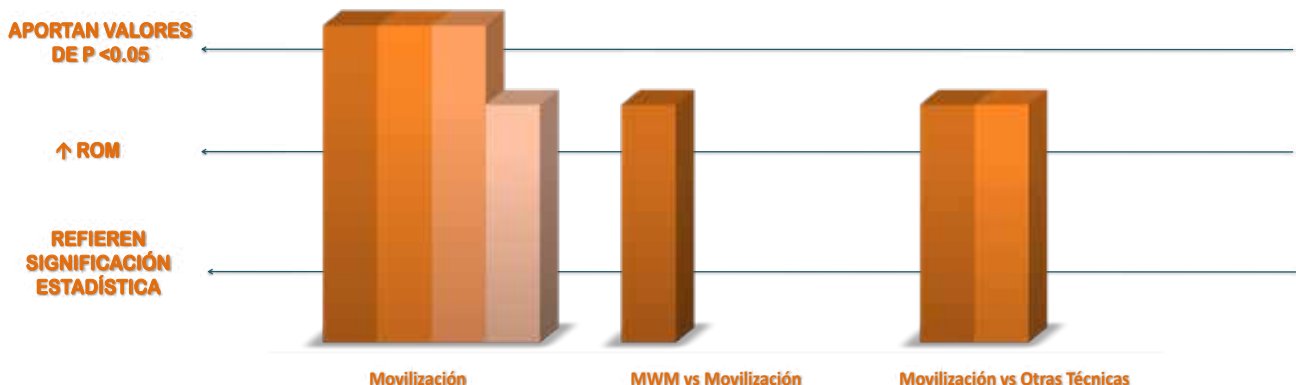
RESULTADOS

Los estudios analizados en esta revisión centraron su intervención en **movilizaciones articulares accesorias de Maitland** y **MWM de Mulligan** tanto en carga como sin carga. La mayoría de estos estudios obtuvieron resultados significativos en el aumento del equilibrio dinámico del tobillo, aumentó de la flexión dorsal del tobillo y disminución de la sensación de la inestabilidad.

CONCLUSIONES

La evidencia encontrada hasta el momento respalda el uso tanto de las técnicas de movilización accesorias de Maitland como de las MWM de Mulligan para mejorar la inestabilidad percibida de tobillo y el rango de movilidad de la flexión dorsal. No obstante, estas investigaciones sugieren que existe una considerable mejoría a corto plazo, en las primeras 48 horas tras la intervención, con las MWM frente a técnicas de alta velocidad o movilizaciones de Maitland en Grado V.

INTERVENCIONES



Resumen: El tobillo es la articulación con la anatomía más estable del cuerpo humano(1), estabilidad que está inherentemente condicionada por su estructura ósea y ligamentosa.

Los sujetos con historial de esguince de tobillo previo y recurrente presentan complicaciones como la inestabilidad crónica de tobillo (ICT).

En la sintomatología se incluye dolor, inflamación, luxaciones de la articulación, disminución de la fuerza muscular, control postural de la articulación alterado y estrategias de movimiento alteradas que afectan en la funcionalidad del tobillo.

La mayoría de casos el tratamiento inicial es conservador, desde este enfoque, la fisioterapia ofrece diferentes protocolos entre ellos la terapia manual.

Palabras Clave: MWM, Flexión Dorsal, Movilización

Desarrollo del trabajo:

El esguince lateral de tobillo afecta directamente a los ligamentos laterales de la articulación del tobillo y se trata de una de las lesiones más comunes en sujetos físicamente activos.

Aunque las cifras son variables, aproximadamente 712.000 personas en el mundo sufren un esguince de tobillo diariamente.

Dentro de las complicaciones crónicas del esguince lateral de tobillo, se encuentra la inestabilidad crónica de tobillo (ICT).

Justificación:

En la literatura actual, no se han detectado estudios que realicen comparación de movilización frente a MWM en el abordaje de la inestabilidad crónica de tobillo (ICT) desde el campo de la terapia manual. Aunque existen numerosos estudios que evidencian la efectividad de estas técnicas por separado, ninguno es capaz de afirmar con diferencias estadísticamente significativas cual sería la técnica de elección en el tratamiento de fisioterapia.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión sistemática es conocer la evidencia existente en relación a la movilización frente a MWM en pacientes con reducción de la flexión dorsal del pie que presentan inestabilidad crónica de tobillo (ICT).

Identificar qué técnica es más eficaz para mejorar el rango articular en flexión dorsal de tobillo, control postural, funcionalidad y severidad autoinformada en sujetos con ICT son los objetivos secundarios de la revisión.

Metodología:

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PEDro, Cochrane, Google Scholar y Science Direct. Todas las bases de datos estaban disponibles vía internet. Con el objetivo de recopilar toda evidencia disponible sobre la movilización frente a MWM en pacientes con reducción de la flexión dorsal del pie, no se aplicó límite temporal en las estrategias de búsqueda, que siguieron una secuencia determinada.

Antes de comenzar la revisión se realizó una búsqueda para asegurar que no existía ninguna revisión similar publicada, no se encontraron revisiones similares publicadas.

En primer lugar, se ejecutó una búsqueda de sinónimos de los términos claves

MWM, movilización y flexión dorsal y se combinaron entre sí utilizando los operadores booleanos OR, siendo mulligan mobilization OR mobilization with movement OR MWM OR mulligan concept OR mulligan method, maitland mobilization OR manipulative therapy OR passive movement, y ankle dorsiflexion

OR dorsiflexion range of motion OR DROM los tres bloques de términos claves. En segundo lugar se realizaron las búsquedas en las bases de datos, combinando los tres bloques de términos entre sí mediante el operador booleano AND.

La búsqueda en PEDro se realizó siguiendo una estrategia de búsqueda diferente

al resto de bases de datos. Se realizaron búsquedas simples y ante la imposibilidad de emplear la misma ecuación de búsqueda, se combinaron diferentes términos clave, siendo ankle passive movement, dorsiflexion passive movement, ankle mobilization with movement las búsquedas realizadas.

El proceso de selección de los estudios se organizó en cuatro estadios: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión.

Al término de la búsqueda bibliográfica se identificaron un total de 35.769

referencias y procedentes de las bases de datos Cochrane Library, PubMed, PEDro, Science Direct y Google Scholar.

Para evaluar el riesgo de sesgo presente en los estudios incluidos en la revisión

se empleó la herramienta Revised Cochrane risk- of- bias tool for randomized trials (RoB2).

Todos los estudios describen el método utilizado por tanto presentan un bajo riesgo de sesgo de selección. Por otra parte, en cuanto al sesgo de realización, todas las publicaciones describen que medidas utilizaron para cegar a los sujetos y que intervención se realizó en cada grupo.

Se puede concluir que el riesgo de sesgo de las publicaciones de esta revisión es de bajo riesgo de sesgo.

La calidad metodológica de la presente revisión se analizó empleando la Escala

de valoración PEDro. El desarrollo de la escala implicaba otorgar una puntuación a cada estudio, esta puntuación dependía del cumplimiento o no de los 11 ítems descritos. Cada estudio podía obtener puntuación de 1 o 0, en función de si el ítem evaluado se cumplía.

Resultado y Conclusión:

La evidencia disponible hasta el momento respalda el uso tanto de las técnicas de movilización accesorias de Maitland como de las MWM para el aumento de la dorsiflexión de tobillo además de la inestabilidad auto percibida y de la estabilidad dinámica de tobillo entre otras.

Existe un aumento del ROM articular de tobillo a corto y a largo plazo con ambas intervenciones y aunque se requiere de más estudios que sigan esta línea de investigación las primeras investigaciones disponibles sugieren que existe una mayor mejora a corto plazo, en las primeras 48 horas tras la intervención, con las MWM frente a técnicas de alta velocidad o movilizaciones de Maitland en Grado V.

Aunque los datos anteriormente expuestos arrojen luz sobre los beneficios del uso de las movilizaciones de Maitland en grado III, IV y V de las MWM de Mulligan encontramos falta de correlación entre las herramientas de evaluación, la homogeneidad de la población.

Bibliografía:

1. Monzó S, Lanzuela F, Alfaro B, José J, Universitario H, Fe L. Inestabilidad Crónica de Tobillo . Actualización Chronic Ankle Instability . Update. 2015;19– 30.
2. Gonzalo Concheiro XM, Villas AV y C. Monografías de actualización de la Sociedad Española de Medicina y cirugía del pie y Tobillo. Soc Española Med y Cirugía del Pie y Tobillo ; Elsevier España, SLU. 2016
3. Loudon JK, Reiman MP, Sylvain J. The efficacy of manual joint mobilisation/manipulation in treatment of lateral ankle sprains: A systematic review. Br J Sports Med. 2014;48(5):365–70.

Capítulo 86

Efectividad de la versión cefálica externa en embarazadas de 36 semanas gestacionales

*Vidal Arenas, Mónica
Zarco González, Carmen María*

EFECTIVIDAD DE LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA EN EMBARAZADAS DE 36 SEMANAS GESTACIONALES

XII Congreso de investigación Enfermería y Fisioterapia

Autoras: Vidal Arenas M., Zarco González C.M



INTRODUCCIÓN:

La versión cefálica externa (VCE) es una maniobra obstétrica que trata de convertir una presentación no cefálica en una presentación cefálica.

Es un procedimiento sencillo y con un bajo índice de complicaciones, por lo que se ha de plantear como una opción de manejo en las presentaciones no cefálicas.

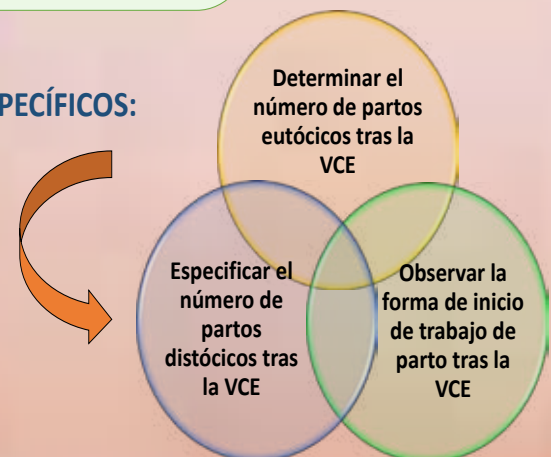
Por este motivo, este estudio trata de demostrar la efectividad de este procedimiento en embarazadas de 36 semanas gestacionales, planteando de esta forma su eficacia y utilidad, siendo así dicha intervención de gran interés en la práctica clínica.

OBJETIVOS:

GENERAL:



ESPECÍFICOS:



METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en un hospital comarcal en un periodo comprendido entre el año 2017 y el 2020

La población diana son las embarazadas que tienen una presentación no cefálica y en la semana 36 de gestación se les realiza la versión cefálica externa.

RESULTADOS: 2017-2018-2019-2020



CONCLUSIÓN:

Los resultados de los últimos años nos muestran que tras la VCE, la mayoría de los partos son de inicio espontáneo, finalizando en partos eutócicos, seguidos por la cesárea y el parto instrumentando como última opción.

De manera que, en base a todos los datos recogidos recientemente, concluimos afirmando la eficacia y la utilidad de la VCE, evolucionando en la mayoría de los casos en partos de inicio espontáneo y eutócicos sin presentar ningún tipo de complicación asociada.

Resumen: *La versión cefálica externa es una maniobra obstétrica que intenta convertir una presentación no cefálica en una cefálica.*

Es un procedimiento sencillo y con un bajo índice de complicaciones, por lo que se ha de plantear como una opción de manejo de las presentaciones no cefálicas.

Por este motivo, se realiza un estudio de investigación con carácter retrospectivo; en base a los datos recogidos en los últimos años (2017-2020), se observa la evolución y pronóstico de las versiones cefálicas externas.

De esta forma se plantea su eficacia y utilidad, siendo dicha temática de gran interés en la práctica clínica.

Palabras Clave: "Version, Fetal" "Breech Presentation" "Fetal Presentation"

Desarrollo del trabajo:

E1.1 OBJETIVOS:

GENERALES:

1. Determinar la evolución y pronóstico de la versión cefálica externa.
2. Realizar una comparación de los resultados con años anteriores.
3. Plantear la eficacia y utilidad de la versión cefálica externa en la actualidad.

ESPECÍFICOS:

1. Observar la forma de inicio de trabajo de parto tras la versión cefálica externa.
2. Determinar el número de partos eutócicos tras la versión cefálica externa.
3. Especificar el número de partos instrumentados tras la versión cefálica externa.
4. Señalar el número de cesáreas tras la versión cefálica externa.

Material y Métodos:

- Diseño: Estudio de investigación observacional retrospectivo.
- Ámbito de aplicación: En un hospital comarcal, en un periodo de tiempo comprendido entre el 2017 y el 2020.
- Población diana: Gestantes que acuden a la consulta de ginecología y obstetricia, observando una presentación no cefálica en la ecografía de las 36 semanas gestacionales.
- Variables:
 - Inicio del trabajo de parto:
 - Inducido.
 - Espontáneo. Evolución del parto:

- Eutócico.
- Distócico.
- Cesárea.

Captación: A través de la ecografía de las 36 semanas gestacionales, en la consulta de ginecología y obstetricia.

Desarrollo de la intervención: En caso de detectar una presentación no cefálica, se cita a la gestante en sala de partos para proceder a la intervención.

Resultados:

2017/2018/2019/2020:

Número total de versiones cefálicas externas:

- o 2017: 38
- o 2018: 31
- o 2019: 35
- o 2020: 34

Número total de partos eutócicos:

- o 2017: 18
- o 2018: 19
- o 2019: 20
- o 2020: 22

Número total de partos instrumentados:

- o 2020: 4

Número total de cesáreas:

- o 2017: 9
- o 2018: 10
- o 2019: 13
- o 2020: 8

Número total de partos de inicio espontáneo:

- o 2017: 16
- o 2018: 10
- o 2019: 15
- o 2020: 17

□ Número total de partos inducidos:

o 2017: 12

o 2018: 16

o 2019: 14

o 2020: 13

Conclusión:

Los resultados de los últimos años nos muestran que, tras la versión cefálica externa, la mayoría de los partos son de inicio espontáneo, finalizando en partos eutócicos, seguidos por la cesárea y el parto instrumentando como última opción. De manera que, en base a todos los datos recogidos recientemente, concluimos afirmando la eficacia y la utilidad de la versión cefálica externa, evolucionando en la mayoría de los casos en partos de inicio espontáneo y eutócicos sin presentar ningún tipo de complicación asociada.

Bibliografía:

1. E. Marimon, J. Parra, P. Pagès, M. Muñoz. Protocolo versión cefálica externa. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. 2019.
2. Carrera i Boix A. La versión cefálica externa y la promoción del parto normal. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2019;62(5):450-457.
3. Navarro-Santana B, Duarez-Coronado M, Plaza-Arranz J. Versión cefálica externa. Ginecol Obstet Mex. 2016 ;84(8): 507-513.

Capítulo 87

Efectos de la administración de ácido tranexámico en pacientes con shock hipovolémico tras politraumatismos

Fernández Camacho, Cristina

Tabasco Ceca, Milagros

Martín-Portugués Muñiz, Jorge

Muñoz Naranjo, Cristina



EFFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN PACIENTES CON SHOCK HIPOVOLÉMICO TRAS POLITRAUMATISMOS

Autores: Cristina Fernández Camacho.
Milagros Tabasco Ceca.
Jorge Martín-Portugués Muñiz.
Cristina Muñoz Naranjo.

INTRODUCCIÓN

El shock hipovolémico que se produce tras un traumatismo se caracteriza por una pérdida extravascular de sangre y en consecuencia una disminución del volumen circulante provocando una perfusión y oxigenación tisular inadecuada.

Su tratamiento ha sido sujeto de muchas controversias: volumen o tipo de soluciones que se deben utilizar, estrategia transfusional, agentes hemostáticos a administrar, etc...

Entre esos agentes se encuentra el ácido tranexámico (ATX), un antifibrinolítico que actúa sobre la cadena de coagulación impidiendo que el plasminógeno se convierta en plasmina y esta rompa los coágulos de sangre evitando que se degraden esos coágulos.

El ácido tranexámico ha sido sujeto de numerosos estudios y publicaciones, los resultados de dichos estudios han sido una reducción en la mortalidad de pacientes politraumatizados además de no provocar efectos secundarios notables.

OBJETIVOS:

- Conocer las indicaciones en la administración de (ATX) tras politraumatismos.
- Comparar el tratamiento de ATX con otros agentes ante shock hipovolémico
- Identificar posibles efectos secundarios en la administración de ATX



MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con artículos, estudios y publicaciones en revistas y libros de carácter nacional e internacional sin criterio específico de tiempo en años pero centrándose en los últimos estudios y actualizaciones.

Para la realización de la búsqueda y la elección de artículos se accedió tanto a resúmenes como a textos completos cuando esta opción estuvo disponible. Para ello se han usado como bases de datos: PUBMED, SCIELO, COCHRANE y SCHOLAR GOOGLE. En la búsqueda en cada una de estas bases de datos se ha incluido como palabras clave:

"Tranexamic acid" "haemorrhagic shock" "management of haemorrhagic shock" "coagulopathy after shock" (y sus traducciones al español así como sinónimos o abreviaturas). Se ha realizado la búsqueda sólo de artículos en español o en inglés.

RESULTADOS:

El estudio sobre aleatorización clínica de un antifibrinolítico en la hemorragia significativa CRASH-2 (por sus siglas en inglés "Clinical randomisation of an antifibrinolytic in significant haemorrhage 2") realizado por el London School of Medicine y publicado en 2010 es un estudio que analizó el efecto de la administración temprana de ATX sobre la mortalidad, eventos oclusivos vasculares (infarto de miocardio, ictus, embolismo pulmonar), y la recepción de transfusiones sanguíneas en pacientes que sufrieron un traumatismo. Incluyó 274 hospitales en 40 países. 20.211 pacientes tras un traumatismo con una hemorragia significativa o con riesgo de padecerla fueron aleatoriamente asignados para recibir dentro de las primeras 8 h una dosis de tratamiento de ATX (1 g en 10 min y después una perfusión de 1 g en 8 h) o placebo (solución salina 0,9%). La medida de resultado primario fue la muerte en el hospital dentro de las 4 semanas luego de la lesión y las medidas de resultado secundarias fueron los eventos vasculares oclusivos (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, embolia pulmonar y trombosis venosa profunda), intervención quirúrgica (neurocirugía o cirugía torácica, abdominal y pélvica), recepción de transfusión de sangre y las unidades de los hemoderivados transfundidos. Los resultados finales del estudio CRASH-2 mostraron una mortalidad inferior en el grupo de pacientes donde ATX fue administrado: 10096 pacientes fueron tratados con ATX vs 10115 que fueron tratados con placebo. Según este estudio, el tratamiento temprano (< 1h) reduce el riesgo de muerte secundaria a hemorragia (5,3% en el grupo TXA vs 7,7% en el grupo de placebo). El tratamiento administrado entre 1h y 3h también mostró reducir dicha causa de muerte (4,8% en TXA vs 6,1% en placebo). El tratamiento después de 3h incrementó el riesgo de muerte (4,4% en TXA vs 3,1% en placebo). No se registraron evidencias de que el efecto de ácido tranexámico en muerte por hemorragia variara según la tensión arterial sistólica, escala de coma de Glasgow (GCS) o tipo de lesión.

Entre 2012 y 2019 se realizó el reclutamiento de pacientes para otro estudio aleatorio de uso de ácido tranexámico esta vez en pacientes que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico: CRASH-3. Su objetivo es conocer si la administración temprana de ATX mejora el pronóstico de estos pacientes tanto en mortalidad como en grado de dependencia. Se reclutaron 12731 pacientes de 171 hospitales y centros procedentes de 28 países. En los pacientes que se trataron dentro de las primeras 3h posteriores al traumatismo el riesgo de muerte fue 18,5% en el grupo de ATX vs 19,8 en el grupo de placebo. Hubo una reducción de mortalidad en pacientes cuyo TCE fue de leve a moderado pero no en pacientes con TCE grave. Al igual que lo observado en el estudio CRASH-2, la mayor reducción de muertes se observaron en las primeras 24 h después de la lesión.

CONCLUSIONES:

En los pacientes cuya hemorragia es secundaria a traumatismo, los ensayos CRASH -2 y CRASH-3 concluyeron que los pacientes tratados con ATX mejoraban en cuanto a la progresión del sangrado. También se demostró una disminución en la tasa de mortalidad siendo esta menor cuando se administra dentro de las tres horas posteriores a la lesión como después de la hora.

Por último, cabe destacar que es una medicación barata, cuyos efectos secundarios son mínimos, tiene una larga vida útil, y se administra fácilmente a través de infusión intravenosa. Su eficacia - costo, facilidad de almacenamiento y funcionalidad lo convierten en una buena terapia para ser incluida como norma de atención a pacientes que han sufrido un trauma o están en riesgo de sufrir una hemorragia según los autores.

Resumen: El shock hipovolémico tras un traumatismo se caracteriza por una pérdida extravascular de sangre y en consecuencia una disminución del volumen circulante provocando una perfusión y oxigenación tisular inadecuada.

Su tratamiento ha sido sujeto de muchos estudios.

Entre estos estudios se encuentran aquellos en los que se ha revisado el uso de ácido tranexámico (ATX), un antifibrinolítico que actúa impidiendo que el plasminógeno se convierta en plasmina y esta rompa los coágulos de sangre evitando que se degraden esos coágulos.

Los resultados de dichos estudios han sido una reducción en la mortalidad además de no provocar efectos secundarios notables.

Palabras Clave: " Tranexamic Acid; Haemorrhagic shock; Management of haemorrhagic shock

Objetivos:

- Conocer las indicaciones en la administración de (ATX) tras politraumatismos
- Comparar el tratamiento de ATX con otros agentes ante shock hipovolémico
- Identificar posibles efectos secundarios en la administración de ATX

Material y Métodos:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con artículos, estudios y publicaciones en revistas y libros de carácter nacional e internacional sin criterio específico de tiempo en años pero centrándose en los últimos estudios y actualizaciones.

Para la realización de la búsqueda y la elección de artículos se accedió tanto a resúmenes como a textos completos cuando esta opción estuvo disponible. Para ello se han usado como bases de datos: PUBMED, SCIELO, COCHRANE y SCHOLAR GOOGLE. En la búsqueda en cada una de estas bases de datos se ha incluido como palabras clave: "Tranexamic acid" "haemorrhagic shock" "management of haemorrhagic shock" "coagulopathy after shock" (y sus traducciones al español así como sinónimos o abreviaturas). Se ha realizado la búsqueda solo de artículos en español o en inglés.

Resultados:

El estudio sobre aleatorización clínica de un antifibrinolítico en la hemorragia significativa CRASH-2 (por sus siglas en inglés "Clinical randomisation of an antifibrinolytic in significant haemorrhage 2" realizado por el London School of Medicine y publicado en 2010 es un estudio que analizó el efecto de la administración temprana de ATX sobre la mortalidad, eventos oclusivos vasculares (infarto de miocardio, ictus, embolismo pulmonar), y la recepción de transfusiones sanguíneas en pacientes que sufrieron un traumatismo. Incluyó 274 hospitales en 40 países. 20211 pacientes tras un traumatismo con una hemorragia significativa o con riesgo de padecerla fueron aleatoriamente asignados para recibir dentro de las primeras 8 h una dosis de tratamiento de ATX (1 g en 10 min y después una perfusión de 1 g en 8 h) o placebo (solución salina 0,9%). La medida de resultado primario fue la muerte en el hospital dentro de las cuatro semanas luego de la lesión y las medidas de resultado secundarias fueron los eventos

vasculares oclusivos (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, embolia pulmonar y trombosis venosa profunda), intervención quirúrgica (neurocirugía o cirugía torácica, abdominal y pélvica), recepción de transfusión de sangre y las unidades de los hemoderivados transfundidos. Los resultados finales del estudio CRASH-2 mostraron una mortalidad inferior en el grupo de pacientes donde ATX fue administrado: 10096 pacientes fueron tratados con ATX vs 10115 que fueron tratados con placebo. Según este estudio, el tratamiento temprano (< 1h) reduce el riesgo de muerte secundario a hemorragia (5.3% en el grupo TXA vs 7.7% en el grupo de placebo). El tratamiento administrado entre 1h y 3h también mostró reducir dicha causa de muerte (4.8% en TXA vs 6.1% en placebo). El tratamiento después de 3h incrementó el riesgo de muerte (4.4% en TXA vs 3.1% en placebo). No se registraron evidencias de que el efecto de ácido tranexámico en muerte por hemorragia variara según la tensión arterial sistólica, escala de coma de Glasgow (GCS) o tipo de lesión.

Entre 2012 y 2019 se realizó el reclutamiento de pacientes para otro estudio aleatorio de uso de ácido tranexámico esta vez en pacientes que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico: CRASH-3. Su objetivo es conocer si la administración temprana de ATX mejora el pronóstico de estos pacientes tanto en mortalidad como en grado de dependencia. Se reclutaron 12731 pacientes de 171 hospitales y centros procedentes de 28 países. En los pacientes que se trataron dentro de las primeras 3h posteriores al traumatismo el riesgo de muerte fue 18,5% en el grupo de ATX vs 19,8 en el grupo de placebo. Hubo una reducción de mortalidad en pacientes cuyo TCE fue de leve a moderado pero no en pacientes con TCE grave. Al igual que lo observado en el estudio CRASH-2, la mayor reducción de muertes se observaron en las primeras 24 h después de la lesión.

Conclusiones:

En los pacientes cuya hemorragia es secundaria a traumatismo, los ensayos CRASH -2 y CRASH-3 concluyeron que los pacientes tratados con ATX mejoraban en cuanto a la progresión del sangrado. También se demostró una disminución en la tasa de mortalidad siendo esta menor cuando se administra dentro de las tres horas posteriores a la lesión como después de la hora.

Por último, cabe destacar que es una medicación barata, cuyos efectos secundarios son mínimos, tiene una larga vida útil, y se administra fácilmente a través de infusión intravenosa. Su eficacia - costo, facilidad de almacenamiento y funcionalidad lo convierten en una buena terapia para ser incluida como norma de atención a pacientes que han sufrido un trauma o están en riesgo de sufrir una hemorragia según los autores.

Bibliografía:

1. Mejía-Gómez L. Fisiopatología choque hemorrágico. Anestesia en el paciente con trauma. 2014;37(1):70-76.
2. Morales-Cané I, López-Soto PJ y Rodríguez-Borrego MA. Ácido tranexámico en pacientes con traumatismo en servicios de urgencias y emergencias: revisión sistemática y metanálisis. Emergencias. 2019 (31):261-269.
3. Marsilla T. y Ignacio J. Actualización en el manejo del shock hemorrágico traumático. Npunto.2020;3(25).
4. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. The Lancet. 2010; 376(9734):23-32.
5. The importance of early treatment with tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of the CRASH-2 randomised controlled trial. The Lancet. 2011; 377(9771):1096-1101.e2.

Capítulo 88

Eficacia de los antidepresivos tricíclicos en la cefalea tensional

Heredia Oliver, Elena Montserrat

EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS EN LA CEFALEA TENSIONAL

Autora: Heredia Oliver, E.M

Introducción

La cefalea tensional (CT) es la cefalea más prevalente en la población general, lo que le confiere una gran importancia sociosanitaria. Reduce la calidad de vida, representa un importante número de ausencias laborales y produce un aumento de los costes sanitarios.

En la actualidad no existe un tratamiento específico para esta enfermedad debido a que aún no se conocen con exactitud los diferentes mecanismos fisiopatológicos. Las guías de práctica clínica orientan hacia un enfoque preventivo y profiláctico basado en analgésicos, antidepresivos y terapias conductuales.

Objetivos

- Evaluar la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento profiláctico de la CT.
- Identificar qué antidepresivo tricíclico muestra mayor efectividad.

Material y Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: *Pubmed*, *Medline*, *Cuiden* y *SciELO*. Fueron recuperados los datos desde el año 2010 hasta el 2019, en humanos, inglés y español.

Las palabras clave y descriptores empleados fueron los siguientes: tension-type headache, tricyclic antidepressant.

Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos aleatorizados en pacientes > 18 años. La estrategia de búsqueda identificó un total de 10 estudios.

Resultados

- ➔ Bendsten et al. (2010): la amitriplina ejerce un efecto significativo sobre la duración de la cefalea, así como una reducción en la frecuencia de los episodios.
- ➔ Couch et al. (2011): ECA 391 pacientes. Amitriplina versus placebo. Reduce la frecuencia de dolores de cabeza en 46% de los pacientes a las 16 semanas.
- ➔ McCrory et al. (2013): la amitriplina reduce un 33% el dolor de cabeza, superando a los ISRS



Conclusiones

- ✓ Los antidepresivos pueden aumentar los neurotransmisores en la médula espinal, lo que reduce las señales de dolor.
- ✓ No funcionan inmediatamente. Se mantienen por un tiempo de 3 a 6 meses y luego se retiran de forma progresiva.
- ✓ La amitriplina es el antidepresivo tricíclico más usado, y con menos efectos secundarios. Dosis 10-75 mg vía oral.
- ✓ Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) no han mostrado la misma efectividad que los tricíclicos, aunque en algún grupo de pacientes pueden ser útiles.
- ✓ Efectos secundarios: visión borrosa, somnolencia, sequedad de boca, náuseas, hipotensión ortostática, aumento de peso, estreñimiento, disuria, arritmia.
- ✓ Contraindicaciones: anticonceptivos, terapia hormonal sustitutiva, fármacos vasodilatadores, glaucoma.

Resumen: La cefalea tensional es la cefalea más prevalente en la población general, lo que le confiere una gran importancia sociosanitaria. Reduce la calidad de vida, representa un importante número de ausencias laborales y produce un aumento de los costes sanitarios.

En la actualidad no existe un tratamiento específico para esta enfermedad debido a que aún no se conocen con exactitud los diferentes mecanismos fisiopatológicos. Las guías de práctica clínica orientan hacia un enfoque preventivo y profiláctico basado en analgésicos, antidepresivos y terapias conductuales.

Palabras Clave: Tension-Type Headache, Antidepressive Agents, Tricyclic Systematic Review

Objetivos:

- Evaluar la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento profiláctico de la cefalea tensional.
- Identificar qué antidepresivo tricíclico muestra mayor efectividad.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden y Scielo. Fueron recuperados los datos desde el año 2010 hasta el 2019, en humanos, inglés y español.

Las palabras clave y descriptores empleados fueron los siguientes: tension-type headache, tricyclic antidepressant.

Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos aleatorizados en pacientes > 18 años. La estrategia de búsqueda identificó un total de 10 estudios.

Resultados:

- Bendsten et al. (2010): la Amitriptilina ejerce un efecto significativo sobre la duración de la cefalea, así como una reducción en la frecuencia de los episodios.
- Couch et al. (2011): ECA 391 pacientes. Amitriptilina versus placebo. Reduce la frecuencia de dolores de cabeza en 46% de los pacientes a las 16 semanas.
- McCrory et al. (2013): la Amitriptilina reduce un 33% el dolor de cabeza, superando a los ISRS.

Conclusiones:

- Los antidepresivos pueden aumentar los neurotransmisores en la médula espinal, lo que reduce las señales de dolor.
- No funcionan inmediatamente. Se mantienen por un tiempo de 3 a 6 meses y luego se retiran de forma progresiva.
- La Amitriptilina es el antidepresivo tricíclico más usado, y con menos efectos secundarios. Dosis 10- 75 mg vía oral.

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) no han mostrado la misma efectividad que los tricíclicos, aunque en algún grupo de pacientes pueden ser útiles.

- Efectos secundarios: visión borrosa, somnolencia, sequedad de boca, náuseas, hipotensión ortostática, aumento de peso, estreñimiento, disuria, arritmia.

Contraindicaciones: anticonceptivos, terapia hormonal sustitutiva, fármacos vasodilatadores, glaucoma.

Bibliografía:

1. Bendtsen. L, Evers. S, Linde. M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – Report of an EFNS task force. European Journal of Neurology. 2010; 17: 1318-1325.

2. Yancey. J, Sheridan. R, Koren. K, Chronic daily headache: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2014;89(8):642-8.

3. Couch. J, Update on chronic daily headache. Curr Treat Options Neurol .2011 Feb;13(1):41-55

Capítulo 89

Eficacia del uso de la bata por parte del personal del hospital y los visitantes para la prevención de la morbilidad y mortalidad neonatal

Martínez Rodríguez, Sandra

Márquez Arriaga, Vanesa

Laderas Díaz, Estíbaliz

EFFECTO DEL USO DE LA BATA POR PARTE DEL PERSONAL DEL HOSPITAL Y LOS VISITANTES PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL

Sandra Martínez Rodríguez, Vanesa Márquez Arriaga y Estíbaliz Laderas Díaz

INTRODUCCIÓN

La infección neonatal es causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El factor neonatal más importante que predispone a la infección es la prematuridad o el bajo peso al nacer, uno de cada 10 recién nacidos nacerá antes de completar las 37 semanas de gestación (parto prematuro). Los recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer tienen una incidencia de infección de 3 a 10 veces mayor que los recién nacidos de peso normal. Muchos factores contribuyen a la mayor susceptibilidad de los lactantes prematuros a desarrollar la infección. La disfunción inmunológica y la ausencia de anticuerpos IgG maternos adquiridos por vía transplacentaria en los bebés prematuros aumentan el riesgo de infección. Los lactantes prematuros debido a su prematuridad necesitarán ingresos hospitalarios con procedimientos invasivos, que les proporcionan un portal de entrada o les dificultan los mecanismos de barrera siendo más susceptibles a las infecciones.

Las manifestaciones clínicas van desde la infección subclínica hasta las manifestaciones graves de enfermedades sistémicas o locales. La fuente del patógeno puede ser por una infección prenatal dentro del útero o a la adquisición postnatal en el hospital o la comunidad. La sepsis neonatal puede ser por infecciones virales, bacterianas o fúngicas (principalmente levaduras). Los organismos más frecuentes en la sepsis neonatal de inicio temprano (suele aparecer en las primeras 72 horas) son *Streptococcus agalactiae* y *Escherichia coli*. La sepsis neonatal tardía (aparece después de las primeras 72 horas de vida) está asociada con el EGB, *E. coli*, otros patógenos Gramnegativos o la infección por *L. monocytogenes*. En la unidad de cuidados intensivos neonatales, el estafilococo coagulasa negativa son los patógenos más comúnmente aislados en los neonatos con sepsis de inicio tardío. El *Staphylococcus aureus*, más común en los recién nacidos con catéteres de acceso vascular también se asocia con la sepsis de inicio tardío. Las infecciones nosocomiales neonatales son por tanto infecciones de inicio tardío en bebés hospitalizados las estrategias para la prevención de las infecciones nosocomiales se basan en limitar la susceptibilidad a las infecciones mediante la reducción de los factores de riesgo y reforzar las defensas del huésped. Los diagnósticos independientes del cultivo, el uso de puntuaciones de predicción de la sepsis, el uso juicioso de antimicrobianos y el desarrollo de medidas preventivas, incluidas las vacunas maternas, el cuidado de la piel, la alimentación entera temprana con leche humana y las prácticas del lavado de manos son estrategias para prevenir de las infecciones nosocomiales.

El uso de las batas se ha utilizado de forma rutinaria en las áreas de maternidad y sobre todo en las unidades de cuidados intensivos como método para prevenir la colonización y la infección en el recién nacido, sin tener en cuenta el costo de la vestimenta y la ausencia de datos científicos que apoyen su uso. En el caso de los visitantes, su uso es para proteger a los recién nacidos de los organismos que puedan portar y en el caso de los profesionales se trata de prevenir la transmisión de las infecciones de un neonato a otro.

OBJETIVOS

Determinar el efecto del uso de la bata por parte del personal del hospital y los visitantes en las unidades de cuidados infantiles y salas de maternidad sobre la mortalidad, infección y colonización en el recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica vía MEDLINE (búsqueda vía PubMed) y EMBASE (vía Scopus), utilizando los términos MeSH Clothing; Protective Clothing; gown; Infant, Newborn; Infant, Premature; Infant, Low Birth Weight; Infection Control; cross infection; prevention; pathogenicity. La estrategia de búsqueda fue: (Clothing OR Protective Clothing OR gown) AND (Infant, Newborn OR Infant, Premature OR Infant, Low Birth Weight) AND (Infection Control OR cross infection OR prevention OR pathogenicity). Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios, que cumplieron con los objetivos de la revisión. Se obtuvo un total de 354, de los cuales se recuperaron en PubMed 215 artículos y en Scopus 139, tras revisar el título y el resumen, se incluyeron 9 artículos PubMed y 9 artículos de Scopus, en total 18 artículos, 8 artículos fueron eliminados por estar duplicados. Se evaluó la calidad metodológica de 10 artículos, descartando 3 de ellos, siendo selección 7 artículos.

RESULTADOS

ESTUDIOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO.

AUTOR	Forfar	Evans	Agbayani	Birenbaum	Rush	Pelke	Tan
AÑO	1958	1971	1981	1990	1990	1994	1995
DURACIÓN	3 meses	21 meses	12 meses	No específica	8 meses	8 meses	12 meses

ENSAYO DE ASIGNACIÓN DE GRUPOS DE UN SOLO CENTRO

ENSAYOS	N.º total	N.º Grupo con vestimenta	N.º Grupo con vestimenta	CRITERIOS DE SELECCIÓN
Evans 1971	604	320	284	Criterios de exclusión: - Prematuros gravesmente enfermos. - Prematuros que estaban dentro de las incubadoras.
Agbayani 1981	724	371	353	Criterios de inclusión: - Todos los pacientes ingresados de lunes a jueves. - Que tuvieran menos de 12 horas de vida. - Que tuvieran cultivos negativos para patógenos al ingreso.
Pelke 1994	313	155	158	Ninguno documentado.
Rush 1990	473	234	239	Criterios de inclusión: - 37 semanas de gestación - Peso al nacer igual o mayor de 2500 gramos. - Puntuación de Apgar superior a 7 a los 5 minutos. Criterios de exclusión: - Bebés ingresados inicialmente en la UCN
Tan 1995	1906	904	1002	Criterios de exclusión: - Bebés con procedimientos de aislamiento estricto

En los períodos de vestimenta, dos de estos estudios se ponían las batas al entrar y durante las manipulaciones del bebé (Forfar 1958; Birenbaum 1990), posteriormente la bata solo se ponía durante las manipulaciones (Rush 1990). Los períodos sin vestimenta todos fueron iguales, no se usaban las batas. En ambos grupos realizaron un lavado de manos.

En los períodos de vestimenta: las batas eran usadas por todo el personal y visitantes al entrar. Los médicos y visitantes llevaban ropa de calle, en 2 estudios las enfermeras llevaban uniformes (Evans 1971; Pelke 1994), en un estudio las enfermeras cambiaron su uniforme cuando llegaban por batas de quirófano (Agbayani 1981). En el estudio de Tan 1995 las batas se definieron como un delantal de plástico. En los períodos de vestimenta modificados: en dos de los estudios que fueron anteriores las batas no se usaban al entrar o cuando se tocaba al bebé a través de las puertas de la incubadora, pero sí se ponían batas cuando cogían al bebé en brazos (Evans 1971; Agbayani 1981). En dos estudios posteriores las batas no se utilizaron cuando se cogía al bebé (Pelke 1994; Tan 1995). Evans. En dos estudios las enfermeras no modificaron su ropa siguieron usando su uniforme (Evans 1971; Pelke 1994) con la diferencia que en el estudio de Pelke 1994 la enfermera lavaba su uniforme a su casa. En el estudio Agbayani 1981 hace referencia a la modificación de la ropa diciendo que el resto del personal a parte de los médicos y visitantes llevaban ropa de calle, no sabemos si la enfermera está incluida en el resto del personal.

MORTALIDAD

Ensayo	Grupo sin vestimenta	Grupo con vestimenta
	nCasos/ Ntotal	nCasos/ Ntotal
Evans 1971	58/284	20%
Agbayani 1981	17/353	4,8%
Pelke 1994	No se puede calcular debido a la forma en que se presentaron los datos (0,44 y 0,51 por cada 100 días del paciente en los períodos sin vestimenta y con vestimenta respectivamente)	
Tan 1995	0/100	0%

Se obtuvieron los datos de mortalidad de todos los ensayos realizados en las unidades de cuidados infantiles. No se observaron diferencias significativas entre el grupo sin vestimenta y con vestimenta.

TRANSITO DE PERSONAS EN LA UNIDAD

Forfar 1958	No especifican como lo realizaron	Afirman que el numero fue mucho menor en la guardería sin vestimenta y sin mascarilla, ya que el proceso de vestimenta y ponerse la mascarilla les disuadía.
Rush 1990	Las madres de cada grupo de estudio registraban en sus diarios información sobre el número de visitas y la permanencia.	No observaron diferencias en el tránsito de personas entre los dos grupos.
Pelke 1994	Fue evaluado por observación directa sin que el personal lo supiera, consistía en contar el número de personas que acudían a las UCN durante dos períodos de 15 minutos al día, dos días a la semana.	No observaron diferencias en el tránsito de personas entre los dos grupos.

INFECCIÓN SISTÉMICA

Ensayos	Grupo sin vestimenta	Grupo con vestimenta
	nCasos/ Ntotal	nCasos/ Ntotal
Evans 1971	6/284	2,1%
Agbayani 1981	12/353	3,4%
Pelke 1994	No se puede calcular debido a la forma en que se presentaron los datos (1,38 y 1,21 por cada 100 días del paciente en los períodos sin vestimenta y con vestimenta respectivamente)	
Tan 1995	9/1002	0,9%

Agbayani 1981, Evans 1971, Pelke 1994 y Tan informaron sobre la infección sistémica (enterococis necrosante, septicemia, meningitis y neumonía) no encontrando diferencias significativas en los grupos de vestimenta y no vestimenta. En el estudio de Agbayani 1981 obtuvo un aumento en la prevalencia de la enterococis necrosante en el período de vestimenta modificada en comparación con el período de vestimenta, sin embargo la incidencia de la enterococis durante el período de estudio no fue significativa.

INFECCIÓN LOCALIZADA

ENSAYOS	Grupo sin vestimenta	Grupo con vestimenta
	nCasos/ Ntotal	nCasos/ Ntotal
Forfar 1958	27/85	31,8%
Evans 1971	22/284	7,7%
Agbayani 1981	12/353	3,4
Rush 1990	2/222	0,9%

Los estudios realizados por Forfar 1958 y Rush 1990 realizados en las salas de maternidad no mostraron diferencias significativas en los diferentes grupos. Agbayani 1981 y Evans 1971 realizados en las UCN tampoco encontraron diferencias significativas entre los grupos con vestimenta y sin vestimenta.

ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO DE UN SOLO CENTRO EN RECIÉN NACIDOS SANOS

ENSAYO	N.º total	N.º Grupo con vestimenta	N.º Grupo con vestimenta	CRITERIOS DE SELECCIÓN
Forfar 1958	167	82	85	Ninguno documentado
Birenbaum 1990	202	102	100	Criterios de exclusión: - Cuyas madres fueron diagnosticadas como enfermas. - Lactantes que precisaron cuidados intensivos o intermedios - Lactantes a los que no se realizó cultivo de admisión en las seis horas siguientes al nacimiento. - Lactantes a los que no se les realizó todos los cultivos.
Pelke 1994	313	155	158	Ninguno documentado.
Rush 1990	473	234	239	Criterios de inclusión: - 37 semanas de gestación - Peso al nacer igual o mayor de 2500 gramos. - Puntuación de Apgar superior a 7 a los 5 minutos. Criterios de exclusión: - Bebés ingresados inicialmente en la UCN

En los períodos de vestimenta, dos de estos estudios se ponían las batas al entrar y durante las manipulaciones del bebé (Forfar 1958; Birenbaum 1990), posteriormente la bata solo se ponía durante las manipulaciones (Rush 1990). Los períodos sin vestimenta todos fueron iguales, no se usaban las batas. En ambos grupos realizaron un lavado de manos.

COLONIZACIÓN

ENSAYOS	INTERVENCIÓN	Lugar colonización	Grupo sin vestimenta	Grupo con vestimenta
			nCasos/ Ntotal	%
Forfar	Se tomaron hisopos oculares al cuarto día, hisopo nasal al octavo día y un hisopo umbilical en el momento que se caía la pinza del cordón umbilical (el promedio fue el octavo día)	nasal	64/66	66/67
		ojos	73/79	76/80
		umbilical	59/65	59/62
Evans 1971	Se procedió a recoger cultivos de la parte anterior de la nariz y el ombligo. El cordón umbilical se limpiaba de 4 a 5 veces semanalmente hasta que el bebé salía de la incubadora a cuna abierta.	nasal	49/72	52/63
		umbilical	59/72	59/63
Agbayani 1981	Se recogieron cultivos de la nariz, ombligo y la ingle cuando eran ingresados y los días 2, 4, 7, 10, 14, 21 y 28.	nasal	51/93	59/107
		umbilical	42/93	47/107
Birenbaum 1990	Se procedió a recoger cultivos de la base del ombligo y la parte anterior de la nariz en las 6 horas posteriores al nacimiento y al ser dados de alta.	nasal	40/100	41/102
		umbilical	77/100	70/102
		ingle	30/93	33/107
Rush 1990	Se recogieron hisopos de la nariz y del cordón umbilical al tercer día de vida o al alta lo que primero ocurriera.	nasal	60/222	57/230
		umbilical	104/222	97/230
Pelker 1994	Se procedió a recoger tres cultivos de vigilancia semanalmente: nasofaríngeo o tráquea (si estaba intubado), umbilical (se tomaba una muestra antes del cuidado rutinario del cordón umbilical hasta que la zona hubiera curado) y de las heces.	nasal	179/375 y 208/351	hisopos positivos sin vestimenta y con vestimenta respectivamente.
		umbilical	92/213 y 86/167	hisopos positivos sin vestimenta y con vestimenta respectivamente.

Forfar 1958 y Rush 1990 limitaron su estudio al transporte de estafilococos Tan 1995 al transporte de estafilococos áureos resistente a las meticilina (MRSA). El estudio de Tan 1995 no se especificó el lugar de la colonización. En el estudio de Pelker no se especificó el número de lactantes a los que se le recogió muestra, los datos son del número de hisopos tomados.

- Colonización nasal: Forfar 1958, Evans 1971, Agbayani 1981, Rush 1990, Birenbaum 1990 y Pelke 1994, no mostraron diferencias significativas en la colonización de la nariz.
- Colonización umbilical: Forfar 1958, Evans 1971, Agbayani 1981, Rush 1990, Birenbaum 1990 y Pelke 1994, no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con y sin vestimenta.
- Colonización de los ojos: solo Forfar 1958 recogió datos sobre la colonización de los ojos, no vio diferencias significativas entre el grupo con vestimenta y sin vestimenta.
- Colonización ingles: solo Birenbaum 1990 recogió datos de la colonización de la ingle, no obtuvo diferencias significativas.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión bibliográfica no aportan pruebas de que el uso rutinario de batas por parte del personal sanitario o las visitantes sean eficaces para controlar las infecciones, colonización o muerte de los recién nacidos en las salas de maternidad y en la unidad de cuidados intensivos y cuidados especiales neonatales. El uso de la vestimenta no parece influir en el procedimiento del lavado de manos. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y considerando el coste adicional que supone el uso de rutinario de batas, el hospital debería revisar las políticas de su uso, teniendo en cuenta que cada unidad tiene su propio ambiente único y se deben considerar múltiples variables no incluidas en estos estudios. La administración del hospital antes de proceder a un cambio importante en los procedimientos de rutina habituales debería evaluar el nivel de conformidad de los profesionales sanitarios antes de proceder al cambio de rutinas. El uso de la vestimenta por parte de visitantes y profesionales sanitarios en las unidades de cuidados intensivos neonatales no se ha probado con un diseño controlado aleatorio, futuras investigación deberían centrarse en el diseño de estudios aleatorios controlados de alta calidad.

Resumen: Las infecciones nosocomiales neonatales son infecciones de inicio tardío en bebés hospitalizados las estrategias para la prevención de las infecciones nosocomiales se basan en limitar la susceptibilidad a las infecciones mediante la reducción de los factores de riesgo y reforzar las defensas del huésped. Los diagnósticos independientes del cultivo, el uso de puntuaciones de predicción de la sepsis, el uso juicioso de antimicrobianos y el desarrollo de medidas preventivas, incluidas las vacunas maternas, el cuidado de la piel, la alimentación enteral temprana con leche humana y las prácticas del lavado de manos son estrategias para prevenir de las infecciones nosocomiales.

Palabras Clave: Prematura, Ropa de protección, Infección

Desarrollo del trabajo:

- La infección neonatal es causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El factor neonatal más importante que predispone a la infección es la prematuridad o el bajo peso al nacer, uno de cada 10 recién nacidos nacerá antes de completar las 37 semanas de gestación (parto prematuro). Los recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer tienen una incidencia de infección de 3 a 10 veces mayor que los recién a término de peso normal. Muchos factores contribuyen a la mayor susceptibilidad de los lactantes prematuros a desarrollar la infección. La disfunción inmunológica y la ausencia de anticuerpos IgG maternos adquiridos por vía transplacentaria en los bebés prematuros aumentan el riesgo de infección. Los lactantes prematuros debido a su prematuridad necesitarán ingresos hospitalarios con procedimientos invasivos, que les proporcionan un portal de entrada a la infección o les dificultan los mecanismos de barrera.

Las manifestaciones clínicas van desde la infección subclínica hasta las manifestaciones graves de enfermedades sistémicas o locales. La fuente del patógeno puede ser por una infección prenatal dentro del útero o a la adquisición postnatal en el hospital o la comunidad. La sepsis neonatal puede ser por infecciones virales, bacterianas o fúngicas (principalmente levaduras). Los organismos más frecuentes en la sepsis neonatal de inicio temprano (suele aparecer en las primeras 72 horas) son *Streptococcus agalactiae* y *Escherichia coli*. La sepsis neonatal tardía (aparece después de las primeras 72 horas de vida) está asociada con el EGB, *E coli*, otros patógenos Gramnegativos o la infección por *L monocytogenes*. En la unidad de cuidados intensivos neonatales, el estafilococo coagulasa negativos son los patógenos más comúnmente aislados en los neonatos con sepsis de inicio tardío. El *Staphylococcus aureus*, más común en los recién nacidos con catéteres de acceso vascular también se asocia con la sepsis de inicio tardío.

El uso de las batas se ha utilizado de forma rutinaria en las áreas de maternidad y sobre todo en las unidades de cuidados intensivos como método para prevenir la colonización y la infección en el recién nacido, sin tener en cuenta el coste de la vestimenta y la ausencia de datos científicos que apoyen su uso. En el caso de los profesionales se trata de prevenir la transmisión de las infecciones de un neonato a otro y en el caso de los visitantes, su uso es para proteger a los recién nacidos de los organismos que puedan portar.

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de determinar el efecto del uso de la bata por parte del personal del hospital y los visitantes en las unidades de cuidados infantiles y salas de maternidad sobre la mortalidad, infección y colonización en el recién nacido.

Los resultados de esta revisión bibliográfica no aportan pruebas de que el uso rutinario de batas por parte del personal sanitario o las visitantes sean eficaces para controlar las infecciones, colonización o

muerte de los recién nacidos en las salas de maternidad y en la unidad de cuidados intensivos y cuidados especiales neonatales.

El uso de la vestimenta no parece influir en el procedimiento del lavado de manos, ni en el tránsito de las personas.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y considerando el coste adicional que supone el uso de rutinario de batas, el hospital debería revisar las políticas de su uso, teniendo en cuenta que cada unidad tiene su propio ambiente único y se deben considerar múltiples variables no incluidas en estos estudios. La administración del hospital antes de proceder a un cambio importante en los procedimientos de rutina habituales debería evaluar el nivel de conformidad de los profesionales sanitarios antes de proceder al cambio de rutinas.

El uso de la vestimenta por parte de visitantes y profesionales sanitarios en las unidades de cuidados intensivos neonatales no se ha probado con un diseño controlado aleatorio, futuras investigación deberían centrarse en el diseño de estudios aleatorios controlados de alta calidad.

Bibliografía:

1. Rush J, Fiorino-chiovitti R, Kaufman K, Mitchell A. A Randomized Controlled Trial of a Nursery Ritual : Wearing Cover Gowns to Care for Healthy Newborns. *birth*. 1990;17(March):25–30.
2. Forfar JO, Maccabe AF. Masking and Gowning in Nurseries for the Newborn Infant. *BMJ*. 1958;1(5062):76–9.
3. Evans HE, Akpata SO, Baki A. Bacteriologic and clinical evaluation qgo , , g. 1968;78(5):883–6.
4. Rush J, Fiorino-Chiovitti R, Kaufman K, Mitchell A. A Randomized Controlled Trial of a Nursery Ritual: Wearing Cover Gowns to Care for Healthy Newborns. *Birth*. 1990;17(1):25–30.
5. Tan SG, Lim SH, Malathi I. Does routine gowning reduce nosocomial infection and mortality rates in a neonatal nursery? A Singapore experience. *Int J Nurs Pract*. 1995;1(1):52–8.

Capítulo 90

Ejercicio físico como factor protector o terapia en la depresión postparto

Serrano Rodrigo, Cristina

Montoya Díaz-Hellín, Belén

Sánchez Moreno, María Teresa

EJERCICIO FÍSICO COMO FACTOR PROTECTOR O TERAPIA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO

INTRODUCCIÓN

El puerperio comprende desde el final del parto hasta que se restablecen todos los cambios que se producen. Su duración aproximada es de 6 - 8 semanas. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentra la **Depresión Postparto (DPP)**. La cual es un trastorno de depresión mayor que puede ocurrir en las 4 primeras semanas.

Afecta alrededor de un **15 %** de las mujeres después del parto

ALGUNOS SÍNTOMAS EN LA DPP

- Tristeza o llanto persistente
- Disminución del interés y baja autoestima
- Insomnio e irritabilidad
- Ansiedad
- Falta de apego al bebé

DEBEN ESTAR PRESENTES AL MENOS 2 SEMANAS



TRATAMIENTO ACTUAL

Fármacos antidepresivos + Psicoterapia

→ ¿EJERCICIO?

OBJETIVO

Determinar la eficacia de los programas de actividad física durante el embarazo y postparto para la prevención y tratamiento de la DPP.

MATERIAL Y MÉTODOS



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



PUBMED, SCIELO, DIALNET, SCOPUS



- "Depresión postparto" AND "Ejercicio"
- "Depresión postparto" OR "Postparto" AND "Ejercicio"
- "Depression, Postpartum" AND "Exercise"
- "Depression Postpartum" OR "Postpartum period" AND "Exercise"



SIN RESTRICCIÓN TEMPORAL



MUJERES EN RIESGO DE DPP



INTERVENCIONES A EVALUACIÓN

- ✓ Programas de ejercicio físico
- ✓ Actividades físicas realizadas
- ✓ Pram-Walking

RESULTADOS

En general los resultados obtenidos fueron que **sí hay una disminución de los síntomas de DPP**. El tamaño de la muestra es muy variante en todos los estudios. En relación a la toma de medicamentos antidepresivos, ingreso hospitalario actual o en los últimos 6 meses, todos fueron motivo de exclusión. En la mayoría de mujeres con síntomas depresivos, se observó que **tenían a cargo algún familiar, menor apoyo de la pareja o familiar o no tenían pareja**. En cuanto a la lactancia materna, llama la atención que la mayoría de los estudios **no tienen en cuenta la lactancia materna a la hora del ejercicio**. La mayoría de los estudios **se basaron en cuestionarios** que ofrecen a las participantes al principio del estudio y en **solo tres estudios se realizó una prueba de nivel antes**. El ejercicio que se realizó con mayor frecuencia fue el **pram-walking, el cual es una actividad tan sencilla como salir a caminar con el cochecito del niño**. La mayoría de los estudios seleccionados optaron por esta actividad porque **es de intensidad moderada, fácil de realizar y es un buen ejercicio aeróbico**. La mayoría de los estudios **no especificaron concretamente la actividad o ejercicio que tenían que realizar**.

CONCLUSIONES

La actividad física reduce la probabilidad de sintomatología de DPP, tiene una importante implicación clínica ya que muchas madres son reacias a la toma de antidepresivos y con el ejercicio se consigue que esta sintomatología no aparezca. La actividad física de una intensidad moderada es la mejor opción ya que tiene una buena acogida. El ejercicio de tipo aeróbico es la mejor opción para disminuir la sintomatología, ya que cuenta con actividades con mayor o menor dificultad como caminar. La mejor opción es el Pram-walking (salir a andar con el cochecito del niño). No se puede concluir la eficacia de los ejercicios de fuerza y flexibilidad, debido a la falta de evidencia.

Resumen: La depresión postparto (DPP) es un trastorno de depresión mayor que afecta alrededor de un 15% a las mujeres en el postparto (PP). Actualmente el tratamiento de la DPP es la combinación de antidepresivos con psicoterapias. Se ha demostrado que el ejercicio es una actividad eficaz para la depresión, pero son pocos los estudios del ejercicio en la DPP. El objetivo es determinar la eficacia de la actividad física en la prevención y tratamiento de la DPP. Uno de los resultados fue que la actividad física reduce la probabilidad de sintomatología de DPP.

Palabras Clave: Postparto, Depresión Postparto, Ejercicio

Desarrollo del trabajo:

Durante el parto se producen una gran cantidad de cambios que modifican la vida de la mujer. El puerperio o postparto (PP) comprende desde el final del parto hasta que se restablecen todos los cambios tanto anatómicos como fisiológicos, su duración aproximada es entre seis y ocho semanas. Es importante que las emociones y obligaciones no abruman a la madre para evitar la psicosis puerperal o la depresión postparto (DPP).

La DPP es un trastorno de depresión mayor que puede ocurrir en las 4 primeras semanas del puerperio. Este trastorno afecta alrededor de un 15% de las mujeres después del parto. Algunos síntomas que nos podemos encontrar son tristeza o llanto persistente, insomnio, ataques de ansiedad, falta de apego al bebé... estos síntomas deben estar presentes al menos dos semanas.

Actualmente el tratamiento de la DPP es la combinación de fármacos antidepresivos con psicoterapia. Muchas mujeres son reacias a la toma de medicamentos, por lo que el ejercicio puede ser una buena alternativa para tratar o prevenir la DPP. Hay varios tipos de ejercicios desde leve, moderado hasta alta intensidad. También podemos encontrar ejercicios aeróbicos, de fuerza...

Las primeras semanas postparto, se recomienda que la actividad sea de baja intensidad. A partir de la sexta semana postparto pueden incrementar tanto la intensidad como el ejercicio que se realiza.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es la realización de una revisión bibliográfica para determinar la eficacia de los programas de actividad física durante el embarazo y postparto para la prevención y tratamiento de la DPP.

Material y Métodos:

Las bases de datos en las que se realizó la búsqueda fueron: Clínica trials, Dialnet, Pubmed, Scielo y Scopus. Los estudios seleccionados fueron ensayos clínicos. El tipo de participantes que se buscó fueron mujeres que sufren DPP. Los idiomas seleccionados de los ensayos fueron en español e inglés y sin restricción temporal.

Resultados y discusión:

En cuanto a los estudios seleccionados, se presentan doce: diez son ensayos aleatorios controlados, uno es un protocolo de estudio y otro es un estudio piloto, aleatorizado, no controlado y no enmascarado. Siendo la evidencia moderada.

En relación con el año de publicación la gran mayoría de los ensayos fueron publicados entre los años 2011 – 2015. Con respecto a la edad el margen se sitúa en torno a los 20 – 35 años. En relación a la forma de captación de los pacientes en todos los estudios utilizaron al personal sanitario, folletos, anuncios, e- mails... En otros utilizaron Facebook.

La incidencia de la DPP se situó entre el 10 – 15%, por lo que la mayoría de los estudios se enfocaron en tratar de disminuir esta incidencia con el ejercicio. Como motivo de exclusión fue la toma de medicamentos antidepresivos, ingresos hospitalarios... La mayoría de mujeres con niveles de síntomas depresivos más altos, se observó que tenían a cargo algún familiar o menos apoyo. En cuanto a la lactancia materna, la mayoría no tienen en cuenta la lactancia materna a la hora de las intervenciones relacionadas con el ejercicio.

En la mayoría de los estudios se optó por dividir el grupo de pacientes por la mitad, un grupo control y grupo ejercicio. El grupo control realizaría la rutina habitual con sus visitas habituales al médico. El ejercicio que se más realizó fue el pram-walking, que es salir a caminar con el cochecito del niño. La mayoría de los estudios seleccionados optaron por esta actividad porque es de intensidad moderada, fácil de realizar y es un buen ejercicio aeróbico. En la mayoría de los estudios el intervalo de ejercicio fue 30 minutos durante 3 – 5 días por semana con una intensidad moderada.

En general los resultados obtenidos después de las intervenciones realizadas para la disminución de los síntomas de la DPP, fue que sí se encuentra una disminución de la incidencia de la DPP.

Las limitaciones que aparecieron en la búsqueda son que la mayoría de ellos son mediante pago o suscripción. Al establecer la búsqueda bibliográfica sólo a estudios en inglés y español, puedes haberse excluido estudios en otro idioma que tuvieran mayor evidencia. Otra limitación fue encontrar artículos o estudios sobre ejercicios de flexibilidad o fuerza. Entre los puntos fuertes encontramos la importancia de reforzar la actividad física durante el embarazo que puede continuar en el PP. Otro punto a favor es el pram-walking. Es una actividad que se puede realizar desde una baja intensidad hasta alta intensidad. Llama la atención el poco uso de redes sociales que se hace en los estudios, ya que la mayoría optan por métodos más tradicionales.

Conclusiones:

La actividad física reduce la probabilidad de sintomatología de DPP. La actividad física tiene una importante implicación clínica ya que muchas madres son reacias a la toma de antidepresivos. A su vez la actividad física de una intensidad moderada parece ser la mejor opción ya que es una intervención que pueden hacer dentro o fuera de casa. El ejercicio de tipo aeróbico es la mejor opción. Dentro del ejercicio de tipo aeróbico, la mejor opción es el pram- walking. No se puede concluir la eficacia de los ejercicios de fuerza y flexibilidad en la reducción de la sintomatología de la DPP.

Bibliografía:

1. Camps MM. Atención Y Actuación De Enfermería Frente a La Depresión Postparto. MUSA Rev Investig en Mujer, Salud y Soc [Internet]. 2017;2(1):57-85. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4/20368>
2. Vázquez Lara JM, Rodríguez L. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Minist sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2015;353. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf

3. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*. 2017;44(3):200-8.
4. B CM, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil*. 2015;143(1995):887-94.
5. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol y Reprod Humana* [Internet]. 2013;27(3):185-93. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>.

Capítulo 91

Ejercicios para prevenir la lumbalgia en futbolistas

Rangel Escibano, Juan

EJERCICIOS PARA PREVENIR LA LUMBALGIA EN FUTBOLISTAS

JUAN RANGEL ESCRIBANO

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia se define por la presencia de dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar y que se acompaña, frecuentemente, de dolor irradiado o referido. No es un diagnóstico ni una enfermedad, sino que se trata de un síntoma y que, por lo tanto, puede ser debido a múltiples enfermedades de diferente gravedad y repercusión. En la mayoría de los casos la causa no puede ser identificada con precisión y se habla de lumbalgia mecánica inespecífica. Alrededor de un 80% de la población experimentará dolor lumbar en algún momento de su vida, afectando a todas las edades. Aunque la mayoría de estos episodios son benignos, no incapacitantes y autolimitados. Casi un 80% de los casos de dolor lumbar se recuperan en 2 semanas con o sin tratamiento (Kendall).

OBJETIVOS

Estudio de la prevalencia y de la incidencia de la lumbalgia en futbolistas. Profundizar en el estudio de la lumbalgia, ya que es un síntoma muy frecuente en el mundo del fútbol; que apenas se le da importancia por ser tan común, pero que puede causar períodos de baja a un deportista de élite. Contrastar los diferentes tratamientos fisioterápicos preventivos y elaboración de un protocolo de tratamiento preventivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se comenzó el trabajo elaborando y pasando una encuesta a 120 futbolistas con la intención de conocer las características y evolución del dolor lumbar en los propios deportistas.

Al mismo tiempo se exploró a un equipo de fútbol y se seleccionó a 10 jugadores, con los siguientes criterios de elección:

Inclusión: Jugadores que hayan padecido anteriormente dolor lumbar. Jugadores con acortamiento muscular.

Exclusión: Síndromes radiculares. Escoliosis estructuradas.

EXPLORACIÓN:

Desalineaciones en el plano frontal y sagital de la columna vertebral.
Exploración de columna lumbar.
Movilidad lumbar.
Signos neurológicos.
Pruebas de longitud muscular



Celulalgia



Prueba de Thomas

EJERCICIOS PROPUESTOS:

Protocolo de tratamiento preventivo del dolor lumbar en base a la incidencia de acortamiento muscular en los futbolistas explorados, basado en estiramientos pasivos y autoestiramientos de psoas-iliaco, recto anterior del cuádriceps, isquiosurales y piramidal; fortalecimiento de abdominales y ejercicios de propiocepción lumbar.

Los autoestiramientos se realizan diariamente antes y después del entrenamiento y los estiramientos pasivos se han hecho todos los sábados durante los 5 meses del tratamiento.



Estiramiento de isquiosurales



Estiramiento de piramidal

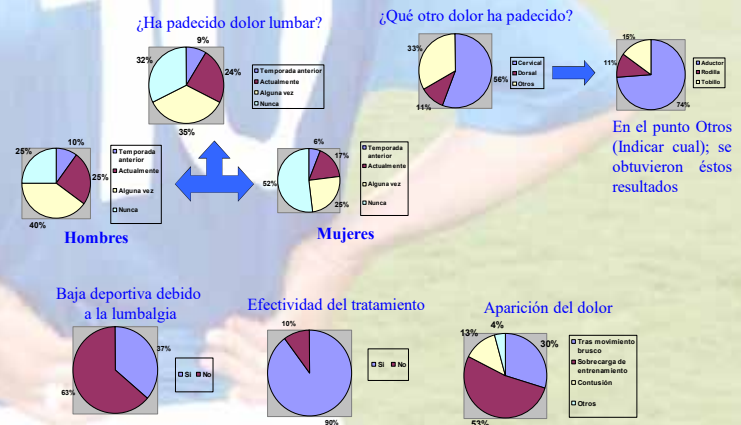


Fortalecimiento de abdominales

RESULTADOS

Con el protocolo de tratamiento preventivo de fisioterapia propuesto; durante éstos 5 meses de evolución; ningún jugador ha referido dolor lumbar y los 2 sujetos que lo padecían en el momento de la primera exploración ya no lo refieren. También se ha notado la buena evolución del tratamiento en las pruebas de longitud muscular; ya que un alto porcentaje de jugadores con acortamiento muscular lo han mejorado notablemente.

Una vez examinadas las encuestas se hicieron unas gráficas para profundizar en su estudio.



CONCLUSIONES

La exploración debe ser minuciosa para cumplir los parámetros de inclusión y exclusión y así llevar a cabo correctamente el tratamiento preventivo.

La evaluación de los problemas posturales debe incluir el examen de las regiones relacionadas y no limitarse exclusivamente a las áreas donde aparecen los síntomas.

Los principales medios para restaurar el equilibrio muscular son los ejercicios terapéuticos para fortalecer los músculos débiles (abdominales) y estirar los músculos tensos (psoas-iliaco, recto anterior del cuádriceps, isquiosurales y piramidal).

El desequilibrio muscular es consecuencia de una actividad que requiere el trabajo persistente de ciertos músculos, sin hacer actuar a los músculos opuestos de forma adecuada.

Hay un mayor predominio de dolor lumbar en futbolistas hombres que en mujeres.

El exceso de entrenamiento es facilitador de dolor lumbar.

Los futbolistas más altos presentan dolor lumbar con más frecuencia que los de estatura media y baja.

El tratamiento de fisioterapia es efectivo en un elevado porcentaje.

El mejor tratamiento de la lumbalgia es su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Busquet, L. Las cadenas musculares. Tomo IV. 4ª edición Barcelona: Editorial Paidotribo; 2001.
- Gómez-Conesa, A. Méndez Carrillo, FX. Lumbalgia ocupacional. Fisioterapia 2002; 24(Monográfico 1):43-50.
- Hoppenfeld, S. Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. 21ª edición México: Editorial Manual Moderno, 2000.
- Humbria Mendiola, A. Carmona, L. Ortiz, AM. Peña Sagredo, J L. Tratamiento de la lumbalgia inespecífica; ¿Qué nos dice la literatura médica?. Rev Esp Reumatol 2002;29(10):494-498.
- Kapandji, IA. Cuadernos de fisiología articular. Vol 3. 4ª edición Barcelona; Editorial Masson; 1998.
- Kendall, FP. Kendall, P. Músculos pruebas, funciones y dolor postural. 4ª edición Madrid: Editorial Marbán; 2000.
- Ledoupe, A. Dedee, M. Manual práctico de estiramientos musculares postisométricos. 1ª edición Barcelona: Editorial Masson; 1996.

Resumen: Los objetivos son el estudio del dolor lumbar en futbolistas, contrastar los diferentes tratamientos fisioterápicos y elaboración de un protocolo preventivo de fisioterapia.

Se tomó como grupo poblacional a 120 futbolistas con la intención de conocer las características y evolución del dolor lumbar y se elaboró un cuestionario. Se exploró a los jugadores de un equipo de fútbol juvenil y se seleccionó a 10 jugadores, a los cuales se les aplicó el tratamiento fisioterápico preventivo, basado en estiramientos y auto estiramientos de isquiosurales, psoas y piramidal fundamentalmente.

El tratamiento preventivo de fisioterapia es efectivo en un elevado porcentaje.

Palabras Clave: Fisioterapia; Lumbalgia; Atención primaria

Desarrollo del trabajo:

La lumbalgia se define por la presencia de dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar y que se acompaña, frecuentemente, de dolor irradiado o referido. No es un diagnóstico ni una enfermedad, sino que se trata de un síntoma y que, por lo tanto, puede ser debido a múltiples enfermedades de diferente gravedad y repercusión. En la mayoría de los casos la causa no puede ser identificada con precisión y se habla de lumbalgia mecánica inespecífica.

Alrededor de un 80% de la población experimentará dolor lumbar en algún momento de su vida, afectando a todas las edades. Aunque la mayoría de estos episodios son benignos, no incapacitantes y autolimitados. Casi un 80% de los casos de dolor lumbar se recuperan en dos semanas con o sin tratamiento.

Objetivo:

Profundizar en el estudio de la lumbalgia, ya que es un síntoma muy frecuente en el mundo del fútbol; que apenas se le da importancia por ser tan común, pero que puede causar periodos de baja a un deportista de élite. Estudio de la prevalencia y de la incidencia de la lumbalgia en futbolistas.

Contrastar los diferentes tratamientos fisioterápicos preventivos y elaboración de un protocolo de tratamiento preventivo.

Material y Métodos:

Se comenzó el trabajo elaborando y pasando una encuesta a 120 futbolistas con la intención de conocer las características y evolución del dolor lumbar en los propios deportistas.

Al mismo tiempo se exploró a un equipo de fútbol y se seleccionó a 10 jugadores, con los siguientes criterios de elección:

Inclusión: Jugadores que hayan padecido anteriormente dolor lumbar. Jugadores con acortamiento muscular.

Exclusión: Síndromes radicales. Escoliosis estructuradas.

Exploración: Desalineaciones en el plano frontal y sagital de la columna vertebral. Exploración de la columna lumbar. Movilidad lumbar. Signos neurológicos y pruebas de longitud muscular.

Ejercicios propuestos: Protocolo de tratamiento preventivo del dolor lumbar en base a la incidencia de acortamiento muscular en los futbolistas explorados, basado en estiramientos pasivos y auto estiramientos de psoas-ilíaco, recto anterior del cuádriceps, isquiosurales y piramidal; fortalecimiento de abdominales y ejercicios de propiocepción lumbar.

Los autoestiramientos se realizan diariamente antes y después del entrenamiento y los estiramientos pasivos se han hecho todos los sábados durante los cinco meses del tratamiento.

Resultados:

Con el protocolo de tratamiento preventivo de fisioterapia propuesto; durante estos cinco meses de evolución; ningún jugador ha referido dolor lumbar y los dos sujetos que lo padecían en el momento de la primera exploración ya no lo refieren. También se ha notado la buena evolución del tratamiento en las pruebas de longitud muscular; ya que un alto porcentaje de jugadores con acortamiento muscular lo han mejorado notablemente.

Una vez examinadas las encuestas se hicieron unas gráficas para profundizar en su estudio. Algunas de las preguntas eran: ¿Ha padecido dolor lumbar? ¿Qué otro dolor ha padecido? ¿Baja deportiva debido a la lumbalgia? ¿Efectividad del tratamiento? ¿Aparición del dolor?.

Conclusiones:

La exploración debe ser minuciosa para cumplir los parámetros de inclusión y exclusión y así llevar a cabo correctamente el tratamiento preventivo.

La evaluación de los problemas posturales debe incluir el examen de las regiones relacionadas y no limitarse exclusivamente a las áreas donde aparecen los síntomas.

Los principales medios para restaurar el equilibrio muscular son los ejercicios terapéuticos para fortalecer los músculos débiles (abdominales) y estirar los músculos tensos (psoas-ilíaco, recto anterior del cuádriceps, isquiosurales y piramidal).

El desequilibrio muscular es consecuencia de una actividad que requiere el trabajo persistente de ciertos músculos, sin hacer actuar a los músculos opuestos de forma adecuada.

Hay un mayor predominio de dolor lumbar en futbolistas hombres que en mujeres. El exceso de entrenamiento es facilitador de dolor lumbar.

Los futbolistas más altos presentan dolor lumbar con más frecuencia que los de estatura media y baja.

El tratamiento de fisioterapia es efectivo en un elevado porcentaje. El mejor tratamiento de la lumbalgia es su prevención.

Bibliografía:

1. Busquet, L. Las cadenas musculares. Tomo IV. 4ª edición Barcelona: Editorial Paidotribo; 2001.
2. Gómez-Conesa, A. Méndez Carrillo, FX. Lumbalgia ocupacional. *Fisioterapia* 2002; 24(1):43-50.
3. Hoppenfeld, S. Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. 21ª edición México: Editorial Manual Moderno, 2000.
4. Humbría Mendiola, A. Carmona, L. Ortiz, AM. Peña Sagredo, J L. Tratamiento de la lumbalgia inespecífica; ¿Qué nos dice la literatura médica? *Rev Esp Reumatol* 2002;29(10):494-498.
5. Kendall, FP. Kendall, P. Músculos pruebas, funciones y dolor postural. 4ª edición Madrid: Editorial Marbán; 2000.

Capítulo 92

El boom de las técnicas de reproducción asistida: importancia de la labor enfermera.

*Villanueva Rodrigo, Tamara
Barranquero Rodríguez, Rocío
Rodríguez Romero, Victoria
Daimiel Lillo, Marta
Carrasco Castellanos, Marta*



El "BOOM" de las técnicas de reproducción asistida:

IMPORTANCIA DE LA LABOR ENFERMERA

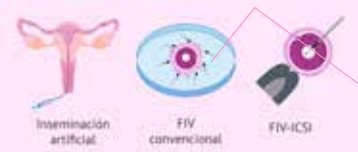
Autores: Victoria Rodríguez Romero, Marta Daimiel Lillo, Tamara Villanueva Rodrigo, Marta Carrasco Castellanos, Rocío Barranquero Rodríguez

Filiación: SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCION

REPRODUCCIÓN ASISTIDA:

Conjunto de técnicas biomédicas que facilitan o sustituyen a los procesos naturales que se dan durante la reproducción. Permiten poder ser padres a miles de parejas. Son tratamientos cada vez más extendidos.



MÉTODO ROPA (pareja lesbianas): utiliza óvulo de una de ellas y la transmisión embriones a la otra. Ambas participan

LA ESTERILIDAD AFECTA AL 15% DE LA POBLACIÓN EN EDAD REPRODUCTIVA EN PAISES OCCIDENTALES.

1 DE CADA 6 PAREJAS

En los últimos años han aumentado estas técnicas y la incorporación de la Enfermería ha sido impulsada por los avances tecnológicos y los cambios de los valores sociales, convirtiéndose en un elemento fundamental para ofrecer una atención integral.

OBJETIVOS

Identificar las necesidades de pacientes



MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado mediante una revisión bibliográfica con límites de búsqueda entre 2010-2020 en diferentes bases de datos:

- Dialnet, pubmed y google académico.

Los términos empleados son "reproducción asistida" y "enfermería"

("enfermería") AND ("reproducción asistida").

Fueron seleccionados a partir del título y resúmenes disponibles. A la hora de establecer selección de búsqueda para realizar la revisión, se llevaron a cabo una serie de criterios:

INCLUSIÓN: Aquellos artículos que estaban disponibles en texto completo, escritos en español, y publicados en los últimos 10 años y que definían la importancia de la reproducción asistida y la labor enfermera en ella.

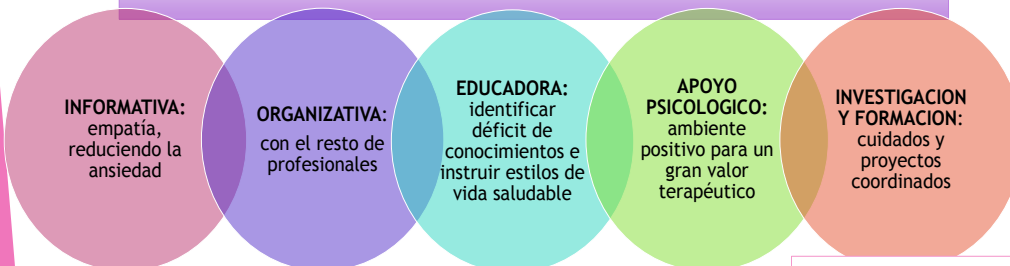
EXCLUSIÓN: Aquellos que no se centraban en la enfermería en la reproducción asistida.

RESULTADOS

¿QUÉ HA HECHO QUE AUMENTE ESTE TIPO DE ASISTENCIA?

- La **población estéril** se informa frecuentemente por su mayor accesibilidad, creciente confianza y eficacia de buenos resultados
- **Perspectiva vital de las mujeres:** la incorporación masiva al mundo laboral, retraso establecimiento de relaciones personales estables, uso anticonceptivos para retrasar gestaciones e incremento de la edad reproductiva social.
- **Incremento de la demanda:** mujeres sin pareja masculina, parejas homosexuales o mujeres que quieren afrontar la maternidad de forma individual.

IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA REPRODUCCION ASISTIDA



CONCLUSIONES

La reproducción asistida es un campo extremadamente complejo, que en estos últimos años ha aumentado su demanda. Es de vital importancia trabajar conjuntamente con un gran equipo de profesionales para cubrir las necesidades de las parejas a nivel psicológico, social y espiritual.

En estos últimos tiempos la incorporación de la consulta de enfermería se han alcanzado beneficios como mejoría en la comunicación, mejores niveles de satisfacción, disminución de errores y mejora en los resultados.



BIBLIOGRAFIA

- VITA Medicina Reproductiva. ¿en que consiste la reproducción asistida? [Internet]. 26 noviembre 2015 [12 mar 2020]. Disponible en: <http://www.vitafertilidad.com/blog/tratamientos-tecnicas/consiste-reproduccion-asistida-embrionologo.html>
- Fernández Martos B. Presente y futuro de la consulta de enfermería en reproducción asistida. [Internet] Madrid: Sociedad española de fertilidad; 2015 5 [Acceso 11 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/paramedico/presente.pdf>
- SEF. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD. Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. [Internet]. Madrid. [14 febrero 2012; 11 de marzo 2020]. Disponible en: https://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf
- EL PERIODICO. LAS CLINICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDAS VIVEN UN BOOM EN ESPAÑA. [Internet] [Acceso 11 Marzo 2020]. Disponible: <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20190827/boom-clinicas-reproduccion-asistida-espana-7590909>
- Fivmadrid. clínicas de reproducción asistida. causas del incremento de infertilidad en el mundo. [Internet]. 3 JULIO 2018. Disponible: <https://fivmadrid.es/causas-del-incremento-infertilidad-mundo/>

Resumen: La reproducción asistida es el conjunto de técnicas biomédicas que facilitan o sustituyen a los procesos naturales que se dan durante la reproducción. Permiten poder ser padres a miles de parejas. Son tratamientos cada vez más extendidos.

La esterilidad afecta en la actualidad al 15% de la población en edad reproductiva en países occidentales, es decir una de cada seis parejas son estériles.

En los últimos años han aumentado estas técnicas y la incorporación de la Enfermería ha sido impulsada por los avances tecnológicos y los cambios de los valores sociales, convirtiéndose en un elemento fundamental para ofrecer una atención integral.

Palabras Clave: Reproducción Asistida, Mujeres, Técnicas Asistidas

Desarrollo del trabajo:

En la reproducción asistida es muy importante resaltar como principal objetivo: visualizar la figura enfermera; que es fundamental para conseguir ciertos objetivos específicos como:

- Identificar las necesidades de los pacientes
- Reducir los tiempos de espera.
- Aclarar dudas
- Proporcionar y reforzar información.

Se ha realizado mediante una revisión bibliográfica con límites de búsqueda entre 2010-2020 en diferentes bases de datos:

- Dialnet, Pubmed y Google académico.

Los términos empleados son “reproducción asistida” y “enfermería” (“enfermería”) AND (“reproducción asistida”).

Fueron seleccionados a partir del título y resúmenes disponibles. A la hora de establecer selección de búsqueda para realizar la revisión, se llevaron a cabo una serie de criterios:

INCLUSIÓN: Aquellos artículos que estaban disponibles en texto completo, escritos en español, y publicados en los últimos 10 años y que definían la importancia de la reproducción asistida y la labor enfermera en ella.

EXCLUSIÓN: Aquellos que no se centraban en la enfermería en la reproducción asistida.

Como hemos mencionado, las técnicas de reproducción asistida han aumentado su demanda en los últimos años. Afectando a parejas en la actualidad.

¿QUÉ HA HECHO QUE AUMENTE ESTE TIPO DE ASISTENCIA?

- La población estéril se informa frecuentemente por su mayor accesibilidad, creciente confianza y eficacia de buenos resultados
- Perspectiva vital de las mujeres: la incorporación masiva al mundo laboral, retraso establecimiento de relaciones personales estables, uso anticonceptivos para retrasar gestaciones e incremento de la edad reproductiva social.

- Incremento de la demanda: mujeres sin pareja masculina, parejas homosexuales o mujeres que quieren afrontar la maternidad de forma individual.

Por todo lo que engloba queremos resaltar la importancia que tienen los profesionales en este ámbito, pero sobre todo el papel de enfermería cuyas funciones podemos destacar:

- 1) INFORMATIVA: empatía, reduciendo la ansiedad
- 2) ORGANIZATIVA :con el resto de profesionales
- 3) EDUCADORA: identificar déficit de conocimientos e instruir estilos de vida saludable
- 4) APOYO PSICOLOGICO: ambiente positivo para un gran valor terapéutico
- 5) INVESTIGACION Y FORMACION: cuidados y proyectos coordinados

La reproducción asistida es un campo extremadamente complejo, que en estos últimos años ha aumentado su demanda. Es de vital importancia trabajar conjuntamente con un gran equipo de profesionales para cubrir las necesidades de las parejas a nivel psicológico, social y espiritual.

En estos últimos tiempos la incorporación de la consulta de enfermería se han alcanzado beneficios como mejoría en la comunicación, mejores niveles de satisfacción, disminución de errores y mejora en los resultados.

Bibliografía:

1. VITA Medicina Reproductiva. ¿en que consiste la reproducción asistida? [Internet]. 26 noviembre 2015 [12 mar 2020]. Disponible en: [http:// www.vitafertilidad.com/blog/tratamientos-tecnicas/consiste-reproduccion-asistida-embriologo.html](http://www.vitafertilidad.com/blog/tratamientos-tecnicas/consiste-reproduccion-asistida-embriologo.html)
2. Fernández Martos B. Presente y futuro de la consulta de enfermería en reproducción asistida. [Internet] Madrid: Sociedad española de fertilidad; 2015 5 [Acceso 11 Marzo2020]. Disponible en: [https:// www.sefertilidad.net/docs/grupos/paramedico/presente.pdf](https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/paramedico/presente.pdf)
3. SEF. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD. Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. [Internet]. Madrid. [14 febrero 2012; 11 de marzo 2020]. Disponible en: https://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf
4. EL PERIÓDICO. LAS CLINICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDAS VIVEN UN BOOM EN ESPAÑA. [Internet] [Acceso 11 Marzo 2020]. Disponible: [https:// www.elperiodico.com/es/sanidad/20190827/boom-clinicas-reproduccion-asistida-espana-7590909](https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20190827/boom-clinicas-reproduccion-asistida-espana-7590909)
5. Fivmadrid. clínicas de reproducción asistida. causas del incremento de infertilidad en el mundo. [Internet]. 3 JULIO 2018. Disponible: <https://fivmadrid.es/causas-del-incremento-infertilidad-mundo>

Capítulo 93

El embarazo y los factores que influyen en el recién nacido

Vizcaíno Caravantes, Cristina

Vizcaíno Navarro, José Luis

EL EMBARAZO Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RN

Autores: Cristina Vizcaíno Caravantes, José Luis Vizcaíno Navarro.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una situación excepcional y única en el que se experimentan diferentes cambios físicos y emocionales. Como consejos básicos para mantener un buen embarazo son:

- Mantener una dieta en el que se aumenten las vit. A, B, C, D, ácido fólico, proteínas, calcio, hierro, yodo y zinc. No es recomendable tomar alimentos de origen animal en crudo o poco curados, ni lácteos no pasteurizados...
- Actividad física moderada.
- La vacuna de la gripe y del tétanos están autorizadas durante el embarazo. La vacuna de la hepatitis B se pone después del primer trimestre si precisa.
- Se debe tomar un suplemento polivitamínico específico para el embarazo los meses previos a la gestación y durante todo el embarazo para mejorar el bienestar materno-filial.

OBJETIVO

- Conocer la influencia del peso previo al embarazo en el propio embarazo.
- Influencia del hábito tabáquico en el feto.
- Conocer la influencia de la Vit. E y D en el RN.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y los buscadores científicos: ELSEVIER, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO. También se usarán artículos de gran relevancia en el mundo científico.

Como criterios de inclusión nuestra selección se realizará a partir de trabajos con fecha de publicación a partir del 2011, en castellano. Los artículos seleccionados son de gran evidencia científica.

Mantendremos como criterios de exclusión: trabajos realizados antes del 2010 y trabajos con poca relevancia en investigación y/o dudosos.

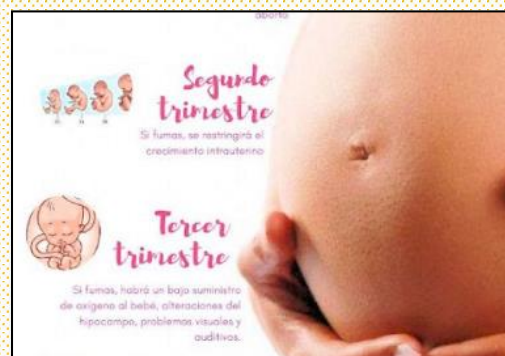
Palabras clave: "Peso del recién nacido", "embarazo", "riesgo en el embarazo", "fumar en el embarazo", etc.

La búsqueda bibliográfica comprende de 18 artículos, 9 de ellos se rechazan por no cumplir los criterios de inclusión y/o no ser de interés para nuestra revisión

ELSEVIER	Asociación entre la dieta durante el embarazo y la salud y el peso del descendiente ¿Qué beneficios sanitarios aporta la lactancia materna al bebé y a la madre?
SCIELO	La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil Tabaco y salud infantil: un aspecto no suficientemente valorado
GOOGLE ACADÉMICO	Estado nutricional en el embarazo y su relación con el peso del recién nacido
OTROS	Fumar aumenta la grasa de la leche materna y acorta el periodo de lactancia Nutrición durante el embarazo Consumo del tabaco durante el embarazo

RESULTADOS

- Según nuestros estudios se ha observado una diferencia significativa en la proporción de neonatos macrosómicos al comparar a las gestantes en función de su situación ponderal previa al embarazo, siendo mayor el porcentaje de neonatos macrosómicos entre las que presentaban obesidad grado 1 con respecto a las que presentaban sobrepeso y normopeso.
- El hábito tabáquico influye sobre el crecimiento del feto y puede producir bebés prematuros. Pueden nacer con el síndrome de abstinencia a la nicotina al nacer (bebés muy irritables). También la influencia del tabaco puede producir muerte súbita del lactante, otitis, bronquitis, neumonías...
- Se describe un efecto protector del tabaco en el embarazo relacionado con el riesgo de desarrollar hipertensión gestacional, cuando la fumadora desarrolla preeclampsia.
- El consumo de tabaco durante la lactancia se relaciona con una mayor concentración de grasa en la leche, al tiempo que reduce el volumen y el periodo de producción de la mama. Una madre que fume entre 10 y 20 cigarrillos diarios produce niveles de 0,4 a 0,5 miligramos de nicotina por litro de leche, lo que equivale al consumo de un tercio de la nicotina de un cigarro en el adulto.
- La influencia del hábito tabáquico en el padre también puede ser determinante para la salud, ya que en gestantes que han sido fumadoras pasivas se han observado menores pesos al nacer y mayor proporción de embarazos pretérminos y de incidencia de asma en la descendencia.
- Se ha comprobado que la vitamina E tiene un papel protector frente a procesos pulmonares como sibilancias, pero no está claro su papel protector frente alergias o asma. Se ha observado una menor ingesta de vitamina E en las gestantes cuyos descendientes presentaron enfermedades de tipo respiratorio que en aquellas cuyos descendientes no manifestaron este tipo de enfermedad.
- Se ha observado una relación entre la ingesta materna de vitamina D y una menor aparición de asma y sibilancias en el recién nacido.



CONCLUSIONES

Como conclusiones, debemos destacar la importancia de la nutrición y los hábitos durante el embarazo y antes del embarazo (si existe deseo de ser madre).

Como profesionales sanitarios debemos concienciar a las familias mediante charlas informativas o folletos de las graves consecuencias que existen en los recién nacidos todos nuestros hábitos.

Resumen: *En el embarazo se experimentan múltiples cambios importantes. Como consejos básicos para un control en el embarazo son: mantener una dieta equilibrada, la vacuna de la gripe y del tétanos están autorizadas durante el embarazo y la vacuna de la hepatitis B se pone después del primer trimestre (si precisa) y se debe tomar un suplemento polivitamínico específico previo. En el capítulo que vamos a desarrollar, intentaremos conocer la influencia del peso previo al embarazo en el propio embarazo, repercusiones del hábito tabáquico en el feto y conocer la influencia de la Vit. E y D en el recién nacido.*

Palabras Clave: *Embarazo, Factores de riesgo, Feto*

Desarrollo del trabajo:

El embarazo es una situación excepcional y única en el que se experimentan diferentes cambios físicos y emocionales. Como consejos básicos para mantener un buen embarazo son: mantener una dieta en el que se aumenten las vit. A, B, C, D, ácido fólico, proteínas, calcio, hierro, yodo y zinc; no es recomendable tomar alimentos de origen animal en crudo o poco curados, ni lácteos no pasteurizados...; realizar actividad física moderada; la vacuna de la gripe y del tétanos están autorizadas durante el embarazo y la vacuna de la hepatitis B se pone después del primer trimestre si precisa; y por último, se debe tomar un suplemento polivitamínico específico para el embarazo los meses previos a la gestación y durante todo el embarazo para mejorar el bienestar materno-filial.

Objetivos:

Mantendremos tres objetivos claros en nuestro trabajo: intentaremos conocer la influencia del peso previo al embarazo en el propio embarazo, investigar sobre Influencia del hábito tabáquico en el feto y relacionar la influencia de la Vit. E y D en el recién nacido.

Material y Método:

para realizar nuestra revisión bibliográfica usaremos las bases de datos y los buscadores científicos: ELSEVIER, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO. También se usarán artículos de gran relevancia en el mundo científico. Como criterios de inclusión nuestra selección se realizará a partir de trabajos con fecha de publicación a partir del 2011, en castellano. Los artículos seleccionados son de gran evidencia científica. Mantendremos como criterios de exclusión: trabajos realizados antes del 2010 y trabajos con poca relevancia en investigación y/o dudosos. La búsqueda bibliográfica comprende de 18 artículos, 9 de ellos se rechazan por no cumplir los criterios de inclusión y/o no ser de interés para nuestra revisión.

Resultados:

Los resultados obtenidos los expondremos a continuación: se ha observado una diferencia significativa en la proporción de neonatos macrosómicos al comparar a las gestantes en función de su situación ponderal previa al embarazo, siendo mayor el porcentaje de neonatos macrosómicos entre las que presentaban obesidad grado 1 con respecto a las que presentaban sobrepeso y normopeso. El hábito tabáquico influye sobre el crecimiento del feto y puede producir bebés prematuros, pueden nacer con el síndrome de abstinencia a la nicotina al nacer (bebés muy irritables). También la influencia del tabaco puede producir muerte súbita del lactante, otitis, bronquitis, neumonías... Se describe un efecto protector del tabaco en el embarazo relacionado con el riesgo de desarrollar hipertensión gestacional,

cuando la fumadora desarrolla preeclampsia. El consumo de tabaco durante la lactancia se relaciona con una mayor concentración de grasa en la leche, al tiempo que reduce el volumen y el periodo de producción de la mama. Una madre que fume entre 10 y 20 cigarrillos diarios produce niveles de 0,4 a 0,5 miligramos de nicotina por litro de leche, lo que equivale al consumo de un tercio de la nicotina de un cigarro en el adulto. La influencia del hábito tabáquico en el padre también puede ser determinante para la salud, ya que en gestantes que han sido fumadoras pasivas se han observado menores pesos al nacer y mayor proporción de embarazos pretérminos y de incidencia de asma en la descendencia. Se ha comprobado que la vitamina E tiene un papel protector frente a procesos pulmonares como sibilancias, pero no está claro su papel protector frente a alergias o asma. Se ha observado una menor ingesta de vitamina E en las gestantes cuyos descendientes presentaron enfermedades de tipo respiratorio que en aquellas cuyos descendientes no manifestaron este tipo de enfermedad. Por último en nuestro trabajo, hemos encontrado una relación entre la ingesta materna de vitamina D y una menor aparición de asma y sibilancias en el recién nacido.

Conclusiones:

Como conclusiones finales, debemos destacar la importancia de la nutrición y los hábitos durante el embarazo y antes del embarazo (si existe deseo de ser madre). Como profesionales sanitarios debemos concienciar a las familias mediante charlas informativas o folletos de las graves consecuencias que existen en los recién nacidos todos nuestros hábitos.

Bibliografía:

1. Ángeles Zúñiga P. ¿Qué beneficios sanitarios aporta la lactancia materna al bebé y a la madre?. 2018 [consultado el 15-Enero-2020]. Disponible en: [https:// www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/beneficios-y-ventajas-sanitarias-de-la-lactancia](https://www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/beneficios-y-ventajas-sanitarias-de-la-lactancia)
2. Sánchez-Muniz FJ, Gesteiro E, Espárrago Rodilla M, Rodríguez Bernal B, Bastida S. La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. 2013; 28(2). Disponible en: [https:// scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000200002)
3. Rubio I, Kanopa V. Tabaco y salud infantil: un aspecto no suficientemente valorado. 2015; 86(2). Disponible en: [http:// www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492015000200007](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492015000200007)

Capítulo 94

El impacto de las redes sociales en el sector salud

Rodríguez Ramírez, Laura

Nieto Calderón, Raquel

Laguna Morcillo, Gemma María

Mora Díaz, Ana Isabel

Cofrade Delgado, Ana



EL IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN EL SECTOR SALUD



AUTORES: Moja Díaz, A. I.; Rodríguez Ramírez, L.; Laguna Morcillo, G. M.; López Camacho, G.; Cofrade Delgado, A. M.; Nieto Calderón, R.

INTRODUCCIÓN:

Las redes sociales han cambiado nuestra forma de relacionarnos, comunicarnos e informarnos. Por ello, no es de extrañar que el sector salud también esté creciendo considerablemente en este área, casi un 80% de los pacientes consulta antes en internet que a su propio médico de familia.

Los pacientes utilizan las redes sociales también para conocer la experiencia de otras personas con su misma enfermedad.

Muchas organizaciones utilizan estos medios para transmitir sus campañas para concienciar e informar acerca de patologías concretas, ya que pueden tener una mayor y más rápida divulgación.

Es una herramienta ideal para difundir alertas sanitarias e incluso para potenciar la concienciación política y/o ciudadana y así obtener más fondos destinados a la investigación, creando gran impacto y reduciendo costes.

Sin embargo, todo no es positivo, ya que "San Google" o las fake news tienen vía libre también en estas redes, por lo que la información que se busca debe ser seria y estar siempre contrastada.

Las redes sociales más utilizadas para el sector sanitario son: Facebook, Youtube, Instagram y Twitter.



OBJETIVOS:

General: Conseguir una difusión rápida de la información de salud.

Específicos:

- Elegir bien la publicación que queremos transmitir
- Normalizar y acercar la actividad médica y enfermera.
- Cuidar a nuestros usuarios con un mensaje útil y humano.
- Provocar una revolución en la educación sanitaria.

METODOLOGIA:

En nuestra Unidad hemos creado un grupo de trabajo en el que abarcamos diferentes aspectos entre ellos la elaboración de una página en Facebook. La primera publicación tuvo lugar el 16 de Octubre de 2019, con un alcance de 112 personas, en la actualidad tenemos 247 seguidores y desde ahí seguimos trabajando para poder llegar a más gente. La estrategia de búsqueda bibliográfica empleada para la elaboración de nuevas publicaciones es a través de recursos de internet. La búsqueda se realiza en español e inglés con los descriptores "redes sociales para la salud" "educación sanitaria en internet" y todo tipo de enfermedades o temas de interés, se revisan publicaciones desde el 2006 hasta la actualidad. Las fuentes de información consultadas son las siguientes: MEDLINE, CUIDEN, FONDO EDITORIAL ELSELVIER, SCIELO ESPAÑA, BASE DE DATOS COCHRANE Y GOOGLE ACADÉMICO.

INTERVENCIONES

TABLA QUE INCLUYE TODAS LAS PUBLICACIONES DE LA PÁGINA WEB

FECHA PUBLICACIÓN	TEMÁTICA/CONTENIDO	ALCANCE (personas)	INTERACCIÓN
17 Oct 2019	Pacientes crónicos incurables no incurdables	506	61
19 Oct 2019	Cáncer de mama	1,2 mil	112
23 Oct 2019	Uso responsable antibióticos	255	20
27 Oct 2019	Vacuna gripe	378	26
29 Oct 2019	Ictus	1,3 mil	114
3 Nov 2019	Burbujas en suero	5,2 mil	778
11 Nov 2019	Pie diabético	656	92
13 Nov 2019	Enfermedad pulmonar	823	75
15 Nov 2019	Enfermedad inflamatoria intestinal	251	35
15 Enero 2020	Monóxido de carbono	585	59
23 Enero 2020	Gripe	1 mil	124
12 Feb 2020	Cuidados paliativos	100	9
27 Feb 2020	Medidas covid	1,2 mil	124
6 Marzo 2020	Higiene de manos	1,5 mil	156
26 Marzo 2020	Quédate en casa	990	185
7 Abril 2020	Uso de mascarilla	176	10
23 Abril 2020	Altas hospitalarias de pacientes covid	144	74
26 Abril 2020	Uso de guantes	2,2 mil	215
12 Mayo 2020	Día de la enfermería	4,8 mil	1 mil
15 Mayo	Medidas covid en Ciudad Real	992	152
16 Julio 2020	A tener en cuenta en la piscina	219	20
29 Oct 2020	Como saber si soy contacto estrecho de un covid	3,4 mil	540
22 Nov 2020	Sedentarismo	400	29
26 Nov 2020	Diabetes Mellitus	375	36
28 Marzo 2021	Causas e incidencias trombos	1,6 mil	151
24 Abril 2021	Nuevas medidas sanidad covid	75	3

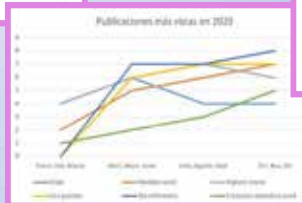
1ª PUBLICACIÓN



PUBLICACIÓN CON MAYOR ALCANCE



Las publicaciones más vistas han coincidido en el año 2020 durante el confinamiento



CONCLUSIONES:

Internet supone una gran oportunidad para mejorar la calidad de la atención sanitaria porque facilita el acceso al sistema sanitario, siendo un instrumento eficiente para la educación sanitaria.

Aunque no llevamos muchos años con nuestra página de Facebook en funcionamiento, si hemos podido ir valorando, como cada vez tiene más repercusión en la población cercana. Al ser un sistema indirecto de educación sanitaria estamos intentando que llegue a la gente más joven, ya que es la más activa en este tipo de redes sociales y de esta manera poder influir positivamente en su salud.

Hemos podido notar que a causa de la pandemia la población ha compartido y dado me gusta a las recomendaciones publicadas más veces. Además estamos muy orgullosos del trabajo realizado porque poco a poco vamos creciendo en este mundo tan actual como son las redes sociales en temas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *En estos últimos años, hemos podido ir viendo, como las redes sociales cobran cada vez más importancia en nuestra vida, siendo un pilar bastante importante para la población en temas sobre la salud.*

Cada día millones de personas realizan consultas acerca de sus problemas de salud, participando en foros y dando consejos a otros internautas.

De igual manera, se ha comprobado como las redes sociales son una herramienta muy útil a la hora de poder divulgar información, ya sea realizando campañas de prevención, como promoción de la salud a nivel de la comunidad.

Palabras Clave: *Red social, Acceso a internet, Educación en salud*

Desarrollo del trabajo:

Actualmente las redes sociales como Facebook, YouTube, Instagram, o Twitter, son medios que han llegado para quedarse.

Los profesionales de enfermería las utilizamos como una fuente de conexión e interacción activa debido a la facilidad de acceso y de uso, y actualmente son un medio de acercamiento al proceso de aprendizaje, comunicación y visibilidad ante otros.

El sector salud está creciendo considerablemente en éste área, y no sólo es utilizado por los profesionales sanitarios. Por fortuna, cada vez más población está haciendo uso de ellas, y son los propios pacientes los que las utilizan para conocer la experiencia de otras personas con su misma patología.

También es utilizado para hacer campañas de concienciación y educación sobre problemas de salud a nivel poblacional.

La publicación de dichas campañas en las redes sociales también contribuye al empoderamiento del paciente. Un paciente empoderado es un paciente informado que tiene conocimiento de su enfermedad. De una forma bidireccional, una de las posibilidades más explotadas por los pacientes es la creación de grupos de apoyo donde pueden compartir información relevante sobre su enfermedad, para ello utilizan mucho los llamados foros.

A la hora de hacer una página web en salud hay que tener en cuenta algunos factores, como:

- Crear una relación de valor con el paciente, buscar la forma más adecuada de comunicar ésta relación y saber dar respuesta a aquellos aspectos por los cuales buscan información en esa web.

- Habrá que tener en cuenta la seguridad y fiabilidad de su contenido.

El contenido deberá ser relevante, ya sea información u opinión de algún especialista, acercando la actividad médica y enfermera.

- Importante incorporar elementos visuales, que ayuden al internauta a resolver sus dudas de manera rápida y eficaz.

A través de las redes sociales podemos acercar la labor de los sanitarios haciéndola más transparente y humana, provocando así una revolución con respecto a la tradicional educación sanitaria.

La clave del éxito de una página web es el respeto de nuestros pacientes y el riguroso cumplimiento de la normativa y respeto de sus derechos.

Para desarrollar una buena estrategia de redes sociales en el sector de la salud es fundamental trabajar junto a especialistas en la materia, alguien que pueda resolver las dudas de los pacientes con conocimiento de causa y que puedan ofrecer un asesoramiento real y verídico.

Para poder comprobar todo esto, se llevó a cabo una revisión bibliográfica, tanto en inglés como en español, donde pudimos corroborar como cada vez las redes sociales llegan a gente más joven y como puede influir de manera positiva en la salud de las personas, como una simple publicación es compartida por miles de navegantes, pudiendo traspasar incluso fronteras.

Bibliografía:

1. Curioso WH. Redes Sociales en Internet: Implicancias para estudiantes y profesionales en salud. Rev Med Hered. 2011;22(3):95-7.
2. Guía práctica para el uso de redes sociales en organizaciones sanitarias. Abril 2013. [Consulta: Mayo de 2013]. Disponible en [http:// www.guiaredessocialesysalud.es/](http://www.guiaredessocialesysalud.es/)
3. Viñas, P. F. (2009). Uso autoinformado de Internet en adolescentes: perfil psicológico de un uso elevado de la red. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9(1), 109-122.

Capítulo 95

El trastorno mental en las urgencias de un punto de atención continuada

Gómez - Caraballo Jiménez - Galanes, Jesús Manuel

EL TRASTORNO MENTAL EN LAS URGENCIAS DE UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA.

AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son afecciones o síndromes psíquicos y comportamentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y al comportamiento social adaptativo. Se han descrito a través de la historia y en todas las culturas, pese a la vaguedad y dificultades de definición de este tipo de trastornos. La división de los trastornos mentales en clases es todavía inexacta, y las clasificaciones varían según las escuelas y doctrinas psicopatológicas.

Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creó la DSM, clasificación de los trastornos mentales universal, que ha conocido hasta la fecha varias versiones. Los trastornos mentales abarcan una amplia gama de problemas que incluyen entre otros; trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, depresión, demencias, trastorno del estado de ánimo, trastorno de la personalidad y trastornos psicóticos como la esquizofrenia, entre otros.

El conocimiento de este tipo de patología entre aquellos profesionales sanitarios que atienden urgencias en los centros de especialidades, ayudará a una mejor valoración, diagnóstico y tratamiento, repercutiendo en definitiva en una mejor atención sanitaria hacia el paciente.

OBJETIVOS

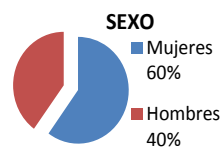
- Extrapolar las características de los pacientes que acuden a urgencias por algún tipo de trastorno mental, según edad, sexo y estado civil.
- Detectar si habían realizado consulta previa por sintomatología psiquiátrica en el centro de especialidades en ocasiones anteriores.
- Identificar los trastornos mentales más frecuentes que acuden a dicho servicio urgente.
- Conocer el plan de actuación desde las urgencias.

METODOLOGÍA

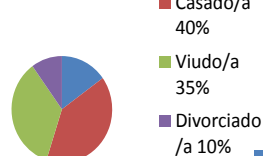
Estudio descriptivo retrospectivo de aquellos pacientes con trastornos mentales asistidos durante los meses de Enero a Mayo de 2019, en el servicio de urgencias de un centro de especialidades. Se han tenido en cuenta variables tales como la edad, sexo, estado civil, trastornos mentales más frecuentes, consulta previa y plan de actuación.

Los datos de la muestra resultante se obtuvieron mediante la revisión de 100 Historias Clínicas en el programa informático Turriano.

RESULTADOS



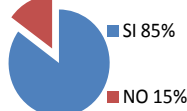
ESTADO CIVIL



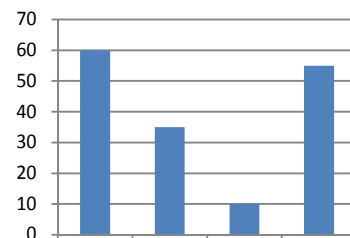
EDAD



CONSULTA PREVIA



PLAN DE ACTUACIÓN



En cuanto a la edad y sexo, el 60% eran mujeres y el 40% varones, de edades comprendidas entre los 14 y los 85 años. La edad más común es en adultos de entre 26 y 65 años con un 50% de los casos. Los casados y viudos suelen ser más vulnerables en el 75% de los casos.

El 85% de los pacientes atendidos, ya habían consultado previamente por algún tipo de patología mental. La ansiedad en un 45% de los casos y las demencias en un 30% son los trastornos mentales más frecuentes que se atienden en las urgencias de un centro de especialidades, seguidos de la depresión (15%). El plan de actuación en la mayoría de los casos es la administración de algún tipo de medicación (60%), derivando al hospital un 35% de ellos.

TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES	Porcentaje
ANSIEDAD	45 (45%)
TRASTORNOS PSICOTICOS	7 (7%)
DEMENCIAS	30 (30%)
DEPRESIÓN	15 (15%)
TRASTORNO BIPOLAR	3 (3%)

CONCLUSIONES

En nuestra muestra hay un predominio de mujeres atendidas por trastornos mentales en nuestro servicio de urgencias, predominando adultos, la mayoría de ellos casados y viudos. En la mayoría de los casos ya habían sido atendidos previamente.

La derivación hospitalaria se convierte como mecanismo de plan de actuación, quizás se pueda deber a una incapacidad de atender al paciente adecuadamente, aunque deberíamos conocer las causas.

Importante destacar que la ansiedad y las demencias son los trastornos mentales que más se atienden en dichos servicios de urgencias.

En conclusión, atendiendo a los resultados de nuestro estudio, un buen conocimiento de los trastornos mentales por parte de los profesionales sanitarios que atienden servicios de urgencias, ayudará a una mejor atención de dichos pacientes.

Bibliografía:

- 1.-Gomez Restrepo, Hernández Bayona. *Psiquiatría Clínica*. 3ª edición. 2008
- 2.-Dimsdale, J. *Manifestaciones Somáticas de los Trastornos Mentales*. Reino Unido. 2009.
- 3.-Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental. 2006.

Resumen: Los trastornos mentales son afecciones o síndromes psíquicos y comportamentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creó la DSM, clasificación de los trastornos mentales universal, que ha conocido hasta la fecha varias versiones. Los trastornos mentales abarcan una amplia gama de problemas.

El conocimiento de este tipo de patología entre aquellos profesionales sanitarios que atienden urgencias en los centros de especialidades, ayudará a una mejor valoración, diagnóstico y tratamiento, repercutiendo en definitiva en una mejor atención sanitaria hacia el paciente.

Palabras Clave: Urgencias, Trastorno Mental, Ansiedad

Desarrollo del trabajo:

Los trastornos mentales son afecciones o síndromes psíquicos y comportamentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y al comportamiento social adaptativo. Se han descrito a través de la historia y en todas las culturas, pese a la vaguedad y dificultades de definición de este tipo de trastornos. La división de los trastornos mentales en clases es todavía inexacta, y las clasificaciones varían según las escuelas y doctrinas psicopatológicas.

Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creó la DSM, clasificación de los trastornos mentales universal, que ha conocido hasta la fecha varias versiones. Los trastornos mentales abarcan una amplia gama de problemas que incluyen entre otros; trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, depresión, demencias, trastorno del estado de ánimo, trastorno de la personalidad y trastornos psicóticos como la esquizofrenia, entre otros.

El conocimiento de este tipo de patología entre aquellos profesionales sanitarios que atienden urgencias en los centros de especialidades, ayudará a una mejor valoración, diagnóstico y tratamiento, repercutiendo en definitiva en una mejor atención sanitaria hacia el paciente.

Objetivos:

- Extrapolar las características de los pacientes que acuden a urgencias por algún tipo de trastorno mental, según edad, sexo y estado civil.
- Detectar si habían realizado consulta previa por sintomatología psiquiátrica en el centro de especialidades en ocasiones anteriores.
- Identificar los trastornos mentales más frecuentes que acuden a dicho servicio urgente.
- Conocer el plan de actuación desde las urgencias.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo de aquellos pacientes con trastornos mentales asistidos durante los meses de Enero a Mayo de 2019, en el servicio de urgencias de un centro de especialidades.

Se han tenido en cuenta variables tales como la edad, sexo, estado civil, trastornos mentales más frecuentes, consulta previa y plan de actuación.

Los datos de la muestra resultante se obtuvieron mediante la revisión de 100 Historias Clínicas en el programa informático Turriano.

Resultados:

En cuanto a la edad y sexo, el 60% eran mujeres y el 40% varones, de edades comprendidas entre los 14 y los 85 años. La edad más común es en adultos de entre 26 y 65 años con un 50% de los casos. Los casados y viudos suelen ser más vulnerables en el 75% de los casos.

El 85% de los pacientes atendidos, ya habían consultado previamente por algún tipo de patología mental. La ansiedad en un 45% de los casos y las demencias en un 30% son los trastornos mentales más frecuentes que se atienden en las urgencias de un centro de especialidades, seguidos de la depresión (15%).

El plan de actuación en la mayoría de los casos es la administración de algún tipo de medicación (60%), derivando al hospital un 35% de ellos.

Conclusiones:

En nuestra muestra hay un predominio de mujeres atendidas por trastornos mentales en nuestro servicio de urgencias, predominando adultos, la mayoría de ellos casados y viudos. En la mayoría de los casos ya habían sido atendidos previamente.

La derivación hospitalaria se convierte como mecanismo de plan de actuación, quizás se pueda deber a una incapacidad de atender al paciente adecuadamente, aunque deberíamos conocer las causas.

Importante destacar que la ansiedad y las demencias son los trastornos mentales que más se atienden en dichos servicios de urgencias.

En conclusión, atendiendo a los resultados de nuestro estudio, un buen conocimiento de los trastornos mentales por parte de los profesionales sanitarios que atienden servicios de urgencias, ayudará a una mejor atención de dichos pacientes.

Bibliografía:

- 1.- Gomez Restrepo, Hernández Bayona. *Psiquiatría Clínica*. 3ª edición. 2008
- 2.- Dimsdale, J. *Manifestaciones Somáticas de los Trastornos Mentales*. Reino Unido. 2009.
- 3.- *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental*. 2006.

Capítulo 96

Enfermedad de Hirschsprung en el adulto

*Gutiérrez Sánchez, Virginia
Alumbreros Andújar, Pilar María*

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN EL ADULTO

Gutiérrez Sánchez, Virginia; Alumbremos Andújar, Pilar M^ª

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una malformación del intestino grueso caracterizada por la ausencia de células ganglionares en los plexos submucosos y mientéricos, que produce una obstrucción funcional y dilatación proximal al segmento afectado. Es considerada un trastorno congénito (presente al nacer) siendo muy poco frecuente que se descubra en el adulto. Suele presentarse como estreñimiento severo con dilatación cólica proximal al segmento agangliónico. El tratamiento es quirúrgico.



OBJETIVOS

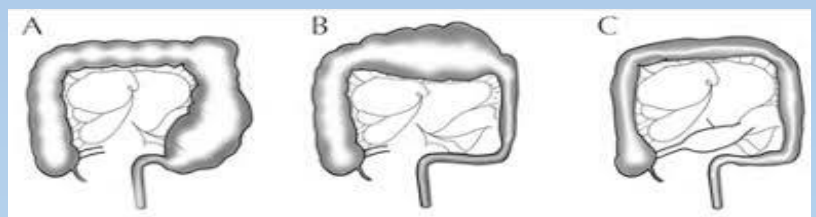
- Educación para la salud para el paciente adulto con EH
- Detección de signos y síntomas por parte del paciente y familiares de la EH
- Cuidados adecuados por parte del personal sanitario al paciente afectado de EH

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema de la enfermedad de Hirschsprung en el adulto puesto que es poco frecuente y pretendo que se tenga más conciencia sobre dicha enfermedad a través de artículos de revistas españolas de enfermedades digestivas y bases de datos como Scielo, PubMed, CUIDEN con fechas de publicación comprendidas entre 2011-2016.

RESULTADOS

La EH afecta a aproximadamente 1 de cada 5.000 nacidos vivos y suele manifestarse en el periodo neonatal. Solo un pequeño número de casos permanece sin diagnosticar después de 5 años de edad.



CONCLUSIÓN

En el adulto es un trastorno motor intestinal resultado de la aganglioneosis congénita del colon, propia de edades pediátricas, que produce finalmente una oclusión funcional intestinal. Su diagnóstico en pacientes adultos es muy poco frecuente, pudiendo causar múltiples complicaciones y diagnósticos erróneos si no se tiene en cuenta sus antecedentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermedad de Hirschsprung en un adulto. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n1/v31n1a08.pdf>
- Medes, medicina en español. Enfermedad de Hirschsprung en el adulto que debuta como obstrucción intestinal aguda. A propósito de un caso. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2016;108(11): 742-746



Sindicato
de Enfermería

Resumen: La enfermedad de Hirschsprung (EH) se puede decir que consiste en la ausencia de células ganglionares en los plexos submucosos y mientérico del intestino. Por lo general, suele diagnosticarse en el periodo neonatal, siendo muy poco frecuente que se descubra en la edad adulta, en estos casos debe diferenciarse de otras causas de megacolon. Suele presentarse como estreñimiento severo con dilatación cólica proximal al segmento agangliónico. El tratamiento siempre es quirúrgico, extirpando el segmento agangliónico y restableciendo la continuidad del tubo digestivo. En muy raras ocasiones, esta enfermedad se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal aguda.

Palabras Clave: Enfermedad de Hirschsprung, Obstrucción Intestinal, Megacolon

Desarrollo del trabajo:

La enfermedad de Hirschsprung es considerada una enfermedad congénita caracterizada por una ausencia de células ganglionares en el plexo mientérico de Auerbach y en el submucoso de Meissner, en el recto y otros segmentos del colon en forma ascendente (de caudal a cefálico). Se produce por una detención de la migración de las células de la Cresta neural durante el periodo embrionario, mientras más precoz sea esa detención, mayor será la longitud del segmento afectado, siendo la línea pectínea el límite inferior de la enfermedad. Esta alteración produce una anomalía de la motilidad intestinal, que se manifiesta más frecuentemente como una obstrucción intestinal. La EH forma parte de los trastornos conocidos como disganglionismos que incluyen también el hipoganglionismo y la displasia neuronal intestinal. En un 80% de los casos, el segmento afectado se limita al rectosigmoides; se habla de enfermedad de Hirschsprung de segmento largo cuando la zona aganglionar se extiende hasta el ángulo esplénico o el colon transversal, hecho que ocurre en aproximadamente el 15% de los casos. La aganglionosis colónica total se encuentra en aproximadamente el 5% de los casos y no solamente afecta a la totalidad del colon sino también a la última porción del ileon.

Etiología:

La EH es producto de un error en la migración craneocaudal de las células ganglionares provenientes de la cresta neural, fenómeno producido entre las 5ª y la 12ª semana de gestación. Mientras más precoz se produzca la alteración en la migración celular, mayor será la longitud del segmento afectado. También se cree que podría estar implicado un defecto en la matriz extracelular de la pared intestinal que impediría que las células procedentes de la cresta neural la colonizaran.

Clínica:

Dentro de los síntomas iniciales que hacen sospechar la enfermedad tenemos el estreñimiento o constipación, definida en el recién nacido como el retraso en la eliminación de meconio mayor a 48 horas asociada a distensión abdominal, y en los niños mayores como deposiciones infrecuentes de consistencia aumentada. La mayoría de los niños que presentan aganglionosis congénita, son sintomáticos los primeros días o las primeras semanas luego del nacimiento. Alrededor de dos tercios de los pacientes presenta síntomas dentro de los tres primeros meses de vida y 80% desarrolla síntomas dentro del primer año de vida. Sólo un 10% de los pacientes inicia síntomas entre los 3 y 14 años de edad y en general se trata de pacientes con enfermedad de segmento ultracorto. Si los síntomas no son del todo evidentes se observará entonces un cuadro de constipación crónica. En muchas ocasiones la estimulación rectal provoca salida explosiva de heces líquidas de olor fétido.

También puede encontrarse dilatación de asas intestinales, adelgazamiento de la pared abdominal, alteraciones de la nutrición y el crecimiento. En ocasiones se presenta como un cuadro de enterocolitis. El estancamiento permite la proliferación bacteriana y la actuación de antígenos alimentarios. Los síntomas de la enterocolitis son: fiebre, diarrea y distensión abdominal, y puede evolucionar rápidamente a una sepsis y perforación intestinal. La enterocolitis es la responsable de aproximadamente un 30% de la mortalidad observada en EH.

Diagnóstico:

La primera orientación diagnóstica está dada por la radiología, la que puede ser de gran ayuda al dar un primer acercamiento al diagnóstico. Se solicita radiografía abdominal anteroposterior y lateral, que muestran distribución anormal del aire intestinal, recto vacío y a veces signos de obstrucción (distensión del colon proximal a la obstrucción que se identifica por las haustras y ausencia de gas distal a la obstrucción). El enema contrastado ha demostrado una sensibilidad de 70% y una especificidad del 83%. Este examen debe realizarse sin previa aplicación de enemas pues éstos al actuar liberan el gas y heces, descomprimen el intestino y pueden crear un resultado falso negativo. En vista lateral en fase de llenado, el recto que normalmente es la parte más gruesa del colon aparece disminuido de tamaño y puede tener pobre contracción peristáltica. Debido a esto, al comparar el recto con el sigmoides, donde normalmente el recto debe ser más grueso que el sigmoides, en la EH esta relación se altera. Usualmente en la fase evacuatoria es posible encontrar una zona de transición donde el colon sano y dilatado se une con el agangliónico que no relaja adecuadamente. En el caso de agangliosis colónica total, el colon a menudo se nota pequeño, acortado, con bordes redondeados y sin área de transición.

Tratamiento:

Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento siempre es quirúrgico. El objetivo final es reseca el segmento afecto, llevando el intestino con células ganglionares hasta el ano preservando la continencia. Por ello es muy importante preparar el colon para la cirugía, vaciándolo de heces mediante irrigaciones de suero salino y maniobras de dilatación anal. De ésta manera evitaremos la aparición de posibles episodios de enterocolitis y dejaremos un colon de calibre normal, previo a la cirugía. El procedimiento quirúrgico puede variar en función de las preferencias del cirujano.

Pronóstico:

La aparición en más de la mitad de los casos de complicaciones inmediatas o tardías hace que el pronóstico no sea tan halagüeño como en otras intervenciones pediátricas. Entre las complicaciones próximas a la intervención, y por orden de frecuencia, nos encontraríamos con excoriaciones perianales, íleo prolongado, deshiscencias, obstrucción intestinal e infecciones. Entre las tardías, que son las que van a condicionar la calidad de vida del paciente, destacan:

1. Enterocolitis
2. Incontinencia fecal
3. Estreñimiento
4. Enuresis

Bibliografía:

1. López Ruiz JA, Tallón Aguilar L, Sánchez Moreno L, López Pérez J, Pareja Ciuró F, Fernando Oliva Mompeán F, Padillo Ruiz J. Enfermedad de Hirschsprung en el adulto que debuta como obstrucción intestinal aguda. A propósito de un caso. Unidad de Cirugía de Urgencias. UGC Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Virgen Macarena-Virgen del Rocío. Sevilla [Internet] Rev Esp Enferm Dig 2016, Vol. 108, N.º 11, pp. 742-746. Aceptado 04-09-2015. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n11/es_notas_clinicas2.pdf
2. Weber Estrada N. Gastroenterología: Enfermedad de Hirschsprung. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (602) 251-256,2012. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc123p.pdf>
3. De Manueles Jiménez J, De la Rubia Fernández L. Enfermedad de Hirschsprung. Hospital Clínico Universitario, Salamanca. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/Hirschsprung.pdf>

Capítulo 97

Enfermería en el inicio de la lactancia materna

De La Torre Pérez, María del Carmen

Guerrero Sola, Lorena

Ruiz Serrano, Jesús Javier

Resumen: *La lactancia materna es una fuente óptima, reconocida a nivel internacional, para la nutrición infantil por los grandes beneficios que proporciona tanto a la madre como al niño. El inicio de la lactancia materna es la clave para conseguir una lactancia materna exclusiva eficaz y mantenida en el tiempo. La información y educación de las madres, aportada por los profesionales de enfermería, en Lactancia materna influyen directamente en la decisión de la madre de amamantar de forma eficaz y mantener la lactancia materna en el tiempo.*

Palabras Clave: *Breastfeeding Nursing interventions Initiation*

Desarrollo del trabajo:

Principal: Analizar el papel de los profesionales de enfermería en la instauración de la lactancia materna durante la estancia en el hospital de la madre y el bebé.

Secundarios:

- Identificar las intervenciones de los profesionales de enfermería en el inicio y continuidad de la lactancia materna durante la estancia en la unidad de maternidad.
- Conocer las estrategias de fomento de la lactancia materna por los profesionales de enfermería, así como los factores de riesgo de abandono de la lactancia materna de forma precoz.

Material y Método:

LSe trata de un estudio de Revisión bibliográfica ya que pretendemos profundizar en los conocimientos actuales sobre la instauración de la lactancia materna durante la estancia de la madre y el bebé en la unidad de maternidad, centrándonos en el papel de los profesionales de enfermería.

Para la realización de nuestro estudio se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica con la finalidad de obtener información sobre el tema de nuestra investigación. Para ello, se han realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos, revistas y páginas webs: Medline, Cocrahn library, Cinhal, Cuiden, Enfermería al día, Asociación Española de Pediatría.

Los principales descriptores para llevar a cabo esta búsqueda han sido: “Breastfeeding”, “Nursing interventions”, “Risk factor”, “Initiation”, “Duration”. Se han seleccionado artículos de 2014-2018, en inglés, español y portugués, con un total de 31 referencias bibliográficas, de las cuales descartamos 2 por duplicación, obteniendo un total de 29 seleccionadas para su posterior cribado. De los 29 estudios seleccionados se han descartado “7” por no cumplir los criterios de inclusión, por lo que contamos con un total de “22” estudios.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio encontramos la limitación de artículos que abarcan la lactancia materna en las unidades de maternidad, por lo que podemos extraviar información acerca de las intervenciones de enfermería y de los factores que apoyan tanto el inicio como el abandono precoz de la lactancia fuera de esta unidad.

Resultados:

En España, encontramos un periodo que comprende desde el alta hospitalaria hasta los primeros 15 días de vida del bebé, en el que existen múltiples factores físicos, psíquicos, sociales, culturales, so-

cioeconómicos, religión, educación y de apoyo a la madre que afectan directamente al mantenimiento de la lactancia materna. Durante este periodo el profesional de enfermería tiene un papel esencial en el inicio de la lactancia materna.

Dentro las actuaciones del personal de enfermería encontramos como base la educación en: técnica de amamantamiento, la extracción de leche materna, posición de amamantamiento correcta, identificar señales de hambre, signos de saciedad e indicadores de lactancia materna adecuada en mujeres. Durante los primeros momentos, el apoyo a la madre incluye diferentes elementos como la seguridad, el elogio, la información, la posibilidad de discutir, responder a sus dudas y fomento del apoyo de la familia más cercana que ayude a lidiar con el proceso de la Lactancia materna.

Para facilitar el manejo de la lactancia a los profesionales de enfermería encontramos herramientas estandarizadas para valorar la lactancia y si es precisa la intervención como: Guías de práctica clínica, los “Diez pasos para una lactancia exitosa” (OMS y UNICEF), la Escala LATCH, la Ficha para la observación de la toma de la Unión Europea y Ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna, así como diagnósticos de enfermería recogidos en la NANDA como Lactancia adecuada o riesgo de lactancia materna ineficaz, entre otros.

Conclusiones:

El entrenamiento del equipo de enfermería es la clave para mejorar las prácticas hospitalarias que fomenten la lactancia materna exclusiva. En este periodo reside la importancia de conocer las posibles complicaciones que retrasen el inicio de la Lactancia materna y de mostrarle a la madre un gran apoyo emocional y orientarla en este momento de cambio.

Los profesionales de enfermería deben buscar humanizar, durante la estancia hospitalaria, la atención prestada para conseguir el inicio de la Lactancia materna, construir un vínculo de confianza madre- enfermera, comprender las necesidades y puntos potenciales que ayuden a instaurar la Lactancia materna. Todo este trabajo del equipo de enfermería durante el periodo puerperal se verá reflejado en una lactancia materna eficaz y duradera en el tiempo.

Detectar lo más precozmente posible aquellos comportamientos que nos indiquen probables errores en la lactancia materna, ayuda a los profesionales de enfermería a actuar para evitar el abandono de la lactancia materna.

Bibliografía:

1. Manantialdenubes.org. [Internet] España: Víctor Tapia; 2017 [Actualizado el 9 Feb 2017; citado el 18 de Sept 2018]. Disponible en: [http:// www.manantialdenubes.org/archivos/4603](http://www.manantialdenubes.org/archivos/4603)
2. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 May 16;(5):CD001141. doi(5):CD001141.
3. Mathur N, Dhingra D. Breastfeeding. *The Indian Journal of Pediatrics* 2014;81(2):143-149.
4. de trabajo de la Guía, Grupo. de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017.
5. Logan C, Zittel T, Striebel S, Reister F, Brenner H, Rothenbacher D, et al. Changing Societal and Lifestyle Factors and Breastfeeding Patterns Over Time. *Pediatrics* 2016 May;137(5):10.1542/peds.2015- 4473. Epub 2016 Apr 19.

Capítulo 98

Enfermería en la prevención de la enfermedad hemolítica perinatal

*Chaparro Galán, Miriam
De La Calle Serrano, Itziar*

1. INTRODUCCIÓN

La **enfermedad hemolítica perinatal (EHP)** o **eritroblastosis fetal** se caracteriza por hemólisis de origen inmunológico que se manifiesta con anemia e hiperbilirrubinemia y, en los casos más graves, hidrops fetal y muerte intrauterina. Por ello, en los casos más severos, es necesario la realización de una transfusión intrauterina o interrupción del embarazo.

La etiología de la enfermedad es una incompatibilidad eritrocitaria originada por el grupo sanguíneo o por la presencia de uno o más antígenos en el glóbulo rojo fetal que no están presentes en el materno (generalmente el antígeno RhD).

Como consecuencia de esta incompatibilidad, se genera una respuesta inmune llamada **aloimmunización** o **isoimmunización eritrocitaria** feto-materna, que consiste en la producción de anticuerpos maternos contra los antígenos presentes en los glóbulos rojos fetales. Dichos anticuerpos maternos pueden atravesar la barrera placentaria, produciendo hemólisis de los glóbulos rojos fetales dando lugar a la EHF.

Para que se produzca esta aloimmunización es necesario que la sangre de la mujer haya estado previamente en contacto con dichos antígenos, como por ejemplo durante una transfusión sanguínea, un embarazo o un trasplante.

Por ello, es importante la realización de una prueba de cribado denominado **Test de Coombs**, mediante el cual se identifica a las mujeres embarazadas sensibilizadas de las no sensibilizadas y permite adoptar medidas de prevención de la EHF.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

PROMOVER EL CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA EHF

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Revisión de los criterios de realización del Test de Coombs.
- ✓ Revisión de las medidas de prevención de isoimmunización en caso de Test de Coombs indirecto negativo.
- ✓ Promover la seguridad de la madre y el feto durante la gestación, parto y puerperio.
- ✓ Promover una correcta Educación en Salud a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la prevención de la EHF.

3. METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA EHF Y TEST DE COOMBS

Para la búsqueda bibliográfica se han empleado las siguientes bases de datos:

- Google Académico
- Pubmed
- Medline
- Cuiden Plus

Descriptor de búsqueda:

- Enfermedad Hemolítica Fetal
- Eritroblastosis Fetal.
- Test de Coombs

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Revisiones Sistemáticas
- ✓ Guías de Práctica Clínica
- ✓ Protocolos de Actuación
- ✓ Artículos publicados en los últimos 12 años que recojan datos sobre el tema central

4. RESULTADOS

TIPOS DE TEST DE COOMBS (TC)

- **Test de Coombs Directo:** Identifica la presencia de anticuerpos en la superficie de los hematies fetales.
- **Test de Coombs Indirecto:** Identifica la presencia de anticuerpos antierytrocitarios en el suero de la sangre materna.

CRITERIOS PARA REALIZAR TC INDIRECTO

- Deben darse dos situaciones:
- ✓ Mujer embarazada RhD negativo
 - ✓ Padre Rh positivo o desconocido

CUÁNDO REALIZAR TC INDIRECTO

- ✓ 1r trimestre: a todas las gestantes.
- ✓ 2º y 3r trimestre: repetición en gestantes con Test de Coombs previamente negativo.

REALIZACIÓN DEL TEST DE COMBS

EMBARAZADA Rh D POSITIVO

NO REALIZAR TEST DE COMBS (No hay riesgo de EHF)

EMBARAZADA Rh D NEGATIVO Y PADRE Rh D POSITIVO O DESCONOCIDO

REALIZAR TEST DE COMBS INDIRECTO

- ➔ **TEST DE COOMBS POSITIVO:** Hay isoimmunización, es decir, la gestante está sensibilizada y tiene anticuerpos antiRh.

➔ NO INDICADA PROFILAXIS

- ➔ **TEST DE COOMBS NEGATIVO:** No hay isoimmunización, es decir, la gestante no está sensibilizada y no tiene anticuerpos antiRh.

➔ INDICADA PROFILAXIS: ADMINISTRAR GAMMAGLOBULINA ANTI D.

- En la semana 28 de gestación.
- En las primeras 72 horas tras un proceso sensibilizante: parto o cesárea de feto Rh D positivo o desconocido, aborto, embarazo ectópico, procedimientos invasivos (biopsia corial, fionculcentesis y amniocentesis).

5. CONCLUSIÓN

La EHF se basa en la incompatibilidad materno-fetal de los grupos ABO o Rh que tiene como consecuencia la producción de anticuerpos maternos contra los antígenos fetales produciendo anemia hemolítica e hiperbilirrubinemia fetal características de esta enfermedad.

LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ES FUNDAMENTAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA EHF PRODUCIDA POR INCOMPATIBILIDAD EN EL RH.

EN CASO DE TEST DE COOMBS NEGATIVO, ESTÁ INDICADA PROFILAXIS MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE GAMMA GLOBULINA ANTI D.

PARA ELLO, ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DEL TEST DE COOMBS EN EMBARAZADAS QUE CUMPLAN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- + Mujer embarazada RhD negativo
- + Padre con RhD positivo o desconocido

6. BIBLIOGRAFÍA

- Fuenzalida J, Carvajal JA. Manejo de la embarazada con isoimmunización por anticuerpos irregulares [Internet]. 2014 [citado 1 Marzo 2020]; 79(4): 315-322. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n4/art11.pdf>
- Bajista H, Hernandez JA, Galindo P, Santamaria C, Rosenfeld F. Utilidad de la prueba directa de Coombs en el tami neonatal [Internet]. 2009 [citado 1 Marzo 2020]; 66: 502-510. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiWXXGZPoAAX0eAKH55VAv4QFJAegQIAHAB&url=https://www.feww.medigraphic.com/k2fci-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usq=AQVaw2ks-vH2uQeCIBRbP_vj
- Vizuetta C, Lopez BO, Balon JE, Zambrano RH. Incompatibilidad Rh en el embarazo [Internet]. 2017 [citado 1 Marzo 2020]; 3(4): 32-46. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiWXXGZPoAAX0eAKH55VAv4QFJAegQIAHAB&url=https://www.feww.medigraphic.com/k2fci-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usq=AQVaw2ks-vH2uQeCIBRbP_vj
- García MI, Rodrigo E, Morado M, Hernandez F. Protocolo diagnóstico de las anemias hemolíticas [Internet]. 2008 [citado 1 Marzo 2020]; 10(20): 1371-4. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiWXXGZPoAAX0eAKH55VAv4QFJAegQIAHAB&url=https://www.feww.medigraphic.com/k2fci-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usq=AQVaw2ks-vH2uQeCIBRbP_vj
- Martinez J, Ferre L, Fernandez AM, Garcia C, Perez C, Martos IM, et al. Obstetrica avanzada para residentes de matrona. 2013 [citado 1 Marzo 2020]; 161-167. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiWXXGZPoAAX0eAKH55VAv4QFJAegQIAHAB&url=https://www.feww.medigraphic.com/k2fci-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usq=AQVaw2ks-vH2uQeCIBRbP_vj
- Bonastre E, Thió M, Monfort L. Anemia neonatal [Internet]. 2010 [citado 1 Marzo 2020]; 8(2): 73-80. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiWXXGZPoAAX0eAKH55VAv4QFJAegQIAHAB&url=https://www.feww.medigraphic.com/k2fci-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usq=AQVaw2ks-vH2uQeCIBRbP_vj
- Santitudo C, Barreira MA, Achina LO, Juma JP. Enfermedad hemolítica del recién nacido [Internet]. 2017 [citado 1 Marzo 2020]; 10(1). Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiWXXGZPoAAX0eAKH55VAv4QFJAegQIAHAB&url=https://www.feww.medigraphic.com/k2fci-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usq=AQVaw2ks-vH2uQeCIBRbP_vj
- Laitano G. Enfermedad hemolítica del recién nacido por anticuerpos antierytrocitarios maternos [Internet]. 2013 [citado 1 Marzo 2020]; 12: 106-116. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiWXXGZPoAAX0eAKH55VAv4QFJAegQIAHAB&url=https://www.feww.medigraphic.com/k2fci-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usq=AQVaw2ks-vH2uQeCIBRbP_vj

Resumen: 2. **INTRODUCCIÓN.** La PC es la prueba de cribado para la EHP, originada por incompatibilidad eritrocitaria feto-materna.

3. **OBJETIVOS.** Promover el conocimiento sobre la prevención de la EHP y revisar criterios de realización de la PC.

4. **METODOLOGÍA.** Revisión bibliográfica sobre la EHP y la PC.

5. **RESULTADOS.** Se realiza la PC indirecta a la mujer embarazada Rh-D negativo y padre Rh-D positivo o desconocido durante el 1r trimestre. Solo en caso de PC indirecta negativa se lleva a cabo la profilaxis que consiste en administrar Gammaglobulina anti-D

6. **CONCLUSIONES.** La actuación de los profesionales sanitarios es fundamental para la prevención de la EHP.

Palabras Clave: Eritroblastosis Fetal Anemia Hemolítica Perinatal Prueba de Coombs

Introducción:

La enfermedad hemolítica perinatal (EHP) o eritroblastosis fetal se caracteriza por hemolisis de origen inmunológico que se manifiesta con anemia e hiperbilirrubinemia y, en los casos más graves, hidrops fetal y muerte intrauterina. Por ello, en los casos más severos, es necesario la realización de una transfusión intrauterina o interrupción del embarazo.

La etiología de la enfermedad es una incompatibilidad eritrocitaria originada por el grupo sanguíneo o por la presencia de uno o más antígenos en el glóbulo rojo fetal que no están presentes en el materno (generalmente el antígeno Rh-D). Como consecuencia de esta incompatibilidad, se genera una respuesta inmune llamada aloinmunización o isoimmunización eritrocitaria feto-materna, que consiste en la producción de anticuerpos maternos contra los antígenos presentes en los glóbulos rojos fetales. Dichos anticuerpos maternos pueden atravesar la barrera placentaria, produciendo hemolisis de los glóbulos rojos fetales dando lugar a la EHP.

Para que se produzca esta aloinmunización es necesario que la sangre de la mujer haya estado previamente en contacto con dichos antígenos, como por ejemplo durante una transfusión sanguínea, un embarazo o un trasplante.

Por ello, es importante la realización de una prueba de cribado denominado

Prueba de Coombs (PC), mediante la cual se identifica a las mujeres embarazadas sensibilizadas de las no sensibilizadas y permite adoptar medidas de prevención de la EHP.

Objetivos:

2. Objetivo principal: promover el conocimiento sobre la prevención de la EHP.

3. Objetivos secundarios: revisión de los criterios de realización de la PC y de las medidas de prevención de isoimmunización en caso de PC indirecto negativo; promover la seguridad de la madre y el feto durante la gestación, parto y puerperio; asegurar una correcta Educación en Salud a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la prevención de la EHP.

Metodología:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la EHP y PC. Para la búsqueda bibliográfica se han empleado las siguientes bases de datos: GoogleAcadémico, Pubmed, Medline y Cuiden Plus.

Se han utilizado como descriptores de búsqueda: anemia hemolítica fetal, eritroblastosis fetal y Prueba de Coombs.

Los criterios de inclusión han sido los siguientes: Revisiones Sistemáticas, Guías de Práctica Clínica, Protocolos de Actuación y Artículos publicados en los últimos 12 años que recojan datos sobre el tema central.

Resultados:

Existen dos tipos de PC:

1. Prueba de Coombs Directa: Identifica la presencia de anticuerpos en la superficie de los hematíes fetales.
2. Prueba de Coombs Indirecta: Identifica la de anticuerpos en el suero de la presencia antieritrocitarios sangre materna.

Para la realización de la PC indirecta deben darse dos situaciones: la mujer embarazada debe tener Rh- D negativo y el padre Rh-D positivo o desconocido

Dicha prueba debe llevarse a cabo durante el 1r trimestre de embarazo a todas las mujeres gestantes y se repetirá durante el 2º y 3r trimestre en aquellas gestantes con PC previamente negativa.

En definitiva, pueden darse dos situaciones:

4. Mujer embarazada Rh-D POSITIVO: No realizar la PC ya que no hay riesgo de EHP.
5. Mujer embarazada Rh-D NEGATIVO y padre Rh-D POSITIVO o desconocido: realizar la PC.

Tras realizar la PC, la obtención de un resultado positivo indica que hay isoimmunización, es decir, la gestante está sensibilizada y tiene anticuerpos anti-Rh. En este caso, no estaría indicada la profilaxis. Sin embargo, en caso de obtener un resultado negativo, indica que no existe isoimmunización, es decir, la gestante no está sensibilizada y no tiene anticuerpos anti-Rh. Por lo tanto, en estos casos está indicada la profilaxis, que consiste en la administración de la inyección Gammaglobulina anti-D en dos ocasiones: en la semana 28 de gestación y en las primeras 72 horas tras un proceso sensibilizante como pueden ser un parto o cesárea de feto Rh D positivo o desconocido, aborto, embarazo ectópico o procedimientos invasivos (biopsia corial, foniculcentesis y amniocentesis).

La EHF se basa en la incompatibilidad materno-fetal de los grupos ABO o Rh que tiene como consecuencia la producción de anticuerpos maternos contra los antígenos fetales produciendo anemia hemolítica e hiperbilirrubinemia fetal características de esta.

Conclusiones:

enfermedad. La actuación de los profesionales sanitarios es fundamental para la prevención de la EHP producida por la incompatibilidad en el Rh materno-fetal.

Bibliografía:

1. Fuenzalida J, Carvajal JA. Manejo de la embarazada con isoinmunización por anticuerpos irregulares [Internet]. 2014 [citado 1 Marzo 2020]; 79(4): 315-322. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n4/art11.pdf>
2. Baptista H, Hernandez JA, Galindo P, Santamaria C, Rosenfeld F. Utilidad de la prueba directa de Coombs en el tamiz neonatal [Internet]. 2009 [citado 1 Marzo 2020]; 66: 502-510. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiWzKXGiZPoAhXi0eAKHS5VAw4QFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fcgi-bin%2Fnew%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D22963&usg=AOvVaw2ks-yIH2uQECIBBrbP_vpi
3. Vizueta C, Lopez BO, Balon JE, Zambrano RH. Incompatibilidad Rh en el embarazo [Internet]. 2017 [citado 1 Marzo 2020]; 3(4): 32-46. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiK0qDeiZPoAhX3C2MBHbY_AAAQFjACegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fdominiodelasciencias.com%2Fojs%2Findex.php%2Fes%2Farticle%2Fview%2F668&usg=AOvVaw2AbHkg4pdcN uPyeNQpy92w
4. García MJ, Rodrigo E, Morado M, Hernandez F. Protocolo diagnóstico de las anemias hemolíticas [Internet]. 2008 [citado 1 Marzo 2020]; 10(20): 1371-4. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwivkMOTipPoAhUPkxQKHVb7AgcQFjACegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fpilarmartinescudero.es%2Fpdf%2Fasignaturabiopatologia%2FLecturasRecomendadas%2Fprotocolodiagnosticodeanemiashemoliticas.pdf&usg=AOvVaw2WoGO6zBrrTq_7hC8yQKEH

Capítulo 99

Enfermería y los problemas respiratorios asociados al uso regular de desinfectantes en la práctica clínica

Fernández-Infantes Díaz-Pinto, Cristina

Madrigal Serrano, Irene

Lozano Calatayud, Raquel

Uceda Serrallé, Eva

ENFERMERÍA Y LOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS ASOCIADOS AL USO REGULAR DE DESINFECTANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

FERNÁNDEZ-INFANTES C, MADRIGAL I, LOZANO R, UCEDA E



Introducción

Las infecciones nosocomiales siguen siendo en la actualidad uno de los mayores problemas relacionados con la alta mortalidad dentro del ámbito hospitalario. La gran variedad de microorganismos resistentes a antibióticos junto con un mayor nº de pacientes susceptibles a las infecciones, entre otros motivos, hacen muy difícil su eliminación y reducción a cero.

El empleo adecuado de antisépticos y desinfectantes por parte del personal sanitario, es fundamental para impedir la diseminación de microorganismos y reducir, por tanto, la transmisión cruzada de enfermedades infecciosas evitables. A pesar de que los datos son escasos, las últimas investigaciones apuntan a una asociación entre la exposición regular a estos desinfectantes y la existencia de efectos nocivos sobre la salud respiratoria de los trabajadores de la salud, en concreto sobre el personal enfermero.

Objetivos

El principal objetivo marcado en esta revisión bibliográfica es determinar si existe relación entre la exposición laboral por parte del personal de enfermería a desinfectantes (entre los que se incluyen antisépticos y desinfectantes para la higiene de manos) y la incidencia de problemas respiratorios (como asma o EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)) en este grupo profesional.

Material y Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (SciELO, CUIDEN, PubMed, Cochrane y Recolecta) durante los meses de enero y marzo del año 2020. Para dicha búsqueda se emplearon los tesauros "COPD AND desinfectant", "COPD AND nurse", "nurse AND desinfectant", "asthma AND desinfectants" y "asthma AND nurse"; obteniendo una muestra final de 12 artículos (figura 1), tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos (tabla 1).

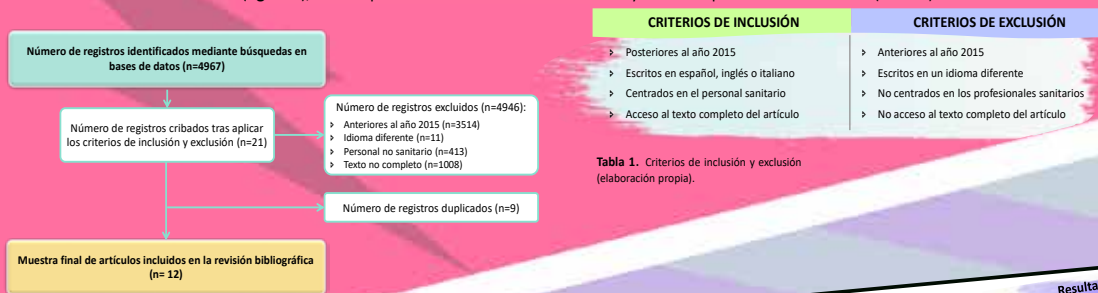


Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión (elaboración propia).

Resultados

De las 12 publicaciones finales empleadas en esta revisión, y ante la imposibilidad de incluirlas todas en este póster, en la tabla 2 se muestran los artículos más reseñables de la búsqueda bibliográfica.

Autores	Año	Título	Tipo de estudio	Resultados
Caridi MN, Humann MJ, Liang X, Su FC, Stefaniak AB, LeBouf RF et al.	2019	Occupation and task as risk factors for asthma-related outcomes among healthcare workers in New York City	Estudio de cohortes prospectivo	Se determinó un incremento del riesgo de sufrir asma y problemas respiratorios en el personal enfermero expuesto a los desinfectantes. Tanto la administración vía inhalatoria de medicamentos como la esterilización de equipos médicos, también se asociaron con un aumento de la probabilidad de sufrir un episodio de exacerbación moderada de asma.
Dumas O, Varraso R, Boggs KM, Quinot C, Zock JP, Henneberger PK et al.	2019	Association of Occupational Exposure to Disinfectants With Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among US Female Nurses	Estudio de cohortes prospectivo	La exposición ocupacional a desinfectantes químicos entre el personal enfermero se ha asociado con un aumento del 25-38% del riesgo de desarrollar EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
Dumas O, Varraso R, Boggs KM, Descatha A, Henneberger PK, Quinot C et al.	2018	Association of hand and arm disinfection with asthma control in US nurses	Estudio transversal	Se evidenció una relación significativa entre la frecuencia de la higiene de manos/brazos con antisépticos quirúrgicos y un control deficiente del asma en el personal sanitario que los emplea.
Dumas O, Wiley AS, Henneberger PK, Speizer FE, Zock JP, Varraso R et al.	2017	Determinants of disinfectant use among nurses in U.S. healthcare facilities	Estudio de cohortes prospectivo	El uso de desinfectantes entre el personal sanitario se ha asociado de manera significativa con problemas respiratorios, especialmente con asma. Se ha identificado a las enfermeras como el subgrupo del personal sanitario con mayor riesgo de sufrir asma en EEUU (Estados Unidos).
Quinot C, Dumas O, Henneberger PK, Varraso R, Wiley AS, Speizer FE et al.	2017	Development of a job-task-exposure matrix to assess occupational exposure to disinfectants among US nurses	Estudio de cohortes prospectivo	El empleo semanal de desinfectantes y su exposición ocupacional en el personal enfermero, se asoció con asma ocupacional.
Dumas O, Varraso R, Zock JP, Henneberger PK, Speizer FE, Wiley AS et al.	2015	Asthma history, job type and job changes among US nurses	Estudio de cohortes prospectivo	Se determinó un mayor riesgo de asma entre las enfermeras expuestas por su ocupación a desinfectantes. Se comprobó como la eliminación completa de esa exposición del agente causal se asoció con una mejoría clínica.
Kurai J, Watanabe M, Sano H, Torai S, Yanase H, Funakoshi T et al.	2015	Asthma and Wheeze Prevalence among Nursing Professionals in Western Japan: A Cross-Sectional Study	Estudio transversal	Se demostró una relación entre la exposición ocupacional a desinfectantes y la prevalencia de asma/sibilancias (10,7 % y 15,6%, respectivamente) entre las enfermeras japonesas, presentando 1,5 veces más riesgo de sufrir un episodio de asma.

Tabla 2. Principales artículos seleccionados para la revisión (elaboración propia).

Conclusiones

Se puede concluir, a partir de los datos obtenidos de esta revisión bibliográfica, la existencia de una relación causal entre el uso de desinfectantes por parte del personal enfermero y la probabilidad a desarrollar diferentes problemas respiratorios. En el caso del EPOC, se observó una asociación adversa entre un uso prolongado de los mismos y el riesgo a padecerla, presentando además un efecto dosisdependiente. Asimismo, en lo referente al asma, los hallazgos muestran una especial correlación entre su aparición y/o el mal control de la misma con un empleo continuado de los desinfectantes.

La importancia arrojada por los resultados subrayan la necesidad de nuevas líneas de investigación adicionales que permitan ampliar el conocimiento sobre el presente tema y profundizar en aquellos aspectos desconocidos a día de hoy; como por ejemplo los mecanismos por lo cuales se ve afectada la salud respiratoria, o la implicación de factores determinantes (ámbito laboral, tabaquismo o la duración y la dosis de la exposición a desinfectantes) en el proceso. Del mismo modo, sería preciso el desarrollo de guías y protocolos con el fin de proteger al personal sanitario de estas afecciones, aunque sin detrimento en la protección del paciente ante agentes infecciosos.

Resumen: *En la actualidad, uno de los principales problemas dentro del ámbito hospitalario son las infecciones nosocomiales. Para evitar y reducir su propagación es fundamental el empleo adecuado de desinfectantes por parte del personal sanitario. A la luz de las últimas investigaciones, el objetivo de esta revisión bibliográfica fue determinar si la exposición laboral a desinfectantes por parte de enfermería se encuentra ligada a la incidencia de problemas respiratorios en dicho grupo profesional. Como conclusión se obtuvo la existencia de una relación causal entre el empleo continuado de desinfectantes y la probabilidad de desarrollar enfermedades respiratorias como EPOC o asma.*

Palabras Clave: *Desinfectantes, Enfermería, Enfermedades Respiratorias*

Introducción:

Las infecciones nosocomiales siguen siendo en la actualidad uno de los mayores problemas relacionados con la alta mortalidad dentro del ámbito hospitalario. El adecuado uso y conocimiento de anti-sépticos y desinfectantes por parte del personal sanitario, es fundamental para impedir la diseminación de microorganismos y reducir por tanto la transmisión cruzada de toda aquella enfermedad infecciosa evitable. Sin embargo, su uso regular para una buena calidad asistencial pone en riesgo también a los sanitarios.

A pesar de que los datos son escasos, las últimas investigaciones apuntan a una asociación significativa entre la exposición regular a estos desinfectantes y la existencia de efectos nocivos sobre la salud respiratoria de los trabajadores de la salud, en concreto sobre el personal enfermero. Por este motivo, se decide recopilar información sobre el tema, en el cual, se va a ver involucrada la protección de la salud del personal sanitario, al mismo tiempo, que la de los pacientes.

Objetivos:

Determinar si existe relación entre la exposición laboral por parte del personal de enfermería a desinfectantes y la incidencia de problemas respiratorios en este grupo profesional.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos durante los meses de enero y febrero del año 2020. Para dicha búsqueda se emplearon los tesauros “COPD AND desinfectant”, “COPD AND nurse”, “nurse AND desinfectant”, “asthma AND desinfectants” y “asthma AND nurse”; obteniendo una muestra final de 12 artículos, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Resultados:

Los 12 artículos resultantes de la búsqueda bibliográfica señalaban la existencia de una relación significativa entre la exposición laboral a productos desinfectantes y los problemas respiratorios en el personal enfermero.

En relación a las principales patologías respiratorias identificadas en dichos estudios, como problema asociado al uso de este tipo de productos, se describen: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma.

En referencia a la relación entre EPOC y desinfectantes, nos basamos de nuevo en el estudio de Oriane Dumas et col., donde participaron 73262 enfermeras estadounidenses y tuvieron un seguimiento desde 2009 hasta 2015. De todas ellas, 16786 informaron que utilizaban esos productos semanalmente para limpiar superficies y 13899 los usaban diariamente para desinfectar instrumental médico. De todas las enfermeras, 582 fueron diagnosticadas de EPOC. En dicho estudio, ninguna tarea específica de enfermería se asoció a la incidencia de EPOC. Sin embargo, se observó un aumento de la incidencia con el uso frecuente de desinfectantes (4-7 días/semana).

Por lo tanto, y según la bibliografía consultada, la exposición a productos desinfectantes y de limpieza está asociado a un incremento del riesgo de desarrollar EPOC entre el 25-38%, independientemente de otros factores como el asma y el tabaquismo.

En cuanto al uso de desinfectantes y asma en enfermeras, Oriane Dumas et col. realizaron un cuestionario en 2014 en el cual participaron 4055 enfermeras con diagnóstico y tratamiento de asma, donde se comparó a enfermeras con asma bien y mal controlada. Al analizarse los resultados, se observó que aquellas enfermeras cuya frecuencia en la higiene de manos (>10 veces/día vs nunca) y brazos (>1 vez/día vs nunca) con productos desinfectantes era más elevada, se asociaba a aquellas con asma mal controlada o parcialmente controlada. Observaciones similares se apreciaron también en el uso de desinfectantes con otros propósitos como la desinfección de superficies e instrumental médico.

Cabe mencionar otro estudio realizado en Japón en base al cuestionario de la ECRHS (European Community Respiratory Health Survey) realizado por Jun Kurai et col., llevado a cabo para evaluar la prevalencia de asma en el personal sanitario. Tras aplicar los métodos de inclusión y exclusión pertinentes, participaron 4624 trabajadores. Tanto en hombres como en mujeres, se observó que aquellos que llevaban más de un año trabajando presentaron una elevada prevalencia de sibilancias. También se observó que la duración del turno afectaba respiratoriamente a las mujeres. Asimismo, se concluyó que la prevalencia de asma y sibilancias en japoneses adultos no sanitarios entre 27-79 años era de 4.2 % y 10.1% respectivamente, en contraste con la prevalencia en sanitarios, substancialmente más elevada (10.7% asma y 15.6% sibilancias).

Conclusiones:

Se puede concluir, a partir de los datos obtenidos de esta revisión bibliográfica, la existencia de una relación causal entre el uso de desinfectantes por parte del personal enfermero y la probabilidad a desarrollar diferentes problemas respiratorios. En el caso del EPOC, se observó una asociación adversa entre un uso prolongado de los mismos y el riesgo a padecerla, presentando además un efecto dosisdependiente. Asimismo, en lo referente al asma, los hallazgos muestran una especial correlación entre su aparición y/o el mal control de la misma con un empleo continuado de los desinfectantes.

La importancia arrojada por los resultados subraya la necesidad de nuevas líneas de investigación adicionales que permitan ampliar el conocimiento sobre el presente tema y profundizar en aquellos aspectos desconocidos a día de hoy; como por ejemplo los mecanismos por los cuales se ve afectada la salud respiratoria, o la implicación de factores determinantes (ámbito laboral, tabaquismo o la duración y la dosis de la exposición a desinfectantes) en el proceso. Del mismo modo, sería preciso el desarrollo de guías y protocolos con el fin de proteger al personal sanitario de estas afecciones, aunque sin detrimento en la protección del paciente ante agentes infecciosos.

Bibliografía:

1. Caridi MN, Humann MJ, Liang X, Su FC, Stefaniak AB, LeBouf RF et al. Occupation and task as risk factors for asthma-related outcomes among healthcare workers in New York City. *Int J Hyg Environ Health*. 2019; 222(2):211-220.
2. Dumas O, Varraso R, Boggs KM, Quinot C, Zock JP, Henneberger PK et al. Association of Occupational Exposure to Disinfectants With Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among US Female Nurses. *JAMA Network Open*. 2019; 2(10):e1913563.
3. Dumas O, Varraso R, Boggs KM, Descatha A, Henneberger PK, Quinot C et al. Association of hand and arm disinfection with asthma control in US nurses. *Occup Environ Med*. 2018; 75(5):378-381.
4. Dumas O, Wiley AS, Henneberger PK, Speizer FE, Zock JP, Varraso R et al. Determinants of disinfectant use among nurses in U.S. healthcare facilities. *Am J Ind Med*. 2017; 60(1):131-140.
5. Quinot C, Dumas O, Henneberger PK, Varraso R, Wiley AS, Speizer FE et al. Development of a job-task- exposure matrix to assess occupational exposure to disinfectants among US nurses. *Occup Environ Med*. 2017; 74(2):130-137.

Capítulo 100

Enfermería y los ultraprocesados en la infancia

*Alañón Barba, Marina
López Jiménez, Marcos*

XII CONGRESO INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

ENFERMERÍA Y LOS ULTRAPROCESADOS EN LA INFANCIA

ALAÑÓN BARBA, MARINA
LÓPEZ JIMENEZ, MARCOS



INTRODUCCIÓN

Los hábitos de vida son inculcados de padres a hijos, siendo hoy día cada vez más nocivos para el desarrollo del niño.

En el mundo, 42 millones de niños padecen sobrepeso. Con porcentaje aun más elevado en edades de entre 10 y 12 años.

Calorías/día para niños con actividad física moderada: **1600 a 2000 Kcal/ día**.
Son las madres quien ceden más a estas demandas por parte de sus hijos



OBJETIVO

Conocer la relación entre el consumo excesivo de alimentos ultraprocesados y la aparición de enfermedades en la infancia



MATERIAL Y MÉTODOS

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
- PALABRAS CLAVE: "ultraprocesado", "niños" y "obesidad"
- Bases de datos: SCIELO y GOGLE ACADÉMICO
- ART PUBLICADOS: 2016-2021
- ART USADOS: 5

RESULTADOS

Los UP salados son consumidos 5-6 veces/sem por un 18,6% de los niños y los UP dulces por un 19.6%
Un 88,3% de los participantes del estudio de Moreno-Galarraga destinaban el 30% de su ingesta total a los UP y el 16,2% superaba el consumo del 50% de su ingesta total con UP

La incidencia de DMI en niños ha pasado del 3 al 45% en apenas 15 años

El alto consumo de azúcares añadidos provoca picos de glucosa en sangre elevados que conlleva a un incremento de **DIABETES TIPO I** en la infancia o **DIABETES TIPO II** en la adolescencia y edad adulta. Por otro lado, las **GRASAS TRANS** y el excesivo consumo de alimentos cármicos provoca un aumento de ácidos grasos saturados, desarrollando **DISLIPIDEMIAS** provocando aumento de TRIGLICÉRIDOS. Pueden llegar a acumularse placas de ateroma que son los causantes de **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES** en época escolar.

Cada vez más se puede observar el aumento de **ALERGIAS** que conlleva **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS** como **ASMA, BRONQUITIS** o presencia de **SIBILANCIAS**

Otros inconvenientes son enlentecimiento del crecimiento, apnea del sueño, obesidad o sobrepeso, cansancio, bajo rendimiento escolar...

Las grandes multinacionales de UP luchan por crear la mejor forma de anunciar sus productos, incluso con publicidad engañosa, es por eso que en la inmensa mayoría de productos dirigidos a niños son enmascarados con aditivos

CONCLUSIÓN

Cada vez cuesta más introducir alimentos naturales a niños, puesto que sus paladares están mal acostumbrados a sabores artificiales.
Los UP son baratos y rápidos de obtener y cocinar

Hay una fuerte relación entre vida sedentaria y consumo de UP, causando de obesidad infantil, en gran medida gracias a las estrategias de marketing y anuncios con el objetivo de mejorar su comercialización

De ahí la importancia de impulsar la educación sanitaria por parte del enfermero/a, fomentando vida sana desde edades tempranas y modificando cambios nocivos principalmente con el fin de prevenir numerosas complicaciones y enfermedades que son causadas por el consumo de UP

BIBLIOGRAFÍA

1. Moszoro M, Paiz G. Consumo de productos ultraprocesados y su asociación con malnutrición por exceso en niños que asisten a primer año de Escuelas Públicas y Privadas de la Ciudad de Villa Carlos Paz en el año 2016. Universidad Nacional de Córdoba. 2017. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4727/Consumo%20de%20PU%20y%20asoc..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Anda MP. Influencia del marketing en el comportamiento de los niños sobre el patron de adquisición por parte de sus padres de productos ultraprocesados. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2019. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4727/Consumo%20de%20PU%20y%20asoc..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. L. Moreno-Galarraga, I. Martín-Álvarez, UNA, Fernández-Montero et Al. Consumo de productos ultraprocesados y enfermedades respiratorias sibilantes en niños. Proyecto SENDO. Elsevier. 2020. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403320302216?token=E8846473DAE2588DEF02AE65A6A92A9949BDFAD9A8CEEDD195A3117F7D8D3EB57337445D5CB1AC1458D43BC95B5C607B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210613103011>
4. Lozano Aguilar VM, Hermoza-Moquillaza RV, Arellano-Sacramneto C y Hermoza-Moquillaza VH. Traumatólogo. Relación entre ingesta de alimentos ultra procesados y los parámetros antropométricos en escolares. Revista médica hered. 2019; 30:68-75. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3545/3915>
5. Patrones de consumo de alimentos ultra procesados, dieta y características somatométricas en cinco niños de edad escolar. Soberanis Alonzo, SA. Jáuregui Jiménez, DJ. Aguilar Zavala, H. Jóvenes en la ciencia, Revista de divulgación científica. 2018. Vol.4 nº1. Disponible en: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2359/pdf1>

Resumen: *Los hábitos de vida que inculcan padres y madres a sus hijos son, a día de hoy, cada vez más nocivos para el buen desarrollo del niño.*

Uno de los principales factores es el alto consumo de productos ultraprocesados con bajo valor nutritivo y elevadas cantidades de azúcar, aceites refinados y grasas. Esta práctica conlleva un futuro joven adulto con más alta probabilidad de padecer enfermedades que un niño bien alimentado.

Una buena alimentación infantil siembra las bases para un buen desarrollo del niño en todos los ámbitos, aunque debe ir acompañada de ejercicio, descanso y educación sanitaria adecuada.

Palabras Clave: *Niños, Obesidad, Ultraprocesado*

Introducción:

Los hábitos de vida son importantes factores que influyen directa o indirectamente sobre el estilo de vida de una persona. Cada vez son más los hábitos inculcados de padres a hijos, que son nocivos para el buen desarrollo del niño, siendo las madres los progenitores que más ceden a los caprichos insanos que desean sus hijos

En el mundo, son más de 42 millones de niños los que padecen sobrepeso, un porcentaje aún más elevado en edades comprendidas entre los 10 y 12 años.

Aunque depende de la edad, como norma general un niño de este rango de edad y con una actividad física moderada debería consumir de 1600 a 2000 kcal al día, de las cuales deben proceder de alimentos con alto valor nutritivo que aporten al infante la energía necesaria para el consumido por su metabolismo.

Objetivos:

Determinar si existe relación entre la exposición laboral por parte del personal de enfermería a desinfectantes y la incidencia de problemas respiratorios en este grupo profesional.

Material y Método:

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de los más actuales artículos y documentos publicados sobre el tema a desarrollar. Para ello, se han utilizado varias bases de datos como SCIELO y Google Académico, donde se ha acotado la información por el uso de palabras clave unidas con el booleano ``AND`` y un rango de documentos publicados del año 2016 al 2021.

Tras una lectura de análisis se han ido eliminando los artículos no deseados para esta revisión, utilizándose para el desarrollo del trabajo un total de 5 artículos debidamente mencionados en la bibliografía.

Resultados:

Dentro de la gran variedad de ultraprocesados (UP) que existen en el mercado los salados son consumidos de 5 a 6 veces por semana por un total de un 18,6% de los niños, mientras que los UP dulces son consumidos por un 19.6%. Un 88,3% de los participantes del estudio de Moreno-Galarraga destinaban

el 30% de su ingesta total a este tipo de producto e incluso el 16,2% superaba el consumo del 50% de su ingesta total con UP.

Es por esta razón que no sea de extrañar el aumento de la incidencia de Diabetes Mellitus Tipo I (DMI) en la población infantil, que ha pasado del 3 al 45% en apenas 15 años.

Este incremento se debe al alto consumo de azúcares añadidos que provoca los picos de glucosa en sangre que conlleva a un incremento de Diabetes Mellitus Tipo I (DMI) en la infancia o Diabetes Mellitus Tipo II (DMII) en los casos de adolescencia y edad adulta. Por otro lado, las grasas trans y el excesivo consumo de alimentos cárnicos provoca un aumento de ácidos grasos saturados, desarrollando dislipidemias, enfermedades que provocan una alteración en los niveles de proteínas y lípidos en la sangre como el aumento de triglicéridos, estos últimos pueden llegar a acumularse en forma de placas de aterosclerosis que son los causantes de las principales enfermedades cardiovasculares, cada vez más comunes en época escolar. Cada vez más se puede observar el aumento de alergias que conllevan enfermedades respiratorias como el asma, bronquitis o presencia de sibilancias. Otros inconvenientes son el enlentecimiento del crecimiento, apnea del sueño, obesidad o sobrepeso, cansancio, bajo rendimiento escolar...

Las grandes multinacionales de UP luchan por crear la mejor forma de anunciar sus productos, incluso con publicidad engañosa en numerosos de los anuncios que podemos encontrar tanto en redes sociales, televisión o las vallas publicitarias de las calles. Estos preparados suelen estar recargados con aditivos, espesantes o edulcorantes para darles la forma y el sabor más llamativo para el niño.

Conclusión:

Cada vez cuesta más introducir alimentos en su forma natural a los niños, puesto que sus paladares están mal acostumbrados a sabores artificiales. Los UP son baratos y rápidos de obtener y cocinar. Además, existe una fuerte relación entre vida sedentaria y consumo de UP, causando obesidad infantil, en gran medida gracias a las estrategias de marketing y anuncios con el objetivo de mejorar su comercialización.

De ahí la importancia de impulsar la educación sanitaria por parte del enfermero/a, fomentando vida sana desde edades tempranas y modificando cambios nocivos principalmente con el fin de prevenir numerosas complicaciones y enfermedades que son causadas por el consumo de UP.

Bibliografía:

1. Moszoro M, Paiz G. Consumo de productos ultraprocesados y su asociación con malnutrición por exceso en niños que asisten a primer año de Escuelas Públicas y Privadas de la Ciudad de Villa Carlos Paz en el año 2016. Universidad Nacional de Córdoba. 2017. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4727/Consumo%20de%20PU%20y%20asoc..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Anda MP. Influencia del marketing en el comportamiento de los niños sobre el patron de adquisición por parte de sus padres de productos ultraprocesados. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2019. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4727/Consumo%20de%20PU%20y%20asoc..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. L. Moreno-Galarraga, I. Martín-Álvarez, UNA. Fernández-Montero et Al. Consumo de productos ultraprocesados y enfermedades respiratorias sibilantes en niños. Proyecto SENDO. Elsevier. 2020. Disponible en: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403320302216?token=E8846473DAE2588DEF02AE65A6A92A9949BDFAD9A8CEEDD195A3117F7D8D3EB57337445D5C_B1AC145BD43BC95B5C607B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210613103011

4. Lozano Aguilar VM, Hermoza-Moquillaza RV, Arellano-Sacramneto C y Hermoza-Moquillaza VH. Traumatólogo. Relación entre ingesta de alimentos ultra procesados y los parámetros antropométricos en escolares. Revista médica hered. 2019; 30:68-75. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3545/3915>

5. Soberanis Alonzo, SA. Jáuregui Jiménez, DJ. Aguilar Zavala, H. Patrones de consumo de alimentos ultra procesados, dieta y características somatométricas en cinco niños de edad escolar. Jóvenes en la ciencia, Revista de divulgación científica. 2018. Vol.4 nº1. Disponible en: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2359/pdf1> Accepted

Capítulo 101

**Equipo de geriatría de enlace
y coordinación (EGEC) socio-sanitaria.
Gestión de la pandemia por Covid-19.**

Barba Fajardo, Gloria Esther

EQUIPO DE GERIATRÍA DE ENLACE Y COORDINACIÓN (EGEC) SOCIO-SANITARIA. GESTIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19.

Gloria Esther Barba Fajardo

Agradecimientos: Servicio de geriatría y centros socio-sanitarios de Albacete

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto que los centros socio-sanitarios son lugares de alto riesgo para la diseminación de brotes infecciosos, a pesar de las medidas de prevención. En este contexto, la coordinación con el ámbito hospitalario resulta imprescindible. Por ello, tras la primera ola de COVID-19, se crearon en Albacete dos equipos de Geriatría de Enlace y Coordinación (EGEC) Socio-Sanitaria. Se presta atención integral en los centros, con asistencia a brotes de COVID-19 y revisión post-COVID.

OBJETIVOS

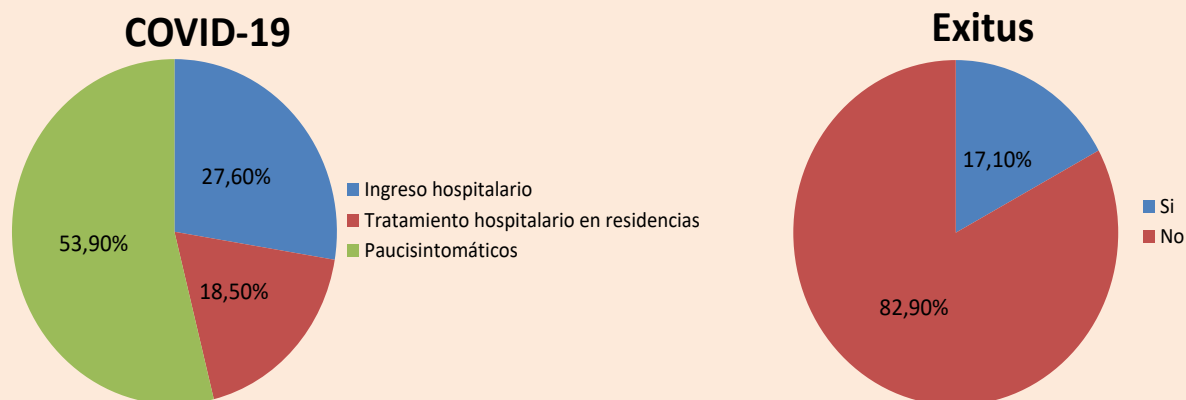
Analizar los resultados y eficacia de un EGEC en la gestión de brotes residenciales de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo tras un año de funcionamiento de un EGEC (junio 2020 – junio 2021), en el manejo de los brotes de COVID-19 en el ámbito residencial. El coste ahorrado por hospitalización se determinó en base al coste por Grupo de pacientes Relacionados por el Diagnóstico (GRD) publicado por el Sistema Nacional de Salud en 2018.

RESULTADOS

El equipo compuesto por geriatra y enfermera especialista en geriatría fue creado en junio de 2020, con una asignación de 9 centros residenciales públicos y privados (669 plazas). Durante los meses de octubre a diciembre de 2020 atendió a 4 brotes de COVID-19 en centros socio-sanitarios, con 76 pacientes afectados.



Se ofreció manejo residencial con todas las líneas de tratamiento vigentes en ese momento, siempre que la familia lo aceptase y la situación clínica de los pacientes lo permitiese (18,5%). Un 53,9% presentaron clínica paucisintomática, con igual control y seguimiento por parte del EGEC. La mortalidad a los tres meses fue del 17,1%.

Atendiendo al coste en base al GRD, la asistencia del EGEC supuso un ahorro por evitación de hospitalizaciones de 49.000€, asumiendo un gasto medio de 3.500€ por proceso.

CONCLUSIONES

La gestión de los brotes COVID-19 en centros socio-sanitarios por parte de los EGEC ha permitido mantener a las personas mayores en su entorno habitual, evitando los efectos perjudiciales de su desplazamiento a centros hospitalarios; siendo además un modelo de atención eficiente al disminuir el coste sanitario y contribuir a evitar la sobrecarga del sistema sanitario.

Resumen: *Introducción: la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto que los centros socio-sanitarios son lugares de alto riesgo para la diseminación de brotes infecciosos. En este contexto, la coordinación con el ámbito hospitalario resulta imprescindible. Por ello se crearon en Albacete dos equipos de Geriatria de Enlace y Coordinación (EGEC) Socio-Sanitaria que prestan atención integral en los centros, con asistencia a brotes de COVID-19 y revisión post-COVID.*

Se ha realizado un estudio retrospectivo tras un año de funcionamiento de un EGEC, en el manejo de los brotes de COVID-19 en el ámbito residencial.

Palabras Clave: *COVID-19, Hogares para ancianos, Geriatria*

Introducción:

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto que los centros socio-sanitarios son lugares de alto riesgo para la diseminación de brotes infecciosos, a pesar de las medidas de prevención. Ha quedado patente la falta de coordinación entre niveles asistenciales y las carencias en cuanto a recursos materiales y personales que sufren las residencias, acentuados en una situación de crisis como la vivida. En este contexto, tras la primera ola de COVID-19 y con el sistema sanitario todavía colapsado, el servicio de Geriatria de Albacete constituyó dos equipos de Geriatria de Enlace y Coordinación (EGEC) con centros socio-sanitarios. Los objetivos fijados para estos equipos fueron facilitar la coordinación directa con Atención Primaria, la asistencia a los brotes de COVID-19 en el medio residencial así como las revisiones tras superar la enfermedad, la evitación de los desplazamientos a urgencias y los ingresos hospitalarios.

Objetivos:

Analizar los resultados y eficacia de un EGEC en la gestión de brotes residenciales de COVID- 19.

Material y Método:

Estudio retrospectivo tras un año de funcionamiento de un EGEC (junio 2020 – junio 2021), en el manejo de los brotes de COVID-19 en el ámbito residencial. El coste ahorrado por hospitalización se determinó en base al coste por Grupo de pacientes Relacionados por el Diagnóstico (GRD) publicado por el Sistema Nacional de Salud en 2018.

Resultados: El equipo compuesto por un geriatra y una enfermera especialista en geriatría fue creado en junio de 2020, con una asignación de 9 centros residenciales públicos y privados (669 plazas).

Durante los meses de octubre a diciembre de 2020 atendió a 4 brotes de COVID-19 en centros socio-sanitarios, con 76 pacientes afectados.

Un 27,6% de los residentes precisó ingreso hospitalario, por importante empeoramiento clínico o por aumento de los requerimientos de oxigenoterapia, que no podía proporcionarse en los propios centros. Se ofreció manejo residencial con todas las líneas de tratamiento vigentes en ese momento, siempre que la familia lo aceptase y la situación clínica de los pacientes lo permitiese en un 18,5% de los casos. Un 53,9% de los afectados presentaron clínica paucisintomática, con igual control y seguimiento por parte del EGEC. La mortalidad a los tres meses fue del 17,1%.

Atendiendo al coste en base al GRD, la asistencia del EGEC supuso un ahorro por evitación de hospitalizaciones de 49.000€, asumiendo un gasto medio de 3.500€ por proceso.

Conclusiones:

La gestión de los brotes COVID-19 en centros socio-sanitarios por parte de los EGEC ha permitido mantener a las personas mayores en su entorno habitual, evitando los efectos perjudiciales de su desplazamiento a centros hospitalarios; siendo además un modelo de atención eficiente al disminuir el coste sanitario y contribuir a evitar la sobrecarga del sistema sanitario.

Bibliografía:

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2020. Papel de la geriatría en la coordinación con el medio residencial. [https:// www.segg.es/actualidad-segg/2020/05/04/documento-segg-papel-geriatria- en-coordinacion-medio-residencial](https://www.segg.es/actualidad-segg/2020/05/04/documento-segg-papel-geriatria-en-coordinacion-medio-residencial)
2. Rojano i Luque, X., Serra Marsal, E., Soler Cors, O., & Salvà Casanovas, A. (2021). Impacto en residencias de la atención centrada en las personas (ACP) sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de salir adelante. Estudio transversal. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(1). [https:// doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.007](https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.007)
3. Tarazona-Santabalbina, F. J., de la Cámara de las Heras, J. M., Vidán, M. T., & García Navarro, J. A. (2021). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(1). [https:// doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002](https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002)
4. Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2018). Disposición 18007 del BOE núm. 314 de 2018. [http:// www.boe.es](http://www.boe.es)

Capítulo 102

Esclerosis Múltiple: ¿qué opinan los pacientes de la atención socio sanitaria recibida?

*Arévalo Frutos, Isabel María
Ortega Romero, María Isabel
Leal Rico, María Isabel
Cervantes Torres, Laura
Ramiro Montilla, Pilar*

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ¿QUÉ OPINAN LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA RECIBIDA?

Isabel María Arévalo Frutos, Laura Cervantes Torres, María Isabel Leal Rico, María Isabel Ortega Romero y Pilar Ramiro Montilla



INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad que afecta a todas las esferas de la persona, las cuales deben ser abordadas de una manera multidisciplinar, cubriendo enfermería la función de educación para la salud y apoyo tanto al paciente como a la familia.

OBJETIVO PRINCIPAL

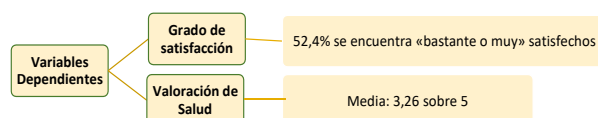
Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con Esclerosis Múltiple sobre la atención sociosanitaria recibida.

❖ Objetivos específicos

- Identificar los aspectos que influyen en la satisfacción.
- Definir a quién consideran estos pacientes su/sus principal/es fuentes de información y conocer sobre qué aspectos demandan más información los pacientes.
- Analizar la opinión que tienen estos pacientes sobre enfermería, y si habría algún aspecto de la atención en el que nos podríamos centrar para mejorar la atención que reciben.

METODOLOGÍA

- ❖ **Diseño:** estudio observacional descriptivo transversal.
- ❖ **Instrumento de recogida de datos:** fue un cuestionario de elaboración propia que rellenaron 42 personas que padecen EM de dos asociaciones de la provincia de Córdoba. La muestra fue por conveniencia. Está formada por 29 mujeres y 13 hombres; la mayoría de ellos entre 35 y 44 años y padecen EM-RR.



- ❖ **Variables independientes:** se seleccionaron el haber recibido información sobre diferentes aspectos de los autocuidados (y sobre cuáles demandan más), a quién consideran su principal fuente de información, tipo de EM, síntomas que presentan y opinión sobre enfermería.
- ❖ **Análisis estadístico:** La relación entre las variables ha sido comprobada mediante la prueba χ^2 (ji cuadrado) y utilizando margen de error $p < 0,05$.

RESULTADOS

➔ LA SATISFACCIÓN SE RELACIONA CON HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE AUTOCUIDADOS.

Principal fuente de información	Enfermería y otros	Recuento	GRADO DE SATISFACCIÓN		TOTAL	P
			POCO O NADA	BASTANTE MUY		
		3	11	14	0,025	
	% Total	7,1%	26,2%	33,3%		
	Neurólogo y otros excepto enfermería	11	7	18		
	% Total	26,2%	16,7%	42,9%		

Tabla1. Relación entre grado de satisfacción y principal fuente de información.

➔ La satisfacción se relaciona con a quién consideran los pacientes su principal fuente de información.

➔ Los pacientes demandan más información sobre el abordaje de síntomas como el dolor (35,77%), los síntomas urinarios (28,6%) y la disfunción sexual (21,4%).

Tipo EM	P-P	Recuento	Valoración de salud					Total	P
			1	2	3	4	5		
		1	2	1	0	0	4	0	
	% del total	2,4%	4,8%	2,4%	0,0%	0,0%	9,5%		
		2	0	0	0	0	2		
	% del total	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%		
		0	2	16	10	6	34		
	% del total	0,0%	4,8%	38,1%	23,8%	14,3%	81,0%		
		0	1	1	0	0	2		
	% del total	0,0%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	4,8%		
Total		3	5	18	10	6	42		
% del total		7,1%	11,9%	42,9%	23,8%	14,3%	100,0%		
Dolor	NO	0	2	5	8	5	20	0,011	
	% del total	0%	4,8%	11,9%	19%	11,9%	47,6%		
		3	3	13	2	1	22		
	% del total	7,1%	7,1%	31%	4,8%	2,4%	52,4%		
Total		3	5	18	10	6	42		
% del total		7,1%	11,9%	42,9%	23,8%	14,3%	100,0%		

Tabla2. Relación entre valoración de salud y variables de interés.

➔ Opinión sobre enfermería: 52,4% indica «siempre resuelve mis dudas y me ayuda si necesito algo»

CONCLUSIONES

La EM es una enfermedad compleja que afecta a todas las esferas de la persona, que deben ser atendidas.

La mayoría de los pacientes perciben su salud como buena, aunque hay diferencias entre pacientes, marcadas principalmente por el tipo de EM que padezcan, así como la presencia de síntomas como el dolor.

Los pacientes se encuentran satisfechos con la atención sociosanitaria dada. Esta depende de que reciban información sobre autocuidados y, en ello enfermería tiene un papel fundamental; siendo considerada una de las principales fuentes de información de un conjunto de profesionales que compone el equipo multidisciplinar que debe atender a estos pacientes. Además, es bien valorada por ellos. No obstante, hay aspectos sobre los que los pacientes demandan más información. Cubrir estas demandas es necesario para que se haga una intervención eficaz.

Es necesario que los profesionales sanitarios intervengan en equipo para darles la mejor atención posible y trabajen día a día para conseguir que los servicios que prestan sean de calidad.



Resumen: *La Esclerosis Múltiple (EM) se debe abordar de manera holística.*

Objetivo: *Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con EM sobre la atención socio-sanitaria recibida.*

Metodología: *se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con una muestra de pacientes que respondieron a un cuestionario.*

Resultados: *La satisfacción se relaciona con haber recibido información sobre autocuidados y a quien consideren su principal fuente de información (entre otros, a enfermería).*

Conclusiones: *La información es un aspecto fundamental para estos pacientes y enfermería tiene un papel clave en ello. No obstante, hay aspectos sobre los que demandan más información, los cuales debemos abordar.*

Palabras Clave: *Esclerosis Múltiple, Satisfacción del paciente, Calidad de vida relacionada con la salud*

Introducción:

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica que precisa de un abordaje multidisciplinar del que enfermería debe formar parte.

Objetivos:

Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con Esclerosis Múltiple sobre la atención socio-sanitaria recibida.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Los sujetos de estudio han sido 42 personas que padecen EM pertenecientes a dos asociaciones de la provincia de Córdoba (España). Se realizó un cuestionario original y específico y se respetó en todo momento la confidencialidad de los datos. Posteriormente, se realizó un análisis de los datos mediante el programa SPSS.

Resultados:

La muestra está formada por 29 mujeres y 13 hombres; la mayoría de ellos entre 35 y 44 años (33.3%). Un 81% de los encuestados padecen EM remitente recurrente. La media de la “valoración de salud” se encuentra en un 3.26 sobre 5.

Respecto al “grado de satisfacción”, el 52.4% de los encuestados se encuentran “bastante o muy” satisfechos con la atención recibida.

Al preguntarles sobre la opinión que tienen de enfermería, un 52.4% contesta que “siempre resuelve sus dudas y les ayuda cuando necesita algo”. Un 33.3% considera que sus principales fuentes son un conjunto de profesionales formado por enfermería, neurólogo, psicólogo y compañeros de asociación.

Relación entre grado de satisfacción y variables de interés.

Se ha encontrado relación entre el grado de satisfacción y el hecho de haber recibido información sobre autocuidados. Además, aquellos entrevistados que se encuentran satisfechos no demandan información adicional sobre determinados aspectos de los autocuidados.

También se ha encontrado relación entre esta variable y a quién consideren estos pacientes su principal fuente de información: el 26,2% consideran a enfermería junto con otros profesionales su principal fuente de información y son los más satisfechos ($p=0,025$). De hecho, se ha visto relación entre considerar a este grupo de profesionales como su principal fuente de información y no demandar más información.

Relación entre “valoración de salud” y variables de interés.

La valoración de la propia salud se relaciona con el tipo de EM que padecen los pacientes. Aquellos diagnosticados de un tipo de EM diferente de la RR valoran su salud con niveles iguales o inferiores a la media ($p=0$). Esto también ocurre con aquellos que presentan síntomas como el dolor ($p=0,011$).

Aspectos de interés sobre los que demandan más información los pacientes

Se ha encontrado relación entre presentar cierto síntoma y demandar más información sobre el abordaje del mismo. Esto se ha dado en el dolor, los síntomas urinarios y la disfunción sexual. El abordaje de las alteraciones sexuales (92.9%) y el manejo del dolor (90.5%) son los aspectos sobre los que menos información han recibido.

Discusión:

Un elemento importante para la mejora de la atención de los pacientes con EM ha sido la creación de equipos de coordinación y atención de apoyo multidisciplinar. Igualmente, debemos conocer los grupos sociales ya formados, como asociaciones cercanas, para hacerlos partícipes del proceso de cuidado.

La insatisfacción reflejada en nuestro estudio podría deberse a diferentes motivos y sería interesante abordarlo en futuras líneas de investigación. En España, la creación de un programa de atención primaria para abordar específicamente la EM sigue siendo un reto pendiente.

En cuanto a enfermería, según un estudio previo, los pacientes con EM muestran satisfacción con la atención recibida y valoran con mejores puntuaciones la información que le damos frente al resto de profesionales del equipo multidisciplinar. El éxito de los programas de apoyo a los pacientes nos indica el impacto que pueden tener las enfermeras adecuadamente entrenadas en la educación al paciente y el desarrollo de habilidades de autocuidado.

No obstante, hay aspectos sobre los que los pacientes demandan más información. La misma Virginia Henderson decía que el ser independientes se conseguía teniendo los conocimientos suficientes.

Debemos abordar todos los aspectos del individuo, sin dejar atrás ninguno como la sexualidad. En un estudio previo, se demostró la importancia de la información en pacientes con disfunción sexual relacionada con la enfermedad neurológica crónica.

En cuanto a la valoración de salud, hemos encontrado relación entre ella y el tipo de EM, así como con síntomas como el dolor. Quizás pueda explicarse porque los pacientes que padecen un tipo de EM diferente a la RR presentan un deterioro progresivo. En un estudio realizado en Reino Unido, los datos indicaron que la EM progresiva primaria y secundaria se asociaba con valores del estado de salud más bajos que la EM RR. En cuanto a los síntomas, la presencia de ellos puede hacernos sentir que nuestra salud es menor. En un estudio previo, se preguntó a pacientes con EM cuáles eran los tres determinantes más importantes de su calidad de vida. Los pacientes mencionaron la vitalidad, la salud general y la presencia de dolor corporal.

Conclusiones:

La EM es una enfermedad compleja que afecta a todas las esferas de la persona, que deben ser atendidas.

La mayoría de los pacientes perciben su salud como buena, aunque hay diferencias de unos pacientes a otros, marcadas principalmente por el tipo de EM, así como la presencia de síntomas como el dolor. Los pacientes se encuentran satisfechos con la atención sociosanitaria dada. Esta depende de que reciban información sobre autocuidados y en ello enfermería tiene un papel fundamental; siendo considerada una de las principales fuentes de información de un conjunto de profesionales que compone el equipo multidisciplinar que debe atender a estos pacientes. No obstante, hay aspectos sobre los que los pacientes demandan más información. Cubrir estas demandas es necesario para que se haga una intervención eficaz.

Bibliografía:

1. Sánchez R, Ángel M. La mejora de la calidad de vida y la satisfacción del/a paciente con Esclerosis Múltiple y diagnóstico reciente mediante una consulta de enfermería especializada. septiembre de 2014. Disponible en: <https://dugi-doc.udg.edu/handle/10256/10964>

2. Egerod I, Wulff K, Petersen MC. Experiences and informational needs on sexual health in people with epilepsy or multiple sclerosis: A focus group investigation. *Journal of Clinical Nursing* [Internet].

Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14378>

3. Hawton A, Green C. Health Utilities for Multiple Sclerosis. *Value in Health* [Internet]. 1 de junio de 2016;19(4):460-8. Disponible en: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(16\)00007-3/abstract](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(16)00007-3/abstract)

4. Dagklis IE, Aletras VH, Tsantaki E, Orologas A, Niakas D. Multiple Sclerosis Patients Valuing Their Own Health Status: Valuation and Psychometric Properties of the 15D. *Neurol Int* [Internet]. 30 de septiembre de 2016;8(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5066103/>

5. Ysrraelit MC, Fiol MP, Gaitán MI, Correale J. Quality of Life Assessment in Multiple Sclerosis: Different Perception between Patients and Neurologists. *Front Neurol* [Internet]. 11 de enero de 2018;8.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769192/>

Capítulo 103

Estudio comparativo del consumo de ansiolíticos e hipnóticos entre población sanitaria y no sanitaria

*Martín - Diomaedios Trujillo, Luis
Moreno Trenado, Vanessa
Martinez Gómez, José Luis
López Camacho, Gema*

ESTUDIO COMPARATIVO DEL CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS ENTRE POBLACIÓN SANITARIA Y NO SANITARIA

Martin Doimeadios.L, Moreno Trenado.V, López Camacho.G, Martínez Gómez.J.L



INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha notado un repunte del consumo de fármacos para la ansiedad y el insomnio en la población, esta situación nos ha llevado a plantearnos establecer comparaciones entre el mismo entre la población sanitaria y la población general.

Los ansiolíticos son fármacos psicotrópicos con acción depresora del sistema nervioso central, destinados a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad esperando no producir sedación o sueño. Su efecto inhibidor de la ansiedad. Podemos clasificarlos en Benzodiazepinas, Barbitúricos y Neurolépticos. Los más utilizados son las Benzodiazepinas (BDZ) debido a su seguridad en caso de sobredosis. Aunque provocan gran dependencia física y psíquica. Los más comercializados y usados por la población son Lorazepam, Diazepam y Alprazolam.

Los hipnóticos sedantes constituyen un grupo heterogéneo de fármacos que difieren en su estructura química y, sin embargo, presentan efectos depresores sobre el sistema nervioso central (SNC) bastante similares.

Los fármacos hipnóticos pueden ser útiles para dormir pero pueden crear dependencia. Los hipnóticos son los fármacos más utilizados por la comunidad médica para tratar los problemas de insomnio. Básicamente, se utilizan las benzodiazepinas y los análogos a las benzodiazepinas, de semivida corta, media y larga. Los más utilizados son el Lormetazepam o el Zolpidem.

OBJETIVOS

- Conocer si existen diferencias significativas entre el consumo de hipnóticos y ansiolíticos entre la población sanitaria y la no sanitaria.
- Identificar cuales son los hipnóticos-ansiolíticos más tomados en esta población.
- Mostrar cual es el motivo por el que los toman de acuerdo con el objetivo anterior.
- Saber cuales son los principales efectos adversos de este tipo de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo, transversal y autoadministrado.
- Basado en la realización de una encuesta.
- Respetada la confidencialidad de los pacientes de acuerdo a la Asociación Médica Mundial y a la Declaración de Helsinki.



CRITERIOS INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Personal sanitario y no sanitario.	Personal de baja por estas enfermedades.
Personas sin patologías psíquicas diagnosticadas.	Personas con patologías psíquicas diagnosticadas.

Análisis de datos: Intervalos de confianza (IC95%), Chi cuadrado, $p < 0.05$. Programa estadístico SPSS.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad/ Trastornos del inicio y de mantenimiento del sueño/ Benzodiazepinas

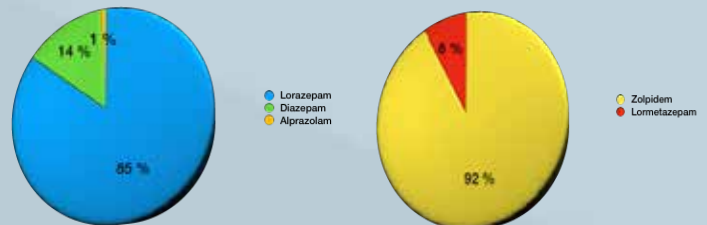
RESULTADOS

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LA POBLACION GENERAL Y LA SANITARIA EN LA TOMA DE ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS?

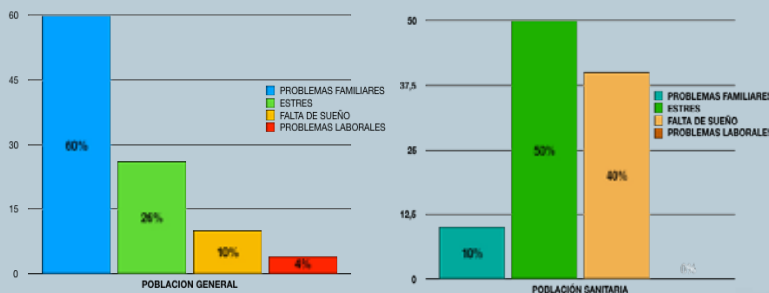
	SANITARIOS		GENERAL		DE	IC95%
	n	%	n	%		
TOMAN MEDICACIÓN	14	28	40	80	6,36	70,56-72,44
NO LA TOMAN	36	72	10	10	4,24	13,31-17,69

$\chi^2 = 8,84$; x crítica = 3,8415; nivel de significación $p = 0,0029$ $p < 0,05$ se rechaza la H_0 ; que afirma que las diferencias en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos entre ambas poblaciones son debidas al azar, ya que **existen diferencias significativas** en la toma de medicación entre ambas poblaciones.

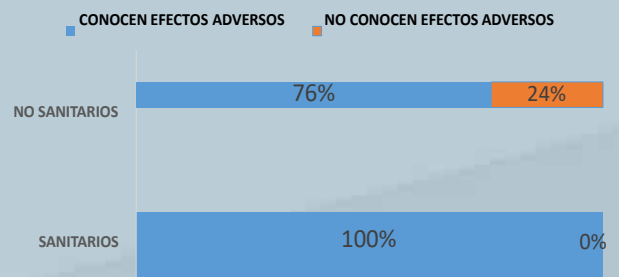
¿CUALES SON LOS HIPNÓTICOS Y ANSIOLITICOS MAS UTILIZADOS?



MOTIVOS POR LOS QUE TOMAN LA MEDICACIÓN



¿CONOCEN LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL CONSUMO DE ESTOS FÁRMACOS?



CONCLUSIONES

1. Los ansiolíticos y los hipnóticos también son más consumidos por la población general en comparación que el personal sanitario. Refiriendo que los consumen asiduamente aunque no los tengan recetados cuando tienen dificultades para dormir.
2. Los fármacos más utilizados en cuanto a automedicación se refiere obteniendo los siguientes datos: Lorazepam, Valium, Alprazolam y Zolpidem. Siendo tres de ellos benzodiazepinas.
3. El conocimiento de los efectos secundarios de estos fármacos provoca que la población de estudio que tiene más conocimiento acerca del tema tenga más reparo a la hora de consumirlos, ya que se automedican menos y utilizan otras técnicas para reducir los niveles de ansiedad o conciliar mejor el sueño.
4. En la población general hay un gran desconocimiento acerca de los efectos adversos que pueden causar estos fármacos en el organismo, aunque nuestra encuesta arroja buenos porcentajes de conocimiento de los efectos adversos, un 76%, este dato puede ser a la vez preocupante ya que un 24% está consumiendo este tipo de medicamentos sin saber de verdad que efectos puede acarrear a su salud.

Resumen: En la actualidad se ha notado un repunte del consumo de fármacos para la ansiedad y el insomnio en la población, esta situación nos ha llevado a plantearnos establecer comparaciones entre el mismo entre la población sanitaria y la población general.

Los ansiolíticos son fármacos psicotrópicos con acción depresora del sistema nervioso central, destinados a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad.

Podemos clasificarlos en Benzodiazepinas, Barbitúricos y Neurolépticos. Los más utilizados son las Benzodiazepinas debido a su seguridad en caso de sobredosis. Aunque provocan gran dependencia física y psíquica.

Palabras Clave: Ansiedad, Trastorno de inicio y mantenimiento del sueño, Benzodiazepinas

Objetivos:

- Conocer si existen diferencias significativas entre el consumo de hipnóticos y ansiolíticos entre la población sanitaria y la no sanitaria.
- Identificar cuáles son los hipnóticos-ansiolíticos más tomados en esta población.
- Mostrar cual es el motivo por el que los toman de acuerdo con el objetivo anterior.
- Saber cuáles son los principales efectos adversos de este tipo de medicamentos.

Material y Métodos:

De acuerdo con el objetivo de nuestro trabajo hemos realizado un estudio descriptivo, transversal y auto administrado, para ello hemos realizado y pasado una serie de encuestas respetando siempre la confidencialidad de los participantes de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

La población diana de nuestra encuesta ha sido un grupo de 100 integrantes divididos en dos subgrupos:

- 1 - Población no sanitaria; compuesta por 50 personas
- 2 - Población sanitaria; compuesto por 50 profesionales sanitarios

Por otro lado utilizamos como criterios de exclusión que ninguno de los individuos de nuestro estudio padeciese patologías psíquicas diagnosticadas ni estuviese de baja médica.

Nuestra encuesta pretendía contestar a 4 preguntas planteadas las cuales se desarrollan en el apartado de resultado.

Resultados:

Para exponer nuestros resultados, nuestras encuestas pretendían responder las siguientes preguntas 1 - ¿Existen diferencias entre la población general y la sanitaria en la toma de ansiolíticos e hipnóticos?

Esta pregunta la contestamos mediante la realización de un chi-cuadrado el cual afirma que las diferencias entre el consumo de ansiolíticos e hipnóticos entre ambas poblaciones son debidas al azar. Por lo que hay mayor consumo de estos en la población general (80%) que en la población sanitaria (28%).

- ¿Cuáles son los hipnóticos y ansiolíticos más utilizados?

Los más conocidos son el Diazepam, Lorazepam y Alprazolam refiriéndonos a ansiolíticos y siendo el Orfidal el más consumido con un 85%, y por parte de los Hipnóticos tenemos el Zolpidem y el Lormetazepam, siendo el Zolpidem el más consumido con un 92%

- Motivos de toma de la medicación.

En Población sanitaria el principal problema por el que se consumen estos fármacos son estrés y falta de sueño. Mientras que en la población general es debido a problemas personales.

- Conocimiento de los efectos secundarios de dicha toma.

Los sanitarios afirman conocer los efectos adversos de estos fármacos, el 100% los conoce según las respuestas obtenidas. En la población no sanitaria solamente el 76% conocen dichos efectos adversos; habiendo un 24% que los toma sin conocerlos.

Conclusiones:

1. Los ansiolíticos y los hipnóticos también son más consumidos por la población general en comparación que el personal sanitario. Refiriendo que los consumen asiduamente, aunque no los tengan recetados cuando tienen dificultades para dormir.

2. Los fármacos más utilizados en cuanto a automedicación se refieren obteniendo los siguientes datos: Lorazepam, Valium, Alprazolam y Zolpidem. Siendo tres de ellos benzodiazepinas.

3. El conocimiento de los efectos secundarios de estos fármacos provoque que la población de estudio que tiene más conocimiento acerca del tema tenga más reparo a la hora de consumirlos, ya que se automedican menos y utilizan otras técnicas para reducir los niveles de ansiedad o conciliar mejor el sueño.

4. En la población general hay un gran desconocimiento acerca de los efectos adversos que pueden causar estos fármacos en el organismo, aunque nuestra encuesta arroja buenos porcentajes de conocimiento de los efectos adversos, un 76%, este dato puede ser a la vez preocupante ya que un 24% está consumiendo este tipo de medicamentos sin saber de verdad que efectos puede acarrear a su salud.

Bibliografía:

1. J.Simó-Miñana.

Utilización de medicamentos en España y Europa.

Aten Primaria., 44 (2012), pp. 335-347

[http:// dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.06.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.06.009) |

2. P. Carrasco-Garrido, A. López de Andrés, V. Hernández Barrera, I. Jiménez-Trujillo, R. Jiménez-García. National trends (2003-2009) and factors related to psychotropic medication use in community-dwelling elderly population. Int Psychogeriatr., 25 (2013), pp. 328-338

[http:// dx.doi.org/10.1017/S104161021200169X](http://dx.doi.org/10.1017/S104161021200169X)

3. K. Demyttenaere, A. Bonnewyn, R. Bruffaerts, G. De Girolamo, I. Gasquet, V. Kovess, et al.

Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD).

Capítulo 104

Estudio de la correlación entre la Diabetes Mellitus y las fracturas de cadera en ancianos

Sánchez Carrión, Pedro José

Sánchez Pérez, Pedro

Resumen: *Diferentes estudios describen el aumento del riesgo de fractura de cadera en personas con diabetes mellitus (DM). Nuestro objetivo fue comprobar si esos resultados eran extrapolables a nuestro ámbito de actuación.*

Se realizó el estudio en una Residencia Pública para Personas Mayores de la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha sobre 29 sujetos que sufrieron una fractura de cadera entre 2014-2019.

Los resultados reflejaron mayor incidencia de fracturas de cadera en personas diabéticas versus no diabéticas.

Los factores de riesgo más relevantes fueron DM tipo 1, y ser mujer.

Palabras Clave: *Fractura de cadera, diabetes mellitu, factores de riesgo*

Introducción:

En España más de un tercio de la población mayor de 75 años sufre diabetes mellitus (DM), convirtiéndola en un problema de salud pública de primer orden.

Otro grave problema de salud pública en las personas mayores es la osteoporosis, con su complicación asociada más temida, la fractura de cadera por fragilidad.

En los últimos tiempos ha aumentado el interés de la comunidad científica por valorar la posible correlación entre estas dos patologías, existiendo datos sobre los efectos adversos que la DM provoca en la microestructura ósea, aumentando el riesgo de sufrir fracturas.

Objetivos:

El objetivo del presente estudio fue comprobar si los resultados obtenidos en las diferentes referencias bibliográficas consultadas en las bases de datos y bibliotecas de PubMed/Medline (se encontraron 22 artículos desde el año 2000 de diferentes países, que confirmaban la asociación entre el diagnóstico de DM y un riesgo aumentado de fractura de cadera) eran extrapolables a nuestro ámbito de actuación, y determinar la posible relación entre las fracturas de cadera sufridas por nuestros usuarios y si estos eran o no diabéticos, y que tipo de DM padecían los mismos.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo cuantitativo realizado en una Residencia Pública para Personas Mayores dependiente de la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha.

La población objeto de estudio la formaron aquellos residentes (29) que sufrieron una fractura de cadera en dicha Residencia en el periodo comprendido entre 2014 – 2019.

Se procedió a la consulta de sus antecedentes clínicos en el Sistema de Información de Atención Primaria TURRIANO del SESCAM para saber si padecían DM y si eran tipo 1 o tipo 2.

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 25.0 para su explotación estadística.

Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango, y se compararon mediante la t de Student.

Resultados:

- Se obtuvo una muestra de 29 residentes, de los cuales, el 72% (21) fueron mujeres frente al 28% (8) que fueron hombres.
- De esos 29 casos de fractura de cadera, el 62% (18) presentaban DM, el 38% (11) no.
- De esas 18 DM, el 67% (12) eran DM tipo 1, y el 33% (6) DM tipo 2.
- De las 12 DM tipo 1, el 67% (8) eran mujeres, el 33% restante (4) hombres.
- De las 6 DM tipo 2, el 50% (3) fueron mujeres y el otro 50% (3) hombres.

Conclusiones:

A la vista de los resultados obtenidos, podríamos afirmar que hay una mayor incidencia de fracturas de cadera en mujeres y hombres con DM con relación a aquellos sujetos no diabéticos.

Incidencia que aumenta en las mujeres (elevada ya por la osteoporosis postmenopausia), y en los casos de DM tipo 1 (posiblemente debido a la mayor duración de la enfermedad).

Estudios recientes demuestran que:

- La hiperglucemia produce inhibición en la formación de la matriz ósea.
- Los niveles alterados de insulina afectan a la remodelación del hueso, siendo este de peor calidad.
- Las hipoglucemias, neuropatías y retinopatías diabéticas aumentan el riesgo de caídas.
- Algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento de la DM poseen un efecto nocivo sobre el metabolismo óseo (un estudio desarrollado en Escocia concluye que existe un aumento del índice de fracturas de cadera de un 8% por año acumulado tras el uso de TIAZOLIDINEDIONAS).

Un mayor conocimiento de los mecanismos de interrelación entre la DM y las fracturas de cadera podría desarrollar nuevas terapias que ayudarían en el futuro a prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes mayores con DM.

Bibliografía:

1. Formiga F, Freitez MD, Montero A. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2020;55(1):34-41. Nicodemus KK, Folsom AR. Type 1 and type 2 diabetes and incident hip fractures in postmenopausal women. Diabetes care. 2001;24:1192-7.
2. Hamann C, Kirschner S, Gunther KP, et al. Bone, sweet bone-osteoporotic fractures in diabetes mellitus. Nat Rev Endocrinol. 2012;8:297-7305.
3. Hothersall EJ, Livingstone SJ, Looker HC et al. Contemporary risk of hip fracture in type 1 and type 2 diabetes: A national registry study from Scotland. 2014;29:1054-60.

Capítulo 105

Estudio observacional descriptivo sobre higiene y uso del dispositivo Satisfyer®

Del Valle Sánchez, Andrés

Peinado Ibáñez, Carmen

González Del Valle, Pedro Jesús

Camacho Horta, María Dolores

Estudio observacional descriptivo sobre higiene y uso del dispositivo Satisfyer®

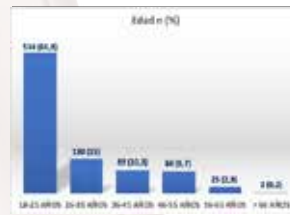
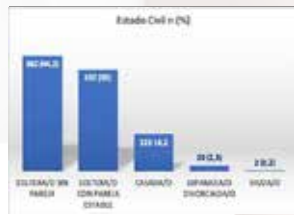
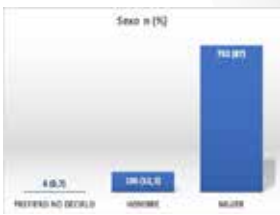
Autores: Del Valle Sánchez, A; Peinado Ibáñez, C; González del Valle, PJ; Camacho Horta, MD

Introducción: Según un estudio de la marca Lelo, una reconocida firma sueca especialista en juguetes eróticos de lujo, "el 53% de los españoles tiene un juguete erótico y la mayoría (el 61,5%) lo usa todas las semanas". Satisfyer® es un juguete sexual ampliamente utilizado, nº1 en ventas de Amazon del año como regalo navideño en 2020. Su correcta higiene es importante, y fue objeto de una entrada en el Blog de un Preventivista ¹

Objetivos: Describir el patrón de uso y , en su caso, limpieza del dispositivo en población general de nuestro entorno.

Material y método: Estudio observacional descriptivo basado en una encuesta "ad hoc" de 17 ítem, autoadministrada vía internet entre población general seleccionada por muestreo de conveniencia entre los contactos de los autores. N=864

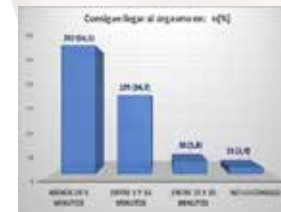
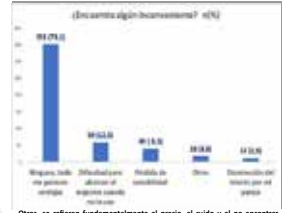
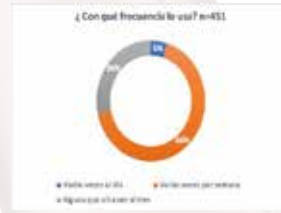
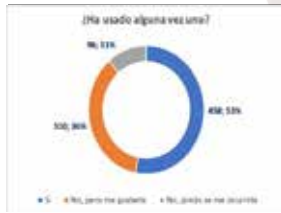
Resultados: Descriptivos de población



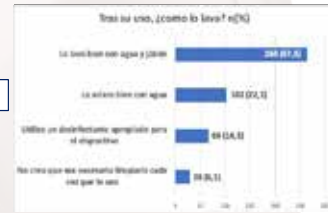
SEJO		n	%
SEJO	PREFERO NO DECIRLO	6	0.7%
	HOMBRE	106	12.3%
	MUJER	752	87.0%
ESTADO CIVIL	CASADO	337	39.0%
	VIUDO	2	0.2%
	SOLTERO SIN PAREJA	382	44.2%
	SOLTERO CON PAREJA ESTABLE	337	39.0%
	SEPARADO	20	2.3%
	DIVORCIADO	20	2.3%
EDAD	18-25 AÑOS	534	61.8%
	26-35 AÑOS	130	15.0%
	36-45 AÑOS	89	10.3%
	46-55 AÑOS	84	9.7%
	56-65 AÑOS	25	2.9%
	MAYOR DE 65 AÑOS	2	0.2%
RESIDENCIA HABITUAL	URBANO	750	86.8%
	RURAL	114	13.2%
INDEPENDIENTE ECONÓMICAMENTE	SI	390	45.1%
	NO	474	54.9%

Resultados: Descriptivos de uso

	n	%	
¿DISPONE ALGUNO DE ESTOS DISPOSITIVOS (SATISFYER)?	SI	444	51.4%
	No	251	29.1%
	Aún no, pero me estoy planteando adquirir uno	152	17.6%
	No, pero lo tiene mi pareja	17	2.0%
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE LO ADQUIRIÓ?	No, no lo tengo	408	47.2%
	Acabo de adquirirlo en estos días	21	2.4%
	Hace unos meses	232	26.9%
	Más de seis meses	84	9.7%
	Hace menos de un mes	62	7.2%
	Hace más de un año que lo tengo	57	6.6%
SI TIENE ALGUNO, ¿CÓMO LO COMPRÓ?	Ya lo tenía, no lo tengo	404	46.8%
	No recuerdo	277	32.1%
	Me regalaron	66	7.6%
¿HA USADO ALGUNA VEZ UNO?	SI	458	53.0%
	No, pero me gustaría	310	35.9%
	No, jamás se me ocurriría	96	11.1%
¿CON QUÉ FRECUENCIA LO USA?	No lo uso porque no lo tengo	413	47.8%
	Varias veces al día	22	2.5%
	Varias veces por semana	300	34.7%
	Alguna que otra vez al mes	129	14.9%
	Alguna que otra vez al año	15	1.7%
¿CONSIGUE LLEGAR AL ORGASMO EN...?	Nunca lo he intentado	348	40.3%
	Menos de 5 minutos	292	33.8%
	Entre 5 y 15 minutos	179	20.7%
	Entre 15 y 30 minutos	30	3.5%
	No lo consigo	15	1.7%
¿LO USA, ¿SOLO O EN PAREJA?	Nunca lo he usado	399	46.2%
	Solo	259	30.0%
	En pareja	32	3.7%
	Indiferente, según el momento	174	20.1%
¿QUÉ VENTAJAS HALLA CON SU USO?	Le desconozco porque no tengo ninguno	383	44.3%
	Enriquece nuestra vida sexual	267	30.9%
	Aunque tengo pareja, me resulta útil cuando estoy solo/a	166	19.2%
	Puede que mi pareja no sabe proporcionarme	48	5.6%

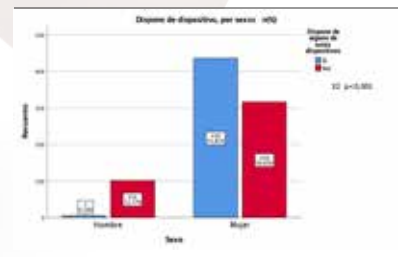
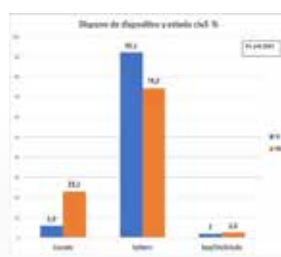


Resultados: Descriptivos de limpieza



Resultados: Comparación de proporciones

	¿Dispone de alguno de estos dispositivos?		p	
	SI	NO		
Sexo	Hombre 5 (4.7)	101 (95.3)	<0.001	
Edad	Mujer 436 (98)	316 (42)	<0.001	
	18-25	308 (57.7)		226 (42.3)
	26-35	83 (63.8)		47 (36.2)
	36-45	37 (41.6)		52 (58.4)
	46-55	14 (16.7)		70 (83.3)
	56-65	2 (8)		23 (92)
Independiente económicamente	SI	186 (47.4)	208 (52.6)	0.035
	NO	259 (54.5)	215 (45.5)	
Residencia habitual	Urbano	394 (92.5)	306 (47.5)	NS
	Rural	50 (43.9)	64 (56.1)	
Estado Civil	Casado	25 (21.1)	97 (78.9)	<0.001
	Soltero	409 (96.7)	312 (43.3)	<0.001
	Viudo/Seper/Divorciado	9 (45)	11 (55)	NS



Conclusiones: El 44% de los encuestados dispone de un dispositivo Satisfyer®. De ellos, la mayoría son mujeres de 18 a 35 años, solteras con o sin pareja estable. Un 66% lo usa varias veces por semana y un 56,5% llega al orgasmo en menos de cinco minutos. El 12,3% declara dificultad para alcanzar el orgasmo cuando no lo usa. Si bien se recomienda limpieza tras su uso con un jabón o detergente , y desinfección periódica ², sólo un 14,3% usa un producto específico para tal fin.

1. <https://elautoclave.wordpress.com/2020/02/20/el-satisfyer-se-puede-desinfectar/>
2. GUÍA DE USO DE DESINFECTANTES EN EL ÁMBITO SANITARIO 2019 (II Edición)

Resumen: *Objetivo principal: describir el patrón de uso y, en su caso, limpieza del dispositivo Satisfyer en la población general de nuestro entorno.*

Metodología: Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo basado en una encuesta de 17 ítems con ese propósito, autoadministrada vía internet entre la población general seleccionada por muestreo de conveniencia entre los contactos de los autores.

Resultados y conclusiones: casi la mitad de los encuestados dispone de uno de estos dispositivos, la mayoría mujeres, con un uso frecuente y una higiene del mismo dispar hallando errores graves de higiene que podría hacer necesaria educación sanitaria enfermera.

Palabras Clave: Satisfyer®; Desinfección; Higiene

Introducción:

Según un estudio de la marca Lelo, una reconocida firma sueca, especialista en juguetes eróticos de lujo, más de la mitad (53%) de los españoles disponen de un juguete erótico y más del 60% lo usa todas las semanas. Ha habido un fuerte incremento en ventas del dispositivo Satisfyer como regalo navideño en 2020 y del que es importante su correcta higiene como así ha sido ya objeto de una entrada en el Blog de un Preventivista.

Con el objetivo de describir el patrón de uso e higiene del mismo se realiza un estudio observacional descriptivo a través de una encuesta que consta de 17 ítems autoadministrada vía internet entre la población general seleccionada por muestreo de conveniencia entre los contactos de los autores de manera voluntaria y completamente anónima obteniendo una muestra de 864 encuestados. En primer lugar se recogió una serie de datos descriptivos de población tales como: edad, sexo, estado civil, residencia habitual e independencia económica. Posteriormente realizamos también recogida de datos descriptivos de uso como: si dispone de alguno de estos dispositivos, tiempo desde que dispone de él, quién lo compró, si ha usado alguna vez uno, y con qué frecuencia, tiempo en que consigue llegar al orgasmo, si lo usa solo o en pareja, ventajas de su uso. A continuación recogimos información acerca de descriptivos de limpieza: ¿Cómo lo lava tras su uso?

En el apartado de resultados comparamos proporciones donde observamos que son mayoritariamente las mujeres quienes disponen de uno de estos dispositivos 436, frente a los hombres 5. Que es más frecuente entre solteros que casados o viudos/separados/divorciados. Así como más asiduo su uso entre jóvenes de 18-25 años descendiendo de manera importante al aumentar la franja de edad, y mayor disponibilidad en medio urbano que rural.

Resultados y conclusiones: según se emana de la encuesta vemos que el 51% dispone uno de estos dispositivos y que el perfil más frecuente serían mujeres de entre 18 y 35 años solteras con o sin pareja estable. Un 66% lo usa varias veces por semana y un 56,5% llega al orgasmo en menos de cinco minutos. Es llamativo que el 12,3% declara dificultad para alcanzar el orgasmo cuando no lo usa. Y si bien se recomienda limpieza tras su uso con jabón o detergente, así como desinfección periódica, solo un 14,3% usa un producto para ese fin. El hecho de poder disponer de un dispositivo de este tipo de modo cómodo y discreto no debería menoscabar el concepto de un uso seguro del mismo que para ello hace necesaria una correcta información acerca del uso e higiene correctas así como posibles efectos secundarios. Toda esta educación sanitaria puede ser abordada desde la consulta de Enfermería y/o de la matrona igual que informamos sobre planificación familiar o abordamos el tema de la sexualidad en la adolescencia.

Bibliografía:

1.-CRIADO ALVAREZ, J. J. (2020). ¿Qué hacemos con el Satisfayer®? ¿Se debe limpiar? ¿se puede desinfectar?. Recuperado 20 de febrero de 2020, de [https:// elautoclave.wordpress.com/2020/02/20/el- satisfayer-se-puede-desinfectar/](https://elautoclave.wordpress.com/2020/02/20/el-satisfayer-se-puede-desinfectar/)

2.-El Satisfyer arrasa en España: las ventas crecen un 1.300% en menos de tres meses. (2020). Recuperado 26 de enero de 2020, de www.elespanol.com website:https://www.elespanol.com/sociedad/consumo/20200126/satisfyer-arrasa-espana-ventas-crecen- meses/462704126_0.html

3.- CHIHIRO YOKOCHI M, JOHANNES W. ROHEN M, EVA LURIE WEINREB P. Atlas fotográfico de anatomía del cuerpo humano. 3.ª ed. Tokyo: Nueva Editorial Interamericana S.A. - McGraw-Hill; 1991.

Capítulo 106

Evaluación y análisis de la efectividad del protocolo antiemético implantado por el servicio de farmacia del HGUCR

Arroyo Ayllón, David

Amigo Barrera, Flor

Granados Navas, María Paz

Corredor Rivera, Maria Teresa

Coll Olmeda, Belén

Oliver Pérez, Antonio

Resumen: Las náuseas(N) y vómitos (V) provocados por el tratamiento quimioterápico (QT) son 2 de los principales efectos secundarios.

Se producen hasta en un 70-80% de los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia

El riesgo de desarrollar náuseas y vómitos tras QT dependen de varios factores pero el principal es el POTENCIAL EMETOGENO DEL CITOSTATICO.

En el tratamiento antiemético contamos con varios fármacos agrupados en distintas clases según su mecanismo de acción, generalmente se utilizan asociados en forma de protocolos.

Tras implantar un Protocolo Antiemético en el Hospital General Universitario de Ciudad Real queremos evaluar los resultados obtenidos.

Palabras Clave: Vómito, Quimioterapia, Dexametasona

Introducción:

Las náuseas(N) y vómitos (V) inducidos por la quimioterapia (QT) son efectos adversos que hoy día deberían controlarse en pacientes oncológicos para mejorar la calidad de vida durante el período de tratamiento y facilitar la adherencia al mismo.

Tras los resultados del estudio del 2019 sobre el control y manejo de estos síntomas se implementó un PROTOCOLO ANTIEMÉTICO tras las reuniones previas con Farmacéuticos, Oncólogos y Dirección Médica y de Enfermería siguiendo las bases científicas de las guías antieméticas NCCN, ASCO, ESMO, clasificando los ciclos en Bajo (BE), Medio (ME) y Alto (AE) poder emetógeno.

El equipo de enfermería del Servicio de Farmacia elaboró unos kits antieméticos con mediación y folletos informativos. Donde se les daba un sobre con comprimidos de Dexametasona según la clasificación del tratamiento

Quimioterapias con Alto poder Emetogenos tomaban el 2º día del ciclo

Dexametasona 4mg/12h y 3º y 4º DIA Dexametasona 8mg/12h (total 10 comprimidos)

Quimioterapias con Moderado poder Emetogeno 2º y 3º DIA Dexametasona 4mg/12h (total 4 comprimidos)

El objetivo principal del estudio era evaluar, comparar y analizar la efectividad del protocolo antiemético implantado en 2019 en pacientes que reciben tratamiento quimioterápico en el Hospital de Día Oncohematológico del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

Material y Métodos:

Estudio cuasi experimental, donde analizamos el perfil de N/V antes y después del PROTOCOLO ANTIEMÉTICO implantado en 2019.

Se seleccionó una muestra previa de 63 pacientes y una dos años después de 70 tratados con QT en el HDOH del HGUCR y que hubieran recibido al menos un ciclo previo de tratamiento de los cuales se excluyeron 4 por no cumplir los criterios de inclusión.

Se realiza con la misma encuesta del estudio previo, comparando las variables mediante Chi cuadrado y SPSS.

Las variables fueron edad, sexo, riesgo emético de la quimioterapia, aparición de náuseas y vómitos, medicación domiciliar y adherencia al tratamiento entre otras.

Resultados:

Las encuestas pasadas se dividieron según el poder emetogeno, siendo la muestra del 2019 similar a porcentaje que la del 2021, en las que un 19% tenían bajo poder emetogeno, un 59% moderado y un 22% alto.

Las náuseas 24h post tratamiento se reducen de un 15,9% a un 8,6%. Resultando significativo con una $P = 0,009$

Los vómitos durante los 4 días post tratamiento se redujeron de un 11,1% a un 5,7% con una $P=0,023$

En cuanto a las náuseas en los primeros cuatro días se redujeron de un 38,1% al 28,6% con una $P < 0,001$

Los pacientes que tomaron su medicación con la pauta antiemética recomendada para su ciclo de tratamiento aumento de un 25,4% a un 77,1% con una $P < 0,001$

Conclusiones:

La implicación del equipo de FARMACIA Y DEL HDOH en la implementación del PROTOCOLO ANTIE-MÉTICO ha hecho mejorar en gran parte la calidad de vida de estos pacientes, impactando de manera positiva sobre todo en el control de N/V retardados y en el aumento de los pacientes que tomaron la mediación antiemética prescrita.

Con este protocolo no podemos afirmar que prevenir es más efectivo que tratar, pero si que tenemos que seguir trabajando para evitar complicaciones y facilitando el cumplimiento del QT optimizando al máximo los recursos disponibles.

Bibliografía:

1. Rudolph M. Navari. Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Focus on Newer Agents and New Uses for Older Agents. *Drugs* (2013) 73:249–262

2. Paul J. Hesketh, Mark G. Kris, Ethan Basch, Kari Bohlke, Sally Y. Barbour, Rebecca Anne Clark-Snow, Michael A.

Danso, Kristopher Dennis, L. Lee Dupuis, Stacie B. Dusetzina, Cathy Eng, Petra C. Feyer, Karin Jordan, Kimberly Noonan, Dee Sparacio, Mark R. Somerfield, and Gary H. Lyman. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical

Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* (2017) 35:3240-3261

3. M.J. Huertas-Fernández, M.J. Martínez-Bautista, I. Sanchez- Martínez, M. Zarzuela-Ramírez y J.M. Baena-Cañada. Análisis de la efectividad de un protocolo de antiemesis implantado en la Unidad de Oncología. *Farm Hosp.* 2010;34(3):125–138

4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology version 1 2012. Antiemesis. National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Capítulo 107

Evolución y seguimiento de 2 casos clínicos con imágenes de fluorescencia

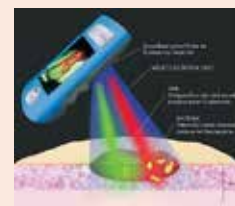
Cruz Morales, Rosa

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE 2 CASOS CLÍNICOS CON IMÁGENES DE FLUORESCENCIA

Autora: Rosa Cruz Morales

INTRODUCCIÓN:

- Hasta ahora en enfermería no contábamos con herramientas rápidas y precisas para el diagnóstico de heridas con carga bacteriana.
- La infección es la causa más probable de la falta de cicatrización en heridas crónicas.
- MolecuLight emite una luz violeta (405nm) que ilumina el lecho de la herida y la periferia, dando lugar a las imágenes de fluorescencia.
- Los tejidos endógenos con colágeno se visualizan de color **verde** mientras que las bacterias son de color **rojo** (ej. *Staphylococcus aureus*) y en **azul**, se observa de la *Pseudomona aeruginosa*.
- Las imágenes de fluorescencia se utilizan para localizar las infecciones en tiempo real, lo que permite al enfermero/a evaluar correctamente la herida y aportarle un tratamiento adecuado.



• CASO 1:

Hombre de 87 años presenta una úlcera en miembro inferior izquierdo que permanece estancada en el proceso de curación. Se evalúa mediante las imágenes de fluorescencia, que revelan la presencia bacteriana (color rojo).

NANDA	NOC	NIC
00046 DETRERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C ALTERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN	1102 CURACIÓN DE LA HERIDA POR PRIMERA INTENCIÓN 1103 CURACIÓN DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCIÓN	3660 CUIDADO DE HERIDAS 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/ TRATAMIENTNO
000004 RIESGO DE INFECCIÓN	0702 ESTADO INMUNE 0703 SEVERIDAD DE LA INFECCION	6556 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES. 6540 CONTROL DE LAS INFECCIONES

Gracia a ello, el enfermero pudo tomar muestras mediante hisopos en las zonas de fluorescencia. Los resultados de microbiología confirmaron la presencia de *Enterobacter cloacae* y *Staphylococcus aureus*.

Tras tratamiento con antibiótico específico, las imágenes de fluorescencia nos muestra como carga bacteriana desaparece.



• CASO 2:

Mujer de 89 años presenta UPP en el sacro desde hace más de un año.

Se toman imágenes de fluorescencia que revelan la presencia bacteriana en el lecho y en la periferia de la herida.

NANDA	NOC	NIC
00046 DETRERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C ALTERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN	1102 CURACIÓN DE LA HERIDA POR PRIMERA INTENCION 1103 CURACIÓN DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCION 020401 ÚLCERA POR PRESION	3660 CUIDADO DE HERIDAS 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTNO 740 CUIDAO DEL PACIENTE ENCAMADO 3520 CUIDADO DE UPP
000004 RIESGO DE INFECCIÓN	0702 ESTADO INMUNE 0703 SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN	6556 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

Las imágenes permitieron al enfermero realizar una limpieza más exhaustiva en las zonas de carga bacteriana y ayudó a elegir un tratamiento adecuado.

Gracias a esto se pudo observar como la infección iba disminuyendo a lo largo de las semanas.



CONCLUSIONES:

1. Las imágenes de fluorescencia son un método rápido y preciso para el diagnóstico de carga bacteriana en las heridas.
2. Ayudaron a los enfermeros en la toma de decisiones clínicas y a optimizar cada etapa del cuidado.
3. Guía a enfermería en la toma de muestras y al uso racional de antibióticos.
4. El empleo del MolecuLight i:X ayudó al paciente a tener un mayor compromiso en el proceso de curación

Resumen: La detección precoz de la carga bacteriana en heridas crónicas es esencial para la correcta evolución. La detección de infección en heridas se basa en signos, síntomas y en las pruebas de microbiología. Para solucionar estos problemas encontramos el MolecuLight que es capaz de diferenciar el tejido y la carga bacteriana. Este dispositivo permite la visualización de bacterias, ayuda a una mejor toma de muestras y a realizar un tratamiento y desbridamiento dirigido sobre las regiones de fluorescencia. En los casos clínicos, ha ayudado a la reducción de la carga bacteriana y a la selección de un tratamiento óptimo.

Palabras Clave: Imágenes de fluorescencia bacteriana, infección de herida, herida crónica

Introducción:

Las heridas crónicas y en especial las úlceras por presión suponen un gran problema de salud. La infección es la causa más probable de falta de cicatrización de heridas crónicas.

El MolecuLight: iX (MolecuLight, Canadá) es una cámara portátil, no invasiva, que incluye dos LEDs emisores de luz violeta(405nm) que ilumina a herida y los alrededores. A diferencia de otros sistemas de imagen con luz violeta que son fototóxicos para los tejidos (14), la de este dispositivo es completamente segura para su uso clínico.

Al iluminar las heridas con luz violeta, el colágeno endógeno de la matriz del tejido conectivo emite una señal fluorescente de color verde y el tejido necrótico un color negro. Algunas bacterias emiten una señal fluorescente de color rojo y otras emiten una señal fluorescente de color cian, las más característica es la Pseudomona aeuginosa .

MolecuLight: iX captura al instante la florescencia bacteriana y de los tejidos pudiéndose ver de forma rápida y precisa la presencia y localización de bacterias tanto en el lecho como en la zona circundante.

Objetivos:

- Exponer 2 casos clínicos.

Resultados:

3.1 Caso clínico 1:

- Observación clínica

Paciente de 87 años, sin antecedentes de diabetes mellitus ni hipertensión arterial. Acude al centro de salud con una ulcera vascular en el miembro inferior izquierdo.

- Valoración

- NANDA

- o 00046 Deterioro de la integridad cutánea

- o 00044 Deterioro de la integridad tisular

- NOC

- o 1102 Curación de la herida por primer intención

- o 1103 Curación de la herida por segunda intención

- (NIC)

- o 3660 Cuidado de las heridas

- o 5618 Enseñanza: procedimiento/ tratamiento

- o 3590 Vigilancia de la piel

- (NANDA)

- o 00004 Riesgo de infección

- (NOC)

- o 0702 Estado inmune

- o 0703 Severidad de la infección

- (NIC)

- o 6556 Protección contra las infecciones

- o 6540 Control de infecciones

- Evolución

En la primera visita, la herida presentaba CSS positivos de infección. El empleo de las imágenes de fluorescencia permitió crear un mapa que guiaría al enfermero en el hisopado de dichas zonas.

Posteriormente, los resultados de microbiología confirmaría el crecimiento de *Enterobacteria cloacae*, *Acinobacter brumani* y *Staphylococcus aureus*.

En la semana cuatro, la infección que se encontraba en las zonas circundantes es inexistente. Los bordes de la herida presentaban tejido desvitalizado se les realizó un correcto desbridamiento, manteniendo la mayor cantidad de tejido sano.

Pasadas seis semanas, ya no existe carga bacteriana en ninguna parte de la herida del miembro inferior izquierdo. Las imágenes de fluorescencia solamente nos muestran el tejido con alto contenido en colágeno (verde fluorescente).

3.2 Caso clínico 2

- Presentación del caso

Mujer de 87 años, que tras sufrir un ICTUS en 2017 pierde la movilidad y permanece inmóvil en la cama y desarrolla una úlcera por presión en el sacro.

- Valoración

- NANDA

- o 0046 Deterioro de la integridad cutánea

- (NOC)

- o 1102 curacion de la herida por primera intención

- o 1103 curacion de la herida pro segunda intención

- o 020401 ulcera por presión

- (NIC)
 - o 3660 cuidado de heridas
 - o 3590 vigilancia de la piel
- NANDA
 - o 0004 Riesgo de infección
- (NOC)
 - o 0702 estado inmune
 - o 0703 severidad de la infección
- (NIC)
 - o 204 Consecuencias de la inmovilidad
- Evolución

Tras recibir la visita del enfermero, se observan signos y síntomas de infección tales como el aumento de temperatura o la rojez.

En la primera semana, la herida mide alrededor de unos 12 cm, las imágenes de fluorescencia muestran la presencia de carga bacteriana en la periferia de la herida.

Dos semanas más tarde, se aprecia una disminución de la herida, pasa de 12 a 10 cm.

Las imágenes de fluorescencia demuestran que todavía quedan restos de carga bacteriana en la periferia. Sin embargo, la carga bacteriana que se encontraba en el centro ha desaparecido, en su lugar aparece tejido con alto contenido en colágeno, es decir, tejido nuevo.

En la semana cuatro, la herida tiene más tejido con alto contenido en colágeno y la carga que se encontraba en la periferia ha desaparecido.

En la semana seis, la herida tiene más tejido con alto contenido en colágeno y la carga que se encontraba en la periferia ha desaparecido.

Conclusión:

El MolecuLight puede ser utilizado fácilmente para la evaluación de las heridas, ya que es un método rápido, fácil de usar y no es invasivo.

La utilización del MolecuLight ha demostrado ser un factor clave para que los pacientes participen en su atención y cumplan su tratamiento.

El empleo de las fotografías aumentan la atención y reduce en un 50% el incumplimiento del tratamiento por personas con heridas crónicas.

Por lo tanto, el MolecuLight es una herramienta primordial para la rápida recuperación de la salud del paciente. Una gran ayuda de precisión para enfermeros y evita el sobre coste a la sanidad.

Bibliografía:

1. Mills B, Bradley M, Dhaliwal K. Optical imaging of bacterial infections. Clin Transl Imaging. 2016;4(3):163–74.

2. Hurley CM, McClusky P, Sugrue RM, Clover JA, Kelly JE. Efficacy of a bacterial fluorescence imaging device in an outpatient wound care clinic: A pilot study. *J Wound Care*. 2019;28(7):438–43.
3. Cole W, Coe S. novel bacterial auto-fluorescence imaging device can lead to more targeted debridament. *today's wound Clin*. 2019;5.
4. Rennie MY, Lindvere-Teene L, Tapang K, Linden R. Point-of-care fluorescence imaging predicts the presence of pathogenic bacteria in wounds: A clinical study. *J Wound Care*. 2017 Aug 1;26(8):452–60.
5. Hill R, Rennie MY, Douglas J. Using Bacterial Fluorescence Imaging and Antimicrobial Stewardship to Guide Wound Management Practices: A Case Series. *Ostomy Wound Manag*. 2018 Aug 1;64(8):18– 28.

Capítulo 108

Fisioterapia en el síndrome de Guillain–Barré: caso clínico

Sánchez Fuentes, Alicia

Risalde Santos, Blas Manuel

FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: CASO CLÍNICO.

XII Congreso De investigación SATSE Ciudad Real.

Sánchez Fuentes, Alicia y Risalde Santos, Blas Manuel.

1 INTRODUCCIÓN

- **TRANSTORNO NEUROLÓGICO AUTOINMUNE: DESTRUCCIÓN MIELINA:** (músculos pierden capacidad respuesta a ordenes encefálicas ; encéfalo recibe menos señales sensorias).
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Parestesias, debilidad muscular (simétrica) generalizada.
- **PARÁLISIS ASCENDENTE DE LANDRY:** inicio MMII, después musculatura respiratoria.
- **PARÁLISIS FACIAL, VELO DEL PALADAR Y CUERDAS VUCALES.** Trastornos esfinterianos.

2 OBJETIVOS

- 1 • CONOCER LA EVIDENCIA CIENTIFICA MÁS ACTUAL CONRESPECTO AL TRATAMIENTO FISIOTERAPEÚTICO OPTIMO DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.
- 2 • IDENTIFICAR QUÉ PAUTA DEBEN SEGUIR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA, EN CUANTO A FRECUENCIA, DURACIÓN E INTENSIDAD EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.
- 3 • INVESTIGAR SOBRE POSIBLES NUEVAS VÍAS DE TRATAMIENTO.

3 METODOLOGÍA

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y PEDro. Palabras clave utilizadas: Guillain-Barré síndrome, rehabilitación, tratamiento y fisioterapia.

4 RESULTADOS

CASO CLÍNICO



Varón de 27 años, consulta por trastorno sensitivo motor en extremidades y debilidad facial. Infección respiratoria vías altas días previos.

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Dolor dorsal, una semana evolución, irradiado a zona lumbar.
- Sensación acorchamiento en planta ambos pies. Parestesias dedos manos.
- Debilidad MMII. Desviación comisura bucal y dificultad cierre ocular.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:

- Parálisis facial periférica izquierda con fenómeno de Bell. Resto pares craneales normales.
- Balance muscular MMSS: deltoides derecho 4/5, izquierdo 3/5; resto 5/5.
- Balance muscular MMII: psoas iliaco 4/5 bilateral, isquiotibiales 4/5, resto 5/5.
- Reflejos abolidos de forma global.
- Hipopalestesia en MMII hasta crestas iliacas.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- TAC CRANEAL: sin alteraciones significativas.
- Punción lumbar.
- **ELECTRONEUROGRAFÍA.**

JUICIO CLÍNICO: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.



ABORDAJE FISIOTERÁPICO

FASE AGUDA Iniciar de forma precoz

- Evitar complicaciones respiratorias: cambios de decúbito cada dos horas, tos eficaz, drenaje de secreciones y expansión pulmonar. Fortalecimiento musculatura respiratoria.
- Mantener rangos articulares fisiológicos: dos o tres veces al día movilizaciones y estiramientos. Evitar futuros acortamientos, limitaciones y rigidez.
- Prevenir aparición de úlceras por presión: intervención **multidisciplinar con enfermería.**
- Prevenir problemas circulatorios: movilizaciones y masajes a favor de retorno venoso.
- Apoyo psicológico.
- Estimulación sensorial.

FASE DE RECUPERACIÓN

- Mejorar la capacidad respiratoria: aumentar los volúmenes respiratorios, trabajar la musculatura respiratoria y se promoverá la tos eficaz.
- Fortalecimiento muscular: primero recuperando la musculatura proximal, tratamientos breves y repetidos para evitar la aparición de fatiga y luego aumentar progresivamente la dificultad y la intensidad. Será importante trabajar las reacciones de equilibrio y enderezamiento, así como la propiocepción.
- Estimulación sensorial cutánea.
- Consejo y manejo de ayudas funcionales: estos pacientes van a requerir órtesis tanto en miembro inferior como superior tanto para la marcha como para las AVD.
- Motivación y apoyo: durante la fase aguda muchas pacientes creen que no se van a recuperar y tienen un estado de ánimo muy delicado, por lo que es fundamental hacerle ver las mejoras para conseguir una buena adherencia al tratamiento.

5 CONCLUSIONES

- La fisioterapia constituye una de las partes principales de la rehabilitación multidisciplinar de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.
- Se debe iniciar en fase aguda, continuar durante la fase hospitalaria y prolongarse de forma ambulatoria y domiciliaria.
- El ejercicio ha demostrado ser imprescindible en estos pacientes, mejorando la funcionalidad, la condición física, la función cardiorrespiratoria y disminuyendo la discapacidad.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Tobar, Javier. Abordaje fisioterapéutico en el síndrome de Guillain Barré. Revisión bibliográfica narrativa [trabajo fin de grado]. [Soria]: Universidad de Valladolid; 2017. Recuperado a partir de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/26692/TFG-O-%201003.pdf;jsessionid=08C8B0636FA8CB9477CE2E945DD138A9?sequence=1>.
2. BARZAGA IBARRA, Ivonne A et al. Rehabilitación de un paciente con un síndrome de Guillain Barré. *ccm* [online]. 2017, vol.21, pp.946-952. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300029&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1560-4381.

Resumen: El Guillain Barré consiste en una polineuropatía inflamatoria aguda, debido a factores autoinmunes. En ella, el sistema de defensa del cuerpo se ataca a sí mismo. Como resultado, la capa de mielina que recubre los nervios y facilita la conducción nerviosa, se ve dañada, y como consecuencia, la transmisión del impulso también se ve afectada. En este trabajo, se expone un caso clínico con la finalidad de establecer un abordaje fisioterápico basado en la evidencia científica actual

Palabras Clave: Guillain-Barré, Fisioterapia, Rehabilitación.

Introducción:

TRANSTORNO NEUROLÓGICO AUTOINMUNE: DESTRUCCIÓN MIELINA:

(músculos pierden capacidad respuesta a ordenes encefálica , el encéfalo recibe menos señales sensoriales) .

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Parestesias, debilidad muscular (simétrica) generalizada.

PARÁLISIS ASCENDENTE DE LANDRY: inicio MMII, después musculatura respiratoria. PARALISIS FACIAL, VELO DEL PALADAR Y CUERDAS VUCALES. Trastornos esfinterianos.

Objetivos:

- CONOCER LA EVIDENCIA CIENTIFICA MÁS ACTUAL CON RESPECTO AL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO ÓPTIMO DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.
- IDENTIFICAR QUÉ PAUTA DEBEN SEGUIR LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA, EN CUANTO A FRECUENCIA, DURACIÓN E INTENSIDAD EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.
- INVESTIGAR SOBRE POSIBLES NUEVAS VÍAS DE TRATAMIENTO.

Metodología:

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y PEDro.

Palabras clave utilizadas: Guillain-Barré síndrome, rehabilitación, tratamiento y fisioterapia.

Resultados:

CASO CLÍNICO

Varón de 27 años, consulta por trastorno sensitivo motor en extremidades y debilidad facial. Infección respiratoria vías altas días previos.

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Dolor dorsal, una semana evolución, irradiado a zona lumbar.
- Sensación acorchamiento en planta ambos pies. Parestesias dedos manos.
- Debilidad MMII. Desviación comisura bucal y dificultad cierre ocular. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:

- Parálisis facial periférica izquierda con fenómeno de Bell. Resto pares craneales normales.
- Balance muscular MMSS: deltoides derecho 4/5, izquierdo 3/5; resto 5/5.
- Balance muscular MMII: psoas iliaco 4/5 bilateral, isquiotibiales 4/5, resto 5/5.
- Reflejos abolidos de forma global.
- Hipopalestesia en MMII hasta crestas iliacas. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
- TAC CRANEAL: sin alteraciones significativas.
- Punción lumbar.
- ELECTRONEUROGRAFÍA.

JUICIO CLÍNICO: SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.

ABORDAJE FISIOTERÁPICO FASE AGUDA:

Iniciar de forma precoz

- Evitar complicaciones respiratorias: cambios de decúbito cada dos horas, tos eficaz, drenaje de secreciones y expansión pulmonar. Fortalecimiento musculatura respiratoria.
- Mantener rangos articulares fisiológicos: dos o tres veces al día movilizaciones y estiramientos. Evitar futuros acortamientos, limitaciones y rigidez.
- Prevenir aparición de úlceras por presión: intervención multidisciplinar con enfermería.
- Prevenir problemas circulatorios: movilizaciones y masajes a favor de retorno venoso.
- Apoyo psicológico.
- Estimulación sensorial. FASE DE RECUPERACIÓN
- Mejorar la capacidad respiratoria: aumentar los volúmenes respiratorios, trabajar la musculatura respiratoria y se promoverá la tos eficaz.
- Fortalecimiento muscular: primero recuperando la musculatura proximal, tratamientos breves y repetidos para evitar la aparición de fatiga y luego aumentar progresivamente la dificultad y la intensidad. Será importante trabajar las reacciones de equilibrio y enderezamiento, así como la propiocepción.
- Estimulación sensorial cutánea.
- Consejo y manejo de ayudas funcionales: estos pacientes van a requerir órtesis tanto en miembro inferior como superior tanto para la marcha como para las AVD.
- Motivación y apoyo: durante la fase aguda muchas pacientes creen que no se van a recuperar y tienen un estado de ánimo muy delicado, por lo que es fundamental hacerle ver las mejoras para conseguir una buena adherencia al tratamiento.

Conclusiones:

La fisioterapia constituye una de las partes principales de la rehabilitación multidisciplinar de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

Se debe iniciar en fase aguda, continuar durante la fase hospitalaria y prolongarse de forma ambulatoria y domiciliaria.

El ejercicio ha demostrado ser imprescindible en estos pacientes, mejorando la funcionalidad, la condición física, la función cardiorrespiratoria y disminuyendo la discapacidad.

Bibliografía:

1. Mills B, Bradley M, Dhaliwal K. Optical imaging of bacterial infections. *Clin Transl Imaging*. 2016;4(3):163–74.
2. Hurley CM, McClusky P, Sugrue RM, Clover JA, Kelly JE. Efficacy of a bacterial fluorescence imaging device in an outpatient wound care clinic: A pilot study. *J Wound Care*. 2019;28(7):438–43.
3. Cole W, Coe S. novel bacterial auto-fluorescence imaging device can lead to more targeted debridament. *today's wound Clin*. 2019;5.
4. Rennie MY, Lindvere-Teene L, Tapang K, Linden R. Point-of-care fluorescence imaging predicts the presence of pathogenic bacteria in wounds: A clinical study. *J Wound Care*. 2017 Aug 1;26(8):452–60.
5. Hill R, Rennie MY, Douglas J. Using Bacterial Fluorescence Imaging and Antimicrobial Stewardship to Guide Wound Management Practices: A Case Series. *Ostomy Wound Manag*. 2018 Aug 1;64(8):18– 28.

Capítulo 109

Fisioterapia en el síndrome subacromial con tendinitis calcificante

Vera Serrano, Francisco José

FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME SUBACROMIAL CON TENDINITIS CALCIFICANTE

FRANCISCO JOSÉ VERA SERRANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 40 años de edad, quien asiste al servicio de salud por dolor, falta de movilidad e inestabilidad en el hombro izquierdo de unos 3-4 meses de evolución sin aparente desencadenante traumático previo. Tras el fracaso del tratamiento farmacológico durante dos semanas. El paciente es derivado al servicio de Fisioterapia y Radiodiagnóstico para observar patologías asociadas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ecografía en consulta del hombro izquierdo que encuentra PLB alojada en corredera bicipital sin datos de sinovitis ni luxación con maniobra dinámica. Tendón del subescapular con signos degenerativos discretos. Tendón del supraespinoso con signos degenerativos con restos cálcicos intrasustancia en su interior de más de 1 cm de extensión. Tendón del infraespinoso sin claros datos de patología.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome subacromial con tendinitis calcificante

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se descartó patología neurológica periférica tras hallazgos encontrados.

PLAN DE CUIDADOS

La Fisioterapia tiene como objetivos en un primer estadio el tratamiento analgésico y antiinflamatorio de la zona cervical afectada con ultrasonidos, microondas y onda corta (electroterapia). Seguidamente, se realizó masoterapia en la musculatura cervical como técnica de relajación de dicha zona afectada. Tras esto, se instruyó al paciente a realizar ejercicios de fortalecimiento en la zona cervical con ejercicios isométricos, isotónicos y contra resistencia a medida que el paciente evolucionaba favorablemente. El paciente realizó gran parte de estos ejercicios de manera domiciliaria diaria para complementar el tratamiento en el servicio de Fisioterapia.

CONCLUSIONES

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial de la patología del Síndrome subacromial para poder enfocar el tratamiento de Fisioterapia lo mejor posible para la mejor evolución del paciente con esta patología.

Resumen: Paciente mujer de 40 años de edad, quien asiste al servicio de salud por dolor, falta de movilidad e inestabilidad en el hombro izquierdo de unos 3-4 meses de evolución sin aparente desencadenante traumático previo. Se descartó patología neurológica periférica tras hallazgos encontrados.

Fisioterapia en un primer estadio el tratamiento analgésico y antiinflamatorio de la zona cervical afectada. Seguidamente, se realizó técnica de relajación de dicha zona afectada. Tras esto, se instruyó al paciente a realizar ejercicios de fortalecimiento a medida que el paciente evolucionaba favorablemente.

Palabras Clave: Fisioterapia, Síndrome subacromial, Tendinitis calcificante

Introducción:

Paciente mujer de 40 años de edad, quien asiste al servicio de salud por dolor, falta de movilidad e inestabilidad en el hombro izquierdo de unos 3-4 meses de evolución sin aparente desencadenante traumático previo. Tras el fracaso del tratamiento farmacológico durante dos semanas. El paciente es derivado al servicio de Fisioterapia y Radiodiagnóstico para observar patologías asociadas. Ecografía en consulta del hombro izquierdo que encuentra PLB alojada en corredera bicipital sin datos de sinovitis ni luxación con maniobra dinámica. Tendón del subescapular con signos degenerativos discretos. Tendón del supraespinoso con signos degenerativos con restos cálcicos intrasustancia en su interior de más de 1 cm de extensión. Tendón del infraespinoso sin claros datos de patología. Se descartó patología neurológica periférica tras hallazgos encontrados. La Fisioterapia tiene como objetivos en un primer estadio el tratamiento analgésico y antiinflamatorio de la zona cervical afectada con ultrasonidos, microondas y onda corta (electroterapia). Seguidamente, se realizó masoterapia en la musculatura cervical como técnica de relajación de dicha zona afectada. Tras esto, se instruyó al paciente a realizar ejercicios de fortalecimiento en la zona cervical con ejercicios isométricos, isotónicos y contra resistencia a medida que el paciente evolucionaba favorablemente. El paciente realizó gran parte de estos ejercicios de manera domiciliaria diaria para complementar el tratamiento en el servicio de Fisioterapia.

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial de la patología del Síndrome subacromial para poder enfocar el tratamiento de Fisioterapia lo mejor posible para la mejor evolución del paciente con esta patología.

Bibliografía:

1. Gebremariam L, Hay EM, van der Sande R, Rinkel WD, Koes BW, Huisstede BM. Subacromial impingement syndrome--effectiveness of physiotherapy and manual therapy. *Br J Sports Med.* 2014 Aug;48(16):1202-8.
2. van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, et al. Associations between work-related factors and specific disorders of the shoulder—a systematic review of the literature. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36:189–201.
3. Feijen S, Tate A, Kuppens K, Claes A, Struyf F. Swim-Training Volume and Shoulder Pain Across the Life Span of the Competitive Swimmer: A Systematic Review. *J Athl Train.* 2020 Jan;55(1):32-41. doi: 10.4085/1062-6050-439-18.

4. Gutiérrez-Espinoza H, Araya-Quintanilla F, Cereceda-Muriel C, Álvarez-Bueno C, Martínez-Vizcaíno V, Cavero-Redondo I. Effect of supervised physiotherapy versus home exercise program in patients with subacromial impingement syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Phys Ther Sport*. 2020 Jan;41:34-42.

5. Seco, C., Toledo, J., Hernández, S. (2016). Fisioterapia de la patología del manguito rotador manejo conservador y tras la cirugía en *Fisioterapia en especialidades clínicas*, editorial panamericana, 125-137

Capítulo 110

Fisioterapia en la artrogriposis congénita: caso clínico

*Sánchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel*



FISIOTERAPIA EN LA ARTROGRIPOSIS CONGÉNITA: CASO CLÍNICO

XII CONGRESO INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

Sánchez Fuentes, Alicia; Risalde Santos, Blas Manuel.

INTRODUCCIÓN

Síndrome neuromuscular no progresivo que está presente al nacer.
Incidencia de un caso por cada 3.000 nacimientos.

Múltiples contracturas musculares.
Debilidad Muscular.
Fibrosis.
Desequilibrio muscular.

SECUELAS INCAPACITANTES.

El número de articulaciones afectas y la severidad de los defectos posturales varían de un niño a otro.

Es más frecuente encontrar afectados los segmentos distales de los miembros, las articulaciones proximales suelen estar menos afectadas y el tronco no suele tener afectación.

Fisiopatología: engrosamientos y retracciones capsulares, atrofia de fibras musculares e infiltración de tejido adiposo en el músculo.

OBJETIVOS

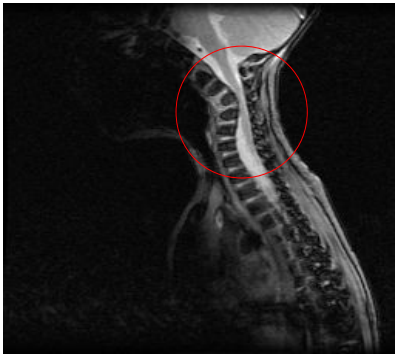
- Realizar una revisión bibliográfica sobre etiología, diagnóstico, manifestaciones clínicas y tratamiento de artrogriposis múltiple congénita (AMC).
- Establecer un abordaje fisioterapéutico basado en la evidencia científica actual
- Describir el seguimiento de un caso clínico de un neonato con sospecha clínica de esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, mediante presentación de caso clínico, apoyado en búsqueda bibliográfica acerca de la evidencia científica. Se ha realizado búsqueda en las siguientes bases de datos: PEDro, ENFISPO y SCIELO. Palabras clave utilizadas: artrogriposis, fisioterapia, rehabilitación, trastorno y neuromuscular.

RESULTADOS

CASO CLÍNICO



MOTIVO CONSULTA: neonato de 15 días, hipoplasia de MID, manos en flexión y ligera hipotonía.

ANTECEDENTES PERSONALES: embarazo sin incidencias. Parto a las 36 semanas, eutócico, sin necesidad de instrumentación. Peso al nacer: 2495 gr. Longitud: 44 cm.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Llanto correcto. Tono normal.

Posición espontánea con flexión palmar de ambas muñecas y mano en garra, rodilla derecha flexionada y pie cavo con antepie en eversion.

Locomotor: **axial**, Adams negativo en decúbito prono. Cabeza y cuello sin alteraciones. Se palpa fontanela occipital blanda. No asimetrías faciales. **Periférico**, MMSS: Manos con tendencia a la flexión palmar de la muñeca que reduce pasivamente y extensión parcial a favor de la gravedad, nulo en contra de la gravedad. MMII (dificultad en la exploración): MII sin alteraciones. MID con cadera en abducción, flexo de rodilla de 90° que reduce pasivamente a 70°, pie cavo con antepie en eversion y tendencia al equino que reduce pasivamente.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

ECOGRAFÍA DE CADERAS (24/9/2013):

Acetábulo izquierdo con buena morfología y cobertura de cabezas femorales del 60% (dentro de los límites normales). No es posible valorar correctamente cadera derecha por la escayola, que imposibilita realizar maniobras dinámicas necesarias para la prueba. Se recomienda repetir la exploración una vez retirada la misma.

ECOGRAFÍA CEREBRAL (24/9/2013): Sistema ventricular de tamaño, morfología y situación normal sin evidencia de alteraciones de la ecogenicidad del parénquima cerebral visible.

RESONANCIA MÁGNETICA CERVICAL:

Alteración en la morfología de los cuerpos vertebrales de C3 y C4, más llamativa en el cuerpo vertebral de C3, con acunamiento anterior de ambas vertebrae e inversión secundaria de la lordosis cervical y estenosis del canal medular mayor a un 50%, en el nivel C3-C4 (diámetro del canal de a este nivel de aprox. 4mm). Se observan signos de mielopatía crónica en el nivel C3-C4.

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO:

- Cinesiterapia pasiva de muñecas, rodilla derecha y pie.
- Potenciación analítica de la musculatura antagonista de la deformidad.
- En tratamiento con yesos seriados para flexo de rodilla y equino-varo de pie.

ABORDAJE FISIOTERAPIA BASADO EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

Movilizaciones pasivas suaves con objeto de aumentar el rango articular, opcionalmente pueden realizarse con hidroterapia. Las movilizaciones bruscas pueden conducir a fracturas o a deformaciones articulares a largo plazo por hiperpresión por lo que deben evitarse. Estiramientos que deben ser suaves, eficaces y prudentes, evitando los estiramientos agresivos de la cápsula articular y tejidos blandos. Se colocarán ortesis funcionales y/o férulas nocturnas que mantengan el miembro en posición adecuada. Se debe potenciar la musculatura antagonista a la deformidad. También se debe facilitar la aparición de los patrones de desarrollo motor normal del niño. Hay que motivar a la familia para estimular su implicación en el tratamiento del paciente, logrando así mejores resultados. Como actividad continuada y complementaria al tratamiento se recomienda la natación o un deporte adaptado.

CONCLUSIONES

La fisioterapia juega un papel importante en el tratamiento de la artrogriposis ya que ayuda en el desarrollo motor de estos niños, mejora la funcionalidad de las deformidades existentes, así como limita el progreso hacia la rigidez y la anquilosis.

El fisioterapeuta es un elemento clave para acompañar a los niños con artrogriposis en el proceso de crecimiento y maximizar las capacidades del niño durante el tiempo escolar.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILA TEJEDA, Gerardo; SUAREZ MONZON, Horacio; DELGADO FIGUEREDO, Rolando y SUAREZ COLLADO, Pedro O. Proceso rehabilitador de artrogriposis múltiple congénita. Rev Cubana Ortop Traumatol [online]. 2013, vol.27, n.1 [citado 2020-03-12], pp.91-98. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2013000100009&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0864-215X.
- ANTUNEZ, Natalia Hernández et al. Artrogriposis múltiple congénita: análisis de los pacientes asistidos en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Uruguay. Rev. Méd. Urug. [online]. 2015, vol.31, n.1 [citado 2020-03-12], pp.27-31. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100004&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 1688-0390.

Resumen: La Artrogriposis Múltiple Congénita es un síndrome clínico de etiopatogenia multifactorial y compleja, cuya presentación clínica es muy variable de unos casos a otros. La característica general entre todos ellos es la presencia de contracturas y rigidez articular, no progresiva, presentes en el momento del nacimiento. El objetivo de este trabajo es establecer un abordaje multidisciplinar y fisioterápico basado en la evidencia científica actual.

Palabras Clave: Fisioterapia, Artrogriposis Congénita, Rehabilitación, Trastorno neuromuscular.

Introducción:

Síndrome neuromuscular no progresivo que está presente al nacer. Incidencia de un caso por cada 3.000 nacimientos.

El número de articulaciones afectas y la severidad de los defectos posturales varían de un niño a otro. Es más frecuente encontrar afectados los segmentos distales de los miembros, las articulaciones proximales suelen estar menos afectadas y el tronco no suele tener afectación.

Fisiopatología: engrosamientos y retracciones capsulares, atrofia de fibras musculares e infiltración de tejido adiposo en el músculo.

Objetivos:

Realizar una revisión bibliográfica sobre etiología, diagnóstico, manifestaciones clínicas y tratamiento de artrogriposis múltiple congénita (AMC).

Establecer un abordaje fisioterapéutico basado en la evidencia científica actual.

Describir el seguimiento de un caso clínico de un neonato con sospecha clínica de esta enfermedad.

Metodología:

Estudio descriptivo, mediante presentación de caso clínico, apoyado en búsqueda bibliográfica acerca de la evidencia científica. Se ha realizado búsqueda en las siguientes bases de datos: PEDro, ENFISPO y SCIELO. Palabras clave utilizadas: artrogriposis, fisioterapia, rehabilitación, trastorno y neuromuscular.

Resultados:

CASO CLÍNICO

MOTIVO CONSULTA: neonato de 15 días, hipoplasia de MID, manos en flexión y ligera hipotonía.

ANTECEDENTES PERSONALES: embarazo sin incidencias. Parto a las 36 semanas, eutócico, sin necesidad de instrumentación. Peso al nacer: 2495 gr. Longitud: 44 cm.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Llanto correcto. Tono normal.

Posición espontánea con flexión palmar de ambas muñecas y mano en garra, rodilla derecha flexionada y pie cavo con antepie en eversión.

Locomotor: axial, Adams negativo en decúbito prono. Cabeza y cuello sin alteraciones. Se palpa fontanela occipital blanda.

No asimetrías faciales. Periférico, MMSS: Manos con tendencia a la flexión palmar de la muñeca que reduce pasivamente y extensión parcial a favor de la gravedad, nulo en contra de la gravedad. MMII (dificultad en la exploración): MII sin alteraciones. MID con cadera en abducción, flexo de rodilla de 90° que reduce pasivamente a 70°, pie cavo con antepié en eversión y tendencia al equino que reduce pasivamente.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

ECOGRAFÍA DE CADERAS (24/9/2013):

Acetábulo izquierdo con buena morfología y cobertura de cabezas femorales del 60% (dentro de los límites normales). No es posible valorar correctamente cadera derecha por la escayola, que imposibilita realizar maniobras dinámicas necesarias para la prueba. Se recomienda repetir la exploración una vez retirada la misma.

ECOGRAFÍA CEREBRAL (24/9/2013): Sistema ventricular de tamaño, morfología y situación normal sin evidencia de alteraciones de la ecogenicidad del parénquima cerebral visible. RESONANCIA MÁGNETICA CERVICAL:

Alteración en la morfología de los cuerpos vertebrales de C3 y C4, más llamativa en el cuerpo vertebral de C3, con acuñamiento anterior de ambas vértebras e inversión secundaria de la lordosis cervical y estenosis del canal medular mayor a un 50%, en el nivel C3-C4 (diámetro del canal de a este nivel de aprox. 4mm). Se observan signos de mielopatía crónica en el nivel C3-C4.

TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO:

Cinesiterapia pasiva de muñecas, rodilla derecha y pie.

Potenciación analítica de la musculatura antagonista de la deformidad.

En tratamiento con yesos seriados para flexo de rodilla y equino-varo de pie. ABORDAJE FISIOTERAPIA BASADO EN EVIDENCIA CIENTÍFICA:

Movilizaciones pasivas suaves con objeto de aumentar el rango articular, opcionalmente pueden realizarse con hidroterapia.

Las movilizaciones bruscas pueden conducir a fracturas o a deformaciones articulares a largo plazo por hiperpresión por lo que deben evitarse.

Estiramientos que deben ser suaves, eficaces y prudentes, evitando los estiramientos agresivos de la cápsula articular y tejidos blandos.

Se colocarán ortésis funcionales y/o férulas nocturnas que mantengan el miembro en posición adecuada.

Se debe potenciar la musculatura antagonista a la deformidad.

También se debe facilitar la aparición de los patrones de desarrollo motor normal del niño.

Hay que motivar a la familia para estimular su implicación en el tratamiento del paciente, logrando así mejores resultados.

Como actividad continuada y complementaria al tratamiento se recomienda la natación o un deporte adaptado.

La fisioterapia juega un papel importante en el tratamiento de la artrogriposis ya que ayuda en el desarrollo motor de estos niños, mejora la funcionalidad de las deformidades existentes, así como limita el progreso hacia la rigidez y la anquilosis.

El fisioterapeuta es un elemento clave para acompañar a los niños con artrogriposis en el proceso de crecimiento y maximizar las capacidades del niño durante el tiempo escolar.

Bibliografía:

1. AGUILA TEJEDA, Gerardo; SUAREZ MONZON, Horacio; DELGADO FIGUEREDO, Rolando y SUAREZ COLLADO, Pedro O. Proceso rehabilitador de artrogriposis múltiple congénita. Rev Cubana Ortop Traumatol [online]. 2013, vol.27, n.1 [citado 2020-03-12], pp.91-98. Disponible en: ISSN 0864-215X.

2. ANTUNEZ, Natalia Hernández et al. Artrogriposis múltiple congénita: análisis de los pacientes asistidos en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Uruguay. Rev. Méd. Urug. [online]. 2015, vol.31, n.1 [citado 2020-03-12], pp.27-31. Disponible en: ISSN 1688-0390.

3. Claro F, Fontoira M, Romay A. Artrogriposis Multiple Congenita. Rev Esp Pediatr. 1976;32(189):405–10.

Capítulo 111

Fisioterapia en la cervicalgia mecánica crónica osteodegenerativa

Vera Serrano, Francisco José

FISIOTERAPIA EN LA CERVICALGIA MECÁNICA CRÓNICA OSTEODEGENERATIVA

FRANCISCO JOSÉ VERA SERRANO 44056765N

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 50 años edad que acude a la consulta de Fisioterapia por dolor cervical de 5 años de evolución sin traumatismo asociado. No tiene pérdida de F ni S. Con parestesias ocasionales. Empeoramiento con dolor muscular hace 4-5 meses, sin causa clara que relacione con limitación de su actividad física y diaria.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Cc con buen balance articular. F y S normales en MMSS. No focalidad.

Pruebas Complementarias:

- RX: Rectificación de la lordosis cervical con cambios osteodegenerativos sobre todo a nivel C5-C6 con disminución del espacio discal y uncoartrosis
- IMN: Se realizan Rectificación de la lordosis cervical fisiológica. Cambios espondilodiscartrosicos en el nivel C5-C6 con presencia de osteofitos marginales, perdida de altura del disco intervertebral y una protusión discoosteofitaria difusa que disminuye el diámetro AP del canal medular

PLAN DE CUIDADOS FISIOTERAPIA

Tras los hallazgos encontrados, el objetivo del plan terapéutico en Fisioterapia constará de las siguientes fases:

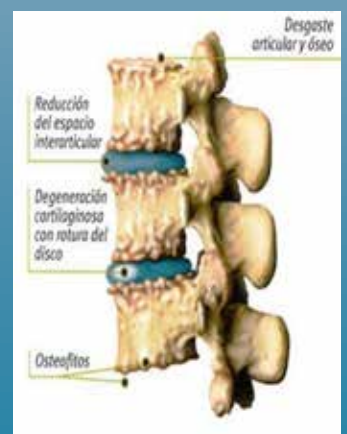
- Disminución del dolor e inflamación con electroterapia analgésica (ultrasonidos, onda corta)
- Flexibilización de la musculatura tensa afecta sobre todo trapecios superiores y ECOM
- Movilización de los segmentos vertebrales cervicales con especial énfasis en los niveles afectados.
- Ejercicios de fortalecimiento isométricos y en cadena cinética cerrada de la musculatura cervical

DISCUSIÓN

Pacientes cada vez más numerosos con este tipo de patologías "crónicas" acuden a la consulta de Fisioterapia por falta de éxito farmacológico o por mayor grado de limitación de la vida diaria. En este estadio, el éxito terapéutico radica en la eliminación de todos factores sintomáticos que producen la lesión sin poder solucionar el problema de base inicial.

CONCLUSIONES

Imprescindible el diagnóstico diferencial en la mayor brevedad posible para tener mayor éxito terapéutico en pacientes con cervicalgia mecánica crónica, además de inculcación de actividad terapéutica específica para la mejor y mayor resolución posible de este tipo de patologías tan frecuentes en la actualidad.



Resumen: *Paciente mujer de 50 años edad que acude a la consulta de Fisioterapia por dolor cervical de 5 años de evolución sin traumatismo asociado. Pacientes cada vez más numerosos con este tipo de patologías “crónicas” acuden a la consulta de Fisioterapia por falta de éxito farmacológico o por mayor grado de limitación de la vida diaria. En este estadio, el éxito terapéutico radica en la eliminación de todos factores sintomáticos que producen la lesión sin poder solucionar el problema de base inicial.*

Imprescindible el diagnóstico diferencial en la mayor brevedad posible para tener mayor éxito terapéutico en pacientes con cervicalgia mecánica crónica.

Palabras Clave: *Fisioterapia, Cervicalgia Crónica*

Introducción:

Paciente mujer de 50 años edad que acude a la consulta de Fisioterapia por dolor cervical de 5 años de evolución sin traumatismo asociado. No tiene pérdida de F ni S. Con parestesias ocasionales.

Empeoramiento con dolor muscular hace 4-5 meses, sin causa clara que relacione con limitación de su actividad física y diaria.

La observación clínica muestra un Cc con buen balance articular. F y S normales en MMSS. No focalidad.

Pruebas Complementarias:

RX: Rectificación de la lordosis cervical con cambios osteodegenerativos sobre todo a nivel C5-C6 con disminución del espacio discal y uncoartrosis

IMN: Se realizan Rectificación de la lordosis cervical fisiológica. Cambios espondilodiscartrósicos en el nivel C5-C6 con presencia de osteofitos marginales, pérdida de altura del disco intervertebral y una protrusión disco osteofitaria difusa que disminuye el diámetro AP del canal medular.

Tras los hallazgos encontrados, el objetivo del plan terapéutico en Fisioterapia constará de las siguientes fases:

Disminución del dolor e inflamación con electroterapia analgésica (ultrasonidos, onda corta). Flexibilización de la musculatura tensa afecta sobre todo trapecios superiores y ECOM. Movilización de los segmentos vertebrales cervicales con especial énfasis en los niveles afectados. Ejercicios de fortalecimiento isométricos y en cadena cinética cerrada de la musculatura cervical.

Pacientes cada vez más numerosos con este tipo de patologías “crónicas” acuden a la consulta de Fisioterapia por falta de éxito farmacológico o por mayor grado de limitación de la vida diaria. En este estadio, el éxito terapéutico radica en la eliminación de todos factores sintomáticos que producen la lesión sin poder solucionar el problema de base inicial.

Imprescindible el diagnóstico diferencial en la mayor brevedad posible para tener mayor éxito terapéutico en pacientes con cervicalgia mecánica crónica, además de inculcación de actividad terapéutica específica para la mejor y mayor resolución posible de este tipo de patologías tan frecuentes en la actualidad.

Bibliografía:

1. González Rueda V, López de Celis C, Barra López ME, Carrasco Uribarren A, Castillo Tomás S, Hidalgo García C. Effectiveness of a specific manual approach to the suboccipital region in patients with chronic mechanical neck pain and rotation deficit in the upper cervical spine: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Sep 5;18(1):384.
2. Dewitte V, Beernaert A, Vanthillo B, Barbe T, Danneels L, Cagnie B. Articular dysfunction patterns in patients with mechanical neck pain: a clinical algorithm to guide specific mobilization and manipulation techniques. *Man Ther*. 2014 Feb;19(1):2-9.
3. Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017 Nov 6;30(6):1149-1169.
4. Rodríguez-Sanz J, Malo-Urriés M, Corral-de-Toro J, López-de-Celis C, Lucha-López MO, Tri-cás-Moreno JM, Lorente AI, Hidalgo-García C. Does the Addition of Manual Therapy Approach to a Cervical Exercise Program Improve Clinical Outcomes for Patients with Chronic Neck Pain in Short- and Mid-Term? A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 10;17(18):6601.
5. Audette I., Dumas J.-P., Côté J.N., De Serres S.J. Validity and between-day reliability of the Cervical Range of Motion (CROM) Device. *J. Orthop. Sports Phys. Ther*. 2010;40:318–323.

Capítulo 112

Fisioterapia escolar en miopatía de Bethlem. A propósito de un caso clínico

Palencia Guerrero, María Teresa

Lozano Jiménez, Sandra

Arcas Domínguez, Sandra

FISIOTERAPIA ESCOLAR EN MIOPATÍA DE BETHLEM. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO



Teresa Palencia Guerrero¹

1 Fisioterapeuta – Junta Comunidades de Castilla La Mancha

Sandra Arcas Domínguez²

2 Fisioterapeuta – Policlínica Villarrobledo

Sandra Lozano Jiménez³

3 Fisioterapeuta – Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud

INTRODUCCIÓN:

Niño de 5 años incluido en el programa de Fisioterapia Escolar. Diagnosticado de miopatía congénita por mutación en el gen COL6A2, relacionado con la síntesis de colágeno VI, en su forma leve, o más conocida como *miopatía de Bethlem*.

Embarazo con desarrollo normal. Al nacer presenta LCC de ambas caderas (tratadas con doble pañal) y tortícolis congénita lado derecho (tratamiento de Fisioterapia). No se le dio mucha importancia a estas dos cosas, ya que luego fueron apareciendo otros problemas relacionados con falta de fuerza e hipotonía, lo que le impedía conseguir ciertos hitos motores, como por ejemplo: un control cefálico adecuado, dificultades para ponerse de pie (no lo consiguió hasta los 18 meses) y retraso en la deambulación (se inició a los 23 meses).

Presenta una asimetría en el desarrollo de las caderas (sin cumplir criterios de displasia) tratada con un alza en sobresuela de 0,8cm. Hasta octubre de 2020 estuvo usando cintas desrotadoras. Usa también DAFOS 3.0. En el colegio precisa de ATE en las entradas/salidas del colegio y para subir/bajar escaleras para ir al aseo, ya que está en la 2ª planta del edificio.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

- Más pequeños de estatura y físico que el resto de sus compañeros.
- **Visión anterior:** cabeza inclinada a la derecha, hombro derecho elevado, tronco rotado a la izquierda, EIAS ligeramente más elevada, caderas en rotación interna, pies pronados.
- **Visión lateral:** centro de gravedad adelantado, dorso plano, hiperlordosis lumbar, anteversión dace pelvis, flexo rodillas.
- **Visión posterior:** evidencia todo lo anteriormente descrito, test de Adams negativo.
- **Exploración dinámica:** leve flexo de caderas y rodillas al caminar con anteversión de tronco e hiperlordosis lumbar, pie plantígrado. Sin DAFOS, mayor pronación del pie y más flexo de rodilla. En el trote, rodillas en valgo.
- Balance articular en MMII y MMSS completo.
- Debilidad en musculatura de MMII, especialmente: cuádriceps, glúteo mayor y medio y extensores de tobillo y pie. Signo de Gowers positivo.
- Acortamiento de psoas, recto anterior, isquiotibiales y tríceps sural.
- Se cae con frecuencia. Se cansa con facilidad. No salto: lo intenta, pero suele caerse.



PLAN DE TRATAMIENTO:

- Progresar en el control del cuerpo desarrollando la percepción sensorial, corporal y espacio-temporal y ajustando el tono, el equilibrio y la coordinación del movimiento, y la respiración.
- Mejorar su autonomía general en las actividades escolares y en las actividades de la vida diaria.
- Regular la tensión de aquellos músculos más acortados.
- Reeducar la marcha.
- Ganar o mantener la fuerza en aquellos grupos musculares debilitados.
- Concienciar de una correcta higiene postural.
- Evitar complicaciones músculo-esqueléticas asesorando al profesorado del centro educativo y a la familia sobre ayudas técnicas para el posicionamiento y el desplazamiento.



DISCUSIÓN:

A este niño se le da de alta en el servicio de fisioterapia escolar en el inicio de su etapa escolar (2018) sin tener un diagnóstico claro, procedente del CDIAT de su zona. Ya en 2020, tras estudio genético, se confirma Miopatía de Bethlem. Hasta entonces se le había estado tratando por su hipotonía y la falta de fuerza. La evaluación de fisioterapia evidenciaba lo mismo que en la actualidad: debilidad y contractura en los mismos grupos musculares. No se tenían en cuenta otros aspectos importantes en las miopatías como son: no fatigar al paciente o dejar periodos de descanso entre ejercicios. No sabemos hasta que punto, el tener un diagnóstico más temprano, nos hubiera ayudado a llevar a cabo un mejor abordaje terapéutico.

CONCLUSIÓN:

Los resultados de este trabajo demuestran la eficacia de la Fisioterapia Escolar en la miopatía de Bethlem. Una parte fundamental, es la coordinación con el médico rehabilitador, maestros, ate y familia para dar pautas y asesorar sobre cómo hacer su vida más fácil en el colegio y en casa. Por otra parte, están todas las herramientas con las que el fisioterapeuta cuenta para trabajar de forma individual las carencias del niño.

Resumen: Por medio de este trabajo se pretende dar a conocer la Miopatía de Bethlem, una enfermedad rara consistente en un trastorno muscular hereditario que afecta a 0,77 personas por cada 100.000.

Este caso clínico presenta a un niño de 5 años y su abordaje desde la Fisioterapia. El diagnóstico de la enfermedad se basa en criterios histológicos y clínicos. Encontramos como signos característicos: hipotonía, debilidad muscular y retracciones (tortícolis, luxación de cadera...), causando un retraso en el desarrollo motor y posturas anormales de los miembros. Es una enfermedad progresiva, sin afectación cardíaca y de la inteligencia, que precisa de abordaje multidisciplinar.

Palabras Clave: Collagen Type VI Muscular Dystrophy Physiotherapy

Introducción:

Niño de 5 años incluido en el programa de Fisioterapia escolar. Diagnosticado de miopatía congénita por mutación en el gen COL6A2 relacionado con la síntesis de colágeno VI, en su forma leve, o más conocida como Miopatía de Bethlem.

Embarazo con desarrollo normal. Al nacer presenta luxación congénita de ambas caderas (tratadas con doble pañal) y tortícolis congénita lado derecho (recibió tratamiento de Fisioterapia). En principio no se le dio mucha importancia a estas dos cosas, pero más tarde fueron apareciendo otros problemas relacionados con falta de fuerza e hipotonía, lo que le impedía conseguir ciertos hitos motores como por ejemplo un control cefálico adecuado, dificultades para ponerse de pie (no lo consiguió hasta los 18 meses) y retraso en la deambulación (se inició a los 23 meses).

Presenta una asimetría en el desarrollo de las caderas (sin cumplir criterios de displasia), tratada con un alza en sobresuela de 0,8 cm. Hasta Octubre de 2020 estuvo usando cintas desrotadoras. Usa también DAFOS 3.0. En el colegio precisa de ATE en las entradas/salidas del colegio y para subir/bajar escaleras para ir al aseo, ya que está en la segunda planta del edificio.

Observación Clínica:

- Más pequeño de estatura y físico que el resto de sus compañeros.
- Visión anterior: cabeza inclinada a la derecha, hombro derecho elevado, tronco rotado a la izquierda, EIAS ligeramente más elevada, caderas en rotación interna, pies pronados.
- Visión lateral: centro de gravedad adelantado, dorso plano, hiperlordosis lumbar, anteversión de pelvis, flexo rodillas.
- Visión posterior: evidencia todo lo anteriormente descrito, test de Adams negativo.
- Exploración dinámica: leve flexo de caderas y rodillas al caminar con anteversión de tronco e hiperlordosis lumbar, pie plantígrado. Sin DAFOS mayor pronación del pie y más flexo de rodilla. En el trote, rodillas en valgo.
- Balance articular en MMII y MMSS completo.
- Debilidad en musculatura de MMII, especialmente cuádriceps, glúteo mayor y medio y extensores de tobillo y pie. Signo de Gowers positivo.
- Acortamiento de psoas, recto anterior, isquiotibiales y tríceps sural.
- Se cae con frecuencia. Se cansa con facilidad. No salto, lo intenta pero suele caerse.

Plan de Tratamiento:

- Progresar en el control del cuerpo desarrollando la percepción sensorial, corporal y espacio- temporal y ajustando el tono, el equilibrio y la coordinación del movimiento, y la respiración.
- Mejorar su autonomía general en las actividades escolares y en las actividades de la vida diaria.
- Regular la tensión de aquellos músculos más acortados.
- Reeducar la marcha.
- Ganar o mantener la fuerza en aquellos grupos musculares debilitados.
- Concienciar de una correcta higiene postural.
- Evitar complicaciones músculo-esqueléticas asesorando al profesorado del centro educativo y a la familia sobre ayudas técnicas para el posicionamiento y el desplazamiento.

Discusión:

A este niño se le da de alta en el servicio de fisioterapia escolar en el inicio de su etapa escolar (2018) sin tener un diagnóstico claro, procedente del CDIAT de su zona. Ya en 2020 tras estudio genético se confirma Miopatía de Bethlem. Hasta entonces se le había estado tratando por su hipotonía y la falta de fuerza. La evaluación de fisioterapia evidenciaba lo mismo que en la actualidad, debilidad y contractura en los mismos grupos musculares. No se tenían en cuenta otros aspectos importantes en las miopatías como son no fatigar al paciente o dejar periodos de descanso entre ejercicios. No sabemos hasta qué punto el tener un diagnóstico más temprano nos hubiera ayudado a llevar a cabo un mejor abordaje terapéutico.

Conclusión:

Los resultados de este trabajo demuestran la eficacia de la Fisioterapia Escolar en la miopatía de Bethlem. Una parte fundamental es la coordinación con el médico rehabilitador, maestros, ate y familia para dar pautas y asesorar sobre cómo hacer su vida más fácil en el colegio y en casa. Por otra parte están todas las herramientas con las que el fisioterapeuta cuenta para trabajar de forma individual las carencias del niño.

Bibliografía:

1. Susana Quijano-Roy, MD, PhDa , Marta Gómez-García de la Banda, MD. Congenital Muscular Dystrophies.
2. Carsten G Bönnemann . The collagen VI-related myopathies Ullrich congenital muscular dystrophy and Bethlem myopathy.
3. Luciano Merlini 1, Paolo Bernardi. Therapy of collagen VI-related myopathies (Bethlem and Ullrich).

Capítulo 113

Fractura meseta tibial con rotura de ligamento cruzado anterior. Caso clinico

*Arcas Domínguez, Sandra
Palencia Guerrero, María Teresa
Lozano Jiménez, Sandra*



FRACTURA MESETA TIBIAL CON ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. CASO CLÍNICO



Sandra Arcas Domínguez ¹
1 Fisioterapeuta – Policlínica Villarrobledo

Sandra Lozano Jiménez ²
2 Fisioterapeuta – Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud

Teresa Palencia Guerrero ³
3 Fisioterapeuta – Junta Comunidades de Castilla La Mancha

INTRODUCCIÓN

Mujer, 30 años, fisioterapeuta, sufre en Sidney (AUS), al pisar suelo deslizante. Mecanismo de lesión: rotación y valgo forzado de rodilla al saltar de una altura de unos 40-50 cm.

- **Síntomas:** dolor, derrame e impotencia funcional inmediata.
- **Diagnóstico:** Hospital de Sidney: con Rx, dx fisura en la tibia y sospecha de rotura de ligamento cruzado. Siete días más tarde, en España, dx de: *fractura de la vertiente posterior de la meseta tibial interna con hundimiento de 3 mm.* Cuatro meses más tarde, RMN, sumando dx de: *rotura completa de ligamento cruzado anterior.*
- **Tratamiento:** En Australia: inmovilización de miembro inferior con férula no articulada, venda compresiva y tratamiento anticoagulante. En España: ttº conservador, manteniendo la férula no articulada 6 semanas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Las fx de meseta tibial constituyen una patología relativamente frecuente, representando un 1% del total.

El objetivo en el ttº es lograr una articulación alineada, indolora, estable y con un arco de movilidad adecuado.

Si bien el ttº ortopédico brinda buenos resultados en fx sin desplazamiento, de baja energía, y especialmente en pacientes ancianos, existe consenso en que la óptima función de una articulación depende de una estable congruencia de las superficies articulares, que permitan una balanceada transmisión de cargas a través de las mismas. Así el ttº qx a cielo abierto ha ganado popularidad en aquellos casos de fx desplazadas, de alta energía y/o en pacientes jóvenes.

Las complicaciones son: rigidez articular, desviaciones, edema, artrosis secundaria, inestabilidad articular, complicaciones neurovasculares y síndrome compartimental.

DISCUSIÓN

Al llegar la paciente a España no fue posible valorar maniobras meniscales, ni cajones, por dolor. Tras consenso, ttº conservador, pero ¿hubiera sido candidata a ttº qx?

Durante 6 semanas: inmovilización con férula no articulada + ttº antitrombótico + movilizaciones 3 veces/día de flexión de rodilla <30º.

Semana 7: apoyo con dos muletas y ttº en piscina. Tras lo cual consiguió completar todo el rango articular y ganar fuerza, reeducó la marcha, trabajó propiocepción y practicó pequeños saltos y subir y bajar escaleras.

Semana 14: camina sin ayuda, aunque con una pequeña cojera.

Durante 4 semanas acudió al servicio de rhh, donde se aplicó ttº con electroterapia y propiocepción. Seguía refiriendo inestabilidad y falta de fuerza.

Tras 5 meses de evolución, se pasa revisión, habiendo conseguido muy poca fuerza, por lo que en dos meses debe fortalecer y evitar ttº qx de LCA.

La paciente acude a un centro especializado donde poder ganar fuerza, estabilizar su rodilla y ganar propiocepción, realizando ejercicios 3 días/semana. En esos dos meses consigue estabilizar la rodilla, ganando masa muscular en cuádriceps e isquiotibiales, por lo que se decide no llevar a cabo la cirugía de LCA, por el momento.



PROGRAMA DE EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y PROPIOCEPCIÓN



CONCLUSIÓN

Por el momento se consigue evitar la operación de LCA debido a un programa de ejercicios específico e intenso, la inestabilidad y debilidad de rodilla mejoran. Nos preguntamos si no hubiese sido mejor llevar a cabo una cirugía de reconstrucción de la meseta tibial y el LCA, en lugar de esperar a la consolidación del tejido óseo y posterior recuperación funcional de la pierna.

Por otra parte, la paciente jugó con la ventaja de ser fisioterapeuta y conocer a lo que se estaba enfrentando. Gracias a eso pudo realizar movilizaciones en el rango de movimiento permitido, durante el periodo de inmovilización, comenzar un programa de fisioterapia e hidroterapia precoz, que le ayudaron a reducir los tiempos de recuperación. El mayor problema fue la gran pérdida de masa muscular debido al largo periodo de inmovilización y la inestabilidad por la falta del LCA. Por el momento se ha conseguido solventar el problema de inestabilidad y puesto que la paciente no realiza ninguna actividad deportiva a la que le afecte su lesión, se piensa que fue una decisión adecuada. Por último, cabe destacar la importancia del trabajo propioceptivo en este tipo de lesiones.

Resumen: Las fracturas de la meseta tibial constituyen una patología relativamente frecuente representando un 1% del total.

El objetivo en el tratamiento es lograr una articulación alineada, indolora, estable y con un arco de movilidad adecuado.

El tratamiento ortopédico da buenos resultados en fracturas sin desplazamiento, de baja energía y en pacientes ancianos. Los tratamientos quirúrgicos son beneficiosos en fracturas desplazadas, de alta energía y en pacientes jóvenes.

Palabras Clave: Meseta tibial, Propiocepción, LCA (ligamento cruzado anterior)

Introducción:

Mujer de 30 años, sufre una caída cuyo mecanismo de lesión es la rotación y valgo forzado de rodilla al saltar.

Los síntomas que presenta son: dolor, derrame e impotencia funcional.

El Diagnóstico fue: fractura en la vertiente posterior de la meseta tibial interna con hundimiento de 3 mm. Además tras resonancia magnética se obtuvo: rotura completa de ligamento cruzado anterior.

Tras consenso se propone tratamiento conservador: in-movilización con férula no articulada durante 6 semanas, venda compresiva y tratamiento anti-coagulante.

En la séptima semana se comienza con apoyo con dos muletas e hidroterapia. Se completa la ganancia de rango articular y de fuerza. Además se trabaja en la re-educación de la marcha, la propiocepción y en la práctica de pequeños saltos, así como la mejora de subir y bajar escaleras.

En la semana 14, camina sin ayuda de muletas aunque con una pequeña cojera. Durante las siguientes 4 semanas, la paciente acude al servicio de rehabilitación donde se aplicó tratamiento con electroterapia y propiocepción.

Tras 5 meses de evolución, se pasa revisión con el traumatólogo, habiendo conseguido muy poca fuerza, por lo que en dos meses debe fortalecer y así evitar el tratamiento quirúrgico de ligamento cruzado anterior (LCA).

La paciente acude a un centro especializado donde poder ganar fuerza, estabilizar su rodilla y ganar propiocepción, realizando ejercicio 3 días/semana. En esos dos meses consigue estabilizar su rodilla, ganar masa muscular en cuádriceps e isquiotibiales. De esa manera se decidió no llevar a cabo la cirugía de ligamento cruzado anterior por el momento.

Bibliografía:

1. Ruiz-Ruvalcaba JJ, Cuevas-Mora CA, Zarate-Ayup ZA. Inestabilidad ligamentaria de rodilla en pacientes postoperados de fractura de meseta tibial Schatzker II-VI. Ortho-tips. 2021;17(3):143-147. doi:10.35366/100623.

2. Dae-Hee Lee, Jin-Hyuck Lee, Sung-Eun Ahn y Min-Ji Park (2019). Efecto del Tiempo Después de la Ruptura del Ligamento Cruzado Anterior sobre la Propiocepción y la Estabilidad Postural. PubliCE.

3. Zhao R, Lin Z, Long H, Zeng M, Cheng L, Zhu Y. Diagnosis and treatment of hyperextension bicondylar tibial plateau fractures. J Orthop Surg Res. 2019 Jun 25;14(1):191. doi: 10.1186/s13018-019-1220-z. PMID: 31238968; PMCID: PMC6593530.

Capítulo 114

Gestión ineficaz de la salud en paciente con gota crónica

*Del Olmo Romero, Sara
Sánchez Martínez, María Cristina
González Escandell, Sonia*

Gestión ineficaz de la salud en paciente con gota crónica

Del Olmo Romero Sara, Sánchez Martínez M. Cristina, González Escandell Sonia



INTRODUCCIÓN

GOTA: trastorno inflamatorio caracterizado por hiperuricemia y depósito de cristales de urato monosódico.

Acumulación de altos niveles de ácido úrico en articulaciones, tendones y tejidos circundantes puede inducir episodios de gota, artropatía gotosa y formación de **tofós**.

La intervención sobre **factores de riesgo** es esencial para el tratamiento de la gota.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

64 años. Vive en medio rural, casa unifamiliar. Soporte social y familiar inestable. Adherencia terapéutica escasa
Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, dislipemia, obesidad grado III (OMS).
Ácido úrico: 10.3 mg/dl (4/01/2021).

PLAN DE CUIDADOS

DxE: Gestión ineficaz de la salud (00078) r/c conomiento insuficiente de regimen terapéutico, inseguridad m/p fracaso al emprender acciones para reducir factores de riesgo.

NOC: Conocimiento y cuidado de la enfermedad (1824)

Dieta recomendada. 1 → 4

Uso correcto medicación prescrita. 3 → 5

Actividad y ejercicio prescrito. 1 → 4

NIC:

Modificación de la conducta (4360).

Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618).

Apoyo emocional (5270).

DISCUSIÓN

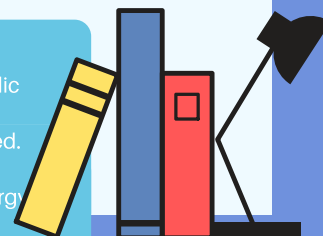
- Investigación factores de riesgo es esencial para tto de la gota. HTA, IR, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hiperuricemia, obesidad y menopausia temprana.
- Desarrollo TOFOS GOTOSOS resultado de GOTA CRÓNICA.
- Tofos gotosos pueden limitar función articulaciones y causar destrucción ósea
- Discapacidades

CONCLUSIONES

- PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO, efectivo para mejorar adaptación a un **estilo de vida saludable**, favoreciendo **autocuidado** y facilitando **confianza** entre paciente y familia.
- Importante **control factores de riesgo** para tto de gota y prevención formación tofos gotosos.

BIBLIOGRAFÍA

- Sun C, Qi X, Tian Y, et al. Risk factors for the formation of double-contour sign and tophi in gout. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2019; 14:239.
- Kanna P, Johnson RJ, Marder B, et al. Systemic Urate Deposition: An Unrecognized Complication of Gout? J. Clin. Med. 2020; 9: 3204.
- Bazani S, Chi W, Jacobi A, et al. Detection of uric acid crystals in the vasculature of patients with gout using dual-energy computed topography. Arthritis Rheum. 2018; 70 (9); 3584.



Resumen: La gota es un trastorno inflamatorio caracterizado por hiperuricemia y depósitos de cristales de urato monosódico. La acumulación de altos niveles de ácido úrico en articulaciones, tendones y tejidos circundantes puede inducir episodios de gota, artropatía gotosa y formación de tofos. Destacar la importancia de la intervención sobre los factores de riesgo para el tratamiento de la gota. En la observación clínica de un paciente con gota crónica examinamos todos los factores de riesgo para poder llevar a cabo un plan de cuidados individualizado, mejorando así la adherencia a un estilo de vida saludable y favoreciendo el autocuidado.

Palabras Clave: Gota, Ácido úrico, Atención de enfermería

Introducción:

La gota es un trastorno inflamatorio caracterizado por hiperuricemia y depósitos de cristales de urato monosódico. La acumulación de altos niveles de ácido úrico en articulaciones, tendones y tejidos circundantes puede inducir episodios de gota, artropatía gotosa y formación de tofos. La gota afecta aproximadamente al 2% de la población en algún momento de sus vidas. Aproximadamente en el 12-35% de los pacientes, la gota progresa a una forma crónica debido a la presencia de múltiples comorbilidades, edad, disfunción renal o mala alimentación y estilo de vida. Esta forma crónica puede presentar "tofos" (agregados duros de cristales de urato monosódico) en las articulaciones (gota tofácea) y, si no se trata, puede causar erosión y destrucción de las articulaciones.

Los factores de riesgo más implicados en el desarrollo de la gota son hipertensión (HTA), insuficiencia renal (IR), hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hiperuricemia, diabetes (DM), obesidad y menopausia precoz. Por ello, es imprescindible la detección y control de factores de riesgo en el tratamiento de la gota.

Observación Clínica:

Varón de 64 años acude a consulta de enfermería de Atención Primaria presentando tofo gotoso de repetición en segundo dedo mano derecha. Refiere limitación en función de la articulación afectada por tofo gotoso, sin embargo, comenta poder realizar sus actividades de la vida diaria sin dificultad. Vive en medio rural, en una casa unifamiliar, siendo el soporte social y familiar que le rodea escaso e inestable. Presenta una adherencia terapéutica escasa.

Antecedentes personales de interés: hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia, obesidad grado III (Organización Mundial de la Salud). Niveles de ácido úrico: 10.310.3 mg/dl (4/01/2021).

Plan de Cuidados enfermero:

Se efectuó un plan de cuidados individualizado para prestar una atención integral de calidad al paciente que acude a la consulta con gota crónica, derivando de la misma la aparición de tofos gotosos.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): (00078) Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, inseguridad m/p fracaso al emprender acciones para reducir factores de riesgo.

Nursing Outcomes Classification (NOC): Conocimiento y cuidado de la enfermedad (1824). Siendo los indicadores empleados: dieta recomendada, uso correcto de la medicación prescrita, actividad y ejercicio prescrito.

Para medir los indicadores NOC, se utilizó una escala Liker (puntuación de 1 a 5), se consiguieron las puntuaciones propuestas para lograr nuestro objetivo.

Nursing Interventions Classification (NIC): Modificación de la conducta (4360), Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618), Apoyo emocional (5270).

Mediante este plan de cuidados individualizado se consiguió el objetivo propuesto, mejorando los conocimientos sobre la gota crónica y consiguiendo un mayor control sobre los factores de riesgo de esta enfermedad.

Discusión:

La investigación sobre factores de riesgo es esencial para el tratamiento de la gota, los principales factores de riesgo son HTA, IR, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hiperuricemia, obesidad y menopausia temprana. En el paciente de nuestro caso clínico, podemos observar que están presentes algunos de estos factores de riesgo como HTA, DM tipo 2, dislipemia y obesidad.

El desarrollo de tofos gotosos es el resultado de un proceso de gota crónica, como se ha descrito en nuestro caso clínico el paciente acude a consulta de Atención Primaria presentando tofo gotoso de repetición en dedo de la mano. Como se ha descrito en múltiples estudios, la mala adherencia a el tratamiento farmacológico y a seguir unas pautas de estilo de vida saludable influye negativamente en el estado de salud de los pacientes con gota crónica.

La formación de tofos gotosos puede limitar la función de las articulaciones y llegar a provocar destrucción ósea, lo cual puede dar lugar a discapacidades que afectan a la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad. En nuestro caso clínico, el paciente a pesar de tener un inadecuado control sobre los factores de riesgo que aumentan el riesgo de formación de tofos gotosos, no llegaba a presentar ningún tipo de discapacidad que le impidiera seguir con sus actividades de la vida diaria. Aunque se puede observar limitación en la función de la articulación afectada.

Conclusiones:

Se ha demostrado que los planes de cuidados individualizados son efectivos para conseguir una mayor adaptación a un estilo de vida saludable, favoreciendo el autocuidado y facilitando la confianza entre el paciente y la familia.

Es imprescindible el control de factores de riesgo para el tratamiento y la prevención de formación de tofos gotosos, mediante la educación para la salud aportada por los profesionales de enfermería en Atención Primaria se puede mejorar la adherencia a un estilo de vida saludable y al tratamiento prescrito.

Bibliografía:

1. Sun C, Qi X, Tian Y, et al. Risk factors for the formation of double-contour sign and tophi in gout. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*. 2019; 14:239.
2. Kanna P, Johnson RJ, Marder B, et al. Systemic Urate Deposition: An Unrecognized Complication of Gout? *J. Clin. Med*. 2020; 9: 3204.
3. Bazani S, Chi W, Jacobi A, et al. Detection of uric acid crystals in the vasculature of patients with gout using dual-energy computed topography. *Arthritis Rheum*. 2018; 70 (9); 3584.

Capítulo 115

Grado de conocimiento sobre alimentación en pacientes en hemodiálisis

*Rodríguez Romero, V́ctoria
Daimiel Lillo, Marta
Villanueva Rodrigo, Tamara
Carrasco Castellanos, Marta
Barranquero Rodŕguez, Rocio*

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Introducción

La enfermedad renal terminal es la última etapa de la enfermedad renal crónica (ERC), los riñones pierden hasta el 95% de su capacidad de filtrado. Como consecuencia, se produce la acumulación de productos de desecho, agua y otras sustancias tóxicas. Por ello, podemos deducir que la alimentación es uno de los pilares básicos del tratamiento. Además, se ha demostrado que una alimentación adecuada mejora mucho el pronóstico y retrasa la progresión de la enfermedad.

Es importante un **buen asesoramiento dietético** debido a que la alimentación en los pacientes de hemodiálisis debe ser lo más variada y equilibrada posible y no se nos debe olvidar que la dieta dentro de sus limitaciones debe ser apetecible tanto al gusto como al olfato para prevenir y evitar situaciones de desnutrición y de extremo riesgo. El problema reside en que cada paciente es diferente, la dieta es compleja y debe ser individualizada.



AUTORES:

-VICTORIA RODRIGUEZ ROMERO
-MARTA DAIMIEL LILLO
-TAMARA VILLANUEVA RODRIGO
-ROCIO BARRANQUERO RODRIGUEZ
-MARTA CARRASCO CASTELLANO

Objetivo

Conocer el grado de conocimiento subjetivo y objetivo sobre su alimentación que posee el paciente crónico en HD de la clínica Asyter Puertollano (Ciudad Real).

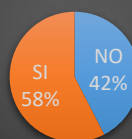
Material y Método

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, para ello se usa una muestra total de 33 pacientes que asisten a la Clínica Asyter de Puertollano (Ciudad Real). Solo se recogen los datos de los pacientes durante el mes de Marzo del 2021.

Para la recogida de datos se ha realizado individualmente un cuestionario tipo Ad Hoc. con 8 preguntas, entre las que destacamos si los pacientes siguen la dieta que se les ha recomendado, si la alimentación es un problema para ellos o si al salir a comer fuera de casa saben que comer. Todos los datos han sido recogidos de forma voluntaria y confidencial.

Para el tratamiento de los datos se utiliza estadística descriptiva para calcular las frecuencias y porcentajes. Los cálculos se realizan con el programa Microsoft Office Excel 2016.

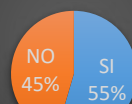
¿LA ALIMENTACIÓN ES UN PROBLEMA PARA ESTOS PACIENTES?



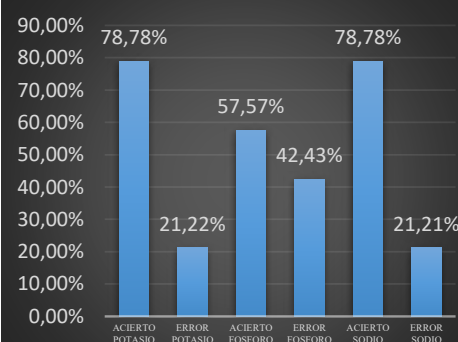
Resultado

De los 33 pacientes, 14 pacientes (42%) han dicho que su alimentación representa un problema; mientras que los otros 19 (58%) han dicho que no. Hay que señalar que solo el 27.27% de los 33 pacientes responde que sigue la dieta recomendada de una forma adecuada.

¿SABE QUE COMER FUERA DE CASA?



Casi la mitad de los pacientes refiere tener dudas a la hora de comer fuera de casa (45%), mientras que los otros 18 pacientes (55%) refieren que lo tienen claro.



Respecto a las respuestas específicas sobre los minerales más importantes: el Potasio tiene un 78.78% de aciertos, el Fósforo un 57.57% de aciertos y el sodio un 78.78% de aciertos.

Conclusiones

Hemos observado que los pacientes de la Clínica Asyter de Puertollano tienen un **mediocre grado de conocimientos** sobre su alimentación y la importancia de seguir la dieta recomendada de forma individual de cada uno de ellos. Así mismo aseguran que **prestarán más atención al seguimiento de su dieta recomendada.**

Por otro lado, son pacientes crónicos en su mayoría, por lo cual tienen varios años de experiencia sobre su alimentación y mantenimiento diario, pero podemos resaltar que varios pacientes les **gustaría recibir más información sobre su alimentación y así actualizar sus conocimientos.**

Resumen: La enfermedad renal terminal es la última etapa de la enfermedad renal crónica (ERC), los riñones pierden hasta el 95% de su capacidad de filtrado. Como consecuencia, se produce la acumulación de productos de desecho, agua y otras sustancias tóxicas. Por ello, podemos deducir que la alimentación es uno de los pilares básicos del tratamiento. Además, se ha demostrado que una alimentación adecuada mejora mucho el pronóstico y retrasa la progresión de la enfermedad.

Es importante un buen asesoramiento dietético debido a que la alimentación en los pacientes de hemodiálisis debe ser lo más variada y equilibrada posible y apetecible.

Palabras Clave: Dialisis Renal, Alimentación, Hemodialisis Renal

Introducción:

Conocer el grado de conocimiento subjetivo y objetivo sobre su alimentación que posee el paciente crónico en HD de la clínica Asyter Puertollano (Ciudad Real).

Material y Método:

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, para ello se usa una muestra total de 33 pacientes que asisten a la Clínica Asyter de Puertollano (Ciudad Real). Solo se recogen los datos de los pacientes durante el mes de Marzo del 2021.

Para la recogida de datos se ha realizado individualmente un cuestionario tipo Ad Hoc. con 8 preguntas, entre las que destacamos si los pacientes siguen la dieta que se les ha recomendado, si la alimentación es un problema para ellos o si al salir a comer fuera de casa saben que comer. Todos los datos han sido recogidos de forma voluntaria y confidencial.

Para el tratamiento de los datos se utiliza estadística descriptiva para calcular las frecuencias y porcentajes. Los cálculos se realizan con el programa Microsoft Office Excel 2016.

Resultado:

De los 33 pacientes, 14 pacientes (42%) han dicho que su alimentación representa un problema; mientras que los otros 19 (58%) han dicho que no. Hay que señalar que solo el 27.27% de los 33 pacientes responde que sigue la dieta recomendada de una forma adecuada.

Casi la mitad de los pacientes refiere tener dudas a la hora de comer fuera de casa (45%), mientras que los otros 18 pacientes (55%) refieren que lo tienen claro.

Respecto a las respuestas específicas sobre los minerales más importantes: el Potasio tiene un 78.78% de aciertos, el Fósforo un 57.57% de aciertos y el sodio un 78.78% de aciertos.

Conclusiones:

Hemos observado que los pacientes de la Clínica Asyter de Puertollano tienen un mediocre grado de conocimientos sobre su alimentación y la importancia de seguir la dieta recomendada de forma individual de cada uno de ellos. Así mismo aseguran que prestarán más atención al seguimiento de su dieta recomendada.

Por otro lado, son pacientes crónicos en su mayoría, por lo cual tienen varios años de experiencia sobre su alimentación y mantenimiento diario, pero podemos resaltar que varios pacientes les gustaría recibir más información sobre su alimentación y así actualizar sus conocimientos.

Bibliografía:

1. NIDDK. Alimentación saludable durante la hemodiálisis. Internet. Revisado: Septiembre. Disponible en: [https:// www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades- rinones/insuficiencia-renal/hemodialisis/alimentacion-saludable-durante](https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/hemodialisis/alimentacion-saludable-durante)
2. Brown RO, Compher C. ASPEN clinical guidelines: nutrition support in adult acute and chronic renal failure. J Parenter Enteral Nutr 2010;34(4):366-377.
3. Cano N, Fiaccadori E, Tesinsky P y col. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Adult renal failure. Clin Nutr 2016;25(2):295- 310
4. Fouque D, Vennegoor M, ter Wee P y col. EBPG guideline on nutrition. Nephrol Dial Transplant.2017;22 Suppl 2.

Capítulo 116

Granuloma umbilical ¿qué hacemos?

Carrillo Palomo, Concepción

Camacho Sánchez, Beatriz

Carretero Elvira, Laura

Granuloma umbilical ¿Qué hacemos?

Carrillo Palomo C, Camacho Sánchez B, Carretero Elvira L.
Enfermeras Especialistas de Enfermería Pediátrica.



Introducción

El **granuloma umbilical** es un sobrecrecimiento de tejido que aparece durante el proceso de curación de la herida del ombligo, en las primeras semanas de vida. Una vez se ha caído el cordón, queda una masa o bulto de color rosado o rojizo en el ombligo. Suele tener un aspecto carnoso, húmedo, a veces con algo de secreción clara o amarillenta. Es necesario tratar ya que puede ser la entrada de infecciones umbilicales.

El tratamiento más común para el granuloma umbilical (GU) es, en el 75% de los casos, la aplicación de nitrato de plata tópica. La lesión se trata una o dos veces por semana durante varias semanas, y generalmente requiere pocas aplicaciones para que se resuelva. Hay que tener precaución al aplicar el nitrato de plata, porque puede causar quemaduras químicas o manchas en la piel circundante.

Por otro lado, tras analizar la bibliografía disponible, existen estudios que apoyan el tratamiento del GU de forma natural, usando sal común de mesa. El uso de sal común, supone un efecto desecante, la alta concentración de iones de sodio en el área, extrae agua de las células y produce contracción y necrosis del tejido de granulación húmedo, obteniendo resultados satisfactorios.

Observación Clínica

Recién nacido varón de 7 días, que acude a consulta de enfermería pediátrica para valorar bulto que aparece tras caída del cordón umbilical.

- AP: nacimiento a las 39+3 semanas.
- Embarazo bien controlado.
- Parto eutócico.
- Peso al nacer: 3.260 g.
- Apgar al nacimiento: 9/10.
- Lactancia Materna Exclusiva.
- Caída del cordón al 5º día.
- No otros datos de interés.



Plan de Cuidados enfermero

NANDA	NOC	NIC
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico. 3660 Cuidados de las heridas.
00004 Riesgo de infección	1902 Control del riesgo	6540 Control de infecciones

El tratamiento más cómodo y seguro es aplicar SAL COMÚN. Se explica el procedimiento a los padres, se dan instrucciones de cómo realizarlo en el domicilio.

Método:

- Con las manos limpias se cubre el granuloma con una pizca de sal, se pone encima una gasa y se mantiene durante 20 minutos.
 - Después se retira la sal utilizando una gasa limpia húmeda.
 - Debe repetirse este procedimiento dos veces al día durante 3 días y puede ser más cómodo hacerlo mientras el bebé duerme.
 - Al 2º-3º día el granuloma se reduce, cambia de color y se va curando.
 - Si no se observara la curación, se debe volver a consultar.
- Revisión en consulta al 3º día, y antes si observan signos de infección.

Discusión



Se cita al recién nacido en la consulta al 3er día del tratamiento. Podemos observar que el granuloma umbilical ha desaparecido por completo. No existen signos de infección.

La cura del granuloma con sal surge como alternativa a la práctica de quemar con nitrato de plata. Presenta múltiples ventajas con respecto a la misma: disminuye el riesgo de quemaduras, el tratamiento es de menor duración y lo pueden realizar los papás en el domicilio.

Conclusiones

El tratamiento con sal común surge como alternativa terapéutica para el tratamiento del granuloma umbilical. Es un procedimiento seguro y sencillo, que lo realizan los padres en casa tras explicación del procedimiento. Presenta alta eficacia a corto plazo. No existen efectos secundarios. La enfermera pediátrica es la figura principal, indicada para proveer de los mejores cuidados en el recién nacido, a través de su familia.

Resumen: *Granuloma umbilical (GU): sobrecrecimiento de tejido que aparece durante la cicatrización del ombligo, en las primeras semanas de vida. Tras la caída del cordón, queda una masa o bulto en el ombligo, con aspecto carnoso, húmedo, a veces con secreción clara o amarillenta. Es necesario tratar, pudiendo ser entrada de infecciones umbilicales.*

El tratamiento más común para el GU es la aplicación de nitrato de plata tópica, que requiere precaución al aplicarlo, pudiendo causar quemaduras químicas o tinción en piel circundante. También existe el tratamiento de forma natural, usando sal común de mesa. Ésta supone un efecto desecante, obteniendo resultados satisfactorios.

Palabras Clave: *Recién Nacido, Cordón Umbilical, Cloruro de Sodio Dietético*

Introducción:

El granuloma umbilical (GU) es un sobrecrecimiento de tejido que aparece durante el proceso de curación de la herida del ombligo, en las primeras semanas de vida. Una vez se ha caído el cordón (suele desprenderse entre el 5º y 15º día de vida), queda una masa o bulto de color rosado o rojizo en el ombligo. Suele tener un aspecto carnoso, húmedo, a veces con algo de secreción clara o amarillenta. Es necesario tratar ya que puede ser la entrada de infecciones umbilicales y además, aumentar su tamaño.

El tratamiento más común para el GU es, en el 75% de los casos, la aplicación de nitrato de plata tópica. La lesión se trata una o dos veces por semana durante varias semanas, y que generalmente se requieren pocas aplicaciones para que se resuelva la lesión. Pero hay que tener precaución al aplicar el nitrato de plata, porque puede causar quemaduras químicas o tinción en la piel circundante.

Por otro lado, tras analizar la bibliografía disponible, existen estudios que apoyan el tratamiento del GU de forma natural, usando sal común de mesa. El uso de sal común supone un efecto desecante, la alta concentración de iones de sodio en el área extrae agua de las células y produce contracción y necrosis del tejido de granulación húmedo, obteniendo resultados satisfactorios.

Observación Clínica:

Recién nacido varón de 7 días, que acude a consulta de enfermería pediátrica para consultar por bulto que ha aparecido tras caída del cordón umbilical.

- AP: nacimiento a las 39+3 semanas.
- Embarazo bien controlado
- Parto eutócico
- Peso al nacer: 3260g
- Apgar al nacimiento: 9/10.
- Lactancia Materna Exclusiva
- Caída del cordón el 5º día.
- No otros datos de interés.

Plan de cuidados enfermero:

Valoración:

NANDA 00046 Deterioro de la integridad cutánea

- NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- NIC Cuidados de las heridas 3660/ Cuidados del sitio de incisión 3440 NANDA 00004 Riesgo de infección
- NOC 1902 Control del riesgo
- NIC 6540 Control de infecciones

Explicar el procedimiento a los padres, se dan instrucciones de cómo realizarlo en el domicilio. Se explican signos de infección y alarma.

El tratamiento más cómodo y seguro es aplicar SAL COMÚN

Método: Con las manos limpias se cubre el granuloma con una pizca de sal, se pone encima una gasa y se mantiene durante 20 minutos.

Después se retira la sal utilizando una gasa limpia húmeda.

Debe repetirse este procedimiento dos veces al día durante 3 días y puede ser más cómodo hacerlo mientras el bebé duerme. Se notará al 2º-3 er día que el granuloma se reduce, cambia de color y se va curando, gracias a las aplicaciones. Si no se observara la curación, se debe volver a comentar en la consulta.

Acudir a consulta para revisión al 3º día, y antes si observan signos de infección.

Discusión:

Se cita al recién nacido en la consulta al tercer día del tratamiento. Podemos observar que el granuloma umbilical ha desaparecido por completo. No existen signos de infección.

La cura del granuloma con sal surge como alternativa a la práctica de quemar con nitrato de plata. Presenta múltiples ventajas con respecto a la misma, ya que disminuye el riesgo de quemaduras, el tratamiento es de menor duración y lo pueden realizar los papás en el domicilio.

Conclusiones:

El tratamiento con sal común surge como alternativa terapéutica para el tratamiento del granuloma umbilical. Es un procedimiento seguro y sencillo, que lo realizan los padres en casa tras explicación del procedimiento. Presenta alta eficacia a corto plazo. No existen efectos secundarios.

La enfermera pediátrica es la figura principal, indicada para proveer de los mejores cuidados en el recién nacido, a través de su familia.

Bibliografía:

1. Información para las familias sobre granuloma umbilical [Internet]. Elgipi.es. [citado el 25 de octubre de 2021]. Disponible en: [http:// www.elgipi.es/s/Granuloma-umbilical-cura-con-sal.pdf](http://www.elgipi.es/s/Granuloma-umbilical-cura-con-sal.pdf)

2. Hossain AZ, Hasan GZ, Islam KD. Therapeutic Effect of Common Salt (Table/Cooking Salt) on Umbilical Granuloma in Infants. Bangladesh J Child Health [Internet]. 16 de abril de 2012 [consultado el 25 de octubre de 2021]; 34 (3): 99-102. Disponible en: <https://www.banglajol.info/index.php/BJCH/article/view/10360>

3. Martí J, Castillo M. Granuloma umbilical [Internet]. EnFamilia. [citado el 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/recien-nacido/granuloma-umbilical>.

4. Saleh A. Therapeutic effect of Common Salt on Umbilical Granuloma in Infants. Int J Med Sci Public Health [Internet]. 2016; [consultado el 25 de octubre de 2021]; (5):911-914. Disponible en: <http://www.ejmanager.com/mnstemps/67/67-1452639453.pdf>

Capítulo 117

Hábitos alimentarios, actividad física e higiene postural en desviaciones del raquis.

Cabañas Linares, Javier

López Valero, Marian

Rodríguez López, María Luisa

Ropero Perona, Ismael

Sánchez González, Irene

Cabañas Linares J., López Valero M., Rodríguez López ML., Ropero Perona I., González Sánchez I.

INTRODUCCIÓN :

El estilo de vida sedentario, las inadecuadas posturas, los malos hábitos alimentarios o el peso de las mochilas pueden ocasionar deformidades en la espalda y dolor en los jóvenes. La actividad física en niños y adolescentes consiste en deportes, actividades extraescolares y educación física en los centros educativos.

Las consecuencias de la carencia de vitamina D y E puede conllevar que los huesos no se desarrollen correctamente, produciendo deformaciones óseas. Ciertos alimentos a la dieta diaria ayuda a que los huesos se desarrollen de forma correcta, sana y fuerte.

El desarrollo óseo del esqueleto se da en la adolescencia, por lo que debemos estar especialmente atentos en esta etapa y evitar una alteración negativa de la columna.

OBJETIVOS :

Objetivar los hábitos posturales, actividad física y hábitos alimentarios en los niños y adolescentes que se atienden en el Servicio de Rehabilitación por problemas de espalda, tanto desviaciones del raquis como dolores musculares.

MATERIAL Y MÉTODOS :

Estudio longitudinal retrospectivo realizado durante los años 2020- 2021 en una GAI del SESCAM. La población de estudio la formaron los pacientes (menores de 16 años) derivados del Servicio de Rehabilitación al Servicio de Fisioterapia para la enseñanza de ejercicios, tanto estiramientos, como de potenciación de los diferentes grupos musculares (dependiendo de la patología), higiene postural y mejora en su esquema corporal.

En entrevista previa al tratamiento, se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), antropométricas (peso y talla), hábitos alimentarios, realización de ejercicio y ergonomía e higiene postural.

RESULTADOS :

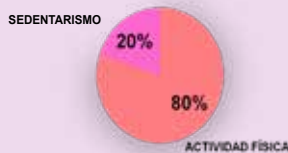
Se obtuvo una muestra de 105 pacientes, que participaron en nuestro estudio. El 54,78% (57) fueron mujeres y el 45,72% (48) hombres respectivamente. Todos ellos con edades comprendidas entre los 8- 16 años. Se calculó el IMC como el peso (Kg) dividido entre el cuadrado de la talla (m), siendo el valor obtenido de la muestra a estudio de 19,72, tipificándolo como normopeso, utilizando los criterios propuestos por la SEEDO (Sociedad Española para el estudio de la Obesidad), normopeso (IMC= 18,5- 24,9).

En relación con la actividad física de los entrevistados el 80% (84) realiza algún tipo de ejercicio física 3 veces en semana de manera extraescolar. El 20% (21) lleva una vida sedentaria.

Respecto a los hábitos dietéticos el 17,5% (18) de la muestra toma comida rápida entre 3 y 4 veces a la semana y el 9,5% (10) tomas alimentos fritos más de 3 y 4 veces a la semana, existiendo una buena adherencia a una dieta variada y equilibrada.

Un 57,14% (60) reconoce que cuando realiza sus tareas de estudio, ve la TV o hace uso del ordenador/console lo hace con una mala higiene postural en el sofá frente al 40% (42) que lo hacen en silla con respaldo.

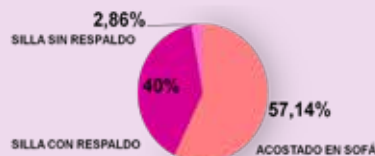
ACTIVIDAD Y TIPO



HÁBITOS ALIMENTARIOS



HIGIENE POSTURAL



CONCLUSIONES:

La realización de los programas de Escuela de Espalda actuales consisten en la enseñanza de forma individualizada o grupal de 5 niños, en donde reciben una batería de ejercicios acorde a su patología (hipercifosis dorsal, escoliosis e hiperlordosis) ayudando a disminuir su dolor y a mejorar sus hábitos posturales, disminuyendo así la prevalencia de padecer deformidades y mejorando su calidad de vida. Se corrigen de forma diaria durante 5 sesiones que dura el tratamiento, pero no es suficiente, si no se logra un buen adiestramiento y adherencia a las distintas pautas del Fisioterapeuta.

Por ello, es necesario involucrar a un adulto responsable que pueda continuar la función del Fisioterapeuta, fomentando un estilo de vida saludable y más concreto en higiene postural en el domicilio, según los resultados de nuestro estudio. Hay que dar especial importancia a evitar posturas mantenidas, hay que reducir los periodos sedentarios y reforzar las medidas y estrategias de higiene postural y ergonomía en las actividades de la vida diaria y mejora en su esquema corporal.



Resumen: *El estilo de vida sedentario, las inadecuadas posturas, los malos hábitos alimentarios o el peso de las mochilas pueden ocasionar deformidades en la espalda. La actividad física en niños y adolescentes consiste en deportes, actividades extraescolares y educación física en los centros educativos.*

Las consecuencias de la carencia de vitamina D y E puede conllevar que se produzcan deformaciones óseas. Ciertos alimentos a la dieta diaria ayudan a que los huesos se desarrollen correctamente. El desarrollo óseo del esqueleto se da en la adolescencia, por lo que debemos estar especialmente atentos en esta etapa y evitar una alteración negativa de la columna.

Palabras Clave: *Escoliosis, Hábitos alimenticios, Estilo De Vida*

Objetivos:

Objetivar los hábitos posturales, actividad física y hábitos alimentarios en los niños y adolescentes que se atienden en el Servicio de Rehabilitación por problemas de espalda, tanto desviaciones del raquis como dolores musculares.

Material:

Estudio longitudinal retrospectivo realizado durante los años 2020- 2021 en una GAI del SESCAM. La población de estudio la formaron los pacientes (menores de 16 años) derivados del Servicio de Rehabilitación al Servicio de Fisioterapia para la enseñanza de ejercicios, tanto estiramientos, como de potenciación de los diferentes grupos musculares (dependiendo de la patología), higiene postural y mejora en su esquema corporal.

En entrevista previa al tratamiento, se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), antropométricas (peso y talla), hábitos alimentarios, realización de ejercicio y ergonomía e higiene postural.

Resultados:

Se obtuvo una muestra de 105 pacientes, que participaron en nuestro estudio. El 54,78% (57) fueron mujeres y el 45,72% (48) hombres respectivamente. Todos ellos con edades comprendidas entre los 8-16 años. Se calculó el IMC como el peso (Kg) dividido entre el cuadrado de la talla (m), siendo el valor obtenido de la

muestra a estudio de 19,72, tipificándolo como normopeso, utilizando los criterios propuestos por la SEEDO (Sociedad Española para el estudio de la Obesidad), normopeso (IMC= 18,5- 24,9).

En relación con la actividad física de los entrevistados el 80% (84) realiza algún tipo de ejercicio física 3 veces en semana de manera extraescolar. El 20% (21) lleva una vida sedentaria.

Respecto a los hábitos dietéticos el 17,5% (18) de la muestra toma comida rápida entre 3 y 4 veces a la semana y el 9,5% (10) tomas alimentos fritos más de 3 y 4 veces a la semana, existiendo una buena adherencia a una dieta variada y equilibrada.

Un 57,14% (60) reconoce que cuando realiza sus tareas de estudio, ve la TV o hace uso del ordenador/console lo hace con una mala higiene postural en el sofá frente al 40% (42) que lo hacen en silla con respaldo.

Conclusión:

La realización de los programas de Escuela de Espalda actuales consiste en la enseñanza de forma individualizada o grupal de 5 niños, en donde reciben una batería de ejercicios acorde a su patología (hipercifosis dorsal, escoliosis e hiperlordosis) ayudando a disminuir su dolor y a mejorar sus hábitos posturales, disminuyendo así la prevalencia de padecer deformidades y mejorando su calidad de vida. Se corrigen de forma diaria durante 5 sesiones que dura el tratamiento, pero no es suficiente, si no se logra un buen adiestramiento y adherencia a las distintas pautas del Fisioterapeuta.

Por ello, es necesario involucrar a un adulto responsable que pueda continuar la función del Fisioterapeuta, fomentando un estilo de vida saludable y más concreto en higiene postural en el domicilio, según los resultados de nuestro estudio. Hay que dar especial importancia a evitar posturas mantenidas, hay que reducir los periodos sedentarios y reforzar las medidas y estrategias de higiene postural y ergonomía en las actividades de la vida diaria y mejora en su esquema corporal.

Bibliografía:

1. Garrote N, del Campo J, Navajas R. Diseño y desarrollo de tareas motoras en educación primaria. Dirección General de Deportes. Consejería de Educación Comunidad de Madrid. 2003.
2. Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales de actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2010.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015.

Capítulo 118

Hemorragia postparto. Principales factores de riesgo. Tratamiento inmediato

García Mulas, Carmen

HEMORRAGIA POSTPARTO.PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO. TRATAMIENTO INMEDIATO

AUTORA: Isabel García Mulas

INTRODUCCION

Se define la hemorragia postparto (HPP) como la pérdida hemática superior a 500 ml en el parto por vía vaginal y superior a 1.000 ml en el parto por cesárea.

Se clasifican en:

Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a atonía uterina.

Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.

La hemorragia de origen obstétrico es la causa más frecuente de atención médica entre las urgencias obstétricas. Es considerada la primera causa de mortalidad entre las mujeres gestantes en todo el mundo. Ocurre con la frecuencia de 6,7 por 1000 partos.

OBJETIVO

Ser capaz de hacer un diagnóstico precoz de una HPP y aplicar el tratamiento adecuado de forma inmediata para prevenir las complicaciones que pueden presentarse en la mujer tras el parto.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos, Medline, Embase, y Cochrane, utilizando los términos de búsqueda: "postpartum hemorrhage, obstetric emergencies and uterine atony". Los estudios seleccionados fueron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos controlados y guías de práctica clínica publicados entre el año 2012 y el 2020. En total 18 ensayos clínicos han sido incluidos en la revisión: 11 ensayos controlados aleatorizados y 9 ensayos aleatorizados no controlados.

ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

ATONIA UTERINA (TONO)

- CAUSAS: Sobredistensión uterina, agotamiento muscular o corioamionitis.
- FACTORES DE RIESGO: Gestación múltiple, hidramnios, feto macrosoma, parto prolongado y/o rápido, elevada multiparidad, acretismo placentario, cirugía uterina previa fiebre o RPM prolongada.

RETENCION DE TEJIDO (TEJIDO)

- CAUSAS: Placenta o presencia de coágulos.
- FACTORES DE RIESGO: Acretismo placentario o cirugía uterina previa.

LESIÓN DEL CANAL DEL PARTO (TRAUMA)

- CAUSAS: Dehiscencia o rotura uterina, desgarros del canal del parto o inversión uterina.
- FACTORES DE RIESGO: Cirugía uterina previa (cesárea), parto instrumental, distocia, hiperdinami, versión cefálica externa, fase de expulsivo precipitada, alumbramiento manual, acretismo placentario o maniobra de Crédé.

ALTERACION DE LA COAGULACIÓN (TROMBINA)

- CAUSAS: Adquiridas o congénitas
- FACTORES DE RIESGO: Preeclampsia, síndrome de Hellp, CID, embolia de líquido amniótico, sepsis, abrupcio placentae, enf. de Von Willebrand o hemofilia tipo A

TRATAMIENTO CASCADA DE ACTUACION

PRIMER NIVEL

- Reemplazo adecuado del volumen perdido (calculado por los signos y síntomas de choque), el uso de uterotonicos (oxitocina, ergometrina y misoprostol) y masaje uterino.

SEGUNDO NIVEL

- Compresión bimanual uterina (interna-externa) y compresión aórtica con control de pulso femoral. El uso último de Balón intrauterino ha mostrado una efectividad de hasta 91.5% y por lo tanto, su uso ha sido recomendado en diferentes trabajos.

TERCER NIVEL

- Uso temprano de plasma fresco congelado (PFC), plaquetas (PK), glóbulos rojos y el Factor VII activado recombinante (rFVIIa).
- Colocación de balones intraarteriales (en arterias hipogástricas) e histerectomía obstétrica

La HPP es considerada la primera causa de mortalidad entre las mujeres gestantes en todo el mundo, por ello debemos conocer los factores de riesgo asociados para un diagnóstico eficaz y poder así aplicar un correcto tratamiento. El manejo adecuado de la patología médica asociada es vital para lograr una disminución en su incidencia.

Resumen: Se define la hemorragia postparto (HPP) como la pérdida hemática superior a 500 ml en el parto por vía vaginal y superior a 1.000 ml en el parto por cesárea.

La hemorragia de origen obstétrico es la causa más frecuente de atención médica entre las urgencias obstétricas siendo considerada la primera causa de mortalidad entre las mujeres gestantes en todo el mundo. Debemos establecer un diagnóstico precoz y aplicar el tratamiento adecuado de forma inmediata para prevenir las complicaciones que pueden presentarse en la mujer tras el parto.

Palabras Clave: Postpartum Hemorrhage, Obstetric Emergencies, Uterine Atony

Introducción:

La hemorragia post parto (HPP) se describe como la pérdida de sangre ≥ 500 ml después del parto vaginal o ≥ 1000 ml después del parto por cesárea. Hay autores que la definen como la disminución del hematocrito en un 10 %, la necesidad de transfusión o cualquier pérdida de sangre que sea una amenaza para la estabilidad hemodinámica de la mujer.

La mayoría de las clasificaciones la dividen en primaria o secundaria: Se produce la hemorragia postparto primaria en las primeras 24 horas después del parto (también llamada hemorragia post parto inmediata) y la hemorragia postparto secundaria se produce 24 horas a 12 semanas después del parto (también llamada tardía).

Las instituciones sanitarias incluyen la hemorragia postparto en la lista "Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente" que impulsa en todo el mundo. El objetivo consiste en reducir

el riesgo de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos y lograr que ningún país supere el doble de la media mundial.

Objetivo:

Ser capaz de hacer un diagnóstico precoz de una HPP y aplicar el tratamiento adecuado de forma inmediata para prevenir las complicaciones que pueden presentarse en la mujer tras el parto.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo más frecuentes asociados con la hemorragia son:

Retención de placenta y/o membranas, la falta de progreso durante la segunda etapa del parto, placenta mórbidamente adherida, laceraciones, parto instrumental, grande para la edad gestacional (por ejemplo, > 4.000 g), trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia, HELLP) e inducción del parto.

Etiología de la HPP

Se suele usar la regla nemotécnica de las 4 T para recordarla:

Tono- Atonía uterina: La causa más común de la HPP es la atonía uterina (falta de contracción efectiva del útero después del parto). El diagnóstico se realiza si el útero no se torna firme después del masaje uterino y la administración de agentes uterotónicos. La atonía puede ser difusa o localizada a un área del músculo uterino. En este último, la región del fondo uterino puede estar bien contraída,

mientras que el segmento uterino inferior se dilata y se mantiene atónico, siendo muy difícil de apreciar en el examen físico. Las mujeres con hemorragia persistente a pesar de un fondo uterino firme deben someterse a un examen vaginal para identificar atonía del segmento inferior del útero, así como laceraciones cervicales y vaginales.

Trauma- Lesiones del canal genital: Puede ser debido a laceraciones, incisiones quirúrgicas, o ruptura uterina. Las laceraciones cervicales y vaginales pueden desarrollarse espontáneamente o pueden estar relacionados con las intervenciones realizadas.

Trombina- Alteraciones de la coagulación: Es tanto causa como consecuencia de la HPP y a sangrado abundante persistente, independientemente de la causa, conduce al consumo de factores de coagulación y la hemodilución de factores de coagulación restantes.

Tejido- Retención de productos de la concepción: Debido fundamentalmente a presencia de acretismo placentario o retenciones de placenta en el parto.

Tratamiento Inmediato:

El tratamiento inmediato, dividido en niveles de actuación son:

Primer nivel: Reemplazo adecuado del volumen perdido (calculado por los signos y síntomas de choque), el uso de uterotónicos (oxitocina, ergometrina y misoprostol) y masaje uterino.

Segundo nivel: Compresión bimanual uterina (interna-externa) y compresión aórtica con control de pulso femoral. El uso último de Balón intrauterino ha mostrado una efectividad de hasta 91.5%.

Tercer nivel: Uso temprano de plasma fresco congelado (PFC), plaquetas (PK), glóbulos rojos y el Factor VII activado recombinante (rFVIIa). Colocación de balones intraarteriales (en arterias hipogástricas) e histerectomía obstétrica.

La intervención temprana puede evitar descargas (perfusión inadecuada y la oxigenación de los tejidos) y el desarrollo de la tríada letal de hipotermia, acidosis y coagulopatía.

Conclusión:

La HPP es considerada la primera causa de mortalidad entre las mujeres gestantes en todo el mundo, por ello debemos conocer los factores de riesgo asociados para un diagnóstico eficaz y poder así aplicar un correcto tratamiento.

Los factores de riesgo son identificables y esto nos permite anticiparnos y poder

elegir una mejor terapéutica. El manejo adecuado de la patología médica asociada es vital para lograr una disminución en su incidencia.

Bibliografía:

1. Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Palmsten K, et al. Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2014.
2. Conrad LB, Groome LJ, Black DR. Management of Persistent Postpartum Hemorrhage Caused by Inner Myometrial Lacerations. *Obstet Gynecol* 2015
3. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No.183. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017
4. Smith JR, Brennan BG. Postpartum hemorrhage: Background, Problem, Epidemiology. *Medscape* 2017 Accepted

Capítulo 119

Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos

Tentea, Laura Luminita

Manzaneque López, Gemma

López Ruiz, Cecilia Maria

Díaz Gallego, César

HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

XII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia. SATSE

AUTORES: Laura Luminita Tentea; Gema Manzanéque López; Cecilia María López Ruiz; César Díaz Gallego

INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidados Intensivos (UCI) es un servicio independiente que está situado dentro del hospital y que cuenta con un equipo multidisciplinario que proporciona soporte vital y monitorización continua a los pacientes críticamente enfermos.

En muchos artículos la UCI se define como un lugar hostil, frío con ruido continuo provocado por alarmas de monitorización, pero también se describe que es el sitio que "regala la vida". (1).

OBJETIVOS

Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para mejorar la comunicación entre el personal de enfermería, pacientes y sus familiares en la unidad de cuidados intensivos.

Identificar las necesidades del paciente crítico y familia en el área psicológica.

Detectar y valorar la situación del paciente y familia, adecuando la formación e información.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación cualitativa

Revisión
Bibliográfica

Bases de datos

PubMed
Cuiden Plus

Criterios de inclusión

< 10 años
Revisión 15 artículos
✓ 5 artículos
Idiomas: Español, Inglés

RESULTADOS



CONCLUSIONES

Humanizar es encontrar la excelencia del cuidado desde un punto de vista multidimensional abordando a la persona y a su entorno y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y empatía con autocritica y capacidad de mejora.

Son los profesionales de las unidades de cuidados intensivos quienes tienen el compromiso moral de liderar el camino hacia la humanización del enfermo crítico y producir el cambio.

Resumen: En muchos artículos la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como un lugar hostil, frío y desconocido que puede llegar a difundir el miedo tanto a los pacientes como a los familiares pero en realidad es el sitio que “regala la vida”.

Humanizar la UCI debe hacerse desde todos los ámbitos, orientando estos hacia la salud física, social, emocional pero también la espiritual. Esto nos exige enfocarnos y centrarnos en la persona ya que cada persona es única y sus valores y creencias son distintas, buscando finalmente el bienestar del paciente y su familia.

Palabras Clave: Cuidados intensivos, Nursing care Humanización, UCI

Introducción:

Los avances científico-tecnológicos han mejorado claramente tanto nuestra calidad como esperanza de vida, pero este gran avance muchas de las veces no ha ido acompañado de los aspectos humanos necesarios para cuidar al paciente.

Por esta razón la “humanización” ha de establecerse entre el personal sanitario y el paciente como con sus familiares, siendo esencial en todo el proceso.

A pesar de la primera impresión que pueda dar una UCI, debido a la gravedad de los pacientes, la tendencia actual en los hospitales tiende a implantar cada vez más programas de humanización como “UCI de puertas abiertas” donde el cuidador o la familia puedan acompañarles durante más tiempo en su estancia hospitalaria.

Además, el hecho de hacerles partícipes en el proceso, ayuda en la recuperación y el entendimiento del tratamiento que a su vez facilita la comunicación y aporta un mayor beneficio para el paciente y la familia con el personal hospitalario.

Por todo ello, el equilibrio entre la comunicación y el aislamiento es el gran reto al que se enfrenta la humanización en UCI y cuyos afectados, cada uno en su medida, son el profesional de enfermería, los pacientes y sus familiares.

Objetivo:

- Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para mejorar la comunicación entre el personal de enfermería, pacientes y sus familiares en la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar las necesidades del paciente crítico y familia en el área psicológica.
- Detectar y valorar la situación del paciente y la familia adecuando la formación e información.

Material y Método:

Para la selección de los artículos se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y CuidenPlus. Artículos publicados desde el año 2014 hasta la actualidad.

Resultados:

En cuanto a los resultados del trabajo están principalmente enfocados en la

- Comunicación.
- UCI de puertas abiertas.
- El bienestar del paciente.
- Participación de los familiares en el cuidado.
- Cuidados a los profesionales.
- Seguimiento post cuidados intensivos.
- Arquitectura humanizada.
- Cuidados al final de la vida.

Conclusiones:

La humanización y la comunicación, cuando se trata en el escenario de la UCI, se vuelve aún más difícil, añadiendo una nueva variable a la complejidad del mismo, debido a la dificultad de comunicación con pacientes críticos y las restricciones de visitas que los familiares sufren por las condiciones tan delicadas que vive el paciente.

Pacientes intubados, en estado crítico o simplemente desorientados, produce un nuevo factor de dificultad en la tarea de la comunicación entre el personal sanitario, paciente y sus familiares. Estos impedimentos pueden a su vez generar una insatisfacción profesional y el aumento de los niveles de estrés del personal, así como un aumento paralelo de las quejas de los pacientes.

El “aislamiento” al que se somete un paciente en UCI dificulta en gran medida la comunicación entre paciente-familiar. Este escenario plantea dificultades que afectan a todo el entorno que interviene en el mismo, incluida la relación con los profesionales de la salud. Este microsistema, dentro del gran entramado del mundo hospitalario, genera una situación extra de estrés en el que el personal sanitario, el paciente y los familiares están obligados a entenderse bajo unas condiciones aún más complejas dada la situación actual.

Por esta razón, la importancia de la humanización y la comunicación en UCI es tan delicada como necesaria para establecer los correctos flujos de información que ofrezcan garantías de éxito en el desempeño profesional del personal sanitario, así como que produzcan un efecto de tranquilidad en el paciente y sus familiares, que ayuden a solventar el escenario de dudas, inquietudes y miedos por las que pasan en esos momentos.

Todo ello, lleva a la creación y la necesidad de la implantación de un plan de humanización de la asistencia sanitaria, concretamente en UCI, que al ser un servicio especial hasta no hace mucho tiempo era el gran desconocido para la mayoría de los pacientes y familiares.

Bibliografía:

1. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva* 2014 August–September 2014; 38(6):371-375. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>

2. Heras G. Plan de Humanización de las UCI de la Comunidad de Madrid [Internet]. Proyectohuci.com. [citado el 30 de octubre de 2021]. Disponible en: [https:// proyectohuci.com/es/plan-de-humanizacion-de- las-uci-de-la/](https://proyectohuci.com/es/plan-de-humanizacion-de-las-uci-de-la/)
3. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev Bioet Derecho. 2020;(48):111–26.
4. De la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva (Engl Ed). 2018;42(2):99–109.

Capítulo 120

Impacto de la anquiloglosia en la instauración de la lactancia materna: estudio descriptivo transversal

Gómez Gutiérrez , María José

Impacto de la anquiloglosia en la instauración de la lactancia materna: estudio descriptivo transversal



Gómez Gutiérrez, MJ.

INTRODUCCIÓN

La anquiloglosia es una anomalía congénita del desarrollo lingual del recién nacido (RN) que cursa con un frenillo anormalmente corto y grueso. Entre sus principales repercusiones destaca la dificultad en la correcta instauración de la lactancia materna (LM) indolora y efectiva nutricionalmente, hecho supeditado a la longitud, elasticidad y punto de inserción de dicho frenillo.

OBJETIVOS



- ▶ Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la correcta instauración de lactancia materna en ambos grupos.
- ▶ Identificar los signos/síntomas sufridos durante la instauración.
- ▶ Analizar las medidas más efectivas para paliar la anquiloglosia.

PALABRAS CLAVE

Anquiloglosia, lactancia materna, frenillo corto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, con una muestra formada por:



GRUPO 1: 40 ♀ con RN con anquiloglosia
GRUPO 2: 40 ♀ con RN sin anquiloglosia

CRITERIOS

- ✔ INCLUSIÓN: ♀ con parto jun-dic/2020 de RN con/sin anquiloglosia, lactancia materna
- ✘ EXCLUSIÓN: lactancia artificial, ♀ con parto no comprendido entre jun-dic/2020



Obtención de datos con encuestas autoadministradas de 8 preguntas con respuesta única o múltiple. Contexto: junio-diciembre 2020



Intervalos de confianza (IC95%), Chi-cuadrado, $p < 0,05$. Programa estadístico SPSS para el análisis de datos.

RESULTADOS

GRÁFICO 1. ¿Cómo definiría la instauración de la lactancia materna con su hijo/a?

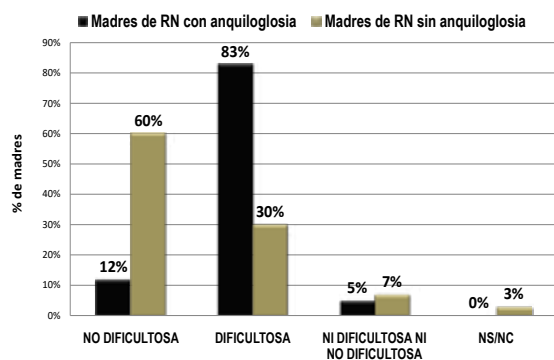


TABLA 1. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre la correcta instauración de la lactancia materna en ambos grupos?

	Instauración correcta LM		Instauración difícil LM		DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE)	INTERVALO CONFIANZA (IC95%)
	n	%	n	%		
INSTAURACIÓN LM (✔)	5	12%	24	60%	15,47	6,82-13,18
INSTAURACIÓN LM (✘)	33	83%	12	30%	10,49	7,78-12,22

$\chi^2 = 22,202$; χ crítico = 3,8415; nivel de significación $p = 2 \cdot 10^{-6}$
 $p < 0,05 \rightarrow$ se rechaza la H_0 que afirmaba que las diferencias entre la correcta instauración de la LM en recién nacidos con y sin anquiloglosia eran debidas al azar, ya que existen diferencias significativas.

GRÁFICO 2. ¿Cuál o cuáles de los siguientes signos y/o síntomas han aparecido durante la instauración de la lactancia materna?
(Podían seleccionarse varias respuestas, por ello, suma más del 100%)

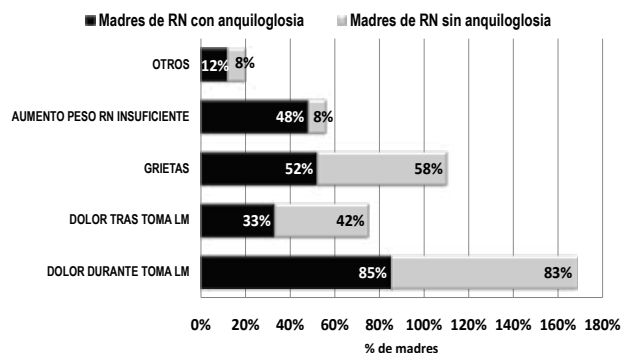
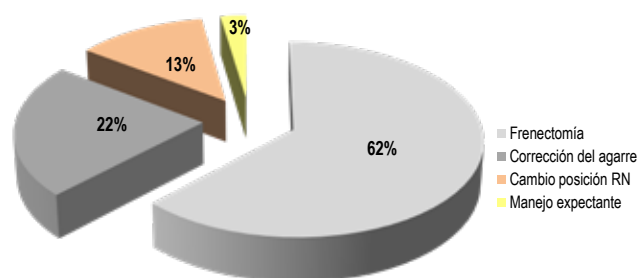


GRÁFICO 3. ¿Qué medida considera que fue más efectiva para paliar la instauración difícil de la lactancia materna?



CONCLUSIONES

- ▶ Existen **diferencias estadísticamente significativas** entre la instauración de LM en ambos grupos.
- ▶ El **dolor durante la toma de LM** y las **grietas** fueron los signos que predominaron en madres de RN con anquiloglosia.
- ▶ La **medida más efectiva** según las madres de RN con anquiloglosia fue la **frenectomía (62%)**.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ AEP: Asociación Española de Pediatría. Frenillo lingual corto: ¿cuándo es un problema? [Internet]. Madrid: 2020. [2 pantallas].
- ▶ Orte-González EM, Alba-Giménez L, Serrano-Alvar B. La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): e50-e57.
- ▶ Pastor T, Rodríguez P, Ferrás E, Padró E. Ankyloglossia and breastfeeding problems, multidisciplinary management. *Rev Logop, Foniatria y Audiologia.* 2017. 37(1):4-13.

Resumen: *Introducción: la anquiloglosia es una alteración de tipo congénito en el desarrollo lingual del recién nacido que cursa con frenillo corto y grueso.*

Objetivo: determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la correcta instauración de lactancia materna en ambos grupos.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal entre junio y diciembre de 2020, sobre una muestra de 80 mujeres.

Resultados: un 83% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 30% de las madres de recién nacidos sin anquiloglosia consideran la lactancia materna como "difícil".

Conclusiones: existen diferencias estadísticamente significativas entre la instauración de lactancia materna en ambos grupos.

Palabras Clave: *Postpartum Hemorrhage, Obstetric Emergencies, Uterine Atony*

Introducción:

La anquiloglosia es una anomalía congénita del desarrollo lingual del recién nacido (RN) que cursa con un frenillo anormalmente corto y grueso. Entre sus principales repercusiones destaca la dificultad en la correcta instauración de la lactancia materna (LM) indolora y efectiva nutricionalmente, hecho supeditado a la longitud, elasticidad y punto de inserción de dicho frenillo.

Objetivo:

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la correcta instauración de lactancia materna en ambos grupos.

Los objetivos secundarios de la investigación han sido los siguientes:

- Identificar los signos/síntomas sufridos durante la instauración.
- Analizar las medidas más efectivas para paliar la anquiloglosia.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal entre los meses de junio y diciembre del año 2020. La muestra formada por dos grupos:

- Grupo 1: constituido por 40 mujeres con recién nacidos con anquiloglosia.
- Grupo 2: constituido por 40 mujeres con recién nacidos sin anquiloglosia.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: sexo femenino, parto desarrollado entre junio y diciembre de 2020, tener un recién nacido con anquiloglosia y estar alimentado con lactancia materna. Los criterios de exclusión tenidos en cuenta fueron: mujer con parto no comprendido entre junio y diciembre de 2020, y alimentación del recién nacido con lactancia artificial.

Para la obtención de datos se utilizaron encuestas autoadministradas con ocho items con respuesta única o múltiple. Respecto al análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS con intervalos de confianza (IC95%), análisis Chi-cuadrado y nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados:

En cuanto a la pregunta “¿cómo definiría la instauración de la lactancia materna con su hijo o hija?” un 12% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 60% de las madres de recién nacidos sin anquiloglosia consideran la lactancia materna como “no dificultosa”. Un 83% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 30% de las madres de recién nacidos sin anquiloglosia consideran la lactancia materna como “dificultosa”. Un 5% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 7% de las madres de recién nacidos sin anquiloglosia consideran la lactancia materna como “ni dificultosa ni no dificultosa”. Por último, un 0% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 3% de las madres de recién nacidos sin anquiloglosia no saben o no contestan.

Si realizamos un contraste de hipótesis Chi cuadrado, los resultados obtenidos son: Chi cuadrado=22,202; Chi crítico=3,8415; nivel de significación $p=2 \times 10^{-6}$ Se rechaza la hipótesis nula que afirmaba que las diferencias en la correcta instauración de la lactancia materna en recién nacidos con y sin anquiloglosia eran debidas al azar. Por tanto, como $p < 0,05$ podemos establecer que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En cuanto a la pregunta “¿cuál o cuáles de los siguientes signos y/o síntomas han aparecido durante la instauración de la lactancia materna?” (admitida respuesta múltiple por lo que pueden sumar más del 100%), un 85% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 83% de las madres de recién nacidos sin ella seleccionaron el dolor durante la toma de lactancia materna. Un 33% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 42% de las madres de recién nacidos sin ella seleccionaron el dolor tras la toma de lactancia materna. Un 52% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 58% de las madres de recién nacidos sin ella seleccionaron las grietas. Un 48% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 8% de las madres de recién nacidos sin ella seleccionaron el aumento ponderal insuficiente del recién nacido. Por último, el 12% de las madres de recién nacidos con anquiloglosia y un 8% de las madres de recién nacidos sin ella hablaron de otros signos y/o síntomas.

En último lugar, ante la pregunta “¿qué medida considera que fue más efectiva para paliar la instauración dificultosa de la lactancia materna?” un 62% de la muestra se decantó por la frenectomía, un 22% por la corrección del agarre, un 13% por el cambio de posición del recién nacido durante la toma y el 3% restante por un manejo expectante.

Conclusiones:

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre la instauración de LM en ambos grupos.
- El dolor durante la toma de LM y las grietas fueron los signos que predominaron en madres de RN con anquiloglosia.
- La medida más efectiva según las madres de RN con anquiloglosia fue la frenectomía (62%).

Bibliografía:

1. AEP: Asociación Española de Pediatría. Frenillo lingual corto: ¿cuándo es un problema? [Internet]. Madrid: 2020: [2 pantallas].
2. Orte-González EM, Alba-Giménez L, Serrano-Alvar B. La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): e50-e57.
3. Pastor T, Rodríguez P, Ferrés E, Padró E. Ankyloglossia and breastfeeding problems, multidisciplinary management. *Rev Logop, Foniatria y Audiología.* 2017. 37(1):4-13

Capítulo 121

Impacto del duelo perinatal en familias

Zarco González , Carmen María

Vidal Arenas, Mónica

Impacto del duelo perinatal en las familias.

XII Congreso Investigación Enfermería y Fisioterapia

Autoras: Zarco González C.M., Vidal Arenas M.



fuden

INTRODUCCIÓN

Son muchas las mujeres y familias que pasan por la muerte de un hijo o una hija durante el embarazo o parto. Tras la pérdida los padres experimentan sentimientos de culpa, envidia, dolor o trastornos de estrés postraumático, entre otras muchas cosas. Además, las decisiones que se tienen que tomar en un ILE o IVE son complejas y las mujeres necesitan apoyo emocional, sin juicios, sintiéndose comprendidas. Los profesionales sanitarios debemos acompañar en todo momento a la mujer y su familia, para que el manejo de este acontecimiento tan importante en sus vidas.

OBJETIVOS

- Conocer las consecuencias de una muerte perinatal en la mujer y su familia.
- Aportar herramientas útiles para el personal sanitario en el manejo de la muerte perinatal.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica. Periodo de búsqueda: 2015 a 2021. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previamente; búsqueda genérica en Google.

RESULTADOS

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 11 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 6 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

Bibliografía



CONCLUSIONES

La mujer que experimenta la pérdida de un hijo durante el período perinatal o un aborto, suelen verse sometidas a un intenso dolor, que en la gran mayoría de ocasiones se ve agravado por las presiones sociales y el aislamiento. Esto desencadena consecuencias psicológicas a largo plazo. Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de acompañar y guiar a las mujeres en este proceso, sin juicios de valor. La creación de recuerdos físicos y emocionales (cajita de recuerdos), puede brindar gran satisfacción a los padres respecto con el cuidado que reciben. Para ello, una buena comunicación a lo largo de toda la intervención, con decisiones compartidas y dándoles el tiempo que necesitan, son cruciales para un manejo adecuado. Las experiencias de los padres al ver y sostener a su bebé fallecido suelen ser muy positivas. El objetivo es que las familias tengan un duelo acompañado, donde puedan hablar del tema y expresar sus emociones, tanto con los profesionales como con sus familiares y amigos. Desde las instituciones debemos luchar para que las mujeres sean atendidas lo mejor posible, sintiéndose acompañadas y seguras.

Resumen: *Experimentar la pérdida de un hijo durante el período perinatal o en un aborto, genera un intenso dolor, que en la gran mayoría de ocasiones se ve agravado por las presiones sociales y el aislamiento. Esto conlleva consecuencias psicológicas a largo plazo. Los sanitarios tenemos la obligación de acompañar y guiar a las mujeres en este proceso, sin juicios de valor. Con la creación de recuerdos físicos y emocionales, se puede brindar gran satisfacción a los padres. Tener en consideración todos estos aspectos, es muy importante para el bienestar de la mujer y su familia.*

Palabras Clave: *abortion fetal death emociones*

Introducción:

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previa búsqueda genérica en Google. Los objetivos son:

- Conocer las consecuencias de una muerte perinatal en la mujer y su familia.
- Aportar herramientas útiles para el personal sanitario en el manejo de la muerte perinatal.

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 11 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 6 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

Son muchas las mujeres y familias que pasan por la muerte de un hijo o una hija durante el embarazo o parto. Tras la pérdida los padres experimentan sentimientos de culpa, envidia, dolor o trastornos de estrés postraumático, entre otras muchas cosas. Además, las decisiones que se tienen que tomar en un ILE o IVE son complejas y las mujeres necesitan apoyo emocional, sin juicios, sintiéndose comprendidas.

Los profesionales sanitarios debemos acompañar en todo momento a la mujer y su familia, para que el manejo de este acontecimiento tan importante en sus vidas. Los últimos estudios al respecto destacan que la creación de recuerdos físicos y emocionales (cajita de recuerdos, fotografías, ponerle el nombre, vestirlo, verlo, cogerlo...) brinda gran satisfacción a los padres. Se necesita hablar del tema, desde la empatía y la escucha activa, para poder acompañar a estos padres en su duelo, intentando que este no sea patológico.

Es necesario de dejé de ser un tema tabú, para que las familias y sus seres queridos asuman la pérdida de la mejor forma posible. Desde las instituciones debemos luchar para que las mujeres sean atendidas lo mejor posible, sintiéndose acompañadas y seguras.

Bibliografía:

1. Roberts LR, Renati SJ, Solomon S, Montgomery S. Perinatal Grief Among Poor Rural and Urban Women in Central India. *Int J Womens Health*. 2021 Mar 9;13:305-315. doi: 10.2147/IJWH.S297292. PMID: 33727864; PMCID: PMC7955753.
2. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Apoyo para madres, padres y familias después de la muerte perinatal. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2013, número 6. Art. No .: CD000452. DOI: 10.1002 / 14651858.CD000452.pub3. Consultado el 25 de junio de 2021.

3. De Oliveira Salgado H., Betina Andreucci C., Rezende Gomes A.C., Paulo Souza J. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. *Reprod Health* 2021, 18:5. [https:// doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4](https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4).

Capítulo 122

Importancia de la enfermera escolar en la prevención de la obesidad infantil

Muñoz - Quirós Rodríguez - Manzaneque, Laura

Plaza Campos, Beatriz

Velázquez Peña, Manuel Jesús

Montes Mansilla, Marta

Rodríguez Montero, Ángel Antonio

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

SATSE

Autores: Muñoz Quirós Rodríguez Manzanque , Laura/ Velázquez Peña, Manuel Jesús/Montes Mansilla, Marta/ Rodríguez Montero, Ángel Antonio/ Plaza Campos, Beatriz

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la obesidad infantil es un problema de salud que preocupa en todas las parte del mundo, debido a las consecuencias de salud tanto a corto como a largo plazo. A su vez la prevalencia de la obesidad infantil aumenta cada año, debido principalmente a los malos hábitos alimentarios y el poco ejercicio físico que los niños llevan a cabo, todo esto ha provocado que en España se la conozca con el término de "obesidad epidémica".

Como los niños pasan la mayor parte del tiempo en los colegias y es donde más aprenden, se ve necesaria la figura de la enfermera escolar para que les enseñe educación para la salud y poder prevenir la obesidad a tiempo.

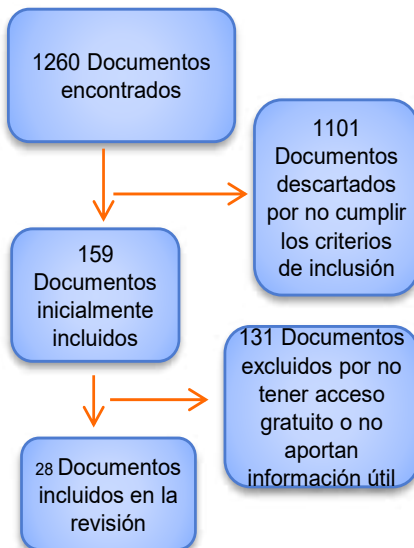
OBJETIVOS

- Conocer las actividades de la enfermera escolar para la prevención de la obesidad en la infancia
- Fomentar una dieta saludable y ejercicio físico

MATERIAL Y MÉTODOS

He llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Dialnet, Cuiden, Anales de Pediatría. También en documentos de Google Académico, publicaciones de la OMS, UNICEF y del Ministerio de Sanidad. Palabras claves: "obesidad infantil y enfermería" "childhood obesity" "childhood obesity and nurse" "Enfermera escolar" "Consecuencias de la obesidad" Criterios de inclusión: Artículos publicados entre el 2015 y el 2020, ambos inclusive, documentos de acceso gratuito, realizados en humanos y escritos en español o inglés.

RESULTADOS



Estudio	País	Diseño	Intervención	Resultados
Jodar Lopez, R	España	Revisión bibliográfica	Lectura y análisis	La Enfermería se encuentra en un sitio estratégico para atender este síndrome, siendo una pieza clave en el sistema sanitario.
Antolín Rodríguez, R	España	Búsqueda sistemática	Lectura y análisis	Las intervenciones educativas deben ir dirigidas tanto a los niños, como a los padres y a los profesores.
Martinez-Alfonso, J. Pozuelo-Carrascosa,D.	España	Estudio de seguimiento	Análisis	Se vio un descenso de la obesidad en los escolares
López Manzano E.M, Fernández-Utrilla Miguel. P	España	Revisión bibliográfica	Lectura y análisis	La enfermería tiene un papel clave

CONCLUSIÓN

Después de analizar 28 documentos se puede concluir que la obesidad es un gran problema de salud que conlleva consecuencias tanto a corto como a largo plazo, que aunque comienza a disminuir sigue siendo un gran problema de salud, por ello la prevención es muy importante y la mejor forma de prevenir la obesidad infantil es con la figura de la enfermera escolar. Que se encargará del control del peso, y enseñar tanto a padres y niños la importancia de la dieta saludables y el ejercicio físico

Resumen: Hoy en día la obesidad infantil es un problema de salud que preocupa en todas las partes del mundo, debido a las consecuencias de salud tanto a corto como a largo plazo. Por ello es importante que este problema de salud se empiece a prevenir desde los colegios con la figura de la enfermera escolar.

Palabras Clave: Childhood Obesity, Obesity School, Nurse

Recomendaciones Nutricionales:

Una alimentación saludable en la infancia debe cumplir estos criterios:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y de continuidad hasta los 2 años.
- Fomentar los alimentos de origen vegetal. Eligiendo alimentos de temporada
- Evitar alimentos altamente procesados, ricos en grasas no saludables, azúcares, sal y bajos en vitaminas y minerales.
- Consumir 5 porciones de fruta y verduras al día.
- Incluir alimentos ricos en hidratos de carbono como tubérculos, y cereales de grano integral
- Alimentos ricos en proteínas como pescado, marisco, carne magra, legumbres y huevos y limitar el consumo de carne roja y carnes procesadas.
- Incluir lácteos como yogures, queso y leche.
- Utilizar cocciones al horno, al vapor o salteados, evitando los fritos.

Diversos estudios apoyan que el desayuno es la comida más importante del día ya que permite un mayor rendimiento físico y psicológico a lo largo del día. No desayunar conlleva factores de riesgo de padecer obesidad infantojuvenil. Hay que hacer desayunos que incluyan lácteos, carbohidratos, frutas, y proteínas para prevenir el sobrepeso.

Sin embargo, a un problema al que nos enfrentamos tanto el personal sanitario como los padres es que a los niños no les gustan todos los alimentos, un estudio realizado en el Hospital Mancha Centro estableció que la mayoría de los niños prefieren comer pasta, seguido de carne y arroz, y en lo que menos preferían comer podemos encontrar las frutas y verduras, así como el alimento que más les desagrada son las legumbres. Por lo tanto, se concluyó en el estudio que en esta zona se consume más carne y leche y menos frutas y verduras.

Recomendaciones sobre Actividad Física:

Según la estrategia NAOS diversos estudios realizados en 15 países europeos

determinan que España es uno de los países que menos actividad física se practica y se ha visto aumentado el número de horas que pasan los niños frente a una pantalla. Por lo tanto, hoy en día el ocio de los niños se ha visto que pasa siempre por una pantalla.

Al igual que con la dieta podemos encontrar recomendaciones para mejorar la actividad física como son: La OMS recomienda para los niños y adolescentes la práctica de un mínimo de 60 minutos al día de actividad física moderada, e incluir como mínimo 3 veces por semana, actividades vigorosas que permitan reforzar músculos y huesos.

- Además recomienda disminuir el uso de pantallas dejando sólo a 2 horas al día.
- La mayor parte de la actividad debe ser aeróbica.
- Practicar actividades físicas en familia y con amigos que fomenten experiencias positivas y refuercen el hábito.
- Utilizar el transporte activo para desplazarse, como la bicicleta o ir andando.
- 3 o más días por semana se deben hacer ejercicio de fuerza y resistencia.
- La actividad y el tipo de ejercicio se debe adaptar siempre a la condición y edad del niño.
- Las actividades que realice deben despertar el interés del niño para que continúen practicándolas a lo largo de la vida.

Funciones de la Enfermera Escolar para prevenir la Obesidad:

- Promover hábitos alimentarios saludables: incluyéndolos en los planes de estudios
- Fomentar la actividad física
- Control del peso: También la enfermera tiene que controlar el peso de los escolares.

-Actividad física y formación en salud y nutrición a niños y adolescentes en edad escolar: en este apartado, se reitera en la conveniencia de crear entornos física de calidad y de otras formas de actividad física puede contribuir a la mejora de la atención, del control y del procesamiento cognitivo en los niños. Así mismo, puede cambiar el estigma y los estereotipos, reducir síntomas de depresión, y mejorar el desempeño psicosocial.

Para todo esto se pueden realizar talleres y juegos que siempre motivan más a los niños y así les resulta más divertido.

Bibliografía:

1. Jódar López, R. Obesidad infantil: Prevención y promoción de estilos de vida saludables.2019. Biblioteca las Casas, v15: e12217.
2. Antolín Rodríguez, R. Alimentación del niño en edad preescolar. Importancia de la educación para la salud. Nure investigación, 15(94). 2018
3. Martínez Alfonso, J., & Pozuelo Carrasco, D. Estudio de seguimiento de la prevalencia de delgadez y sobrepeso de una cohorte de escolares de 4 a 6 años de Castilla la Mancha. Nutrición Hospitalaria, 2016.33(6):1299-1304.
4. López Manzano, E. M., & Fernández, P. Educación enfermera en la lucha contra obesidad infantil.2017. Paraninfo digital, N.º 27.

Capítulo 123

Importancia de una adecuada formación para afrontar el embarazo, parto y post-parto

Honrado López-Menchero, Aurora

Barrios Rubio, Laura

Rabadán Arévalo, Marta

Cortecero Sanz, María Cristina

Rodríguez Montero, Ángel Antonio

IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA FORMACIÓN PARA AFRONTAR EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO.

INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico en la mujer, que ocurre de manera natural (a no ser que surjan complicaciones que requieran la intervención médica). Aún así, es normal sentir miedo o inseguridad al momento de dar a luz.

Por ello, las clases de preparación al parto son unas **sesiones formativas teórico-prácticas** que tienen como objetivo preparar física y mentalmente tanto a la mujer como a su pareja, para uno de los momentos más especiales de su vida: la llegada de un hijo.

Entrenar la respiración, tonificar el suelo pélvico o preparar la mente son algunos de los puntos esenciales que una mujer embarazada debería cumplir en los meses previos al parto.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Comprobar la efectividad de las clases de preparación al parto en aquellas parejas que acuden a las mismas, y si los conocimientos que aprenden son eficaces para reducir los temores en cuanto al embarazo, parto y postparto.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y longitudinal, el cual se inició el 1 octubre de 2019 y concluyó el 31 de enero 2020.

Estudio llevado a cabo a una población constituida por parejas (mujeres y hombres) que acuden a clases preparto en dicho periodo y que una vez finalizado el proceso del puerperio se les pasa un cuestionario.

Se confeccionó un cuestionario con 12 preguntas el cual se le paso a un total de 30 parejas, de las cuales solo 22 acudieron a las clases y en base a cual esta confeccionado este estudio. Rellenado en común por ambos progenitores.

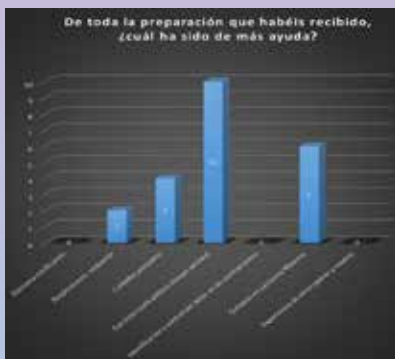
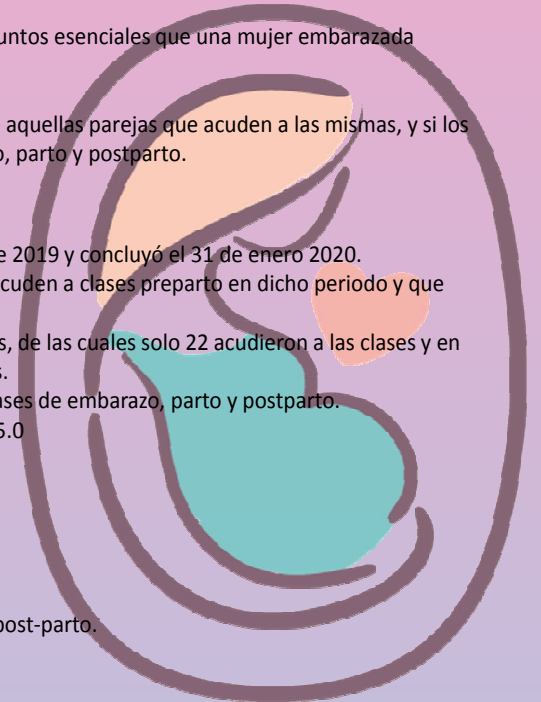
El cuestionario recoge preguntas sobre la experiencia y conocimientos adquiridos en las fases de embarazo, parto y postparto.

Los datos obtenidos en la encuesta fueron procesados por el programa estadístico SPSS 15.0

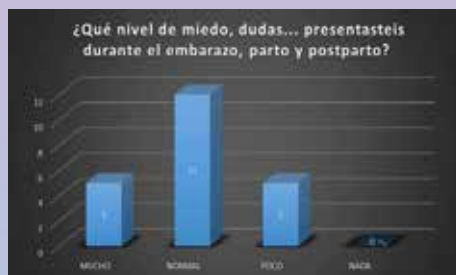
RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las 22 parejas que acudieron a las clases son los siguientes:

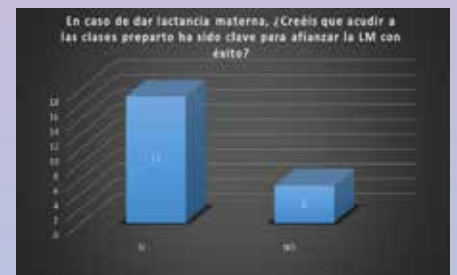
- ❖ El 100% creen que las clases de preparación al parto sí fueron beneficiosas.
- ❖ El 100% afrontaron más tranquilos y con más control el proceso de embarazo, parto y post-parto.
- ❖ El 100% si recomendarían las clases a otras parejas.



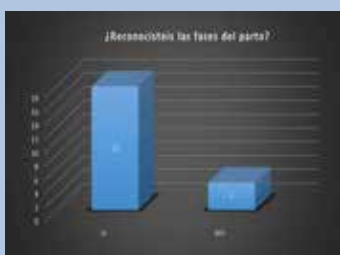
45% Masaje perineal
27,2% LM



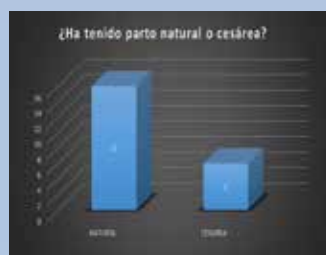
54,5% Presentaron un nivel de miedo normal



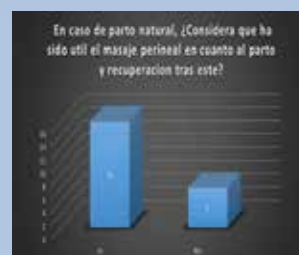
77,2% Iniciaron y mantuvieron con éxito la lactancia materna



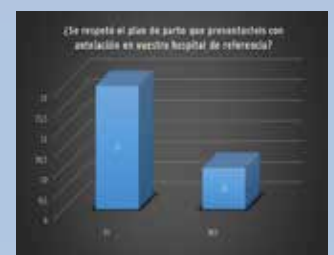
81,8% Reconocieron las fases del parto



72,7% Parto natural
27,2% Cesárea



72,7% de los partos naturales consideraron que les fue útil el masaje perineal



54,5% Si llevaron a cabo su plan de parto

CONCLUSIONES

Podemos deducir que el aporte de información que se les transmite en cada sesión es muy útil y necesaria tanto para el momento del parto por disminuir las inseguridades y miedos y reconocer de manera calmada las fases del mismo. Como en el post-parto al enfrentarse a situaciones como: la alimentación y cuidados esenciales del recién nacido.

Autores: Laura Barrios,Aurora Honrado,Cristina ,Marta Rabadán, Cristina Cortecero

Resumen: *Hicimos un estudio estadístico para conocer, a través de las parejas que acudían a las clases de preparación al parto, los conocimientos y beneficios que éstas aportaban a los futuros papás, y también conocer las necesidades que las parejas demandaban a los profesionales que les atendían.*

Palabras Clave: *Embarazo – Parto - Postparto*

Desarrollo del trabajo:

El parto es un proceso fisiológico en la mujer, que ocurre de manera natural (a no ser que surjan complicaciones que requieran de una intervención médica). Aun así, es normal sentir miedo o inseguridad al momento de dar a luz.

Por ello, las clases de preparación al parto son unas sesiones formativas teórico-prácticas que tienen como objetivo preparar física y mentalmente tanto a la mujer como a su pareja, para uno de los momentos más especiales de su vida: la llegada de un hijo.

Hacer ejercicios para entrenar la respiración, así como para tonificar el suelo pélvico o preparar la mente son algunos de los puntos esenciales que una mujer embarazada debería cumplir en los meses previos al parto.

Objetivos del Estudio:

Nuestro objetivo era comprobar la efectividad de las clases de preparación al parto en aquellas parejas que acuden a las mismas, y si los conocimientos y técnicas que aprenden son eficaces para reducir los temores en cuanto al embarazo, parto y postparto.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y longitudinal, el cual se inició el 1 de octubre de 2019 y concluyó el 31 de enero 2020.

Éste estudio fue llevado a cabo sobre una población constituida por parejas (en nuestro trabajo todas las parejas estaban formadas por mujeres y hombres) que acuden a clases preparto en dicho periodo y que una vez finalizado el proceso del puerperio se les pasa un cuestionario.

Se confeccionó un cuestionario con 12 preguntas, el cual, se le pasó a un total de 30 parejas, de las cuales solo 22 acudieron a las clases y en base a las cuales está confeccionado este estudio.

Rellenado en común por ambos progenitores.

El cuestionario recoge preguntas sobre la experiencia y conocimientos adquiridos en las fases de embarazo, parto y postparto.

Los datos obtenidos en la encuesta fueron procesados por el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados:

Los resultados obtenidos de las 22 parejas que acudieron a la clases son los siguientes:

-El 100% creen que las clases de preparación al parto sí fueron beneficiosas.

- El 100% afrontaron más tranquilos y con más control el proceso de embarazo, parto y postparto
- El 100% sí recomendarían las clases a otras parejas.

A continuación se describen también otras preguntas que se les hicieron y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- De toda la preparación que habéis recibido, ¿Cuál ha sido de más ayuda? de entre todas las opciones que se daban el 45% respondió masaje perineal como primera opción, frente al 27,2% lactancia materna como segunda opción.
- ¿Qué nivel de miedo, dudas, presentasteis durante el embarazo, parto y posparto? El 54,5% respondieron que un nivel de miedo normal
- En caso de dar lactancia materna, ¿creéis que acudir a las clases preparto ha sido clave para afianzar la lactancia materna con éxito? El 77,2% iniciaron y mantuvieron con éxito la lactancia materna.
- ¿Reconocisteis las fases del parto que se explican en las clases de preparación? Un 81,8% respondieron que sí reconocieron las fases durante el parto.
- ¿Has tenido parto natural o cesárea? 72,7% tuvo parto natural, frente a un 27,2% que le practicaron una cesárea.
- En caso de parto natural, ¿considera que ha sido útil el masaje perineal en cuanto al parto y recuperación tras éste? El 72,7% de las parejas que tuvieron parto natural consideraron que sí les fue útil el masaje perineal.
- ¿Se respetó el plan de parto que propusisteis con antelación en el hospital de referencia, días antes del parto? Un 54,5% contestó que sí respetaron su plan de parto.

Conclusiones:

Podemos deducir que el aporte de información que se les transmite en cada sesión es muy útil y necesaria tanto para el momento del parto por disminuir las inseguridades y miedos y reconocer de manera calmada las fases del mismo. Como en el postparto al enfrentarse a situaciones como: la alimentación y cuidados esenciales del recién nacido.

Bibliografía:

- 1- Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. 2017; 88(1): 07-14.
- 2 - Ospina Marín J; Urrego Jiménez A M, Betancourt Villamarín E A. La importancia de la lactancia en el desarrollo físico, psíquico y relacional del niño. Rev Vínculo. 2015, vol.12, n.1, pp. 07-18.
- 3 - Cabero i Roura L, Cabrillo Rodríguez E, Bajo Arenas J. 54. Puerperio fisiológico. Tratado de ginecología y obstetricia. 2ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 2014. p.456-461
- 4 - Laurrieta-Saiz I, Alonso-Salcines A, Alconero-Camarero A, Gil-Urquiza M, Terán Muñoz O, LópezMirones M. Plan de cuidados estandarizado durante el puerperio inmediato del parto normal. Nuberos Científica. [Internet] 2015;2 (15):74 - 80.

Capítulo 124

Infeccion por ITS. Neisseria Gonorrhoeae.

Nuñez Cabanillas, María del Carmen

Arriaga Rodríguez, Ana María

Rodrigo Marín, Esther María

INFECCIÓN POR ITS. *Neisseria Gonorrhoeae*

Núñez Cabanillas, M.C.; Rodrigo Marín, E.M.; Arriaga Rodriguez, A.M.

INTRODUCCIÓN

- Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre o con otras secreciones, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo, durante el parto o la lactancia, desde la madre al hijo.
- Las tasas de incidencia de las ITS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer que los pacientes con muchas ITS no se vuelvan contagiosos y curar a la mayoría.
- Cada día, más de un millón de personas en el mundo contraen una ITS. El 90 % entre los 15 y los 30 años, y sobre todo en menores de 25 años, solteros y sexualmente activos, además de los niños que nacen infectados. De esos 376 millones casi 300 millones son de sífilis, gonorrea y sida.
- En Europa, se dan 47 millones de nuevos casos de ITS curables cada año, sin contar el SIDA.
- Desde la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), se advierte del gran aumento en nuestro país desde 2001.
- Las prevalencias de ITS observadas con frecuencia en las adolescentes sexualmente activas tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos incluyen: clamidia (10-25 %), gonorreas de *Neisseria* (3-18 %), sífilis (0-3 %), *Trichomonas vaginalis* (8-16 %), y virus del herpes simple (2-12 %). Entre jóvenes adolescentes sin síntomas de uretritis, las tasas aisladas incluyen *C. trachomatis* (9-11 %) y gonorreas de *Neisseria* (2-3 %).

Motivo de consulta: Varón de 32 años con dolor generalizado y supuración de pen

Enfermedad actual: Paciente que acude al servicio de urgencias por dolor y rigidez en hombros, cuello y rodilla izquierda desde hace una semana que ha ido progresando paulatinamente desde hace una semana y media. Comenta que presentó relaciones de riesgo hace dos semanas presentando desde entonces picor miccional, supuración blanquecina amarillenta y lesiones dérmicas en glande. No refiere disnea ni fiebre. No lesiones dérmicas en resto de cuerpo a excepción de glande.

Exploración física:

Buen estado general, consciente y colaborador. Hidratado, normocoloreado y normoperfundido.

Se observa en genitales externos glande eritematoso, con ulcera cicatrizal, no dolorosa en el momento actual. Testículos no dolorosos ni con signos de inflamación.

MMII: Adenopatías inguinales pequeñas, móviles, bilaterales y no dolorosas

Presenta dolor y leve rigidez de hombros, rodilla izquierda y cuello a la movilización activa, pasiva y en contra resistencia.

Lesiones maculares eritematosas en glande con supuración blanquecina por uretra a la presión.

Pruebas complementarias:

- Se realiza Radiografía y analítica con hemograma, bioquímica, con aumento de leucocitos y linfocitos. Además se solicitan serologías de hepatitis B, C, sífilis y VIH previo consentimiento del paciente.
- Muestra de exudado uretral para tinción y cultivos.

CASO CLÍNICO



Diagnóstico

- Diagnóstico diferencial: infección por *Chlamydia*, gonorrea
- Diagnóstico principal: infección por ITS por *Neisseria Gonorrhoeae*

Tratamiento

- Ceftriaxona 2gr i.v, Azitromicina 1gr i.v y doxal iv

Evolución

- Mejora clínica, disminuyendo el dolor en genitales y articulaciones. Resultados de serologías negativos. Se repite analítica con disminución leucocitos. Es dado de alta con tratamiento domiciliario: Levofloxacino 500mg/24h/7días + Metamizol 575mg/8h.
- Evitar relaciones sexuales hasta mejoría del cuadro y comunicar a su pareja y valoración en consulta de infecciosos.
- Tras 3 días regresa al servicio de urgencias por encontrarse peor. Refiere dolor intenso e invalidante en hombros y rodillas sin signos de inflamación.
- Cultivo de orina en aerobiosis: *Neisseria gonorrhoeae*- 10.000 ufc/ml. Ingreso a cargo de Medicina Interna para más pruebas.
- Tras 3 días de ingreso con analgesia ceden los dolores. Es valorado por Reumatología, no presenta datos de patología articular. Se decide alta hospitalaria y se deriva a CEX dermatología.

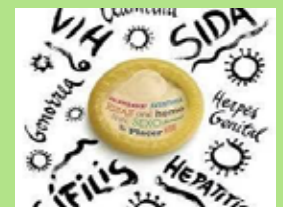
NANDA	NOC	NIC
00132 Dolor agudo r/c informes verbales de dolor	1605 Control del dolor 0206 Movimiento articular 2301 Respuesta a la medicación	2314 Administración de la medicación intravenosa (i.v.) 1400 Manejo del dolor
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunológico m/p invasión de estructuras corporales	1824 Conocimiento de la enfermedad 1905 Control del riesgo de ETS 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	5622 Enseñanza sexo seguro 6610 Identificación de riesgos 6550 Protección contra las infecciones

CONCLUSIÓN

Nunca olvides realizar una buena anamnesis y exploración física. Es fundamental. Replantear nuestro juicio diagnóstico y reexplorar al paciente si no hubiera remisión de la clínica. Recordar la importancia de una buena educación sanitaria para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- Fundación piel sana. <https://fundacionpielsana.es/wikiderma/enfermedades-venereas>
- Sociedad Española de Dermatología y Venereología (<http://isanidad.com/60616/sociedad-espanola-de-dermatologia-y-venereologia/>)
- Academia Española de dermatología y venereología. (<https://aedv.es/>)
- Ministerio de sanidad (<https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>)
- Organización Mundial de la Salud. ([https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)))



Resumen: Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas con tasas de incidencia altas en la mayor parte del mundo, la mayoría sífilis, gonorrea y sida. Desde la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), se advierte del gran aumento en nuestro país desde 2001.

Las prevalencias de ITS observadas con frecuencia en las adolescentes sexualmente activas tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos incluyen: clamidia (10-25%), gonorreas de *Neisseria* (3- 18%), sífilis (0-3%), *Trichomonas vaginalis* (8-16%), y virus del herpes simple (2-12%).

Palabras Clave: *Neisseria*, Infección ITS, Transmisión Sexual

Caso Clínico:

- Motivo de consulta: varón de 32 años con dolor generalizado y supuración de pene -Enfermedad actual: paciente que acude al servicio de urgencias por dolor y rigidez en hombros, cuello y rodilla izquierda desde hace una semana que ha ido progresando paulatinamente desde hace una semana y media. Comenta que presentó relaciones de riesgo hace dos semanas presentando desde entonces picor miccional, supuración blanquecina amarillenta y lesiones dérmicas en glande. No refiere disnea ni fiebre. No lesiones dérmicas en resto de cuerpo a excepción de glande.

- Exploración física: buen estado general, consciente y colaborador. Hidratado, normocoloreado y normoperfundido. Se observa en genitales externos glande eritematoso, con ulcera cicatrizal, no dolorosa en el momento actual. Testículos no dolorosos ni con signos de inflamación. MMII: Adenopatías inguinales pequeñas, móviles, bilaterales y no dolorosas Presenta dolor y leve rigidez de hombros, rodilla izquierda y cuello a la movilización activa, pasiva y encontra resistencia. Lesiones maculares eritematosas en glande con supuración blanquecina por uretra a la presión.

- Pruebas complementarias: se realiza radiografía y analítica con hemograma, bioquímica, con aumento de leucocitos y linfocitos. Además se solicitan serologías de hepatitis B, C, sífilis y VIH previo con consentimiento del paciente. Muestra de exudado uretral para tinción y cultivos.

- Diagnóstico diferencial: infección por *Chlamydia*, gonorrea.

- Diagnóstico principal: infección por ITS por *Neisseria* Gonorrhoea.

- Tratamiento: Ceftriaxona 2gr i.v, Azitromicina 1gr i.v y drolal iv

- Evolución: mejora clínica, disminuyendo el dolor en genitales y articulaciones. Resultados de serologías negativos. Se repite analítica con disminución de leucocitos. Es dado de alta con tratamiento domiciliario: Levofloxacino 500mg/24h/7 días + Metamizol 575mg/8h. Evitar relaciones sexuales hasta mejoría del cuadro y comunicar a su pareja y valoración en consulta de infecciosos. Tras 3 días regresa al servicio de urgencias por encontrarse peor. Refiere dolor intenso e invalidante en hombros y rodillas sin signos de inflamación. Cultivo de orina en aerobiosis: *Neisseria gonorrhoeae* 10.000 ufc/ml. Ingreso a cargo de Medicina Interna para más pruebas.

Tras 3 días de ingreso con analgesia ceden los dolores. Es valorado por Reumatología, no presenta datos de patología articular. Se decide alta hospitalaria y se deriva a CEX de dermatología.

NANDA:

- 00132 Dolor agudo r/c agentes biológicos m/p informes verbales de dolor.

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunológico m/p invasión de estructuras corporales.

NOC:

- 1605 Control del dolor
- 0206 Movimiento articular
- 2301 Respuesta a la medicación
- 1824 Conocimiento de la enfermedad
- 1905 Control de Iriesgo ETS
- 1101 Integridad tisular:piel y membranas mucosas

NIC:

- 2314 Administración de la medicación intravenosa (i.v.)
- 1400 Manejo del dolor

Podemos concluir que es fundamental realizar una buena amnamnésis y exploración física. Replantear nuestro juicio diagnóstico y reexplorar al paciente si no hubiera remisión clínica y recordar la importancia de una buena educación sanitaria para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Bibliografía:

1. Fundación piel sana. [https:// fundacionpielsana.es/wikiderma/enfermedades venereas](https://fundacionpielsana.es/wikiderma/enfermedades-venereas)
- 2.Sociedad Española de Dermatología y Venereología ([http://isanidad.com/60616/sociedad-espanola- de-dermatologia-y-venereologia/](http://isanidad.com/60616/sociedad-espanola-de-dermatologia-y-venereologia/))
3. Academia Españolas de dermatología y venereología. ([https:// aedv.es/](https://aedv.es/))
4. Ministerio de sanidad (<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>)
5. Organización Mundial de la Salud. ([https:// www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually- transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)))

Capítulo 125

Influencia de la somatometría perineal en la incidencia de traumatismos perineales en primíparas y multíparas

*Segura Trujillo, Sara
Domínguez Domingo, Francisco Javier*

INFLUENCIA DE LA SOMATOMETRÍA PERINEAL EN LA INCIDENCIA DE TRAUMATISMOS PERINEALES EN PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS.

SARA SEGURA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER DOMÍNGUEZ DOMINGO.

INTRODUCCIÓN:

Los traumatismos obstétricos perineales (desgarros espontáneos o la episiotomía) son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención al parto y se relacionan con el riesgo de desarrollar patologías del suelo pélvico a largo plazo. Su manejo es, por tanto, un tema de gran relevancia y un aspecto al que se encamina la investigación y la práctica clínica de las matronas.

Clasificación de desgarros (RCOG)			
1º grado	Lesión de piel perineal		
2º grado	Lesión de los músculos del periné sin afectar al esfínter anal		
3º grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50%
		3b	Lesión del esfínter externo >50%
		3c	Lesión del esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

OBJETIVOS:

Objetivos generales:

- Determinar si existe relación entre la somatometría perineal y la aparición de desgarros perineales en las gestantes a estudio.
- Comparar la incidencia de traumatismos perineales entre ambos grupos en referencia a la somatometría perineal.

Objetivos específicos:

- Cuantificar la prevalencia de traumatismos perineales en las parturientas comprendidas en este estudio.
- Determinar la relación del resto de variables contempladas respecto a la aparición e incidencia de traumatismos perineales.
- Relacionar la indicación de episiotomía con la evolución de la distensión perineal durante el trabajo de parto

MATERIAL Y MÉTODO:

Se llevó a cabo un estudio de carácter cuantitativo de prevalencia empleando una metodología descriptiva y analítica, con el propósito de estudiar la relación de la incidencia del traumatismo perineal en función de la distensión del periné durante la primera y segunda etapa del parto teniendo en cuenta la paridad, características sociodemográficas maternas y del RN entre Junio 2020 – Enero 2021. El análisis estadístico se ha llevado a cabo utilizando el paquete estadístico STATA v13.



Plantilla de recogida de datos:

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PARTICIPANTE:

Edad	Peso	Paridad

DATOS RECIBIDOS DURANTE EL PERIODO DE PARTO:

Dilatación perineal (distancia fémur-ano)	Inicio PAP		Dilatación completa		Coronación	
	Si	No	Si	No	Si	No

Maniobras realizadas: Si No

Manipulación activa: Si No

Posición de la cabeza fetal: ODA ODF OIA OIF

DATOS RECIBIDOS A LA FINALIZACIÓN DEL PARTO:

Tiempo desde completa a la salida fetal:

Episiotomía: Si No

Trauma perineal: Si No

Desgarro: Si No

Tipos I, II, III, IV

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

Peso: Perímetro cefalico:

Fuente: *matronas.com*

RESULTADOS:

Muestra total (n=56)



Edad media materna	
Primíparas: 28 años	(p=0,014)
Multipáras: 31,6 años	
IMC (kg/m2) al inicio de la gestación	
27,9 kg/m2	(p=0,12)
Peso medio materno	
74,2 Kg	(p=0,25)
Tiempo de salida fetal	
Primíparas: 82,41 minutos	(p=0,005)
Multipáras: 46,71 minutos	

Tasa de desgarros:



Episiotomía	Primipara	Multipara
Si	5 (83,3%)	1 (16,6%)
No	17 (34%)	33 (66%)

Estas desemejanzas resultaron estadísticamente significativas (p=0,019)

Descento pasivo	Primipara	Multipara
Si	13 (46,43%)	15 (53,57%)
No	9 (32,14%)	19 (67,86%)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ni relación con el desarrollo de un traumatismo (p=0,27)

Manipulación activa	Primipara	Multipara
Si	16 (51,6%)	15 (48,3%)
No	6 (24%)	19 (76%)

No hubo manipulación del periné preferentemente en multipáras (p=0,035)

Media de peso y PC del RN entre ambos grupos:

Primiparas: 3105 gr	33 cm de PC
Multiparas: 3434 gr	35 cm de PC

(p=0,018) (p=0,048)

Estos datos no son representativos para estimar la probabilidad de episiotomía/desgarro en relación con la somatometría fetal

Posición de la cabeza fetal en el nacimiento:

OIIA 70%	No se encontraron desemejanzas importantes entre ambos grupo ni influencia en la presencia de traumatismos perineales (p=0,52)
OIDA 24%	

CONCLUSIONES:

Tras el estudio de las variables propuestas que sometimos a análisis, se concluye que la somatometría perineal y su modificación durante las dos primeras fases del parto no influyen directamente sobre la indicación de episiotomía o el riesgo de padecer desgarro perineal. La edad materna en el grupo B-Multipáras fue mayor, al igual que los pesos de sus recién nacidos en comparación con el grupo A-Primíparas. Aún así, estas variables no fueron influyentes en cuanto al traumatismo perineal, que fue más notorio en el grupo A. Hallamos diferencias significativas en el tiempo de dilatación completa hasta salida fetal y en la manipulación activa del periné, lo cual puede haber influido en la cantidad de traumatismos perineales y episiotomías al haber sido menor su presencia en el grupo Multipáras. Es necesario destacar que estos resultados no son extrapolables ni concluyentes dada la escasa muestra obtenida y sin tener ambos grupos balanceados.

Limitaciones del estudio

- ▶ Disminución del tiempo de la etapa de recogida de datos dado el Estado de Alarma
- ▶ Dificultad para obtener mayor disponibilidad de sujetos si PCR COVID19 +
- ▶ Barrera idiomática con una parte de la población de estudio
- ▶ Escasa literatura científica sobre estudios similares



Resumen: Los traumatismos obstétricos perineales (tanto desgarros espontáneos como la episiotomía) son las complicaciones obstétricas más frecuentes, generadas durante la atención al parto y se relacionan a corto y medio plazo con dolor intenso local, dispareunia o dificultad para el establecimiento de la lactancia materna y a largo plazo, con el riesgo de desarrollar patologías del suelo pélvico con repercusiones en la calidad de vida. Su manejo es, por tanto, un tema de gran relevancia y un aspecto al que se encamina la investigación y la práctica clínica de las matronas.

Palabras Clave: Parto normal, Episiotomía, Perineo

Introducción:

Antecedentes: El traumatismo perineal obstétrico es la complicación más frecuente generada durante la atención al parto produciéndose en aproximadamente el 85% de las mujeres.

A su vez, la evidencia científica actual, respalda la necesidad de reducir la práctica de la episiotomía limitando su uso únicamente en los casos en los que esté realmente indicada: pérdida del bienestar fetal, distocia de hombros, parto de nalgas, parto instrumental, periné poco distensible, presentación posterior persistente, mutilación genital femenina o agotamiento materno; con dos objetivos: facilitar y/o acortar el tiempo de salida fetal o cuando se prevé que el periné ya no puede distenderse más.

Aunque se ha intentado unificar los criterios y en la literatura hay descritos multitud de factores de riesgo de desgarro: añosidad materna, etnia (asiática, india e iraní), macrosomía neonatal, periodo expulsivo prolongado, primiparidad, parto precipitado, posición occípito posterior y variedades poco flexionadas, antecedente de traumatismo obstétrico, hábitos tóxicos o parto instrumental; se ha intentado actuar sobre aquellos modificables, no obstante, su aparición sigue siendo frecuente y su incidencia aún varía ampliamente según las características demográficas de las mujeres, en función de preferencias, experiencia y conocimientos de los profesionales sanitarios y características de la institución sanitaria. Todo ello, podría facilitar a las matronas, anticiparse para evitar su producción. Sin embargo, la tasa de aparición sigue siendo elevada.

Objetivos:

Los objetivos de este estudio consisten en determinar si existe relación entre la somatometría perineal y la aparición de desgarros perineales y, en segundo lugar, conocer los factores de riesgo que se relacionan con la aparición de los traumas perineales.

Metodología:

Se llevó a cabo un estudio de carácter cuantitativo de prevalencia entre Junio 2020 y Enero 2021 con el propósito de estudiar la relación de la incidencia del traumatismo perineal en función de la distensión del periné durante la primera y segunda etapa del parto teniendo en cuenta la paridad, características socio demográficas maternas y del recién nacido. El análisis estadístico de los datos se ha llevado a cabo utilizando el paquete estadístico STATA v13.

Resultados:

La muestra total ha sido de 56 mujeres, 22 del grupo A-primípara y 34 del grupo B- múltipara.

La distancia más frecuente que encontramos al medir desde la horquilla vulvar al ano, antes de que se distendiera el periné fue 3 cm. Después de su distensión (4º plano de Hodge) se aprecia un incremento de 1 cm en la media. No se observan diferencias importantes entre los grupos de estudio para las variables estudiadas. Se trata de una muestra pequeña y los grupos no son homogéneos.

Valorando las tasas de desgarro perineal en ambos grupos, podemos afirmar que el 44,12% de multíparas de nuestro estudio finalizaron el parto con el periné íntegro en comparación con el 27,27% de primíparas. El tipo de desgarro que predominó fue el desgarro I grado ($p=0,38$). No hubo desgarros de grado III ni IV.

La realización de episiotomía supuso un 10,7% de la muestra, realizándose mayoritariamente en perinés más largos y en primíparas. Estas desemejanzas resultaron estadísticamente llamativas ($p=0,019$).

Otras variables analizadas:

Respecto a la aplicación de descenso pasivo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pertenecer a un grupo u otro de mujeres, con una $p=0,27$ al igual que respecto a la posición de la cabeza fetal, ($p=0,52$). La posición más frecuentemente hallada en un 67,8 % fue occipito iliaca izquierda anterior (OIIA), siendo la segunda más frecuente occipito iliaca derecha anterior (OIDA) (23,2%).

Referente a la técnica de manipulación activa, en el 72,73% del grupo A-primíparas se llevó a cabo dicha técnica en contraposición al 55,88% del grupo B en las que no se aplicó. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p=0,035$).

Comparando el tiempo de salida, desde dilatación completa hasta salida fetal, se observan diferencias representativas entre los grupos de estudio, siendo la media 82,41 minutos entre primíparas y 46,71 minutos en multíparas ($p=0,005$).

En cuanto a la relación del peso del recién nacido en ambos grupos de estudio, se observan desemejanzas encontrando en el grupo A una media de 3105,68 g en comparación al grupo B de 3434,41 g ($p=0,018$). Hemos hallado, que el peso del recién nacido no es significativo, a la hora de estimar la probabilidad de episiotomía ($p=0,22$) o desgarro ($p=0,48$)

En referencia a la relación de perímetro cefálico fetal, en ambos grupos de estudio se observan diferencias significativas, comprendiendo una media de 33,9 cm en primíparas y 34,6 cm entre las multíparas ($p=0,048$) sin influencia en la indicación de episiotomía ($p=0,502$) o aparición de desgarros ($p=0,487$).

Conclusión:

Tras el estudio de las variables propuestas que sometimos a análisis, se concluye que la somatometría perineal y su modificación durante las dos primeras fases del parto no influyen directamente sobre la indicación de episiotomía o el riesgo de padecer un desgarro perineal. La edad materna en el grupo B-Multíparas fue mayor, al igual que los pesos de sus recién nacidos en comparación con el grupo A-Primíparas. Aún así, estas variables no fueron influyentes en cuanto al traumatismo perineal, que fue más notorio en el grupo A. Hallamos diferencias significativas en el tiempo de dilatación completa hasta salida fetal y en la manipulación activa del periné, lo cual puede haber influido en la cantidad de traumatismos perineales y episiotomías al haber sido menor su presencia en el grupo multíparas.

Es necesario destacar que estos resultados no son extrapolables ni concluyentes dada la escasa muestra obtenida y sin tener ambos grupos balanceados.

Bibliografía:

1. Campos Díaz J. Trauma obstétrico y traumatismo al nacimiento en mujeres primigestas de edad avanzada. Universidad de Guayaquil; 2018.
2. Carneiro M, Ferreira Couto C. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*. 2017;16(3):539
3. De la Rosa Z, Rivas T, Alguacil M. Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof*. 2013;14(1):19-23.
4. Guzmán S, Guzmán A. Anatomía del aparato genital femenino. En: Médica Panamericana E, editor. *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. 2a Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 169- 76

Capítulo 126

Influencia del SARS–CoV–2 en la población según género y edad

Rubio Caravaca, Herminia

Contreras Cañas, María José

Herreros Rosillo, Pedro Jesús

Rodríguez Bueno, María del Carmen

Taberner Sahuquillo, Ana María

Grueso Navarro, María Teresa

INFLUENCIA DEL SARS-CoV-2 EN LA POBLACIÓN SEGÚN EL GÉNERO Y EDAD EN LA G.A.I. DE TOMELLOSO



Autores:
Rubio Caravaca, H.; Contreras Cañas, M.J.; Herreros Rosillo, P.; Rodríguez Bueno, M.C.; Taberero Sahuquillo, A.M. y Grueso Navarro, M.T.
Enfermeras de Vigilancia Epidemiológica de G.A.I. de Tomelloso

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica (U.V.E) perteneciente a G.A. I. de Tomelloso comenzó su andadura el 26 de Mayo de 2020, un equipo compuesto por 16 enfermeras, 2 trabajadoras sociales y un administrativo. La gerencia está compuesta por las localidades de Argamasilla de Alba, (incluyendo Cinco Casas que pertenece al centro de Argamasilla de Alba), Pedro Muñoz, Socuellamos y Tomelloso.

Dicha unidad está destinada para la detección precoz de los casos confirmados con infección activa por SARS-CoV-2 y seguimiento de los contactos estrechos estableciendo las medidas de control necesarias para evitar nuevas infecciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo, retrospectivo.

El estudio se realiza con las fechas entre el 29 de mayo de 2020 y el 31 de diciembre de 2020, como criterio de inclusión en este estudio seleccionamos a todos los pacientes tanto varones como mujeres que han sido declarados con una Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) positiva por SARS-CoV-2 y así declarados como caso confirmado. En este período de tiempo se detectan **1599 pacientes con PDIA (PCR o TAR) positiva**, según la base de datos realizada por nuestro servicio en la que recopilamos y archivamos toda la información que se maneja en la U.V.E.

Los pacientes fueron captados por ser citados en nuestras agendas de vigilancia epidemiológica que se habilitaron en el programa TURRIANO de Atención Primaria, los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital de Tomelloso con el programa MAMBRINO, los pacientes que presentaron sintomatología o sospecha para la realización de PDIA. También eran localizados a través de los listados generales del laboratorio de nuestro centro, del Hospital de Alcázar de San Juan y del Hospital de Ciudad Real, además de los resultados aportados por las clínicas privadas.

CONCLUSIONES

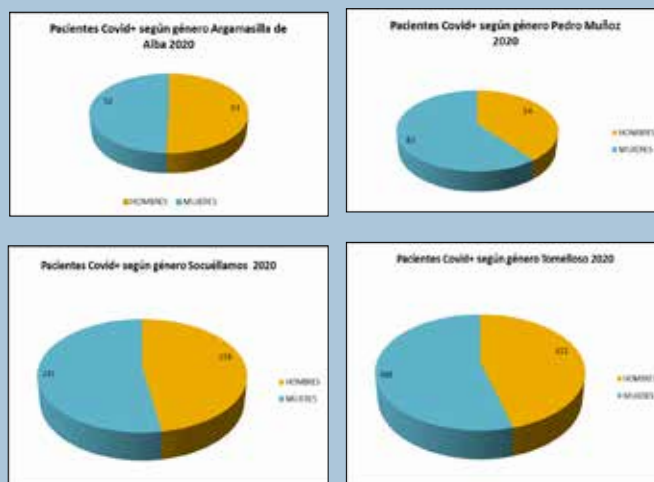
A la finalización del estudio los datos ponen de manifiesto que, de los casos confirmados con infección activa en la G.A.I. de Tomelloso la cifra de mujeres ha sido superior al de hombres en todos los meses de estudio. Así mismo los datos reflejan que el período de edad comprendido entre 26 y 50 años es el más afectado en todas las localidades que comprenden la Gerencia de Atención Integrada estudiada.

Desde nuestra Unidad de Vigilancia Epidemiológica con estos resultados podemos reforzar la detección precoz, vigilancia y control de COVID-19, como incidir en las recomendaciones de prevención: las medidas higiénicas, uso de mascarilla y distancia física, principalmente en este intervalo de edad.

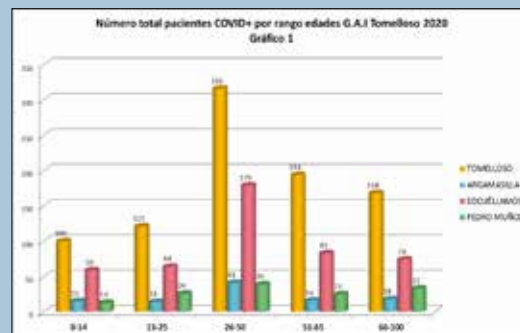
OBJETIVOS

- Identificar si la incidencia de contagio en la comarca es superior en hombres o en mujeres.
- Analizar la incidencia en los diferentes grupos de edad en las localidades pertenecientes a la G.A.I. de Tomelloso.

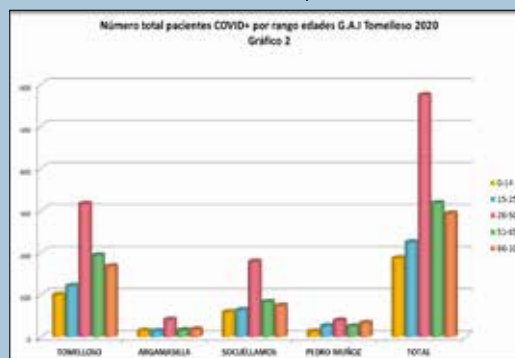
RESULTADOS



El 46.02% de los casos confirmados de SARS-CoV-2 corresponden al género masculino y el 53.97% corresponden al género femenino, en el período indicado en la G.A.I. de Tomelloso.



El 35.98% de los casos confirmados de SARS-CoV-2 corresponde al período de edad comprendido entre 26-50 años.



- 0-14 años: 11,70%
- 15-25 años: 14,08%
- 26-50 años: 35,98%
- 51-65 años: 19,89%
- > 65 años: 18,33%

Palabras clave: SARS-CoV-2, PCR, PDIA, Característica de género, Característica de edad, Unidad Vigilancia Epidemiológica

REFERENCIA:

- Base de datos creada en nuestra unidad en la que se ubican todos los pacientes de la GAI de Tomelloso que han sido declarados como casos positivos, contactos o sospechosos.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social <https://www.msbs.gob.es>

Resumen: El servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso está destinado a la detección precoz de los casos confirmados con infección activa por SARS-CoV-2 y el seguimiento de los contactos estrechos, estableciendo así las medidas de control necesarias para evitar nuevas infecciones.

Con la información obtenida entre el 29 de mayo de 2020 y el 31 de diciembre de 2020, podremos saber la incidencia de contagios según el género y la edad entre las poblaciones que componen dicha gerencia y así poder reforzar las recomendaciones de prevención dirigidas principalmente a las personas más afectadas.

Palabras Clave: Infección por SARS-CoV-2 Pruebas Diagnósticas de la COVID-19; Servicio de Vigilancia Epidemiológica

Objetivos:

Se plantean dos objetivos para este trabajo, el primero es identificar si la incidencia de contagio en la comarca de Tomelloso es superior en hombres o en mujeres. Además, analizar la incidencia en los diferentes grupos de edad en las localidades pertenecientes a la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso que son Argamasilla de Alba (Cinco Casas que pertenece al centro de salud de Argamasilla de Alba), Pedro Muñoz, Socuéllamos y Tomelloso.

Material y Método:

Se realiza un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, con la base de datos realizada por el servicio de vigilancia epidemiológica de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso en la que recopilamos y archivamos toda la información que se maneja en dicho servicio. Este servicio comenzó el 26 de mayo de 2020 con un equipo compuesto por 16 enfermeras, 2 trabajadoras sociales y un administrativo.

En el estudio se incluyen las fechas comprendidas entre el 29 de mayo 2020 y el 31 de diciembre de 2020. El criterio para la inclusión en este estudio es la selección de todos los pacientes tanto varones como mujeres que han sido declarados como caso confirmado con una Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) positiva por SARS-CoV-2.

Durante el período de tiempo mencionado se detectaron 1599 pacientes con PDIA positiva (PCR (siglas en inglés de Reacción en Cadena de la Polimerasa) o TAR (Test Rápido de Antígeno). Los pacientes fueron captados por ser citados en nuestras agendas de vigilancia epidemiológica que se habilitaron en el programa Turriano de Atención Primaria, en los pacientes con sintomatología o sospecha para la realización de PDIA que acuden al servicio de urgencias del Hospital de Tomelloso con el programa Mambrino. También se localizaban a los pacientes a través de los listados generales del laboratorio de los hospitales de Tomelloso, Alcázar de San Juan y de Ciudad Real.

Resultados:

Los resultados del estudio en general, según el género, el 46.02% de los casos confirmados de SARS-CoV-2 corresponden al género masculino, mientras que el 53.97% corresponde al género femenino, durante el período indicado en toda la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso.

Según las poblaciones nos podemos encontrar que en Argamasilla de Alba en el período anteriormente mencionado hubo 53 hombres que eran casos confirmados en SARS-CoV-2 y 52 mujeres casos confirmados. En la población de Pedro Muñoz fueron 54 hombres y 82 mujeres de los casos confirmados. En la población de Socuéllamos se capturaron 218 hombres y 241 mujeres de casos confirmados. En la población de Tomelloso se seleccionaron 411 hombres y 488 mujeres que han sido declarados como casos confirmados con PDIA positiva.

Los resultados según la edad, se dividieron entre los siguientes períodos de edad: 0-14 años que incluían el 11.70% de todos los casos confirmados, el siguiente período es entre 15-25 años siendo el 14.08% del total de casos confirmados, el período comprendido entre 26-50 años son el 35.98% del total de casos confirmados en la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso, el período de edad correspondiente a 51-65 años incluyen el 19.89% y el 18.33% corresponde al período de edad mayores de 65 años.

Conclusiones:

Tras finalizar el estudio y haber tratado los datos se pone de manifiesto que de todos los pacientes declarados como casos confirmados con PDIA positiva en la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso, la cifra de mujeres ha sido superior al de hombres en todos los meses de estudio. Igualmente podemos decir que el período de edad comprendido entre 26 y 50 años es el más afectado en todas las localidades estudiadas.

Con los resultados obtenidos, desde el servicio de vigilancia epidemiológica, se puede reforzar la detección precoz, vigilancia y control de COVID-19, igualmente poder incidir en las recomendaciones de prevención, medidas higiénicas, uso de mascarilla y distancia física, promoción de la salud frente a COVID-19 principalmente en el intervalo de edad mayoritariamente afectado.

Bibliografía:

1. Base de datos de todos los pacientes declarados como casos positivos, contactos o sospechosos de la G.A.I. de Tomelloso creada en el Servicio de Vigilancia Epidemiológica.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social <https://www.mscbs.gob.es/>
3. Sanidad Castilla La Mancha <https://sanidad.castillalamancha.es/>

Capítulo 127

Intervención de enfermería en agresiones sexuales

García Morales, Silvia

intervención de enfermería en agresiones sexuales



Autora: Silvia García Morales

introducción

Las **agresiones sexuales y violaciones** siguen siendo un problema de salud pública en nuestra sociedad. Estos casos, **tienen un gran impacto en la víctima pudiéndole causar secuelas sociales, psíquicas y físicas de por vida , incluso la muerte** . Por esto, las víctimas deben ser atendidas por profesionales sanitarios con los conocimientos adecuados para intervenir de forma correcta en estos casos y brindar unos cuidados de calidad.

objetivos

Analizar los conocimientos necesarios para que los profesionales sanitarios puedan abordar de forma adecuada un caso de agresión sexual o de violación.

metodología

Esta revisión bibliográfica se realizó buscando en bases de datos como Pubmed, CINAHL, Scielo, Med line, etc. Se han empleado protocolos de diferentes comunidades autónomas. Además se han seleccionado artículos desde el 2009 en Español y en Inglés únicamente, usando las siguientes palabras clave:

violación agresión sexual
abordaje de enfermería
delitos sexuales protocolo

resultados

El diagnóstico de agresión sexual es complejo si la víctima no colabora, para hacer este diagnóstico hay que relacionar diferentes indicadores sociales, físicos y psicológicos. Las lesiones físicas típicas en agresiones sexuales son erosiones, laceraciones, sangrados, hematomas y desgarros. Este tipo de delitos tienen grandes consecuencias para la víctima a nivel psicológico (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, suicidio...), social (pérdida de relaciones, aislamiento...) y físicas (lesiones, dispareunia, ETS, embarazo no deseado). El plan de actuación sanitario esta coordinado con la vía legal, siempre se tiene que informar al juzgado y, en presencia de un forense, se procede a la intervención. **A pesar de los 2900 condenados** por delitos contra la libertad sexual en 2018 **en España no hay ningún protocolo de enfermería** para actuar en estos casos, mientras que en países como EE.UU hay formaciones específicas para que los enfermeros aborden estos casos en su totalidad.

conclusiones

Enfermería tiene un papel muy importante en la detección mediante las consultas de atención primaria, y también en la atención especializada debido a que son los primeros en tener contacto con la víctima. **Su intervención es fundamental para reducir las secuelas** de la víctima y **la incidencia** de estos casos.

Bibliografía

Echeburua
E Sarasua, B Zubizarreta, I de Corral, P 2013 Psychological treatment of recent and non recent adult female victims of sexual assault Behavioral Psychology Psicología Conductual 21 2 249 269
Fisher,
B Lab S Buschur C 2012 Sexual Assault Nurse Examiner (Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention <https://doi.org/10.4135/9781412979993.n287>
Gobierno,
C De, Medidas, D 2009 Consejería de Sanidad Director 18 27 Retrieved from https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO_AGRESIONES_SEXUALES_CANTABRIA_2017.pdf
Grado,
TF De, Callejo, RM Rodrigo, I L 2017 Agresiones y abusos sexuales en bizkaia
Lapeña,
S Gaztambide, A Huarte, I 2009 Agresión sexual Sexual assault An Sist Sanit Navar Sist Sanit Navar An Sist Sanit Navar 32 1 59 63 Retrieved fro

Resumen: Las agresiones sexuales y violaciones siguen siendo un problema de salud pública en nuestra sociedad. Estos casos tienen un gran impacto en aquellos que lo sufren pudiendo causar trastornos sociales, psicológicos y físicos de por vida, en el caso más grave, la muerte de la víctima. Por la importancia de las distintas consecuencias que tienen estas agresiones es necesario que los profesionales sanitarios, en este caso enfermería, tengan los conocimientos adecuados y conozcan las técnicas para poder abordar estos casos y brindar unos cuidados de calidad disminuyendo, en lo posible, la aparición de estas secuelas biopsicosociales.

Palabras Clave: Nursing protocol; Rapes; Sexual Offenses

Introducción:

El tema escogido se debe a que es un tema de actualidad. Las agresiones sexuales siguen presentes y siguen acumulando incidencia a pesar de ser más visibles y tener más repercusión social en la última década. La gran repercusión que tiene para la víctima hace necesario conocer ciertas técnicas y datos sobre estos tipos de delitos sexuales con el fin de abordar de la forma más adecuada y menos traumática a aquellos que los sufren por parte del personal sanitario, concretamente de enfermería.

Una vez escogido el tema del trabajo, se realizó una revisión bibliográfica buscando en bases de datos como Pubmed, CINAH, Scielo o Medline los distintos protocolos de actuación ante casos de agresiones sexuales en las diferentes comunidades autónomas. Los artículos escogidos para realizar la revisión están publicados en español y en inglés desde el año 2009 en adelante.

Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes:

El diagnóstico de un caso de violencia sexual es muy difícil si la víctima no colabora o si no hay evidencias físicas de la agresión, además hay que relacionar una serie de indicadores sociales, psíquicos y físicos para confirmar este delito contra la libertad sexual.

Las secuelas de este tipo de agresiones provocan distintos trastornos que necesitaran seguimiento incluso de por vida en los peores casos.

Actualmente, no hay ningún protocolo de enfermería para tratar a estas víctimas, a pesar de que enfermería será el primer contacto, en muchos casos, a través del triaje en los servicios de urgencias. Las conclusiones obtenidas tras realizar esta revisión se basan en la importancia del papel que tiene enfermería atendiendo a víctimas de agresiones sexuales, y la necesidad de brindar unos cuidados específicos junto con técnicas adecuadas para disminuir las secuelas de la víctima, sin olvidar la posibilidad disminuir la incidencia de estos casos mediante programas educativos de salud pública

Bibliografía:

1. Grau Cano J, Santiña Vila M, Ríos Guillermo J, Céspedes Lacia F, Martínez Galilea B. Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. Gac Sanit. 2011;25(2):166–9.
2. Echeburua E, Sarasua B, Zubizarreta I, de Corral P. Psychological treatment of recent and non-recent adult female victims of sexual assault. Behav Psychol Conduct. 2013;21(2):249–69.
3. Gobierno C De, Medidas D. Consejería de Sanidad. Director [Internet]. 2009;18–27. Available from: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO AGRESIONES SEXUALES CANTABRIA 2017.pdf>
4. Cosano, MJ. y Fernández P. Plan De Cuidados Enfermeros a Una Mujer Víctima De Violencia De Género. 2015;240–55.

Capítulo 128

Intervención de la enfermería del servicio de farmacia del HGUCR en el manejo de la emesis en pacientes onco–hematológicos

*Amigo Barrera, Flor
Granados Navas, María Paz
Arroyo Ayllón, David
Corredor Rivera, María Teresa
León Guerrero, Israel José
Velasco Friginal, Florencia*

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HGUCR EN EL MANEJO DE LA EMESIS EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS

AMIGO BARRERA, FLOR; GRANADOS NAVAS, M PAZ; ARROYO AYLON, DAVID; CORREDOR RIVERA, M TERESA; LEON GUERRERO, ISRAEL J; VELASCO FRIGINAL, FLORENCIA

INTRODUCCIÓN

Las náuseas (N) y vómitos (V) provocados por el tratamiento quimioterápico (QT) son 2 de los efectos secundarios que más malestar provocan en el paciente con cáncer.

Se producen hasta en un 70-80% de los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia (QT), teniendo una gran repercusión sobre la calidad de vida.

No siempre náuseas y vómitos se presentan asociadas. Las náuseas hacen referencia a una sensación desagradable en la parte posterior de la garganta y en el estómago que pueden ocasionar vómitos. Los vómitos son contracciones fuertes de los músculos del estómago que hacen que el contenido del mismo ascienda y salga por la boca.

Podemos distinguir varios tipos de emesis por QT, (Emesis aguda, retardada, irruptiva y anticipatoria).

Desarrollar náuseas y vómitos tras QT dependen de varios factores como la edad, el sexo, tipo y dosis de la quimioterapia administrada, número de ciclos y el **POTENCIAL EMETÓGENO DEL CITOSTÁTICO** el que debería considerarse a la hora de instaurar tratamiento antiemético.

OBJETIVOS

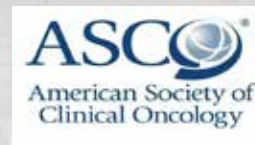
Analizar la prevalencia de náuseas y vómitos (N/V) así como la adecuación de las pautas de profilaxis antieméticas a las guías de las Sociedades Americana y Europea de Oncología Médica (ASCO y ESMO) en pacientes que reciben quimioterapia (QT) en un el HGUCR .

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional de una semana de duración en el que se entrevistaron a 63 pacientes que fueron tratados con QT en el Hospital de Día Oncológico (HDO) del HGUCR y que hubieran recibido al menos un ciclo previo de tratamiento.

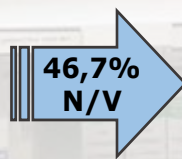
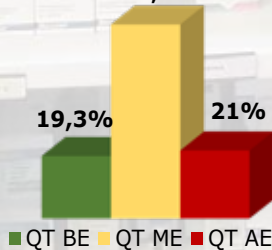
VARIABLES DEL ESTUDIO

Edad	Sexo
Riesgo emético QT	Aparición N/V
<ul style="list-style-type: none"> Alto (AE) Moderado (ME) Bajo (BE) 	Medicamentos domiciliarios antieméticos

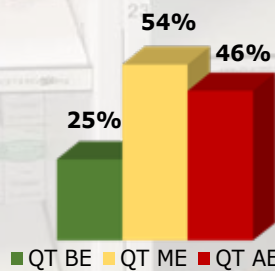


RESULTADOS

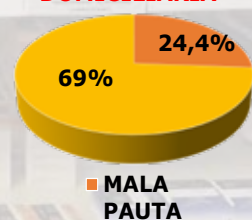
PODER EMATÓGENO TRAMIENTOS ADMINISTRADOS



NÁUSEAS Y VÓMITOS



93,4% NO TOMARON PROFILAXIS DOMICILIARIA



El equipo de **enfermería del Servicio de Farmacia** elaboró unos kits antieméticos con mediación y folletos informativos.

QT con AE	→	2º DIA Dexametasona 4mg/12h
		3º y 4º DIA Dexametasona 8mg/12h
QT con ME	→	2º y 3º DIA Dexametasona 4mg/12h



CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de pacientes con QT sufren N/V, asociado a que la mayoría no toma profilaxis antiemética adecuadamente. La implicación del **equipo de enfermería** del SF y del HDOH en la implementación de un **protocolo** que aporte información oral y escrita del correcto manejo de N/V en domicilio así como de la medicación necesaria podría disminuir la prevalencia de este efecto adverso y mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos. Será necesario realizar un nuevo estudio para confirmar esta hipótesis y medir su impacto.

Resumen: *Objetivo: Analizar la prevalencia de náuseas y vómitos (N/V) así como la adecuación de las pautas de profilaxis antieméticas.*

Método: Estudio transversal observacional de una semana de duración realizado en el que se entrevistaron a 63 pacientes que fueron tratados con quimioterapia (QT) en el Hospital de Día Oncológico (HDO) del HGUCR y que hubieran recibido al menos un ciclo previo de tratamiento. Resultados: De los 63 pacientes, 29 presentaron vómitos y náuseas postquimioterapia en el ciclo anterior, 3 de los cuales pertenecían a un esquema con bajo poder emetógeno, 6 a moderado y 20 a alto poder emetógeno.

Palabras Clave: *Náuseas, Antieméticos, Citostático*

Introducción:

Las náuseas (N) y vómitos (V) que provocan los tratamientos de quimioterapia (QT) son 2 de los efectos secundarios que más influyen en el malestar del paciente con cáncer.

En estos tipos de pacientes se producen hasta en un 70-80%. Teniendo una gran repercusión sobre la calidad de vida y que, en algunos, casos obliga a posponer, suspender o cambiar el tratamiento debido a la aparición de complicaciones derivadas de estos efectos secundarios.

No siempre náuseas y vómitos se presentan asociadas o al mismo tiempo. Las náuseas hacen referencia a una sensación desagradable en la parte posterior de la garganta y en el estómago que pueden ocasionar vómitos. Los vómitos son contracciones fuertes de los músculos del estómago que hacen que el contenido del mismo ascienda y salga por la boca.

Desarrollar náuseas y vómitos tras QT depende de varios factores, como la edad, el sexo, tipo y dosis de la quimioterapia administrada, número de ciclos y el potencial emetógeno del citostático, el cual debería considerarse a la hora de instaurar tratamiento.

Objetivo:

Analizar la prevalencia de náuseas y vómitos (N/V) así como la adecuación de las pautas de profilaxis antieméticas a las guías de las Sociedades Americana y Europea de Oncología Médica (ASCO y ESMO) en pacientes que reciben quimioterapia (QT) en un el HGUCR.

Material y Método:

Estudio transversal, observacional de una semana de duración, en el que se entrevistaron a 63 pacientes que fueron tratados con QT, en el Hospital de Día Oncológico (HDO) del HGUCR y que hubieran recibido al menos un ciclo previo de tratamiento.

Se diseñó una encuesta, no normalizada, con 18 ítems, para cuantificar y determinar la aparición de (N/V) en el ciclo anterior.

Los pacientes fueron divididos en 3 grupos, según el riesgo emético del tratamiento: Alto riesgo emético (AE), moderado riesgo emético (ME) y bajo riesgo emético (BE). Las variables del estudio fueron: edad, sexo y aparición de (N/V) después del tratamiento anterior.

Resultados:

Se incluyeron en el análisis 63 pacientes de los cuales un 33 eran mujeres (53%) y 30 hombres (47%). De estos 63 pacientes presentaron (N/V) 29 en el ciclo anterior y fueron agrupados en riesgo alto: 6 pacientes (20%), moderado 20 (68%) y bajo 3 (10%).

Debido a estos resultados se consensuó la implementación de un protocolo antiemético consistente en un kit antiemético y folleto informativo desde el servicio de farmacia formado por equipo de enfermería y farmacéuticos, en colaboración para la administración de éstos con el HDOH del HGUCR. Los kits se dividen en 2 tipos dependiendo del poder emetógeno del tratamiento.

En el caso de QT con AE las pautas antieméticas fueron: Dexametasona 4mg/12h al día siguiente y 8mg/12h durante 2 días más. (10 comprimidos con pegatina roja) En el caso de QT con ME, la pauta fue: Dexametasona 4mg/12h durante los 2 días siguientes a la QT. (4 comprimidos con pegatina amarilla).

Conclusiones:

Un alto porcentaje de pacientes con QT sufren N/V, asociado a que la mayoría no toma profilaxis antiemética adecuadamente. La implicación del equipo de enfermería del Servicio de Farmacia y del HDOH en la implementación de un protocolo que aporte información oral y escrita del correcto manejo de N/V en domicilio, así como de la medicación necesaria, podría disminuir la prevalencia de estos efectos adversos y mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos.

Será necesario realizar un nuevo estudio para confirmar esta hipótesis y medir su impacto.

Bibliografía:

1. Vera R, Martínez M, Salgado E, Láinez N, Illarramendi JJ, Albístur JJ. Tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia. *An Sist Saint Navar.* 2004;27:117-23
2. Gómez-Raposo C, Feliú-Batle J, González-Barón M. Prevención y control de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia. *Med Clin.* 2006;126:143-51
3. Martín M, López S. Tratamiento de la emesis inducida por citotóxicos. *Psicooncología.* 2004;1:131- 6.
4. Rudolph M. Navari. Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Focus on Newer Agents and New Uses for Older Agents. *Drugs* (2013) 73:249–262

Capítulo 129

Intervención enfermera en la encopresis infantil en niños de 4 a 6 años

Álvarez Asensio, María Nieves

Madero Sánchez, Begoña

Gallego Romero, Inmaculada

Navarro Pacheco, Asunción

Criado Nieto-Sandoval, María De Gracia

Gallego Romero, Cristina



XII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA ENCOPRESIS INFANTIL

EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS



Autores: M^a Nieves Álvarez Asensio, Begoña Madero Sánchez, Inmaculada Gallego Romero, Cristina Gallego Romero, M^a Gracia Criado Nieto-Sandoval, Asunción Navarro Pacheco

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la CIE-10 y el DSM-V, la **encopresis infantil** o **incontinencia fecal** se define como la evacuación de heces, de consistencia normal o anormal, de manera reiterada, involuntaria o intencionada, en lugares no apropiados para este propósito (incluida la ropa interior), en un **niño mayor de 4 años**.

Afecta entre el 1% y el 3% de niños mayores de cuatro años, siendo más frecuente en varones. A pesar de su alta prevalencia puede pasar desapercibida a no ser que los profesionales de la salud interroguen sobre aspectos relacionados con el control esfinteriano, siguiendo el control evolutivo en programa de niño sano.

Hemos escogido este tema de revisión porque nos interesa dar a conocer esta problemática entre la comunidad enfermera, así como los aspectos que puedan ayudar a mejorar el hábito intestinal y por tanto su calidad de vida en los niños con encopresis.

OBJETIVOS

Determinar las intervenciones de enfermería que pueden ayudar a modificar el patrón de eliminación intestinal en los pacientes pediátricos con encopresis.

Conocer qué tipo de apoyo debe ofrecer la enfermera a un paciente con encopresis infantil.



METODOLOGÍA

- **Bases de datos:** Pubmed, SciELO, Google Académico y páginas de organismos oficiales.
- **DeCS:** Encopresis, infantil, enfermería, intervenciones, educación.
- **Criterios de inclusión:** artículos en inglés o castellano publicados en los últimos 5 años y que aparecieran a texto completo.
- **Criterios de exclusión:** artículos no relacionados con nuestro tema.

RESULTADOS

➤ Tipos de encopresis

- Según su **etiología:** funcionales y orgánicas.
- Según su **aparición:** primaria (desde el nacimiento) y secundaria (continencia de ≥ 1 año).
- Según su **fisiopatología:** retentiva y no retentiva.

➤ Causas:

- Orgánicas: estreñimiento
- Fisiológicas: problemas en la dieta y del desarrollo.
- De aprendizaje: hábitos intestinales inadecuados o temor al defecar.
- Experiencias traumáticas o sucesos estresantes.



➤ Criterios diagnósticos:

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inapropiados (voluntaria o inadecuada).
 - B. Un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
 - C. Edad cronológica de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
 - D. No atribuir a los efectos fisiológicos de laxantes, mal estado de los alimentos o presencia de una enfermedad.
- **Consecuencias psicológicas:** sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, aislamiento social.
- **Tratamiento Multidisciplinar:** psicológico, médico y nutricional.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

04112 Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis

- Reunir información sobre el historial de educación intestinal.
- Determinar la causa del problema (estreñimiento e impactación).
- Enseñar a la familia la fisiología de la defecación normal y la educación sobre el control de esfínteres.
- Recomendar cambios en la dieta o terapia de conducta, si procede.

3590 Vigilancia de la piel

- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Instruir a la familia/cuidador principal acerca de los signos de dicha pérdida.

0450 Manejo del estreñimiento / impactación

- Vigilar signos y síntomas de impactación y comprobar movimientos intestinales, frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las deposiciones.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.
- Enseñar al paciente/familia los principios de educación intestinal y a llevar un registro de las deposiciones.
- Enseñar acerca de la dieta rica en fibras y el uso de laxantes.

5400 Potenciación de la autoestima

- Ayudar al paciente a identificar sus virtudes.
- Facilitar ambiente y actividades que aumenten su autoestima.
- Recompensar el progreso del niño en la consecución de objetivos.
- Animar a los padres a dar seguridad eliminando la ansiedad generada.

5270 Apoyo emocional

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como ansiedad o ira.
- Favorecer la conversación como medio para disminuir la respuesta emocional.

CONCLUSIONES

- ✓ La encopresis infantil afecta al 3% de los niños en torno a los 4 años, siendo más frecuente en varones.
- ✓ Puede acarrear disfunciones fisiológicas y psicológicas, y requiere una intervención enfermera individualizada.
- ✓ Las funciones de enfermería se orientan a cubrir las necesidades básicas, dar información y aportar apoyo emocional.

RELEVANCIA CLÍNICA

La encopresis es un trastorno poco investigado en comparación con la enuresis. Tanto el niño como la familia requieren un asesoramiento por parte de un profesional que mitigue sus inquietudes y ansiedad causadas por dicho trastorno. Por esta razón, resulta de vital importancia que el profesional de enfermería conozca bien esta condición y pueda presentar a la familia distintas opciones de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bragado, C (1998). Encopresis. Madrid: Ediciones Pirámide.
2. Martín-Vegue, A. R., Vázquez-Barquero, J. L., & Castaneda, S. H. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. Papeles médicos, 11(1), 24-35.
3. Cuadernos de Codificación CIE-10-ES. Nuevos códigos CIE-10-ES 2020 Diagnósticos y Procedimientos. Madrid, 2019.

Resumen: Según la CIE 10 y el DSM V, la encopresis infantil o incontinencia fecal se define como la evacuación de heces, de consistencia normal o anormal, de manera reiterada, involuntaria o intencionada, en lugares no apropiados para este propósito (incluida la ropa interior), en un niño mayor de 4 años.

Es más frecuente en varones y afecta al 3% de la población infantil. Supone un gran impacto tanto en los niños como en sus padres y es un trastorno poco investigado. Puede ocasionar disfunciones fisiológicas y psicológicas, y requiere una intervención individualizada por parte de los profesionales de la salud.

Palabras Clave: Encopresis Infantil, Enfermería

Introducción:

De acuerdo con la CIE 10 y el DSM V, la encopresis infantil o incontinencia fecal se define como la evacuación de heces, de consistencia normal o anormal, de manera reiterada, involuntaria o intencionada, en lugares no apropiados para este propósito (incluida la ropa interior), en un niño mayor de 4 años.

Afecta entre el 1% y el 3% de niños mayores de cuatro años, siendo más frecuente en varones. A pesar de su alta prevalencia puede pasar desapercibida a no ser que los profesionales de la salud interroguen sobre aspectos relacionados con el control esfinteriano siguiendo el control evolutivo en programa de niño sano.

Hemos escogido este tema de revisión porque nos interesa dar a conocer esta problemática entre la comunidad enfermera, así como los aspectos que puedan ayudar a mejorar el hábito intestinal y por tanto su calidad de vida en los niños con encopresis.

Objetivos:

Determinar las intervenciones de enfermería que pueden ayudar a modificar el patrón de eliminación intestinal en los pacientes pediátricos con encopresis.

Conocer qué tipo de apoyo debe ofrecer la enfermera a un paciente con encopresis infantil

Metodología:

Se trata de un trabajo de revisión bibliográfica. Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de los artículos han sido: PUBMED, SciELO, Google Académico y páginas de Organismos Oficiales.

Para delimitar las palabras clave, se utilizaron los Thesaurus DeCS y MeSH. El operador booleano utilizado fue AND y el truncamiento se utilizó (*).

Palabras clave: Encopresis, Infantil, Enfermería, Intervenciones, Educación.

Criterios de inclusión: artículos en inglés y castellano publicados en los últimos 5 años y que aparecieran a texto completo.

Criterios de exclusión: todos aquellos artículos no relacionados con la encopresis infantil. Se seleccionaron un total de 15 artículos siguiendo los criterios previamente establecidos.

Resultados:

Tipos y clasificación Según su etiología:

- Funcionales: explican el 95% de las encopresis en población infantil.
- Orgánicas: pueden ser de causa neurológica, metabólica y anatómica.

Según su aparición:

- Primaria o continua: ausencia de control desde que nació.
- Secundaria o discontinua: presencia de control por un período de continencia de al menos un año.

Representa el 50-60% de los casos.

Según su fisiopatología:

- Retentiva: con estreñimiento y rebosamiento.
- No retentiva: sin estreñimiento, pero con ausencia de control de la expulsión. Representa el 80-90% de las encopresis.

Epidemiología

La encopresis es menos común que la enuresis, siendo más frecuente en los niños varones. Es un trastorno común que afecta entre el 1% y el 3% de niños mayores de cuatro años.

Causas

- Factores orgánicos: estreñimiento crónico.
 - Factores fisiológicos: anomalías dietéticas, problemas en el desarrollo.
 - Factores de aprendizaje relacionados con la inadecuación del entrenamiento intestinal, con hábitos defecatorios inapropiados o el temor a defecar.
 - Experiencias traumáticas o sucesos estresantes (abuso sexual, separación de padres...).
 - Factores de predisposición. Consecuencias psicológicas
 - Sensación de culpabilidad
 - Aislamiento social
 - Daño en la autoestima
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. Edad cronológica de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe atribuir a los efectos fisiológicos directos del consumo de laxantes o alimentos en mal estado, ni a la presencia de una enfermedad o alteración.

Tratamiento

Basado en una metodología multidisciplinar incorporando tres aspectos:

- Psicológico
- Médico

- Nutricional

Intervenciones de Enfermería (NIC)

04112 Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis

- Reunir información sobre el historial de educación intestinal.
- Determinar la causa del problema (estreñimiento e impactación).
- Enseñar a la familia la fisiología de la defecación normal y educación sobre el control de esfínteres.
- Recomendar cambios en la dieta o terapia de conducta, si procede. 3590 Vigilancia de la piel
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Instruir a la familia/cuidador principal acerca de los signos de dicha pérdida. 0450 Manejo del estreñimiento / impactación
 - Vigilar signos y síntomas de impactación y comprobar movimientos intestinales, frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las deposiciones.
 - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.
 - Enseñar al paciente/familia los principios de educación intestinal y a llevar un registro de las deposiciones.
 - Enseñar acerca de la dieta rica en fibras y el uso de laxantes. 5400 Potenciación de la autoestima
 - Ayudar al paciente a identificar sus virtudes.
 - Facilitar ambiente y actividades que aumenten su autoestima.
 - Recompensar el progreso del niño en la consecución de objetivos.
 - Animar a los padres a dar seguridad eliminando la ansiedad generada. 5270 Apoyo emocional
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como ansiedad o ira.
 - Favorecer la conversación como medio para disminuir la respuesta emocional.

Conclusiones:

La encopresis infantil afecta al 3% de los niños en torno a los 4 años, siendo más frecuente en varones.

Puede acarrear disfunciones fisiológicas y psicológicas, y requiere una intervención enfermera individualizada.

Revelancia Clínica:

La encopresis es un trastorno poco investigado en comparación con la enuresis. Tanto el niño como la familia requieren un asesoramiento por parte de un profesional que mitigue sus inquietudes y ansiedad causadas por dicho trastorno. Por esta razón, resulta de vital importancia que el profesional de enfermería conozca bien esta condición y pueda presentar a la familia distintas opciones de tratamiento.

Bibliografía:

Bibliografía (Entre 3 y 5 referencias)

1. Cuadernos de Codificación CIE-10-ES. Nuevos códigos CIE-10-ES 2020 Diagnósticos y Procedimientos. Madrid, 2019.
2. Morrison, J., & Flegel, K. La entrevista en niños y adolescentes: Habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5®. Manual Moderno. 2018
3. Hernández Guillén, R. y Rodrigo Afageme M., Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. 2017
4. Diego, M. M. Estreñimiento y encopresis. *PediatríaIntegral*, 2017; 417
5. Manjarrez, E. R. G. Análisis de los tratamientos basados en la evidencia para la encopresis funcional. 2017

Capítulo 130

Intubación de secuencia rápida (ISR) en pacientes con Covid 19

Molina Torrecillas, Inmaculada

Balzanelli Duchini, Alejandro

Mazuecos Araque, María del Pilar

Vivar López-Bueno, Silvia

Lorente Cañadas, Yeneva

Ruda Higuero, Alba

INTUBACIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA (ISR) EN PACIENTES CON COVID 19

INMACULADA MOLINA TORRECILLAS
ALEJANDRO BALZANELLI DUCHINI
MARIA DEL PILAR MAZUECOS ARAQUE
SILVIA VIVAR LOPEZ - BUENO
YENEVA LORENTE CAÑADAS
ALBA RUDA HIGUERO

INTRODUCCIÓN

Estamos en presencia de una pandemia ocasionada por el nuevo coronavirus que se descubrió en la ciudad de Wuhan, China a finales de 2019 (COVID-19).

La vía aérea es una de las más altas prioridades en un paciente críticamente enfermo por Covid 19.

Su disfunción causa un aumento en la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Por ello es muy importante ante una emergencia que precise la intubación del paciente, conocer la secuencia a seguir, así como saber que fármacos se usan en ese procedimiento, orden de uso y la dosis ajustada al peso de cada paciente.

OBJETIVOS

Aportar información actualizada de la secuencia a seguir en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos para el proceso de intubación orotraqueal, así como los fármacos usados en este procedimiento en pacientes con covid 19.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **TIPO DE ESTUDIO Y BASES DE DATOS:** Se ha realizado una revisión bibliográfica basados en la literatura de artículos e información de revistas nacionales e internacionales de las bases de datos Pubmed, upToDate, Cochrane, SciELO, Infomed. Así como en la página de la organización mundial de la salud (OMS)
- **CRITERIOS DE INCLUSION:** Artículos publicados hasta Mayo de 2020
- **MOTORES DE BÚSQUEDA:** Google Scholar, Ciencia Sciece
- **PALABRAS CLAVE:** Intubación endotraqueal, inducción e intubación de secuencia rápida, infecciones por coronavirus, covid 19

RESULTADOS

Los pacientes con COVID-19 pueden sufrir hipoxemia grave que requiera intubación y conexión a ventilación mecánica. En este proceso existe alto riesgo de generación de aerosoles por la vía aérea, por lo que se recomienda utilizar la ISR.

Existe amplia variedad en ésta técnica, influenciadas por las constantes evidencias que la ciencia proporciona.

ASPECTOS DE IMPORTANCIA

ABCD

- A: Aérea: tener listos todos los dispositivos para el manejo de la vía aérea.
B: Buena ventilación: disponer de los sistemas de administración de oxígeno suplementario.
C: Circulación: revisar y garantizar la permeabilidad de los accesos venosos, tener preparados los medicamentos que se van a utilizar y monitorizar al paciente.
D: Difícil vía aérea: examinar rápidamente si el paciente tiene predictores de vía aérea difícil y tener listos los dispositivos para enfrentarla.

- El tiempo en colocar el tubo endotraqueal (TET) debe ser mínimo.
El tiempo de hipoventilación alveolar y apnea; el riesgo de acidosis respiratoria e hipoxemia, se acortan al máximo con una correcta preoxygenación.
Anular las respuestas voluntarias y reflejas producidas al estimular la vía aérea mediante la administración de premedicación y adecuada inducción.
Evitar el vómito y la regurgitación con la presión cricoidea y evitando la ventilación manual.

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS AL COVID 19

- El equipo de protección individual (EPI) debe estar a disposición de todos los participantes
- Evitar intubaciones con fibra óptica a pacientes despiertos a menos que se indique específicamente. En caso de poder contar con videolaringoscopia considerar su uso
- Filtro hidrofóbico de alta eficacia para conectar el tubo al ventilador o al ambú.
- Envolver el laringoscopio justo después de la intubación. Sellar TODOS los equipos usados para el manejo de la vía aérea en una bolsa de plástico con doble cierre. La bolsa debe ser retirada para su descontaminación y desinfección.



CONSIDERACIONES GENERALES

1. Monitorización - Fuente de oxígeno - Filtro antibacteriano
Bolsa de ventilación con reservorio - Ambú - Medicación para ISR
Mango y palas del laringoscopio curvas y rectas de varios tamaños - Tijeras
Tubos/ cánulas endotraqueales de diferentes números. - Jeringa de 10 ml.
Lubricante hidrosoluble estéril. - Pinzas Magill o Kelly - Paño estéril - Guantes
Venda para sujeción del tubo - Equipo de succión y sondas de aspiración
2. Intubación inmediata: se realiza sin preoxygenación, premedicación y sin inducción. Indicada en pacientes agonizantes, con PCR o PCR inminente o coma profundo.
Vía aérea difícil: puesta en marcha del algoritmo tras la evidencia de su dificultad.
Preoxygenación: durante la ISR el paciente va a permanecer en apnea por un periodo de tiempo. La preoxygenación es fundamental para que el paciente aguante este periodo sin que se produzca desaturación de O₂ e hipoxia tisular. Preoxygenar un mínimo de 5 minutos con 100 % de oxígeno, para evitar la ventilación manual y la posible aerosolización del virus. Si se requiere ventilación manual, ajuste cuidadoso de mascarilla, aplicar volúmenes de ventilación bajo (si es posible) y realizar insuflaciones suaves

1. PREPARACION DEL MATERIAL
2. PREOXIGENACION
3. PREMEDICACION / INDUCCION Y PARALISIS
4. POSICION DEL PACIENTE
5. MANIOBRAS PARA PONER EL TUBO

Medicamento	Indicaciones	Contraindicaciones
Propofol	Inducción de anestesia	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Inducción de anestesia	Depresión respiratoria, hipotensión
Midazolam	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión
Etomidato	Preoxygenación, sedación	Depresión respiratoria, hipotensión

3. Sujetar el laringoscopio con la mano izquierda e introducir la valva por la comisura bucal del lado contralateral, desplazando la lengua hacia el mismo lado de la mano y traccionando del laringoscopio hacia adelante y arriba (sin apoyarse sobre los dientes)
4. Visualizar la epiglotis. Situar la punta del laringoscopio en la vallécula (valva curva) o directamente en la epiglotis (valva recta)
5. Con la mano derecha se introduce el tubo, se desliza e introduce a través de las cuerdas vocales hasta que veamos desaparecer el manguito de taponamiento
6. La colocación correcta del tubo es generalmente 20-21 cm en hombres y 19-20 cm en mujeres (dependiendo de la estatura y la composición corporal). Retirar el laringoscopio sin mover el tubo. Inflar el balón de neumatoponamiento con 8-10 cc de aire.
7. Comprobar la colocación correcta del tubo en la traquea: auscultar primero en epigastrio y luego simétricamente en el tórax. Fijación del tubo
8. Conectar el tubo a la fuente de oxígeno e iniciar la ventilación.

- Si la intubación no se lleva a cabo en pocos segundos (20 s aprox), se debe suspender el intento, preoxygenar de nuevo hasta lograr las condiciones adecuadas para un nuevo intento
- Se debe tener un plan alternativo para el manejo avanzado de la vía aérea. En el paciente que no pueda asegurarse la vía aérea, al primer intento se podría colocar un dispositivo supraglótico, de forma rápida y ventilarlo con ambú

CONCLUSIONES

COVID-19 es una afección que puede evolucionar hacia la gravedad presentando insuficiencia respiratoria aguda y síndrome de dificultad respiratoria aguda en el cual el paciente puede requerir ventilación mecánica invasiva. Por ello es importante tener clara una ISR, la técnica empleada en este procedimiento, conocer los fármacos a utilizar; así como una serie de recomendaciones a tener en cuenta en la atención a este tipo de pacientes, para mantener las medidas de bioseguridad y disminuir al máximo la exposición del personal sin comprometer la seguridad y eficacia que se requiere para el procedimiento.

Resumen: *La vía aérea es una prioridad en un paciente críticamente enfermo por Covid 19. Su disfunción causa un aumento de morbilidad y mortalidad. Por ello es muy importante ante una emergencia que precise la intubación del paciente, conocer la secuencia a seguir.*

La ISR es un proceso utilizado para asegurar la vía aérea en pacientes con riesgo elevado de broncoaspiración y regurgitación, mediante la colocación de un tubo endotraqueal. El éxito de una intubación rápida requiere seguimiento de pasos específicos como la preparación del equipo necesario, preoxigenación, posicionamiento del paciente e indudablemente la capacitación y actualización del personal

Palabras Clave: *Intubación endotraqueal Covid 19 Inducción e intubación de secuencia rápida*

Introducción:

La vía aérea es una de las más altas prioridades en pacientes enfermos por Covid 19. Por ello es muy importante ante una emergencia que precise la intubación del paciente, conocer los pasos a seguir.

Objetivos:

Aportar información actualizada de la secuencia a seguir en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos para el proceso de intubación orotraqueal en pacientes con Covid 19.

Material y Métodos:

Revisión bibliográfica basada en literatura de artículos e información de revistas nacionales e internacionales de las bases de datos Pubmed, upToDate , cochrane, SciELO.

Motores de búsqueda: Google Scholar, Ciencia Sciece

Resultados:

Los pacientes con COVID-19 pueden sufrir hipoxemia grave que requiera intubación y conexión a ventilación mecánica invasiva (VMI). En este proceso existe generación de aerosoles.

El equipo de protección individual debe estar a disposición de todos los participantes

1. Evitar el uso de atomizadores que puedan aerosolizar el virus.
2. Filtro hidrofóbico para conectar el tubo al ventilador o al Ambú.
3. Envolver el laringoscopio después de la intubación. Sellar todos los equipos usados en una bolsa de plástico con doble cierre. Ésta debe ser retirada para su descontaminación y desinfección.

Preparación Material:

Monitorización

Fuente de oxígeno

Ambú

Filtro anti-bacteriano

Mango y palas del laringoscopio curvas y rectas

Tubos/ cánulas endotraqueales de diferentes números

Jeringa 10 ml.

Lubricante

Pinzas Magill o Kelly

Venda para sujeción del tubo

Tijeras

Equipo de succión y sondas de aspiración rígidas y flexibles.

Guantes

Medicación

Preoxigenación:

La preoxigenación es fundamental para que el paciente aguante sin que se produzca desaturación e hipoxia tisular. Preoxigenar mínimo 5 minutos con 100 % de oxígeno, para evitar la ventilación manual y la posible aerosolización del virus. Si requiere ventilación manual, ajuste de mascarilla, aplicar volúmenes de ventilación bajos si es posible y realizar insuflaciones suaves.

Premedicación / Inducción y Parálisis:

Analgesia

Fentanilo: a dosis 1-3 µg/kg. Importante efecto analgésico, efecto vagotónico

Remifentanilo: 1-1,25µg/kg.

Esmolol: 0,2-0,5 mg/kg.

Lidocaína: 1,5 mg/kg. Anestésico local que puede asociarse a fentanilo o esmolol con la finalidad de disminuir la respuesta refleja de la laringoscopia e intubación.

Hipnóticos:

Etomidato: 0,2 - 0,3 mg/kg. Hipnosis a los 15 a 20 segundos, duración de 5 a 15 minutos, no aumenta la PIC, disminución discreta del metabolismo cerebral.

Midazolam: 0,2 - 0,3 mg/kg. Hipnosis a los 30 a 50 segundos, duración de 15 a 30 minutos, disminuye el flujo cerebral y la PIC, hipotensión importante en pacientes ancianos y con depleción de volumen.

Propofol: 2-5 mg/kg. Hipnosis de 30 a 60 segundos, duración 5 minutos, disminución de PIC con disminución de la perfusión cerebral, caída de 30 % de tensión arterial en pacientes ancianos e hipovolémicos, efecto inotrópico negativo, efecto vagotónico (bradicardia).

Ketamina: 1,5 a 3 mg/kg. Hipnosis entre 45 y 65 segundos, duración de acción de 5 a 15 minutos, hipnosis con intensa actividad del sistema límbico (disociativa), aumento de PIC y presión intraocular, estimulación simpática (hipertensión arterial y taquicardia), efecto broncodilatador.

Relajantes musculares:

Succinilcolina: 1-1,5 mg/kg. Cuenta con corto tiempo de duración (1-5 min). Produce pocos efectos hemodinámicos (bradicardia, hipotensión).

Rocuronio: parálisis en 60 sg. con dosis de 0,6 mg/kg si se asocia a propofol y 0,9-1,2 mg/kg asociado a cualquier otro hipnótico. Acción intermedia (1 a 25-35min), sin afectación hemodinámica relevante

Rapacuronio: 1,5 mg/kg. Acción corta (1-10/15min). No usar más de 2 o 3 bolos, (efecto acumulativo).

Presión Cricoidea:

La presión cricoidea se mantiene desde la inducción hasta completarse la intubación orotraqueal, realizándose mediante 2 maniobras:

-Para disminuir el riesgo de broncoaspiración o regurgitación, realizar la maniobra de Sellick, presionando hacia el fondo el cartílago cricoides,

-Si la visualización de la glotis o cuerdas vocales no es posible, realizar la maniobra de BURP, movilizándolo el cricoides hacia el fondo, arriba y a la derecha.

Maniobras para Intubación y Actuación posterior:

- Sujetar el laringoscopio con la mano izquierda e introducir la valva por la comisura bucal del lado contralateral, desplazando la lengua hacia el mismo lado de la mano y traccionando del laringoscopio hacia adelante y arriba, teniendo especial atención en no apoyarse sobre los dientes.

- Visualizar la epiglotis. Situar la punta del laringoscopio en la vallécula (valva curva) o directamente en la epiglotis (valva recta).

- Con la mano derecha se introduce el tubo (con guía), manteniendo la visión de las cuerdas vocales, se desliza e introduce a través de las cuerdas vocales hasta que veamos desaparecer el manguito de taponamiento.

- La colocación correcta del tubo corresponde generalmente con la marca de 20-21cm en el hombre y de 19-20cm en la mujer.

- Retirar el laringoscopio sin mover el tubo y la guía en caso de haberla utilizado. Inflar el balón de neumotaponamiento con 8-10 cc de aire.

Fijación del tubo.

Comprobar la colocación correcta del tubo

Create your own automated PDFs with Jotform PDF Editor- It's free

Conectar el tubo a la fuente de oxígeno e iniciar ventilación.

Si la intubación no se lleva a cabo en pocos segundos, se debe suspender el intento, preoxigenar de nuevo, hasta lograr condiciones adecuadas.

Conclusiones:

COVID-19 es una afección que puede evolucionar hacia la gravedad en el cual el paciente puede requerir VMI. Por ello es importante tener clara una ISR, para mantener en lo posible las medidas de bioseguridad que disminuyan al máximo la exposición del personal sin comprometer la seguridad y eficacia que se requiere para el procedimiento.

Bibliografía:

1. Almarales JR, Saavedra MÁ, Salcedo Ó, Romano DW, Morales JF, Quijano CA, et al. Inducción de secuencia rápida para intubación orotraqueal en Urgencias. Rev repert med cir. 2016; 25 (4): 210–8.
2. Ostabal Artigas MI. La intubación endotraqueal. Med Integr. 2002; 39 (8): 335–42
3. Otero Palleiro M, Barbagelata López C. Intubación endotraqueal. FMC - Formulario Médica Contin Aten Primaria. 2006; 13 (8): 453–4.
4. Equipo de Protección Individual (EPI) frente al Coronavirus [Internet]. Semes.org. 2020 [citado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https:// www.semes.org/semes-divulgacion/equipo-de-proteccion-individual-epi-frente-al-coronavirus/](https://www.semes.org/semes-divulgacion/equipo-de-proteccion-individual-epi-frente-al-coronavirus/)

Capítulo 131

Jugando a la plasticidad cerebral en el quiste porencefálico.

Espinosa Velasco, Verónica

Megía Castro, María Isabel

Ruda Celada, María Dolores



JUGANDO A LA PLASTICIDAD CEREBRAL EN EL QUISTE PORENCEFÁLICO.

AUTORAS: ESPINOSA VELASCO VERÓNICA, MEGÍA CASTRO MARÍA ISABEL Y RUDA CELADA MARIA DOLORES

INTRODUCCION

Los quistes porencefálicos son cavitaciones profundas en el córtex cerebral producidas por procesos hemorrágicos y/o vasculares que evolucionan a quistes intraparenquimatosos que producen mayor o menor afectación y pueden verse paliados por la reorganización cortical en un comportamiento neuronal llamado plasticidad cerebral.

La plasticidad cerebral es el fenómeno por el cual el sistema nervioso es capaz de reorganizarse mediante nuevas conexiones neuronales o supliendo las sanas el funcionamiento de las deterioradas para mejorar el funcionamiento cerebral en caso de daño neuronal por causa isquémica, hemorrágica, etc...

La mayor plasticidad se produce desde la gestación hasta el tercer año de vida, luego esa capacidad se ve claramente disminuida, aunque no desaparece. Puede estar influenciada por mecanismos ambientales, estímulos externos, interacción con el medio, etc...de ahí que sea evolutiva, dinámica y cambiante en función de las vivencias del ser humano.

De ahí la importancia de la atención enfermera especializada en hacer una valoración y seguimiento integral, a nivel físico, neurológico y conductual, para marcar después las carencias más importantes y trabajar en ellas desde el marco de la atención temprana, logopedia, estimulación y rehabilitación.

CASO CLINICO

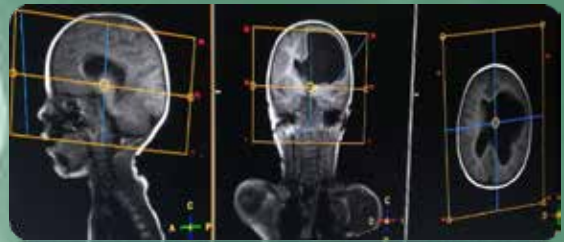
Niña con 27+2 semanas de gestación y 1100 gramos de peso, nacida mediante cesárea por desprendimiento de placenta. Madre hipotiroidea gestacional. Apgar 7/8, precisa REA tipo III. Tras exploraciones y pruebas complementarias se observa hemorragia intraventricular grado IV con dilatación ventricular izquierda y cavidad porencefálica frontal izquierda de 6 mm de eje anteroposterior, con desviación de la línea media a la derecha.

Potenciales auditivos dentro de la normalidad.

El seguimiento en consultas externas arroja datos de hemiparesia izquierda con mayor afectación de MSI y discreto retraso motor, el resto de exploración neurológica está dentro de la normalidad.

Destaca la disociación clínico-ecográfica, dado que la clínica y la exploración son muy buenas en relación a los malos resultados ecográficos.

Es por ello que la plasticidad cerebral juega un papel tan importante en los niños, ya que a pesar de existir una lesión inicialmente grave, existe una reestructuración funcional y neurológica que evidencia que el desarrollo puede estar muy normalizado.



PLAN DE CUIDADOS

El desafío del cuidado enfermero es ayudar a mejorar la calidad de vida del neonato, minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico, a través de un plan de cuidados integral. Éste empieza desde el primer minuto tras el nacimiento con la Atención Especializada en UCI-Neonatal, donde los cuidados se centran en la observación y control de constantes vitales, cuidados respiratorios, hemodinámicos, nutricionales, conductuales y neurológicos principalmente; y a la continuidad tras el alta en Atención Temprana y sucesivas consultas de distintas especialidades pediátricas, como neurología, rehabilitación, etc...

ATENCIÓN ESPECIALIZADA UCI-NEONATAL:

Principales Diagnósticos de Enfermería

00032- Patrón respiratorio ineficaz

Valorar signos de distrés

Permeabilidad de vías aéreas

Vigilar coloración Oxígeno complementario

00008- Termorregulación ineficaz

Vigilar temperatura

Mantener sensor cutáneo

Revisar incubadora temperatura/humedad

Manejo ambiental Monitorización de signos vitales

00107- Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Vigilar: vómitos, distensión abdominal o restos gástricos

Vigilar presencia de sangre oculta en heces

Alimentación por sonda gástrica cada 3 horas

00004- Riesgo de infección

Mantener normas de asepsia

Manipulación mínima

Evitar lesiones Cuidados de vías intravenosas y sondas permanentes

Higiene Cuidados del cordón umbilical

00126- Déficit de conocimientos

Valorar conocimientos de los padres

Ofrecer información

Estimular la participación en la atención al neonato

Informar sobre necesidades físicas básicas

ATENCIÓN TEMPRANA:

Tras alta hospitalaria Educación para la salud (padres). Pautas de

evolución normal del niño

Estimulación temprana:

Padres

Fisioterapeutas

Logopedas

Seguimiento del desarrollo cognitivo

Seguimiento del desarrollo del lenguaje

Seguimiento de la expresión somática

Seguimiento de la regulación del comportamiento Seguimiento de la

relación y comunicación



DISCUSIÓN

El término porencefalia incluye una serie de grandes lesiones corticales que comunican el sistema ventricular. En términos generales, hay destrucción de tejido cerebral previamente formado. Se puede deber a traumatismos, hemorragias o infartos cerebrales que llevan a la necrosis de los tejidos, derivando en la formación de un quiste intraparenquimatoso en efecto de masa. La plasticidad cerebral es la adaptación funcional del Sistema Nervioso Central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sin importar la causa originaria. Ello es posible gracias a la capacidad que tiene el Sistema Nervioso para experimentar cambios estructurales-funcionales originadas por influencias endógenas o exógenas.

La enfermería por su parte es la encargada de valorar cambios conductuales y de patrones establecidos para hacer un seguimiento de la evolución en cuanto a comportamiento y signos físicos y observables se refiere, para lo cual ha de tener aptitudes y conocimientos sobre conductas neurológicas y destreza en la observación de mínimos cambios que puedan sugerir una mejoría o empeoramiento de su estado.

CONCLUSIÓN

El fenómeno de plasticidad cerebral hace que un cerebro inmaduro pueda compensar una lesión neuronal mediante una reorganización cortical que es superior a dichas capacidades en el cerebro. Las células nerviosas o neuronas están encargadas de realizar distintas funciones, en caso de daño cerebral, las células no dañadas pueden asumir las funciones que realizaban las células dañadas, y esto se produce mediante las conexiones que se establecen entre las neuronas que permiten la actividad cerebral. La capacidad del cerebro para adaptarse y compensar los efectos de la lesión es mayor en los primeros años de vida que en la edad adulta. Es por todo ello la importancia de establecer un plan enfermero de cuidados básico desde el primer minuto de vida, para que sirva como pilar fundamental del desarrollo físico-psíquico y motor del neonato, así como la base sobre la que trabajarán después los distintos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnston MV, Kinsman S. Trastornos de la migración neural. En: Behgman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Nelson. Tratado de Pediatría. 19 Ed. Madrid. España. Elsevier 2012. 2. Paz CM, Molina FS Pérez P JM. Defectos congénitos. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. 2011. 3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt, 2001.

Resumen: En los recién nacidos como resultado de la aparición de hemorragias cerebrales o lesiones vasculares se produce una destrucción de tejido cerebral, la evolución de estas lesiones puede dar casos de quistes porencefálicos, que provocan cavitaciones corticales profundas, que pueden dar lugar a todo tipo alteraciones neurológicas en el bebé. La plasticidad neuronal en niños de cero a tres años, proceso por el que el sistema nervioso de los niños es capaz de crear nuevas conexiones neuronales para paliar las dañadas y así lesiones que podrían suponer grandes minusvalías, evolucionan a un desarrollo muy similar a la normalidad.

Palabras Clave: Quistes del sistema nervioso, central Infartos cerebrales, Plasticidad neuronal.

Introducción:

Los quistes porencefálicos son cavitaciones profundas en el córtex cerebral producidas por procesos hemorrágicos y/o vasculares que evolucionan a quistes intraparenquimatosos que producen mayor o menor afectación y pueden verse paliados por la reorganización cortical en un comportamiento neuronal llamado plasticidad cerebral.

La plasticidad cerebral es el fenómeno por el cual el sistema nervioso es capaz de reorganizarse mediante nuevas conexiones neuronales o supliendo las sanas el funcionamiento de las deterioradas para mejorar el funcionamiento cerebral en caso de daño neuronal por causa isquémica, hemorrágica, etc...

La mayor plasticidad se produce desde la gestación hasta el tercer año de vida, luego esa capacidad se ve claramente disminuida, aunque no desaparece. Puede estar influenciada por mecanismos ambientales, estímulos externos, interacción con el medio, etc... de ahí que sea evolutiva, dinámica y cambiante en función de las vivencias del ser humano.

De ahí la importancia de la atención enfermera especializada en hacer una valoración y seguimiento integral, a nivel físico, neurológico y conductual, para marcar después las carencias más importantes y trabajar en ellas desde el marco de la atención temprana, logopedia, estimulación, rehabilitación.

Caso Clínico:

Recién nacida con 27+2 semanas de gestación y 1100 gr. De peso mediante cesárea por desprendimiento de placenta. Madre hipotiroidea gestacional. Apgar 7/8, precisa REA tipo III.

Tras exploraciones y pruebas complementarias se observa hemorragia intraventricular grado IV con dilatación ventricular izquierda y cavidad porencefálica frontal izquierda de 6 mm. de eje anteroposterior, con desviación de la línea media a la derecha.

Potenciales auditivos dentro de la normalidad.

El seguimiento en consultas externas arroja datos de hemiparesia izquierda con mayor afectación de MSI y discreto retraso motor, el resto de exploración neurológica está dentro de la normalidad.

Destaca la disociación clínico-ecográfica, dado que la clínica y la exploración son muy buenas en relación a los malos resultados ecográficos.

Es por ello que la plasticidad cerebral juega un papel tan importante en los niños, ya que a pesar de existir una lesión inicialmente grave, existe una restructuración funcional y neurológica que evidencia que el desarrollo puede estar muy normalizado a pesar de ello.

Plan de Cuidados:

El desafío del cuidado enfermero es ayudar a mejorar la calidad de vida del neonato, minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico, a través de un plan de cuidados integral. Éste empieza desde el primer minuto tras el nacimiento con la Atención Especializada en UCI-Neo, a la continuidad tras el alta en Atención Temprana.

Atención Especializada UCI-Neonatal:

Principales Diagnósticos de Enfermería

00032. Patrón respiratorio ineficaz; Valorar signos de distrés. Permeabilidad de las vías aéreas. Vigilar coloración, Oxígeno complementario.

00008. Termorregulación ineficaz; Vigilar temperatura. Mantener sensor cutáneo. Revisar incubadora, temperatura y humedad. Manejo ambiental.

00004. Riesgo de infección; Mantener normas de asepsia. Manipulación mínima. Evitar lesiones. Cuidados de vías intravenosas y sondas permanentes. Higiene cuidados del cordón umbilical.

00126. Déficit de conocimientos; Valorar conocimientos de los padres. Ofrecer información. Estimular la participación en la atención del neonato. Informar sobre necesidades físicas básicas.

Atención Temprana:

Tras alta hospitalaria Educación para la salud (padres). Pautas de evolución normal del niño. Estimulación temprana: Padres. Fisioterapeutas. Logopedas. Seguimiento del desarrollo cognitivo. Seguimiento del desarrollo del lenguaje. Seguimiento de la expresión somática. Seguimiento de la regulación del comportamiento. Seguimiento de la relación y comunicación.

Discusión:

El término porencefalia incluye una serie de grandes lesiones corticales que comunican el sistema ventricular. En términos generales, hay destrucción de tejido cerebral previamente formado. Se puede deber a traumatismos, hemorragias o infartos cerebrales que llevan a la necrosis de los tejidos, derivando en la formación de un quiste intraparenquimatoso en efecto de masa.

La plasticidad cerebral es la adaptación funcional del Sistema Nervioso Central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sin importar la causa originaria. Ello es posible gracias a la capacidad que tiene el Sistema Nervioso para experimentar cambios estructurales- funcionales originadas por influencias endógenas o exógenas.

Conclusión:

El fenómeno de plasticidad cerebral hace que un cerebro inmaduro pueda compensar una lesión neuronal mediante una reorganización cortical que es superior a dichas capacidades en el cerebro. Las células nerviosas o neuronas están encargadas de realizar distintas funciones, en caso de daño cerebral, las células no dañadas pueden asumir las funciones que realizaban las células dañadas, y esto se produce mediante las conexiones que se establecen entre las neuronas que permiten la actividad cerebral.

La capacidad del cerebro para adaptarse y compensar los efectos de la lesión es mayor en los primeros años de vida que en la edad adulta.

Es por todo ello la importancia de establecer un plan enfermero de cuidados básico desde el primer minuto de vida, para que sirva como pilar fundamental del desarrollo físico-psíquico y motor del neonato, así como la base sobre la que trabajarán después los distintos profesionales.

Bibliografía:

1. Johnston MV. Kinsman S. Trastornos de la migración neural. En; Behgman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson. Tratado de Pediatría. 19 Ed. Madrid. España. Elsevier 2012.
2. Paz CM. Molina FS Pérez P JM. Defectos congénitos. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. 2011.
3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt, 2001.

Capítulo 132

La Diabetes Mellitus y la influencia del insomnio en su desarrollo

Arroyo Martínez, Esther

Ruiz Sánchez de León, Fermín

Ruiz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen

LA DIABETES MELLITUS Y LA INFLUENCIA DEL INSOMNIO EN SU DESARROLLO

AUTORES: Esther Arroyo Martínez, Fermín Ruíz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen Ruíz Sánchez de León

INTRODUCCIÓN

Insomnio: dificultad para conciliar o mantener el sueño. Presencia de sensación de sueño no reparador. El sueño afecta en el funcionamiento físico y mental.

OBJETIVO

Comprobar si el insomnio influye en la aparición y evolución de la Diabetes Mellitus (DM). Realizar intervenciones de enfermería para mejorar la calidad del sueño

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica sobre estudios que se centran en obtener resultados sobre el tema para poder diagnosticar y abordar el problema precozmente

RESULTADOS

El insomnio es uno de los factores de riesgo para desarrollar la DM

Un trastorno del sueño hace que se cree resistencia a la insulina, aumentando los niveles de glucosa en sangre y del apetito.

El tratamiento prioritario es aplicar medidas de higiene del sueño para mejorar el estilo de vida y las situaciones a nivel emocional

El insomnio prevalece la aparición de enfermedades

El personal sanitario (PS) intentará retrasar la aparición de enfermedades

CONCLUSIONES

El fin del PS: abordar el problema de forma precoz y controlar las patologías que ya padezca

Medida de actuación importante: El uso de las medidas generales de higiene del sueño

Resumen: *El insomnio es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, al igual que también se considera que es cuando aparece una sensación de sueño no reparador.*

Se ha comprobado que el sueño afecta tanto en el funcionamiento físico y mental.

Por ello, el objetivo de este trabajo es la comprobación de si el insomnio influye en el desarrollo de la Diabetes mellitus. Se realizó una búsqueda bibliográfica, llegando a la conclusión que a nivel fisiológico un trastorno del sueño puede ser uno de los desencadenantes de la aparición de la diabetes mellitus.

Palabras Clave: *Insomnio, Diabetes Mellitus, Higiene del Sueño*

Introducción:

El Insomnio se define como la dificultad para conciliar o mantener en el tiempo el sueño o también cuando aparece la sensación de sueño no reparador.

El insomnio constituye la queja más frecuente de patologías asociadas al trastorno del sueño en adultos

La Organización Mundial de la Salud reporta que el insomnio se presenta en aproximadamente el 40% de la población en algún momento de su vida; ya que tiene una alta prevalencia en la población general. Se ha comprobado con el paso del tiempo que el sueño afecta tanto al funcionamiento físico como mental de los individuos.

Objetivo:

El objetivo es comprobar si el insomnio influye en la aparición y evolución de la Diabetes Mellitus, con el fin de averiguar si se pueden realizar intervenciones de enfermería para intentar mejorar la calidad del sueño de los individuos.

Material y Método:

En la búsqueda bibliográfica que se hizo sobres estudios que se centraron en obtener resultados sobre el tema, con el fin de utilizarlos para poder diagnosticar y abordar el problema precozmente.

Tras numerosas búsquedas se comprueba que se tiene el concepto claro de que el insomnio es un claro factor de resigo para desarrollar la Diabetes Mellitus. Esto se explica porque se comprueba que un trastorno del sueño hace que se produzca una resistencia a la insulina, aumentando los niveles de glucosa en sangre e incrementándose el apetito. (4)

Todo esto mantenido en el cuerpo produce esos daños a nivel del organismo que produce la aparición de la Diabetes Mellitus. (2)

Como tratamiento preventivo y prioritario es aplicar medidas de higiene del sueño para mejorar el estilo de vida de las personas y las situaciones a nivel emocional. Estas medidas pueden ser, entre otras, reducir el consumo de sustancias excitantes que alteran el sueño, como la cafeína o bebidas alcohólicas, evitar siestas prolongadas, mantener horarios de sueño regulares, no realizar en la cama tareas que impliquen actividad mental, como leer... (3)

En este ámbito, el personal sanitario tiene un papel importante, tanto para dar a conocer estas medidas, como para educar al paciente cómo llevarlas a cabo.

Tras numerosos estudios se ha llegado a la conclusión de que el insomnio sí prevalece la aparición de enfermedades. Por este motivo el personal sanitario tiene un papel fundamental para intentar retrasar la aparición de enfermedades.

Si esas enfermedades ya están presentes, el fin del personal sanitario en ese caso será el abordar de forma precoz el problema y controlar esas patologías presentes. (1)

Para finalizar, se ha comprobado que una medida de actuación importante es lo ya comentado anteriormente, el uso de las medidas generales de higiene del sueño.

Bibliografía:

1. Baidés Noriega R, Noriega Camporro S, Inclán Rodríguez AM. Enfermería y tratamiento no farmacológico para el manejo del insomnio. *Enfermería Global*; 2019; 54: 512-522
2. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. Elsevier España: 2012; 38(4): 233-240
3. López Trigo J.A., Álamo González C, et al. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Insomnio. 3ª edición. Madrid; 2015
4. Merino-Andreu M, Álvarez-Ruiz de Larrinaga A, Madrid-Pérez JA, Martínez-Martínez MA, Puertas Cuesta FJ, Asencio-Guerra AJ, et al. Sueño saludable: Evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Rev Neurol* 2016; 63 (Supl 2): S1-27

Capítulo 133

La importancia de los sesgos. Autismo y vacunas.

Hernández Blasco, Elena

Antequera Gil, Antonia

La importancia de los sesgos. Autismo y vacunas.

Hernández Blasco, Elena;* Antequera Gil Antonia.* *Enfermera Especialista en Pediatría.



INTRODUCCIÓN

La OMS afirma que, con la excepción de la depuración del agua, nada ha tenido mayor impacto en reducir la mortalidad que las vacunas. A nivel mundial evitan casi 6 millones de muertes anuales. Sin embargo, siguen infrutilizadas por diversas razones y mueren alrededor de 2 millones de niños en todo el mundo cada año, como consecuencia de enfermedades que son evitables y que además tienen un coste asequible para los sistemas de salud.



OBJETIVOS

Nos planteamos conocer los antecedentes de la vacuna triple vírica, los estudios de sus detractores, metodología y resultados y si existe o no relación con el trastorno del espectro autista (TEA).



MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos: PubMed, Web of Science, Cochrane y CSIC. Utilizando como términos MESH o palabras clave: vacuna, triple vírica, niño, inmunización, virus, autismo. Fueron incluidos estudios publicados hasta el 2015 en inglés o en castellano.



RESULTADOS

Maurice Hilleman, consigue la vacuna contra la rubeola, sarampión y paperas (Triple Vírica). El mayor caso de controversia ocurrió en 1998 cuando The Lancet publica un artículo escrito por Andrew Wakefield sobre la vacuna de la triple vírica y una posible relación con el TEA. Se basó en la descripción de 12 niños en los que coexistían trastornos gastrointestinales (diarrea, abdominalgias o meteorismo) y una regresión aguda de su desarrollo psicomotor. 8 fueron diagnosticados de TEA. El artículo fue retractado en 2004, retirándolo del archivo por considerar sus conclusiones infundadas. En 2010, prohibieron a Andrew Wakefield practicar la medicina. Sin embargo, como muchos padres habían negado la vacuna a sus hijos, se originó en 2011 un brote de sarampión en Europa que hizo contraer la enfermedad a 26.000 niños, 9 de los cuales murieron.



CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la necesidad de la investigación en ciencias de la salud, más concretamente de la importancia de las revisiones sistemáticas y conocer e identificar los diferentes sesgos que pueden afectar a un estudio de investigación ya que, aún hoy, existe la creencia de una posible relación entre vacunas y autismo y detractores de las vacunas, produciéndose un repunte de enfermedades casi erradicadas.

Resumen: Se realiza una profunda revisión bibliográfica sobre la vacuna Triple vírica, sus antecedentes, controversia y supuesta relación con la enfermedad del espectro autista.

Actualmente gracias a las vacunas enfermedades que representaban una gran amenaza están controladas. Sin embargo, en los últimos años han reaparecido enfermedades cuya vacuna existe pero que debido al miedo a los efectos adversos no se aplican a pesar de que la enfermedad en sí es más grave.

El objetivo de este trabajo es concienciar a la población sobre las vacunas, sobre el trabajo de Hilleman y sobre la dudosa relación de la vacunación con el autismo.

Palabras Clave: Vacuna, Autismo, Inmunidad

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que, con la excepción de la depuración del agua, nada ha tenido mayor impacto en reducir la mortalidad que las vacunas. A nivel mundial evitan casi seis millones de muertes anuales. Sin embargo, siguen infrautilizadas por diversas razones y mueren alrededor de dos millones de niños en todo el mundo cada año, como consecuencia de enfermedades que son evitables y que además tienen un coste asequible para los sistemas de salud.

Las vacunas nos han llevado a controlar nueve enfermedades mayores como la viruela, la difteria, el tétanos, la fiebre amarilla, la tosferina, poliomielitis, sarampión y rubéola. Se ha conseguido la erradicación de una enfermedad mortal, como es la viruela, y nos encontramos cerca de acabar con otra enfermedad mortal como la polio y como meta la cercana extinción del sarampión.

Objetivo:

Como objetivo nos planteamos conocer los antecedentes de la vacuna triple vírica y si existe o no relación con el trastorno del espectro autista.

Material y Método:

Se realiza una revisión sistemática utilizando las bases de datos: PubMed, Web of Science, Cochrane y CSIC. Utilizando como términos MESH o palabras clave: vacuna, triple vírica, niño, inmunización, virus, autismo. Fueron incluidos estudios publicados hasta el 2015 en inglés o en castellano.

Resultados y Conclusión:

La vacunación es actualmente indiscutible, aún así, existen grupos autodenominados antivacunas. Aparecieron debido a que normalmente los efectos de dichas enfermedades una vez instaurada su vacuna son olvidados, y la población se preocupa por los efectos secundarios de éstas que son mucho menores que los que se evitan.

Por otra parte, Maurice Hilleman, conocido como "el vacunólogo del siglo XX" dedicó gran parte de su vida a las vacunas pediátricas, entre ellas desarrollo la vacuna Triple Vírica (que cubre la enfermedad del Sarampión, rubeola y parotiditis).

En 1995, en Gran Bretaña se lanzó la hipótesis de una posible asociación entre la vacuna del sarampión y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un estudio que hoy en día es cuestionado por razones metodológicas.

Bibliografía:

1. Corretger JM, Arístegui J, Hernández-Sampelayo T. Las recientes imputaciones a las vacunas: interpretación actual. *Vacunas. Investigación y práctica*. 2004; 5: 87-91.
2. Lopez Tricas, JM. El origen de la triple vírica. *Bifar* 115 julio 2013 pag: 36-37.
3. Tuells J. Historia de la Vacunología. El infatigable vacunólogo: Maurice Hilleman (1919-2005) Asociación Española de Vacunología. Abril 2005.
4. Veme Martin E, Ugarte Taboada C. Inmunización: Conceptos generales, esquemas y el futuro. *Rev. Peru. Pediatr.* 61 (1) 2008.

Capítulo 134

La importancia de un baño adecuado en el recién nacido prematuro.

García- Muñoz López- Menchero, Diana

Lara Lozano, Elena

Núñez Sánchez- Migallon, Ana Belén

Moreno Delgado, Tania

Piqueras Crespo, Lourdes

LA IMPORTANCIA DE UN BAÑO ADECUADO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO



García- Muñoz López- Menchero, Diana; Lara Lozano, Elena, Moreno Delgado, Tania; Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén; Piqueras Crespo, Lourdes.

INTRODUCCIÓN

La piel de un recién nacido prematuro, posee unas cualidades diferentes respecto a la de un recién nacido a término. La unión entre la epidermis y la dermis, también, está disminuida, por lo que estos recién nacidos son más vulnerables a las lesiones en la piel. Los prematuros, sobre todo, aquellos que nacen con menos de 30 semanas de gestación, pierden calor por evaporación. La maduración del estrato córneo se produce después de la 28 semana de gestación, antes de este tiempo, la piel del prematuro está: pobremente queratinizada, con aspecto más gelatinoso, transparente, con mayor permeabilidad y disminución del manto ácido, que ayuda a que la piel tenga una capacidad bactericida contra patógenos.

Todo ello, favorece las pérdidas transdérmicas de agua, la pérdida de calor, el aumento de la capacidad de la piel para absorber productos químicos y el aumento del riesgo de dañar la piel de forma iatrogénica. Es por todo esto, que las características del baño en el recién nacido prematuro no serán las mismas que las del recién nacido a término.



OBJETIVOS

- Conocer las características de la piel del recién nacido prematuro.
- Determinar cual es la forma más adecuada, según la evidencia, de realizar el baño a un recién nacido prematuro.
- Reconocer que productos son los más óptimos para el baño de un recién nacido prematuro .

METODOLOGÍA

Hemos llevado a cabo una búsqueda de literatura en bases de datos científicas (Pubmed, Cochrane) y buscadores como el servicio de la editorial Elsevier, utilizando como palabras claves proporcionadas por el DeCS: Recién Nacido (Newborn), Prematuro (Premature), Piel (Skin) e Higiene (Hygiene). Se han recopilado los artículos y han sido incluidos aquellos que son posteriores al año 2015 que hablan del baño al recién nacido y cuidados de la piel del recién nacido pretérmino.

RESULTADOS

Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales realizan el baño de rutina con el objetivo de limpiar la piel. Según las GPC revisadas no debe realizarse antes de las 24 horas de vida, ya que no se ha absorbido la vémix y puede dañar la piel neonatal por su fragilidad, aumentando la colonización de bacterias. Basándonos en la bibliografía recopilada clasificamos la limpieza en el prematuro:



RN PREMATURO MENOR 30 SEMANA GESTACIÓN/ < 1.500 KG DE PESO	RN PREMATURO MAYOR DE 30 SEMANA GESTACIÓN/ > 1.500 KG DE PESO	RECOMENDACIONES COMUNES PARA TODOS LOS PREMATUROS
<p>SI agua destilada estéril: evitar la transmisión de pseudomonas frente al uso agua corriente, y secado con compresas estériles. (Grado A evidencia)</p> <p>NO jabón pH neutro provoca: sequedad y descamaciones que sirven como puerta de entrada para agentes microbianos. (Grado A evidencia)</p>	<p>SÍ uso de agua destilada estéril y agua corriente, no precisa compresas estériles para su secado.</p> <p>SÍ uso de jabón pH neutro</p>	<p>Evitar bañar frecuentemente a los recién nacidos prematuros porque puede modificar el "manto ácido" y elevar el pH de la piel.</p> <p>Evitar el uso de productos químicos en la región perineal porque causan irritaciones.</p> <p>NO uso de soluciones yodadas porque producen alteraciones y bloqueo de la glándula tiroides.</p> <p>SÍ se permite el uso del clorhexidina al 0.5 % en pocas cantidades y durante un periodo corto de tiempo.</p>

CONCLUSIONES

El cuidado inadecuado de la piel es una causa de morbilidad en los recién nacidos prematuros. La prevención es fundamental para el cuidado de estos niños vulnerables. Reducir al mínimo las lesiones debe ser considerado un componente clave en el cuidado diario brindado a los recién nacidos prematuros. Las enfermeras tenemos el desafío de someter bajo la evidencia las nuevas intervenciones de enfermería y productos para el cuidado de la piel del recién nacido. Es nuestra responsabilidad como profesionales también, apoyar las nuevas investigaciones sobre prácticas de cuidado de la piel, que puedan generar mejores cuidados para los recién nacidos de nuestro país.

Resumen: La piel de un recién nacido prematuro, posee unas cualidades diferentes respecto a la de un recién nacido a término. La dermis en los menores de 30 semanas de gestación carece de abundantes características y funciones principales. La falta de éstas favorece la pérdida de calor, el aumento de la capacidad de la piel para absorber productos químicos, déficit de capacidad bactericida y mayor riesgo de dañar la piel de forma iatrogénica. Por ello, las características del baño en el recién nacido prematuro no serán las mismas, siendo esencial el conocimiento por parte del personal de enfermería.

Palabras Clave: Skin care (Cuidado de la piel) Preterm (Prematuro) Nursing (Enfermería)

Introducción:

El rol de enfermería en la atención del recién nacido prematuro, se ha desarrollado a medida que ha incrementado las necesidades de los cuidados especializados. Sin embargo, el reconocimiento y la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de los neonatos prematuros ha permitido, que enfermería ocupe un gran espacio en el campo asistencial.

El primer baño del recién nacido tiene múltiples propósitos: eliminar sangre y fluidos potencialmente infecciosos, reducir la colonización microbiana y permitir una correcta observación de la piel. En el caso de los recién nacidos pretérmino, el baño inicial en la sala de partos es una rutina postergada, debido a que hay rutinas prioritarias de reanimación y estabilización y que realizada antes de las 2-4 horas de vida produce alteraciones en la termorregulación y en los signos vitales. En los recién nacidos prematuros la piel supone aproximadamente un 13% del peso de su cuerpo comparado con el 3 % en las personas adultas. -Aproximadamente a las 2 semanas de vida, independientemente de la edad de gestación, la función protectora de la piel de los prematuros es parecida a la del recién nacido a término, debido a un incremento en el proceso de maduración de la epidermis. La piel es la primera línea de defensa frente a la infección, cualquier lesión puede generar además problemas de termorregulación, balance electrolítico, afectando directamente a la mortalidad y morbilidad del recién nacido < 1500g. Se debe mantener la integridad de la piel utilizando guantes y material estéril hasta que la piel esté íntegra, como mínimo una semana.

Para el primer baño, en los recién nacidos menores de 30 semanas de gestación, se utilizará agua estéril templada, si las condiciones clínicas lo permiten. El baño de rutina tiene como objetivo remover suciedad y microorganismos, pero puede dañar la piel neonatal debido a la fragilidad de la epidermis y permitir una mayor colonización de bacterias del medio ambiente adquirido. La mayoría de los autores afirman que todos los jabones son irritantes y hacen hincapié en que su uso frecuente es perjudicial, ya que quitan la película de lípidos de la superficie de la piel.

Fisiológicamente, el pH de la piel es neutro al nacer, y se acidifica durante la primera semana de vida. Este “manto ácido” disminuye la colonización bacteriana y promueve la retención de humedad en la barrera de la piel. Bañar frecuentemente a los recién nacidos pretérmino puede modificar el “manto ácido” y elevar el pH de la piel. La colonización de la piel de un recién nacido en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es consecuencia de múltiples factores, incluyendo el baño de rutina.

En los recién nacidos menores de 30 semanas se utilizará solo agua estéril durante las primeras semanas de vida, y compresas o gasas estériles para secarlos minuciosamente. Está desaconsejado frotar o restregar la piel, sino realizar la higiene con pequeños toques sobre la piel, para evitar lesionar la epidermis.

La frecuencia del baño en el periodo neonatal se debe basar en las necesidades individuales de cada recién nacido y teniendo en cuenta los valores y creencias de la familia. Se denomina baño de inmersión, al baño del recién nacido donde se sumerge el cuerpo dentro de una bañera excepto cuello y cabeza. Este tipo de baño es considerado seguro y efectivo para mantener la higiene del recién nacido. Recibirán baño de inmersión los recién nacidos prematuros que se encuentren estables, que no tengan catéteres arteriales y que tengan puesto la pinza del cordón. Se evaluará la tolerancia al procedimiento, observando en el recién nacido alteraciones en la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y cambios en la saturación, antes, durante y posterior al baño. Si el recién nacido se encuentra en incubadora el baño debe hacerse dentro de la misma, elevando la temperatura del aire y precalentando las compresas para el secado. La cantidad de agua a utilizar será de 12 cm, suficiente agua que cubra todo el cuerpo del recién nacido pretérmino, excepto cabeza y cuello para evitar las pérdidas por evaporación. La temperatura del agua deberá ser de 38-40 grados centígrados.

Bibliografía:

1. Miranda, A.; Pedraza, A.; Torrelo, A. et al. Guía de cuidados de la piel del recién nacido. Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Matronas Prof.* [Internet] 2013 [Consultado el 17/01/2021]; 14 (4 Supl): 1-50. Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c-4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso_DEF.pdf.
2. Rubio, S.; Del Barrio, P.; López, AB. et al. Neonatos pretérmino tardíos y a término precoces: una población de riesgo. *Progresos de obstetricia y ginecología.* [Internet] 2012 [Consultado el 17/01/2021];55(2):94-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030450131100495X>
3. Rellan, S.; García, C. y Paz, M. El recién nacido prematuro. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría.* 2008 España. [consultado el 18 de Febrero del 2021]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
4. Álvarez, D.; García, D.; González, C.; López, T;. *Cuidados de la Piel en el Recién Nacido Prematuro: Hospital Central de Asturias Centro Materno-Infantil, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 2015 Asturias.* [consultado el 2 de Febrero del 2021]. Disponible en: <http://documents.mx/documents/cuidados-de-la-piel-en-el-recien-nacido-prematuro.html>

Capítulo 135

La importancia del papel de la enfermería en radioterapia.

González Gijón, Virginia

Ballester Lillo, Diana

Romero Ruiz, Ana

León Pavón, Arancha

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN RADIOTERAPIA

Ballester Lillo, Diana ; González Gijón, Virginia ; León Pavón, Arancha ; Romero Ruiz, Ana

INTRODUCCION

La radioterapia es un tipo de tratamiento oncológico que utiliza las radiaciones para eliminar las células tumorales, en la parte del organismo donde se apliquen (tratamiento local). Actúa sobre el tumor, destruyendo las células malignas y así impide que crezcan y se reproduzcan.

Esta acción de forma inevitable, también se ejerce sobre el tejido sano próximo al área tumoral, ya que la irradiación del tumor debe hacerse con un margen de seguridad alrededor.

La radioterapia no destruye de inmediato las células cancerosas. Se requieren días o semanas de tratamiento antes de que el ADN esté dañado lo suficiente para que mueran dichas células. Luego, éstas siguen muriéndose semanas o meses después de terminar la radioterapia.

Existen dos tipos de radioterapia: la externa, donde se recibe el tratamiento a través de una máquina que lanza radiaciones, sin

tocar al paciente (acelerador lineal); y la interna, que es un tipo de radioterapia donde se introduce dentro del cuerpo la fuente de radiación. Esta última puede ser líquida o sólida.

La radioterapia interna con una fuente sólida se la conoce como braquiterapia, donde semillas de yodo, horquillas, hilos de iridio o listones llevan la radiación y se colocan en el cuerpo, en el tumor o en cavidades cerca de éste. Sin embargo, la radioterapia interna con una fuente líquida es denominada terapia sistémica, donde el tratamiento se lleva de la sangre a los tejidos de todo el cuerpo y localiza y destruye las células cancerosas. Su forma de administración es vía oral, intravenosa o intramuscular.

Existen otros tipos de radioterapia y son los médicos especialistas, los radiooncólogos, los que determinan cuándo y cómo se administra la radioterapia para que sea más efectiva.

OBSERVACIÓN CRÍTICA

Hombre de 58 años con los siguientes antecedentes personales: fumador de 20 cigarrillos al día, diabético tipo II insulinodependiente e hipertensión arterial. Diagnosticado de cáncer de pulmón microcítico en estadio T3N0M0 desde hace dos meses. En tratamiento con quimioterapia (Cisplatino) y radioterapia externa, además de radioterapia preventiva en el cerebro.

En las últimas dos semanas presenta dificultad para tragar sólidos y líquidos, la presencia de una quemadura de grado II en el quinto espacio intercostal derecho, en la línea media axilar y molestias bucales.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

El papel de la enfermería en radioterapia ha ido evolucionando a lo largo de los últimos 50 años, aunque a día de hoy se desconoce la importancia de éste. En el presente la función de Enfermería no es el manejo técnico del aparato, sino el cuidado integral de la persona que llega al servicio de radiología, con el apoyo físico y emocional; tanto a pacientes como a familiares. Además, de los cuidados que estos pacientes puedan necesitar causados por los efectos secundarios que frecuentemente aparecen.

Los puntos donde suele intervenir la enfermera son:

- Preparación al paciente antes de la radioterapia.
- Facilitar información. Es habitual el desconocimiento sobre la enfermedad, la información obtenida por Internet o por fuentes ajenas al personal sanitario.
- Cuidados de posibles efectos secundarios, como, por ejemplo: problemas en la piel, en la boca o en la alimentación, entre otros.
- Ayudar al control de ansiedad.

Podemos dividir en tres fases la intervención de la enfermería en el servicio de radiología.

ANTES DE LA SESIÓN

Conocer los antecedentes de la persona. El radiooncólogo será el encargado de la prescripción del tratamiento y nuestro papel será el seguimiento y supervisión del mismo. La enfermera hará una valoración inicial donde obtendrá constantes, peso, talla e incidencias en pruebas anteriores.

En nuestro caso clínico, no ha habido incidentes en otras pruebas.

Preparación para la prueba y recomendaciones.

Advertir al paciente que venga descansado, debido a que el cansancio y la fatiga excesivos es uno de los efectos secundarios más comunes.

Informar al paciente de la aparición de efectos adversos como problemas orofaríngeos y la importancia de seguir una dieta acorde a los efectos secundarios que se puedan derivar. Cuidados: Higiene estricta, evitar el consumo de alcohol y tabaco.

Cuidados de la piel: Lavar la zona con jabón pH neutro, mantener la zona protegida del sol, usar ropa suelta que no provoque rozaduras, no frotar la zona, no afeitar ni depilar la zona, excepto cuando se va a tratar la cabeza o cuello, se recomienda usar maquinilla eléctrica; y si

llegase a haber úlceras, las curas serán a criterio de Enfermería.

Revisar si tiene el consentimiento informado firmado para la sesión así como para el TAC.

Citar para TAC de simulación. Para dicha prueba, se debe informar de: tiempo de duración, de que debe permanecer en una misma posición todos los días, que para ello se utilizará en ocasiones accesorios de inmovilización o máscaras, se deben retirar prótesis, pendientes, horquillas y se informará que en los próximos días se le citará para el comienzo del tratamiento con radioterapia externa.

DURANTE LAS SESIONES

Conocer la evolución del paciente durante las sesiones. La enfermera pasará revisión junto al radiooncólogo semanalmente y se observarán los efectos secundarios que hayan podido aparecer. Una de las herramientas que utilizará la enfermera, además de la observación crítica será el uso de escalas. (Escala del dolor, escala de Karnofsky, Test de Fagerström...) La consulta de enfermería semanalmente está orientada a favorecer la adherencia al tratamiento, realizar el control y vigilancia de morbilidad y paliar la toxicidad. En cada revisión se volverán a obtener los datos relacionados con constantes vitales, peso y talla.

Los efectos secundarios de la radioterapia dependerán de muchos factores. Por un lado, dependerá de la dosis administrada, del tiempo de exposición, del número de sesiones que lleve el paciente, del tiempo que haya pasado entre sesión y sesión, etc. Pero realmente no se conoce con qué dosis de radiación aparecen estos problemas, aunque se sospecha que es a partir de 70C.

Por otro lado, el tabaco intensifica los efectos adversos que puedan surgir.

En cuanto a los problemas que surgen en la piel, los primeros síntomas son:

- Enrojecimiento de la piel
- Picor
- Piel más oscura
- Descamación de la piel
- Sensibilidad
- Dolor o hinchazón de la zona
- Aparición de úlceras

En nuestro caso, el paciente presenta una quemadura de grado II en el 5º espacio intercostal derecho, en la línea media axilar después de dos semanas de tratamiento.

Las curas que se están realizando son c/48h. Los días que coincide con sesión de radioterapia la cura se le hará de la siguiente forma:

Lavado de la zona con suero fisiológico y se tapa con una pequeña gasa de forma preventiva.

Se realiza la sesión de radioterapia.

Una vez terminada la sesión, se procede a la cura habitual:

Lavado de nuevo, con suero fisiológico y sin frotar la zona; en condiciones asépticas.

Aplicación de tul cicatrizante (Linitul)

Por último, aplicación de apósito estéril, de elección: hidrocólcido.

Uno de los días, se observó la aparición de signos de infección (enrojecimiento, calor en la zona y aumento del dolor en el paciente), tras valoración médica, se le aplicó Sulfadiazina argéntica de plata (Silverderma)

Días después, en otra de las valoraciones de seguimiento apareció la pérdida de peso relacionada con disfagia acompañada de miosis que dificultaban la alimentación y la ingesta tanto de líquidos como de sólidos. El médico le recetó un tratamiento específico para ello y desde enfermería se le recomendó una serie de pautas, entre otras seguir una "dieta disfagia" como alimentos preferiblemente de consistencia blanda y fríos, consejos para una higiene correcta bucal, no forzar la ingesta, no usar colutorios que contengan alcohol, evitar bebidas con gas y ácidas y mantener buena hidratación.

Tras varias semanas y sin haber terminado el tratamiento, los efectos secundarios se han visto relegados a un segundo plano, ya que el paciente ha aprendido a sobrellevarlos y el tratamiento le ha reducido los síntomas.

En cuanto a la herida, durante todo el tratamiento se ha visto una mejoría ya que han desaparecido los síntomas de infección y de momento, se mantiene estable.

DESPUÉS DE LAS SESIONES:

Tras finalizar las sesiones la enfermera realizó una evaluación final integral en la que se observó que la herida continuaba y precisaría del seguimiento de la enfermera de atención primaria, y en cambio, la disfagia había remitido parcialmente.

Aun así, el paciente acudirá a sus citas médicas programadas para revisión, con su radiooncólogo. En las cuales la enfermera también estará presente para resolver cualquier tipo de duda que pueda surgir.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA, NOC Y NIC.

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (00147) r/c el estado de salud y m/p verbalización de los sentimientos negativos sobre sí mismo.

OBJETIVOS (NOC):

- Aceptación estado de salud
- Control del miedo
- Control de la ansiedad

INTERVENCIONES (NIC):

- Disminución de la ansiedad

CONFLICTO DE DECISIONES (00083) r/c fuentes de información múltiple o divergente y m/p expresiones de incertidumbre sobre las elecciones.

OBJETIVOS (NOC):

- Toma de decisiones.
- Superación de problemas.

INTERVENCIONES (NIC):

- Apoyo en la toma de decisiones.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (0046) r/c radiación y m/p destrucción de las capas cutáneas.

OBJETIVOS (NOC):

- Integridad tisular de piel y membranas.
- Curación de la herida por primera intención.

INTERVENCIONES (NIC):

- Vigilancia de la piel.
- Cuidados de las heridas.

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES (00002) r/c incapacidad para digerir o ingerir alimentos, o para absorber los nutrientes y m/p cavidad bucal ulcerada o inflamada y pérdida de peso por ingesta inadecuada.

OBJETIVOS (NOC):

- Estado nutricional.
- Conocimiento: dieta.

INTERVENCIONES (NIC):

- Manejo de la nutrición.
- Asesoramiento nutricional.

DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN (00103) r/c cavidad orofaríngea enrojecida e irritada y m/p observación de evidencias de dificultad en la deglución.

OBJETIVOS (NOC):

- Estado de deglución: fase esofágica.

INTERVENCIONES (NIC):

- Terapia de deglución.

AFLICCIÓN CRÓNICA (00137) r/c enfermedad y m/p expresión de sentimientos recurrentes de tristeza.

OBJETIVOS (NOC):

- Superación de problemas.

INTERVENCIONES (NIC):

- Apoyo emocional.

ESCALA DE KARNOFSKY

ESCALA DE KARNOFSKY	
Población diana: población oncológica. Se trata de una escala heteroadministrada que valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. No responde a puntos de corte. A mayor puntuación, menor calidad de vida.	
CATEGORÍAS GENERALES	GRADO
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales.	100 Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad.
	90 Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad.
	80 Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable.	70 Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal.
	60 Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades.
	50 Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes.
Incapacidad de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad.	40 Incapacitado. Requiere cuidados especiales.
	30 Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente.
	20 Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte.
	10 Moribundo.
	0 Fallecido.

DISCUSIÓN

El papel de la enfermera en este ámbito es esencial para el seguimiento y cuidado de los pacientes en radioterapia. El seguimiento de este paciente se ha llevado a cabo desde el inicio del proceso de radioterapia hasta el final del tratamiento, tras el cual se toma contacto con la enfermera de Atención Primaria para que haga una continuación de los cuidados. La enfermera de At. Primaria tuvo que ponerse en contacto con el médico de cabecera para realizar una derivación al logopeda de referencia.

Como punto negativo, cabe destacar, el desconocimiento del papel de la enfermera tanto a nivel social como a nivel interdisciplinar en este ámbito.

CONCLUSIONES

Tras el abordaje de este plan de cuidados enfermero se observa que favorece el afrontamiento de la situación del paciente, con un aumento de la autoestima, seguridad e información sobre la situación que está viviendo.

Resumen: Los tumores de pulmón han experimentado un aumento de la incidencia considerable en los últimos años, afectando a un 22% en hombres y un 9% en mujeres. La causa principal es el consumo de tabaco. La elevada mortalidad de este tipo de tumor es en la mayoría de los casos es debido al diagnóstico tardío de la enfermedad.

En el carcinoma microcítico de pulmón la radioterapia se utiliza en pacientes que padecen una lesión clínicamente resecable pero médicamente no operable y para pacientes con tumor no resecable localmente avanzado. Puede utilizarse de forma preoperatoria o postoperatoria.

Palabras Clave: Radioterapia - Atención de enfermería - Educación en salud

Introducción:

La radioterapia es un tipo de tratamiento oncológico que utiliza las radiaciones para eliminar las células tumorales. Actúa sobre el tumor, destruyendo las células malignas.

Esta acción de forma inevitable, también se ejerce sobre el tejido sano próximo al área tumoral. La radioterapia no destruye de inmediato las células cancerosas. Existen dos tipos de radioterapia: la externa, donde se recibe el tratamiento a través de una máquina que lanza radiaciones; y la interna, que es un tipo de radioterapia donde se introduce dentro del cuerpo la fuente de radiación.

Existen otros tipos de radioterapia y son los médicos especialistas, los radiooncólogos, los que determinan cuándo y cómo se administra la radioterapia para que sea más efectiva.

Observación Crítica:

Hombre de 58 años con los siguientes antecedentes personales: fumador de 20 cigarrillos al día, diabético tipo II insulino dependiente e hipertensión arterial. Diagnosticado de cáncer de pulmón microcítico T3N0M0 desde hace dos meses. En tratamiento con quimioterapia y radioterapia externa, además de radioterapia preventiva en el cerebro. En las últimas dos semanas presenta dificultad para tragar sólidos y líquidos; la presencia de una quemadura de grado II en el quinto espacio intercostal derecho, en la línea media axilar y molestias bucales.

Plan de Cuidados Enfermeros:

El papel de la enfermería en radioterapia ha ido evolucionando a lo largo de los últimos 50 años.

Actualmente, la función de Enfermería no es el manejo técnico del aparataje, sino el cuidado integral de la persona que llega al servicio de radiología, con el apoyo físico y emocional; tanto a pacientes como a familiares. Además, de los cuidados que estos pacientes puedan necesitar causados por los efectos secundarios que frecuentemente aparecen.

Podemos dividir en tres fases la intervención de la enfermería en el servicio de radiología.

-ANTES DE LA SESIÓN:

Conocer los antecedentes del paciente. La enfermera hará una valoración inicial donde obtendrá constantes, peso, talla e incidencias en pruebas anteriores.

Preparación para la prueba y recomendaciones. Advertir al paciente que venga descansado.

Informar al paciente de la aparición de efectos adversos y de que tiene que tener una higiene estricta y evitar consumo de alcohol y tabaco.

Cuidados de la piel: Lavar la zona con jabón pH neutro, mantener la zona protegida del sol, usar ropa suelta que no provoque rozaduras, no frotar la zona y no afeitar ni depilar la zona si no es con maquinilla eléctrica.

Revisar si tiene los consentimientos informados firmados.

Citar para TAC de simulación informando previamente de las instrucciones para llevarlo a cabo.

-DURANTE LAS SESIONES:

Conocer la evolución del paciente durante las sesiones de forma semanal observando efectos secundarios que han podido aparecer. Para ello se emplearán escalas.

La consulta de enfermería está orientada a favorecer la adherencia al tratamiento, realizar el control y vigilancia de morbilidad y paliar la toxicidad. En cada revisión se volverán a obtener los datos relacionados con constantes vitales, peso y talla. En cuanto a los problemas que surgen en la piel, los primeros síntomas son: eritema, picor, hiperpigmentación, descamación, sensibilidad, dolor o aparición de úlceras.

En nuestro caso, el paciente presenta una quemadura de grado II en el 5º espacio intercostal derecho, en la línea media axilar después de dos semanas de tratamiento.

Las curas que se están realizando son c/48h. La pauta de cura es: Lavado de la zona con suero fisiológico, sin frotar la zona, en condiciones asépticas. Aplicación de Linitul y por último, apósito hidrocoloide.

Uno de los días, se observó la aparición de signos de infección. Tras valoración médica, se le aplicó Sulfadiazina argéntica de plata.

Días después, en otra de las valoraciones de seguimiento apareció la pérdida de peso relacionada con disfagia acompañada de micosis que dificultaban la alimentación y la ingesta tanto de líquidos como de sólidos. El médico le recetó un tratamiento específico para ello y desde enfermería se le recomendó una serie de pautas.

Tras varias semanas y sin haber terminado el tratamiento, los efectos secundarios se han visto relegados a un segundo plano, ya que el paciente ha aprendido a sobrellevarlos y el tratamiento le ha reducido los síntomas.

En cuanto a la herida, durante todo el tratamiento se ha visto una mejoría ya que han desaparecido los síntomas de infección y de momento, se mantiene estable.

-DESPUÉS DE LAS SESIONES:

Tras finalizar las sesiones la enfermera realizó una evaluación final integral en la que se observó que la herida continuaba y precisaría del seguimiento de la enfermera de atención primaria; y en cambio, la disfagia había remitido parcialmente.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS RELEVANTES: Ansiedad ante la muerte (00147), conflicto de decisiones (00083), deterioro de la integridad cutánea (00046), desequilibrio nutricional (00002), deterioro de la deglución (00103) y aflicción crónica (00137).

El papel de la enfermera en este ámbito es esencial para el seguimiento y cuidado de los pacientes en radioterapia. El seguimiento de este paciente se ha llevado a cabo desde el inicio del proceso de radioterapia, tras el cual se toma contacto con la enfermera de Atención Primaria para que haga una continuación de los cuidados.

Como punto negativo, cabe destacar, el desconocimiento del papel de la enfermera tanto a nivel social como a nivel interdisciplinar en este ámbito.

Conclusiones:

Tras el abordaje de este plan de cuidados enfermero se observa que favorece el afrontamiento de la situación del paciente, con un aumento de la autoestima, seguridad e información sobre la situación que está viviendo.

Bibliografía:

1. Docio Castro M. Atención de enfermería en los diferentes tipos de tratamientos del cáncer de pulmón [Internet]. Ocronos, Editorial científico-técnica. 2019 [citado el 15 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-tratamientos-cancer-pulmon/>

2. Sanjuán Puy J, Ruidíaz Peña M. Nutrición en cáncer pulmonar. Programa de educación para la salud dirigido a pacientes en tratamiento. Universidad de Zaragoza, EUCS, 2020.

3. Moraes de Abreu A, da Silva Fraga DR, Bastos Giergowicz B, Borges Figueiró R, Waterkemper R. Efectividad de las intervenciones de enfermería en la prevención y en el tratamiento de los efectos colaterales de la radioterapia en pacientes con cáncer: una revisión sistemática. Rev esc enferm. 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KTw9mRQnhQqkPGC9CrbQPpL/?lang=en>.

Capítulo 136

La musicoterapia como alternativa en cuidados paliativos.

González Gijón, Virginia

Ballester Lillo, Diana

Romero Ruiz, Ana

León Pavón, Arancha

LA MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Ballester Lillo, Diana ; González Gijón, Virginia ; León Pavón, Arancha ; Romero Ruiz, Ana

INTRODUCCION

El adenocarcinoma de páncreas es el tipo de cáncer de páncreas más común (95% de los casos). Se suele propagar rápidamente a órganos cercanos y es uno de los que más datos de mortalidad representan.

Los signos y síntomas con frecuencia no se presentan hasta que la enfermedad está avanzada. Algunos de ellos son: dolor en la parte superior del abdomen, pérdida de apetito, depresión, aparición de diabetes, fatiga, coágulos sanguíneos e ictericia.

Desde el momento en que se detecta cualquier tipo de cáncer es recomendable visitar a los profesionales de Cuidados Paliativos y aún más en este tipo de cáncer. En la última etapa de la enfermedad, el periodo de hospitalización será mayor y en una unidad especializada en este tipo de cuidados, atendido por un equipo multidisciplinar y con un tratamiento individualizado.

La musicoterapia en Cuidados Paliativos aporta un enfoque que complementa la tarea de acompañar al paciente y a la familia en estos momentos de vital importancia. Es un ejercicio profesional establecido en el cuidado de

la salud, que mejora la calidad de vida de los pacientes y ayuda a aliviar el impacto negativo de la enfermedad, trauma o condición rehabilitadora. Se considera al musicoterapeuta como integrante del equipo sanitario y su intervención es parte del tratamiento médico activo.

Esta terapia tiene un efecto analgésico en situaciones de dolor, disminuyendo los requerimientos de sedoanalgésia. Los pacientes, mediante las emociones como es la risa, la energía positiva, la relajación o simplemente disfrutar de ella, superan el sufrimiento y la muerte inminente.

La muerte hay que afrontarla y abordarla de la manera más positiva posible, haciéndola más llevadera a la persona y sus allegados y esto se consigue a través de la musicoterapia.

OBSERVACIÓN CRÍTICA

Varón de 55 años, diagnosticado de adenocarcinoma de páncreas hace 5 meses con metástasis hepáticas y óseas en fase terminal.

Sin antecedentes personales de interés excepto hipertensión arterial. Casado y padre de dos hijas, de 24 y 21 años. Situación socioeconómica media-alta. Ingeniero de telecomunicaciones de profesión.

Ha estado en tratamiento con quimioterapia en Hospital de Día sin resultados positivos.

Se encuentra hospitalizado desde hace 20 días en una unidad de Cuidados Paliativos de un centro sociosanitario concertado. Dentro del equipo que lo atiende, además de personal sanitario, se encuentran: psicólogo, trabajadora social, capellán y musicoterapeuta.

Es conocedor de la situación y del mal pronóstico a corto plazo. Su cuidadora principal es su mujer, aunque sus hijas se turnan para cuidar de él por las noches.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC

***AFRONTAMIENTO INEFCAZ (00069) r/c** cambios vitales múltiples y m/p incapacidad para cubrir las necesidades humanas básicas y resolver los problemas.

OBJETIVOS (NOC):

- Participación: decisiones sobre la asistencia sanitaria.
- Toma de decisiones.

INTERVENCIONES (NIC):

- Apoyo en la toma de decisiones.
- Disminución de la ansiedad.

***ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (00147) r/c** anticipación del sufrimiento o anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás y m/p miedo al proceso de morir.

OBJETIVOS (NOC):

- Aceptación del estado de salud.
- Muerte digna.
- Control del miedo.

INTERVENCIONES (NIC):

- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente.
- Cuidados en la agonía.
- Apoyo espiritual.

***DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097) r/c** entorno desprovisto de actividades recreativas y m/p las aficiones usuales que no pueden realizarse en el hospital.

OBJETIVOS (NOC):

- Implicación social.
 - Participación en actividades de ocio.
- INTERVENCIONES (NIC):
- Terapia artística.
 - Terapia de entretenimiento.
 - Potenciación de la socialización.

***DEPRIVACIÓN DE SUEÑO (00096) r/c** malestar físico prolongado y m/p ansiedad.

OBJETIVOS (NOC):

- Nivel de comodidad.
- Nivel de dolor.

INTERVENCIONES (NIC):

- Manejo de la medicación.
- Técnicas de relajación.

***DETERIORO GENERALIZADO DEL ADULTO (00101) r/c** apatía m/p disminución de la participación en las actividades de la vida diaria.

OBJETIVOS (NOC):

- Adaptación psicosocial: cambio de vida.

INTERVENCIONES (NIC):

- Recuperación del abandono.
- Aumentar el afrontamiento.
- Fomento de la implicación familiar.

***DOLOR CRÓNICO (00133) r/c** incapacidad física o psicosocial crónica y m/p alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.

OBJETIVOS (NOC):

- Control del dolor.
- Nivel del dolor.

INTERVENCIONES (NIC):

- Manejo del dolor.
- Escucha activa.

***DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE (00108) r/c** debilidad y cansancio y m/p incapacidad para lavar

se el cuerpo o sus partes.

OBJETIVOS (NOC):

- Cuidados personales: actividades de la vida diaria.
- Cuidados personales: baño.
- Cuidados personales: higiene.

INTERVENCIONES (NIC):

- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.
- Apoyo al cuidador principal.
- Acuerdo con el paciente.

***BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120) r/c** cambio del rol social y m/p expresiones de desesperanza o inutilidad.

OBJETIVOS (NOC):

- Autoestima.
- Adaptación psicosocial: cambio de vida.

INTERVENCIONES (NIC):

- Apoyo emocional.
- Apoyo en la toma de decisiones.

Desde enfermería se empezó a trabajar con el paciente desde que entró en el servicio de cuidados paliativos haciendo una valoración integral y diagnosticando los problemas potenciales.

Se observó que el musicoterapeuta tras las sesiones clínicas con técnicas activas y pasivas (escribir canciones, crear música con la voz e innovar tocando instrumentos nuevos, técnicas de audición musical, relajación con música, etc.) se iban haciendo reuniones de equipo donde se iba viendo la evolución del paciente, desde enfermería se vio que iba cumpliendo con los objetivos marcados en un principio y que la musicoterapia era una de las claves del éxito.

DISCUSIÓN

La musicoterapia pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación paliativa. Es una terapia abierta e individualizada a cada persona. Cada día, la persona decide libremente cómo quiere enfocar la sesión y además, puede elegir si la recibe individualmente o en grupo.

Algunos de los problemas que presentan estos pacientes pueden ser ansiedad, depresión, insomnio, estados de confusión, soledad, miedo, falta de comunicación, preocupación por sus familiares y/o búsqueda de sentido en la vida.

Tras las sesiones de musicoterapia se evalúa al paciente mediante distintas escalas como por ejemplo: ESAS (escala de medición de síntomas de Edmon-ton), escala facial del dolor, registro de frecuencia cardiaca y saturación, y escala de impresión clínica global, entre otras.

La falta de conocimiento y de divulgación de la musicoterapia es el punto negativo principal, ya que falta mucha información sobre este tema y no está instaurado en la mayoría de centros sanitarios.

CONCLUSIONES

Tras el abordaje de este plan de cuidados enfermero podemos decir que se ha observado que la musicoterapia en cuidados paliativos ayuda en la mejora de la ansiedad en los pacientes y sus familiares. Además favorece la reducción de la percepción del dolor, mejora el estado de ánimo, facilita la respiración, la somnolencia, la relajación y el cansancio.

La música abre puertas al interior del ser humano que sólo se abren a través de ella y permiten una conexión más profunda con la realidad que se vive en esos momentos.

"Donde las palabras fallan, la música habla".

- Hans Christian Andersen.

Resumen: *La musicoterapia en Cuidados Paliativos aporta un enfoque que complementa la tarea de acompañar al paciente y a la familia. Es un ejercicio profesional en el cuidado de la salud, que mejora la calidad de vida de los pacientes y ayuda a aliviar el impacto negativo de la enfermedad.*

Tiene un efecto analgésico. Los pacientes, mediante las emociones como es la risa, la energía positiva, la relajación o disfrutar de ella, superan el sufrimiento y la muerte inminente.

La muerte hay que afrontarla y abordarla de la manera más positiva posible, haciéndola más llevadera a la persona y sus allegados.

Palabras Clave: *Musicoterapia - Cuidados paliativos - Educación en enfermería*

Introducción:

El adenocarcinoma de páncreas es el tipo de cáncer de páncreas más común (95% de los casos). Se suele propagar rápidamente a órganos cercanos y es uno de los que más datos de mortalidad representan.

Los signos y síntomas con frecuencia no se presentan hasta que la enfermedad esté avanzada. Algunos de ellos son: dolor en la parte superior del abdomen, pérdida de apetito, depresión, aparición de diabetes, fatiga, coágulos sanguíneos e ictericia.

Desde el momento en que se detecta cualquier tipo de cáncer es recomendable visitar a los profesionales de Cuidados Paliativos y aún más en este tipo de cáncer.

En la última etapa, el periodo de hospitalización será mayor y en una unidad especializada en este tipo de cuidados atendido por un equipo multidisciplinar y con un tratamiento individualizado.

Observación Crítica:

Varón de 55 años, diagnosticado de adenocarcinoma de páncreas hace 5 meses con metástasis hepáticas y óseas en fase terminal. Sin antecedentes personales de interés excepto hipertensión arterial. Casado y padre de dos hijas, de 24 y 21 años. Situación socioeconómica media-alta. Ingeniero de telecomunicaciones de profesión. Ha estado en tratamiento con quimioterapia en Hospital de Día sin resultados positivos. Se encuentra hospitalizado desde hace 20 días en una unidad de Cuidados Paliativos de un centro sociosanitario concertado. Dentro del equipo que lo atiende, además de personal sanitario, se encuentran: psicólogo, trabajadora social, capellán y musicoterapeuta. Es conocedor de la situación y del mal pronóstico a corto plazo. Su cuidadora principal es su mujer, aunque sus hijas se turnan para cuidar de él por las noches.

Plan de Cuidados Enfermeros:

Desde enfermería se empezó a trabajar con el paciente desde que entró en el servicio de cuidados paliativos haciendo una valoración integral y diagnosticando los problemas potenciales. Se observó que el musicoterapeuta, tras las sesiones clínicas con técnicas activas y pasivas (escribir canciones, crear música con la voz e innovar tocando instrumentos nuevos, técnicas de audición musical, relajación con música, etc.) pudo ir haciendo reuniones de equipo donde se iba viendo la evolución del paciente. Desde enfermería se vio que iba cumpliendo con los objetivos marcados en un principio y que la musicoterapia era una de las claves del éxito.

- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:

1. AFRONTAMIENTO INEFICAZ (00069) r/c cambios vitales múltiples y m/p incapacidad para cubrir las necesidades humanas básicas y resolver los problemas.

-OBJETIVOS (NOC): Participación: decisiones sobre la asistencia sanitaria. Toma de decisiones.

-INTERVENCIONES (NIC): Apoyo en la toma de decisiones. Disminución de la ansiedad.

2. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (00147) r/c anticipación del sufrimiento o anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás y m/p miedo al proceso de morir.

- OBJETIVOS (NOC): Aceptación del estado de salud. Muerte digna. Control del miedo

- INTERVENCIONES(NIC): Asistencia en la analgesia controlada por el paciente. Cuidados en la agonía. Apoyo espiritual.

3. DOLOR CRÓNICO (00133) r/c incapacidad física o psicosocial crónica y m/p alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.

- OBJETIVOS (NOC): Control del dolor. Nivel del dolor.

- INTERVENCIONES (NIC): Manejo del dolor. Escucha activa.

4. DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097) r/c entorno desprovisto de actividades recreativas y m/p las aficiones usuales que no pueden realizarse en el hospital.

- OBJETIVOS (NOC): Implicación social. Participación en actividades de ocio.

-INTERVENCIONES (NIC): Terapia artística. Terapia de entretenimiento. Potenciación de la socialización.

5. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120) r/c cambio del rol social y m/p expresiones de desesperanza o inutilidad.

- OBJETIVOS (NOC): Autoestima. Adaptación psicosocial: cambio de vida.

- INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional. Apoyo en la toma de decisiones.

6. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE (00108) r/c debilidad y cansancio y m/p incapacidad para lavarse el cuerpo o sus partes.

- OBJETIVOS (NOC): Cuidados personales: actividades de la vida diaria. Cuidados personales: baño. Cuidados personales: higiene.

- INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. Apoyo al cuidador principal. Acuerdo con el paciente.

7. DEPRIVACIÓN DE SUEÑO (00096) r/c malestar físico prolongado y m/p ansiedad.

1. DETERIORO GENERALIZADO DEL ADULTO (00101) r/c apatía m/p disminución de la participación en las actividades de la vida diaria.

-OBJETIVOS (NOC): Adaptación psicosocial: cambio de vida. Recuperación del abandono.

-INTERVENCIONES (NIC): Aumentar el afrontamiento. Fomento de la implicación familiar.

Resultados:

La musicoterapia pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación paliativa. Es una terapia abierta e individualizada a cada persona. Cada día, la persona decide libremente cómo quiere enfocar la sesión y además, puede elegir si la recibe individualmente o en grupo. Algunos de los problemas que presentan estos pacientes pueden ser ansiedad, depresión, insomnio, estados de confusión, soledad, miedo, falta de comunicación, preocupación por sus familiares y/ o búsqueda de sentido en la vida.

Tras las sesiones de musicoterapia se evalúa al paciente mediante distintas escalas como, por ejemplo: ESAS (escala de medición de síntomas de Edmonton), escala facial del dolor, registro de frecuencia cardíaca y saturación, y escala de impresión clínica global, entre otras. La falta de conocimiento y de divulgación de la musicoterapia es el punto negativo principal, ya que falta mucha información sobre este tema y no está instaurado en la mayoría de centros sanitarios.

Conclusiones:

Tras el abordaje de este plan de cuidados enfermero podemos decir que se ha observado que la musicoterapia en cuidados paliativos ayuda en la mejora de la ansiedad en los pacientes y sus familiares. Además, favorece la reducción de la percepción del dolor, mejora el estado de ánimo, facilita la respiración, la somnolencia, la relajación y el cansancio. La música abre puertas al interior del ser humano que sólo se abren a través de ella y permiten una conexión más profunda con la realidad que se vive en esos momentos.

Bibliografía:

1. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2018-2020. 11º edic. Barcelona Elsevier. España S.L.U.; 2019.
2. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): 2018. 7º edic. Barcelona. Elsevier España S.L.U.;2018
3. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 2018. 6º edic. Barcelona Elsevier España S.L.U.; 2018.
4. Benenzon R. Un modelo teórico para la musicoterapia. En: Benenzon R, Hernsy de Gainza V, Wagner G. Sonido, comunicación y terapia. 1ª Edición. España: Amarú Ediciones; 1997. Pag 19-44 Accepted

Capítulo 137

Lactancia materna e infección por Covid-19 ¿qué hacer?

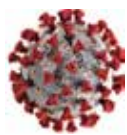
Laderas Díaz, Estíbaliz

Martínez Rodríguez, Sandra

Márquez Arriaga, Vanesa

Moya López, Lorena

Talavera García, Irene



Lactancia materna e infección por Covid-19 ¿Qué hacer?: Revisión sistemática.

SATSE



Estíbaliz Laderas Díaz, Sandra Martínez Rodríguez, Vanesa Márquez Arriaga, Lorena Moya López, Irene Talavera García

INTRODUCCIÓN



El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es el virus que causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Dicha infección fue considerada en el 31 de enero de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia de salud pública de interés internacional. Finalmente, el 11 de marzo paso a ser calificado como pandemia. Aún se desconocen ciertos datos sobre su etiopatogenia, surgiendo la necesidad de analizar la influencia de la enfermedad por coronavirus durante la etapa puerperal y sus consecuencias.

Esta revisión tiene como objetivo el estudio de publicaciones referentes al COVID-19 y lactancia materna basados en la evidencia disponible, así como conocer las recomendaciones establecidas en cada circunstancia con la finalidad de optimizar la atención de la madre y el niño.

METODOLOGÍA



Se realizó una búsqueda de la literatura a través de las bases de datos Medline, Web of Science, Scopus, Cuiden, Biblioteca Cochrane, Sociedad Española de Neonatología (SENEO), UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

La búsqueda partió de una pregunta clínicamente contestable en formato PICO.

Los criterios de inclusión aplicados fueron: artículos en idiomas inglés o español, publicados entre los años 2010 y 2020, que incluyeran el texto completo, y que reflejaran la población de mujeres en etapa puerperal y neonatos. Aunque el virus SARS-CoV-2 apareció en el año 2019, otros coronavirus han sido conocidos antes de esta fecha.

RESULTADOS



El sistema inmune del neonato es muy inmaduro, lo cual hace que los recién nacidos sean más susceptibles de padecer enfermedades infecciosas. Es por esto que desde el nacimiento hasta alrededor de los 3 años el sistema inmune sólo está completo si se acompaña del amamantamiento.

- Existe un consenso generalizado de que se debe fomentar la lactancia materna debido a sus numerosos beneficios maternos e infantiles. Se desconoce si el SARS-CoV-2 se puede transmitir a través de la leche materna porque se han analizado muy pocas muestras de leche materna. En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las muestras de leche materna de 43 madres resultaron negativas para el SARS-CoV-2 mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) y las muestras de tres madres dieron positivo, pero las pruebas específicas de viabilidad e infección virus no se realizó.
- Las personas que amamantan deben seguir estas precauciones: Lavado de manos, usar mascarilla cuando amamante o se realice la extracción de leche, limpiar y desinfectar el extractor de leche si se utiliza, lavar con agua y jabón las mamas antes de ofrecer el pecho o extraer la leche.
- **Si la madre tiene sospecha de COVID-19 o ya está diagnosticada, pero el lactante no:** La persona que amamanta con COVID-19 sospechado o confirmado debe seguir la información sobre aislamiento domiciliario. El niño amamantado debe considerarse como un contacto estrecho de una persona con COVID-19, y debe ser puesto en cuarentena durante el período de aislamiento recomendado por los padres lactantes. Alternativamente, un cuidador sano puede alimentar al lactante con leche materna extraída siguiendo las precauciones de higiene hasta que la madre se haya recuperado o se demuestre que no está infectada. En tales casos, la madre debe lavarse las manos estrictamente antes de extraer la leche y usar una mascarilla durante la extracción.
- **Si el niño amamantado tiene sospecha de COVID-19 o ya está diagnosticado, pero su madre no:** El niño amamantado con COVID-19, debe seguir recomendaciones de aislamiento domiciliario. La persona que le amamanta, debe considerarse contacto estrecho y serán puestas en cuarentena durante el periodo de aislamiento domiciliario. La madre si debe llevar mascarilla, pero el lactante, debido al peligro de asfixia no debe llevar mascarilla. Si la persona que amamanta tiene mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 debe ser aconsejada por un profesional de la salud sobre el riesgo-beneficio de continuar amamantando durante el la enfermedad del niño.
- **Tanto la persona que amamanta como el niño amamantado tienen COVID-19 sospechado o confirmado:** No se recomiendan precauciones especiales (por ejemplo el uso de mascarilla) para amamantar, cuando tanto madre como niño son casos COVID-19.

CONCLUSIÓN



La lactancia materna en puérperas con SARS-CoV-2 es muy recomendable para el recién nacido, si el estado de salud de la madre y del neonato lo permiten, favoreciéndose el amamantamiento de forma directa y teniendo siempre las medidas adecuadas de higiene respiratoria. En el caso de que el estado de salud de la madre no permita el amamantamiento directo se debería alimentar con leche materna extraída previamente de su madre.

Las limitaciones encontradas en esta revisión exploratoria fueron que los estudios empíricos encontrados eran observacionales, las muestras eran muy pequeñas y limitadas, y que el tiempo de observación era muy corto. Esto fue debido a la aparición tan reciente y repentina del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Para poder basarnos en una evidencia científica más fuerte serían necesarios más estudios, con muestras más extensas y con más calidad metodológica

Resumen: El SARS-CoV-2 es el virus que causa la enfermedad por coronavirus 19. Se desconocen aún ciertos datos sobre su etiopatogenia, surgiendo la necesidad de analizar la influencia de la enfermedad por coronavirus durante la etapa puerperal y sus consecuencias. Mediante una revisión sistemática, se ha analizado la última evidencia disponible sobre cómo se debe gestionar la lactancia materna en caso de enfermedad por Covid 19 en la madre, el recién nacido o ambos.

Las limitaciones encontradas fueron que los estudios empíricos eran observacionales, las muestras muy pequeñas y limitadas, y que el tiempo de observación muy corto.

Palabras Clave: COVID19, Lactancia Materna, INFECCION

Introducción:

Introducción: El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es el virus que causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Dicha infección fue considerada en el 31 de enero de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia de salud pública de interés internacional. Finalmente, el 11 de marzo paso a ser calificado como pandemia. Aún se desconocen ciertos datos sobre su etiopatogenia, surgiendo la necesidad de analizar la influencia de la enfermedad por coronavirus durante la etapa puerperal y sus consecuencias.

Esta revisión tiene como objetivo el estudio de publicaciones referentes al COVID-19 y lactancia materna basados en la evidencia disponible, así como conocer las recomendaciones establecidas en cada circunstancia con la finalidad de optimizar la atención de la madre y el niño.

Metodología:

Se realizó una búsqueda de la literatura a través de las bases de datos Medline, Web of Science, Scopus, Cuiden, Biblioteca Cochrane, Sociedad Española de Neonatología (SENEO), UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

La búsqueda partió de una pregunta clínicamente contestable en formato PICO.

Los criterios de inclusión aplicados fueron: artículos en idiomas inglés o español, publicados entre los años 2010 y 2020, que incluyeran el texto completo, y que reflejaran la población de mujeres en etapa puerperal y neonatos. Aunque el virus SARS-CoV-2 apareció en el año 2019, otros coronavirus han sido conocidos antes de esta fecha.

Resultados:

El sistema inmune del neonato es muy inmaduro, lo cual hace que los recién nacidos sean más susceptibles de padecer enfermedades infecciosas. Es por esto que desde el nacimiento hasta alrededor de los 3 años el sistema inmune sólo está completo si se acompaña del amamantamiento.

- Existe un consenso generalizado de que se debe fomentar la lactancia materna debido a sus numerosos beneficios maternos e infantiles. Se desconoce si el SARS-CoV-2 se puede transmitir a través de la leche materna porque se han analizado muy pocas muestras de leche materna. En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las muestras de leche materna de 43 madres resultaron negativas para el SARS-CoV-2 mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) y las muestras de tres madres dieron positivo, pero las pruebas específicas de viabilidad e infección virus no se realizó.

- Las personas que amamantan deben seguir estas precauciones: Lavado de manos, usar mascarilla cuando amamante o se realice la extracción de leche, limpiar y desinfectar el extractor de leche si se utiliza, lavar con agua y jabón las mamas antes de ofrecer el pecho o extraer la leche.

- Si la madre tiene sospecha de COVID-19 o ya está diagnosticada, pero el lactante no: La persona que amamanta con COVID-19 sospechado o confirmado debe seguir la información sobre aislamiento domiciliario. El niño amamantado debe considerarse como un contacto estrecho de una persona con COVID-19, y debe ser puesto en cuarentena durante el período de aislamiento recomendado por los padres lactantes. Alternativamente, un cuidador sano puede alimentar al lactante con leche materna extraída siguiendo las precauciones de higiene hasta que la madre se haya recuperado o se demuestre que no está infectada. En tales casos, la madre debe lavarse las manos estrictamente antes de extraer la leche y usar una mascarilla durante la extracción.

- Si el niño amamantado tiene sospecha de COVID-19 o ya está diagnosticado, pero su madre no: El niño amamantado con COVID-19, debe seguir recomendaciones de aislamiento domiciliario. La persona que le amamanta debe considerarse contacto estrecho y serán puestas en cuarentena durante el período de aislamiento domiciliario. La madre si debe llevar mascarilla, pero el lactante, debido al peligro de asfixia no debe llevar mascarilla. Si la persona que amamanta tiene mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 debe ser aconsejada por un profesional de la salud sobre el riesgo- beneficio de continuar amamantando durante la enfermedad del niño.

- Tanto la persona que amamanta como el niño amamantado tienen COVID-19 sospechado o confirmado: No se recomiendan precauciones especiales (por ejemplo, el uso de mascarilla) para amamantar, cuando tanto madre como niño son casos COVID-19.

Conclusiones:

La lactancia materna en puérperas con SARS-CoV-2 es muy recomendable para el recién nacido, si el estado de salud de la madre y del neonato lo permiten, favoreciéndose el amamantamiento de forma directa y teniendo siempre las medidas adecuadas de higiene respiratoria. En el caso de que el estado de salud de la madre no permita el amamantamiento directo se debería alimentar con leche materna extraída previamente de su madre.

Las limitaciones encontradas en esta revisión exploratoria fueron que los estudios empíricos encontrados eran observacionales, las muestras eran muy pequeñas y limitadas, y que el tiempo de observación era muy corto. Esto fue debido a la aparición tan reciente y repentina del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Para poder basarnos en una evidencia científica más fuerte serían necesarios más estudios, con muestras más extensas y con más calidad metodológica.

Bibliografía:

1. Nolis Camacho-Camargo, Magdalena Correa-Vega and Sofía Alvarado-Camacho. COVID-19 y lactancia materna. Revista GICOS. 2020 May; 5 (E1): 23-32.

2. Galindo-Sevilla N.d.C., Contreras-Carretero N.A., Rojas-Bernabé A. and Mancilla-Ramírez J. Breastfeeding and COVID-19. Gac Med Mex. 2021 Feb; 157 (2): 194-200.

3. Fernández Carrasco, Francisco Javier, Vázquez Lara, Juana María, González Mey, Urbano, Gómez Salgado, Juan, Parrón Carreño, Tesifón and Rodríguez Díaz, Luciano. Infección por coronavirus COVID- 19 y lactancia materna: Una revisión exploratoria. Revista española de salud pública. 2020;).

Capítulo 138

Lesiones isquémicas. Seguimiento y cuidados de enfermería, caso clínico

Valiente Sobrino, Liliana

Avón Mezquita, Rut

Mezquita Cuadrado, Nuria

Rodrigo García, Rosa

Fúnez Ruiz Del Valle, Eva María

LESIONES ISQUÉMICAS. SEGUIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA, CASO CLINICO.

Liliana Valiente
Ruth Avon
Nuria Mezquita
Rosa Rodrigo
Eva M Fúnez

INTRODUCCION

El reciente aumento de la esperanza de vida conlleva el incremento de la prevalencia de la enfermedad arterial oclusiva y por tanto un grave menoscabo en la calidad de vida de los pacientes. La comorbilidad y los factores de riesgo asociados (tabaquismo, hipertensión, dislipemia y diabetes), su infradiagnóstico y gran letalidad (la esperanza de vida de pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores es del 50% a los 5 años) a pesar del éxito de las técnicas revascularizadoras a corto plazo, requieren un tratamiento integral del paciente y su patología, que se manifiesta con claudicación intermitente de miembros inferiores e importante limitación de la actividad física en estadios iniciales (comienza con dolor en relación a la actividad física que cede con el reposo, para persistir el dolor isquémico en fases avanzadas a pesar del reposo y el tratamiento analgésico) coexistiendo con lesiones cutáneas isquémicas, pudiendo progresar a necrosis o gangrena digital, podal o de miembros inferiores, requiriendo amputación la total o parcial.

A través del caso objeto de este estudio veremos como no solo curamos una lesión, sino que tratamos a un paciente, de forma integral y coordinada con el resto del equipo de atención primaria, recurriendo y colaborando con atención especializada en sus cuidados, tratamiento y contribuyendo en definitiva, junto a su mejoría.

OBSERVACION CLINICA

Antecedentes personales: Varón de 67 años, Obesidad, DMNID, HTA, Hipertensión venosa crónica, Cardiopatía isquémica, Dislipemia, Hiperuricemia Elevación crónica GGT, ERC en hemodiálisis, Hiperparatiroidismo secundario a IRC, SAOS en tratamiento con CPAP, Retinitis pigmentaria (ceguera bilateral), fumador 1-2 puros/día, portador de Marcapasos hace 3 años.

Enfermedad actual: Presenta úlceras superficiales en cara lateral de MID y UPP en tendón de Aquiles y talón de torpida evolución. Refiere dolor regular/intermitente inicialmente controlado con analgésicos (paracetamol y noltol alternos si dolor) y posteriormente, tras empeorar, con Targin 10 mg/8 horas, empeoramiento de lesión Aquilea.

Exploración Física: Afebril. Endarterectomia femoral derecha hace 2 años, inicialmente no se palpa pulso femoral, presenta úlceras superficiales en MID con costra en cara lateral externa con halo eritematoso, UPP profunda y con presencia de fibrina en talón y tendón de Aquiles derecho.

Diagnóstico principal: Isquemia crónica Grado IV MID

Evolución: Realizado By Pass femoropoplíteo

Interconsultas:

- Consulta Dermatología para biopsia de UPP gemelar MID.
 - Programado Bypass femoropoplíteo (alternativa inicialmente rechazada por el paciente) y Friedrich de la región gemelar (pulso femoral y distales no palpables, úlcera gemelar que evoluciona a necrosis y UPP en talón con esfacelos, se deriva a urgencias hospitalarias desde SUAP ante la mala evolución, donde el paciente accede a la intervención programada y firma el consentimiento informado)

Tratamiento: Realizado By-pass Femoropoplíteo sin incidencias y Friedrich de heridas en región gemelar derecha, al alta se realizan curas por personal de enfermería en días alternos: retirada de restos de curas anteriores y limpieza con agua jabonosa, en úlceras: Intrasite y Actisorb, en talón Intrasite y Aquacel Ag, vendaje no compresivo.

PLAN DE CUIDADOS

Disponiendo actualmente de un amplio abanico de tratamientos para el cuidado de las lesiones tisulares de origen isquémico, las características del paciente, su patología de base y la evolución de cada lesión, determinarán la elección del tratamiento a aplicar, no obstante tan importante es decidir qué tratamiento específico a administrar inicialmente como saber modificarlo en base a la evolución de la lesión.

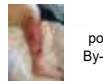
Atención primaria tiene una labor crucial en la detección y diagnóstico precoz de estas lesiones tiempodependientes, concretamente el personal de Enfermería; la valoración de la perfusión de los miembros (basada en el ITB) y el seguimiento periódico de pacientes crónicos de riesgo, tanto en consulta como en nuestras visitas domiciliarias, bien programadas, a demanda o de urgencia, son imprescindibles, no obstante también lo es la derivación precoz y el seguimiento por parte del facultativo especialista, que oriente nuestros cuidados, en pacientes con lesiones de torpida evolución y/o complicadas; El manejo multidisciplinar del paciente y su patología con comorbilidad, son determinantes en el éxito del tratamiento y la reducción de la morbimortalidad de éste tipo de pacientes con lesiones isquémicas, cuyo porcentaje de amputación es tan elevado.



Semana 1



Semana 2



Semana 3 postoperatorio de By-Pass y Friedrich quirúrgico.



Semana 4



Semana 5

ETIQUETA	NANDA	NOC	NIC	ACTIVIDADES
DOLOR AGUDO (00132)	DOLOR AGUDO R/C AGENTES LESIVOSFISICOS OCASIONADOS POR ISQUEMIA CRITICA	<ul style="list-style-type: none"> NIVEL DEL DOLOR (2102) CONTROL DEL DOLOR (1605) DOLOR: EFECTOS NOCIVOS (2101) 	<ul style="list-style-type: none"> MANEJO DEL DOLOR (1400) ADMINISTRACION DE ANALGESICOS (2210) 	<ul style="list-style-type: none"> EVALUAR LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS DE ALIVIO DEL DOLOR A TRAVES DE UNA VALORACION CONTINUA DE LA EXPERIENCIA DOLOROSA (140033) DETERMINAR LA UBICACION, CARACTERISTICAS, CALIDAD Y GRAVEDAD DEL DOLOR ANTES DE MEDICAR AL PACIENTE (221001)
DOLOR CRONICO(00133)	DOLOR CRONICO R/C INCAPACIDAD FISICA CRONICA OCASIONADA POR ISQUEMIA CRITICA	<ul style="list-style-type: none"> NIVEL DEL DOLOR (2102) CONTROL DEL DOLOR (1605) DOLOR: EFECTOS NOCIVOS (2101) 	<ul style="list-style-type: none"> MANEJO DEL DOLOR (1400) ADMINISTRACION DE ANALGESICOS (2210) 	<ul style="list-style-type: none"> COMPROBAR EL HISTORIAL DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS (221003) PROPORCIONAR A LA PERSONA UN ALIVIO DEL DOLOR OPTIMO MEDIANTE ANALGICO PRESCRITOS (140027) EXPLORAR CON EL PACIENTE FACTORES QUE ALIVIAN EMPEORAN EL DOLOR (140008)
PERFUSION TISULAR PERIFERICA INEFICAZ (00204)	PERFUSION TISULAR PERIFERICA INEFICAZ R/C DOLOR, INCAPACIDAD FISICA Y COMPROMISO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA OCASIONADA POR ARTERIOPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ESTADO CIRCULATORIO (0401) PERFUSION TISULAR PERIFERICA (0407) INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101) 	<ul style="list-style-type: none"> PRECALCINES CIRCULATORIAS (4070) CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL (4082) VIGILANCIA DE LA PIEL (5390) 	<ul style="list-style-type: none"> OBSERVAR SI HAY FUENTES DE PREION Y FRICCION (359005) OBSERVAR SI HAY EXCESIVA SEQUEDAD O HUMEDAD DE LA PIEL (359009) VIGILAR EL COLOR DE LA PIEL (359011) EVITAR LESIONES EN LA ZONA AFECTADA (407006) EVITAR INFECCIONES EN HERIDAS (407007)
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (00046)	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA R/C ULCERA VASCULAR OCASIONADA POR ARTERIOPATIA	<ul style="list-style-type: none"> CURACION DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCION (1103) INTEGRIDAD DE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101) 	<ul style="list-style-type: none"> VIGILANCIA DE LA PIEL (3590) CUIDADOS DE LAS HERIDAS (3660) PRECAUCIONES CIRCULATORIAS (4070) ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246) 	<ul style="list-style-type: none"> CONTROLAR LAS CARACTERISTICAS DE LA HERIDA, INCLUYENDO DRENAJE, COLOR, TAMAÑO Y OLOR (366003) ADMINISTRAR CUIDADO DE LA HERIDA DERMICA SI ES NECESARIO (366009) REALIZAR UNA EXHAUSTIVA VALORACION DE LA CIRCULACION PERIFERICA (PULSOS, EDEMA, LLENADO CAPILAR, COLOR, TEMPERATURA) (407001) INSTRUIR A LA FAMILIA ACERCA DEL CUIDADO DE UÑAS Y PIES (407009) OBSERVAR LAS EXTREMIDADES PARA VER SI HAY CALOR, ENROJECIMIENTO, DOLOR O EDEMA (407011) INSTRUIR SOBRE SIGNOS DE PERDIDA DE INTEGRIDAD DE LA PIEL (359015)
RIESGO DE INFECCION (00004)	RIESGO DE INFECCION R/C ULCERA VASCULAR OCASIONADA POR ARTERIOPATIA	<ul style="list-style-type: none"> CURACION DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCION (1103) CONTROL DEL RIESGO (1902) DETECCION DEL RIESGO (1908) 	<ul style="list-style-type: none"> EDUCACION SANITARIA (5510) VIGILANCIA (6650) CUIDADOS DE LAS HERIDAS (3660) CONTROL DE INFECCIONES (5640) PROTECCION CONTRA INFECCIONES (6550) 	<ul style="list-style-type: none"> DETERMINAR LOS RIESGOS DE SALUD DEL PACIENTE (86001) OBSERVAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO (665011) VALORAR PERIODICAMENTE EL ESTADO DE LA PIEL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO (665022) LAVARSE LAS MANOS ANTES Y DESPUES CADA ACTIVIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES (564032) INSTRUIR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA ACERCA DE SIGNOS Y SINTOMAS DE INFECCION Y CUANDO DEBE INFORMARSE DE ELLOS AL CUIDADOR (564034) CONTROLAR CARACTERISTICAS DE LA HERIDA, INCLUYENDO DRENAJE, COLOR, TAMAÑO Y OLOR (366003) CONTROLAR Y REGISTRAR REGULARMENTE CUALQUIER CAMBIO PRODUCIDO EN LA HERIDA (136016)
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C FALTA DE INTERES, MALA INTERPRETACION DE LA INFORMACION Y FALTA DE EXPOSICION AL PROBLEMA	<ul style="list-style-type: none"> CONOCIMIENTO: CONDUCTA SANITARIA (1805) PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803) CUIDADOS EN LA ENFERMEDAD (1824) MEDICACION (1808) REGIMEN TERAPEUTICO (1813) 	<ul style="list-style-type: none"> EDUCACION SANITARIA (5510) FACILITAR EL APRENDIZAJE (5520) ENSEÑANZA: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (5602) ENSEÑANZA: INDIVIDUAL (5606) ENSEÑANZA: MEDICAMENTO PRESCRITO (5616) ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO (5618) 	<ul style="list-style-type: none"> INFORMAR AL PACIENTE/FAMILIA ACERCA DE CUANDO Y DONDE TENDRA LUGAR EL PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO (561801) EXPLICAR EL PROPOSITO DEL PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO (561808) DETERMINAR EXPECTATIVAS DEL PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO DEL PACIENTE (561824) DAR TIEMPO AL PACIENTE PARA QUE HAGA PREGUNTAS Y DISCUTA SUS INQUIETUDES (561827) EVALUAR EL NIVEL ACTUAL DE CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE RELACIONADO CON EL PROCESO DE ENFERMEDAD (560201)
INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)	DETERIORO DE LA DEAMBULACION R/C DOLOR OCASIONADO POR CLAUDICACION INTERMITENTE E ISQUEMIA CRITICA DE LA EXTREMIDAD	<ul style="list-style-type: none"> TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD (0005) DOLOR: EFECTOS NOCIVOS (2101) 	<ul style="list-style-type: none"> MANEJO DEL DOLOR (1400) TERAPIA DE ACTIVIDAD (4310) ENSEÑANZA ACTIVIDAD/EJERCICIO (5612) 	<ul style="list-style-type: none"> VALORACION EXHAUSTIVA DEL DOLOR QUE INCLUYA: LOCALIZACION CARACTERISTICAS, APARICION/DURACION, FRECUENCIA, CALIDAD INTENSIDAD, SEVERIDAD (140001) PROPORCIONAR ALIVIO DEL DOLOR OPTIMO MEDIANTE ANALGESICOS PRESCRITO (140027) DETERMINAR EL IMPACTO DEL DOLOR SOBRE LA CALIDAD DE VIDA (140012) SELECCIONAR Y DESARROLLAR AQUELLAS MEDIDAS (FARMACOLOGICA, NO FARMACOLOGICA E INTERPERSONAL) QUE FACILITEN EL ALIVIO DEL DOLOR (140018)
TEMOR (00148)	TEMOR MIEDO Y ANSIEDAD OCASIONADO POR	<ul style="list-style-type: none"> NIVEL DE MIEDO (1210) AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402) 	<ul style="list-style-type: none"> POTENCIACION DE LA SEGURIDAD. DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820) TECNICA DE RELAJACION (5880) 	<ul style="list-style-type: none"> ESCUCHAR LOS MIEDO DEL PACIENTE/FAMILIA (538014) DISCUTIR LOS CAMBIOS QUE SE AVENCEN ANTES DEL SUceso (538008) DISCUTIR POSIBLES MEDIDAS DE CONTROL DEL DOLOR (561013)

RESULTADOS

El tratamiento de heridas crónicas complejas en pacientes pluripatológicos inmovilizados requiere una estrategia terapéutica adaptada a cada individuo, basada en su valoración global y la adaptación de nuestras intervenciones a cada lesión que presenta, agilizando así el proceso de curación y previniendo la aparición de otras; Adiestrando al propio paciente, su familia y cuidadores en el control diabetológico brindándole soporte nutricional y emocional, capacitándolos para la realización de movilizaciones periódicas y uso de dispositivos mecánicos para alivio de presión sobre los tejidos, en definitiva asesorándolos y apoyándolos para restaurar su autonomía en el menor espacio de tiempo, mediante el desarrollo de programas de educación para la salud desde los centros de salud y favoreciendo el diálogo constante con ellos y con otros niveles asistenciales.

Nuestro paciente, tras el agravamiento de su cuadro por lo que se derivó de urgencia a atención especializada, fue sometido a Bypass programado y tras un periodo de convalecencia ha retomado progresivamente sus actividades diarias, ya limitadas con anterioridad, con menos dolor y mucha optimismo, aunque aún a día de hoy el personal de enfermería continúa acudiendo a su domicilio para realizarle sus curas según pauta.

CONCLUSION

La coordinación entre los distintos niveles asistenciales favorece la comunicación fluida, fomentando consultas entre los diferentes profesionales, asesoramiento y la derivación precoz y pertinente del paciente ante cualquier signo de alarma o agravamiento, y en gran medida, el uso racional de recursos materiales y personales, vital para la subsistencia de nuestro sistema sanitario. Concienciar a los profesionales sobre la necesidad de reducción en el tiempo de curación de las lesiones, mediante la disminución de la frecuencia de las curas y cambio de apósitos para favorecer la regeneración tisular (según casos), así como la necesidad de seguimiento de las indicaciones de fabricantes y recomendaciones de Guías de práctica clínica que contribuiría notablemente en reducir los periodos de convalecencia, invalidez y dependencia del individuo repercutiendo positivamente sobre el gasto sanitario,

BIBLIOGRAFIA

- Hernández, R. L., & Vilardell, P. L. Isquemia crítica de miembros inferiores: una enfermedad cada vez más prevalente. Medicina clínica, 2011, 136(3), 106-108.
- Luis-Román D.A. y col. Descripción de factores de riesgo cardiovascular de una muestra de paciente con isquemia crítica de miembros inferiores. 2006 Angiología; 58(5):357-368.
- Montoya, S. B., Sánchez, S. D., Nevárez, I. S., Camps, E. F., Quesada, F. F., & Farrés, N. P. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso sem-FYC-SEACV. Atención Primaria, 2012, 44(9), 555-e1.
- Perales, M. S., Cortés, M. G., Utiel, F. B., Viedma, G., Gil, J. M., del Barrio, P. P., & Pérez, V. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. Nefrología, 2005, 25(4), 399-406.
- Vallina-Vazquez y col. Estudio de prevalencia de isquemia crónica de miembros inferiores y de aneurisma de aorta abdominal en mayores de 65 años. Angiología 2007; 59(3):225-235.

Resumen: La prevalencia de la enfermedad arterial oclusiva se asocia al incremento de la esperanza de vida; su gran letalidad, a pesar del éxito de las recientes técnicas revascularizadoras requiere un tratamiento integral e integrado.

La claudicación intermitente de miembros inferiores y la limitación física, coexisten con lesiones cutáneas isquémicas, pudiendo progresar a necrosis, requiriendo en ocasiones la amputación total o parcial.

El caso objeto de estudio pone de manifiesto la necesidad de curar la lesión y tratar al paciente en colaboración con el resto de profesionales, de atención primaria y especializada, contribuyendo juntos a su mejora.

Palabras Clave: Enfermedad arterial oclusiva, Amputación, Enfermería

Observación Clínica:

Antecedentes: Varón, 67 años, Obesidad, DMNID, HTA, Hipertensión venosa crónica, Cardiopatía isquémica, Dislipemia, Hiperuricemia, Elevación crónica GGT, ERC en hemodiálisis, Hiperparatiroidismo secundario a IRC, SAOS con CPAP, Retinitis pigmentaria, fumador 1-2 puros/día, portador Marcapasos (3 años).

Actual: Empeoramiento de úlceras, dolor intermitente controlado con paracetamol, después Targin.

Exploración Física: Endarterectomía femoral derecha (2 años). Afebril, pulso femoral ausente, úlceras superficiales, costra y halo eritematoso, úlcera profunda, fibrina en talón y tendón de Aquiles.

Diagnóstico principal: Isquemia crónica Grado IV MID. Interconsultas:

- Dermatología: biopsia de UPP

- Programado Bypass femoropopliteo (rechazado) y Friedrich de región gemelar (pulso femoral y distales no palpables, necrosis y esfacelos en úlceras gemelar y talón; Mala evolución. Derivado a urgencias hospitalarias, By-pass Femoropopliteo programado, sin incidencias y Friedrich de heridas en región gemelar.

Alta: Curas, retirar restos de curas anteriores, limpieza con agua jabonosa, Intrasite y Actisorb, en talón Intrasite y Aquacel Ag, vendaje no compresivo.

Plan de Cuidados:

Ante la amplitud de tratamientos específicos para cuidado de lesiones tisulares isquémicas, las características propias del paciente, su patología y la lesión específica, determinan el tratamiento a seguir, siendo la detección, diagnóstico y derivación precoces, esenciales en la instauración y adecuación de éstos. Aunque atención primaria y concretamente la profesión Enfermera tiene un papel crucial en el seguimiento de pacientes crónicos, la atención multidisciplinar al paciente y su patología, son determinantes en el éxito del tratamiento y la reducción de la morbimortalidad, dado que ante las lesiones isquémicas el porcentaje de amputación muy elevado.

Resultados:

El tratamiento de heridas crónicas complejas en pacientes inmovilizados y con pluripatología, requiere de una estrategia terapéutica adaptada, basada en la valoración global y la adaptación de nuestras intervenciones a cada lesión, agilizando así el proceso de curación y previniendo la aparición de nuevas lesiones.

Adiestrar a paciente, familiares y cuidadores en el control diabetológico, brindándoles soporte a nivel nutricional y emocional, capacitándoles para la realización de movilizaciones, correctas y periódicas, mediante el uso de dispositivos mecánicos para alivio de presión sobre los tejidos; en definitiva, asesorarlos y apoyarlos, contribuirá a restaurar su autonomía con agilidad, reduciendo los periodos de convalecencia.

El desarrollo de programas de educación para la salud, desde los centros de atención primaria, coordinados con otros niveles asistenciales, fomentará una comunicación fluida y continua.

Nuestro paciente, tras el agravamiento inicial de su cuadro, por el que se derivó desde un servicio de urgencias extrahospitalarias a atención especializada, fue sometido a un Bypass programado y tras un periodo de convalecencia, ha retomado progresivamente sus actividades diarias, ya limitadas con anterioridad, con menos dolor y mucho optimismo, aunque aún a día de hoy el personal de enfermería continúa acudiendo a su domicilio para realizarle sus curas según pauta.

Conclusión:

La comunicación fluida y cooperación continua entre los distintos profesionales y niveles asistenciales, favorece el diagnóstico y derivación precoz ante cualquier signo de alarma, así como el uso racional de los recursos materiales y personales disponibles, vital para la subsistencia de nuestro sistema sanitario.

Concienciar a los profesionales, sobre la necesidad de reducir periodos de convalecencia e invalidez y dependencia, mediante la capacitación para autogestión guiado (con apoyo y asesoramiento), el incremento de la autonomía, la disminución de la frecuencia de las curas y cambio de apósitos, para favorecer la regeneración tisular (según casos), así como de la necesidad de conocer y seguir las pautas prescritas por especialistas, indicaciones de fabricantes y recomendaciones de Guías de práctica clínica, se reflejaría positivamente sobre el bienestar de la sociedad, las listas de espera, la saturación del sistema sanitario y el gasto sociosanitario.

Bibliografía:

1. Hernández, R. L., & Vilardell, P. L. Isquemia crítica de miembros inferiores: una enfermedad cada vez más prevalente. *Medicina clínica*, 2011, 136(3), 106-108.
2. Montoya, S. B., Sánchez, S. D., Nevárez, I. S., Camps, E. F., Quesada, F. F., & Farrés, N. P. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYCSEACV. *Atención Primaria*, 2012, 44(9), 555-e1.
3. Perales, M. S., Cortés, M. G., Utiel, F. B., Viedma, G., Gil, J. M., del Barrio, P.P., & Pérez, V. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*, 2005, 25(4), 399-406.

Capítulo 139

Lesiones tróficas en isquemia arterial crónica: a propósito de un caso

Risalde Santos, Blas Manuel

Sánchez Fuentes, Alicia



LESIONES TRÓFICAS EN ISQUEMIA ARTERIAL CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Risalde Santos, Blas Manuel; Sánchez Fuentes Alicia.
XII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

- Úlceras arteriales: disminución de la perfusión sanguínea. Causa fundamental: **patología arterioesclerótica**.
- Úlceras isquémicas: fases avanzadas de la isquemia crónica, localización en zonas distales. Causas: traumatismos, roce, lesión por apoyo en zonas de carga o infecciones locales.
- **Diagnóstico precoz**: importante para mejorar calidad de vida del paciente y reducir eventos secundarios mayores como infarto agudo de miocardio o el ictus.
- **Test no invasivo**: para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP) es el índice tobillo-brazo (ITB), tiene valor pronóstico para la extremidad afectada.
- **Claudicación intermitente**: forma más frecuente de presentación clínica, isquemia crítica. Necesidad de tratamiento de **revascularización**.

OBJETIVOS

1. Identificar signos de alarma de EAP para su derivación temprana minimizando las consecuencias de la misma.
2. Establecer un protocolo de curas de úlceras arteriales.
3. Identificar factores de riesgo favorecedores de la enfermedad.
4. Promover estilos de vida saludable que prevengan la misma.

METODOLOGÍA

- Exposición de caso clínico aplicando la evidencia científica como resultado de una búsqueda bibliográfica.
- Bases de datos empleadas: Biblioteca Virtual En Salud, CUIDEN y Guías de Práctica Clínica (España).
- Palabras clave: isquemia crónica, enfermedad arterial, revascularización arterial y claudicación.

RESULTADOS

Clasificación de Rutherford		Clasificación de Fontaine	
Estadio	Clinica	Estadio	Clinica
0	Asintomático	I	Asintomático
1	Claudicación ligera	IIa	Claudicación leve, distancia mayor a 200 metros
2	Claudicación moderada	IIb	Claudicación moderada-severa, distancia menor a 200 metros
3	Claudicación severa	III	Dolor isquémico en reposo
4	Dolor isquémico en reposo	IV	Ulceración o gangrena
5	Pérdida tisular menor		
6	Pérdida tisular mayor		



NECROSIS SECA/HUMEDA PRE-REVASCULARIZACIÓN.



DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO. POST-REVASCULARIZACIÓN



CASO CLÍNICO

MOTIVO CONSULTA:

- **CLAUDICACIÓN INTERMITENTE.**

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Varón de 66 años.
- HTA, Dislipemia, Cardiopatía isquémica (stent hace años), obesidad grado I, marcapasos por disociación AV, Ex Fumador (más de 20 años) y síndrome metabólico.

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Claudicación invalidante con dolor en reposo (MID).
SE DERIVA A CIRUGÍA VASCULAR.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- DOPPLER: índice tobillo brazo > 1,3 en ambos MMII, no valorable por **probable calcificación arterial**.
- Angio TC: ateromatosis en el ostium de arteria iliaca derecha, oclusión de arteria femoral central, lesiones difusas en arteria femoral superficial, poplítea y troncos con calcificación asociada.

DIAGNÓSTICOS: ISQUEMIA CRÓNICA GRADO IV MID.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

- **ENDARTECTOMIA FEMORAL Y PROFUNDOPLASTIA con parche biológico.**
- **IMPLANTE ENDOPRÓTESIS.**

CUIDADOS ENFERMEROS PRE-REVASCULARIZACIÓN:

- **CURA SECA**: exceso humedad facilita la proliferación bacteriana.
- Minimizar el dolor: **vendaje no compresivo**, objetivo protector.
- **EVITAR DESBRIDAMIENTO CORTANTE.**
- **CONTROL SIGNOS DE INFECCIÓN E INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CORRECTO.**

CUIDADOS ENFERMEROS POST-REVASCULARIZACIÓN:

- **LIMPIEZA EXHAUSTIVA**: lavado por arrastre con suero salino fisiológico.
- **Desbridamiento quirúrgico** cortante en necrosis secas.
- Derivación al **podólogo** para valoración de onicopatías causantes de infección y/o inflamación. En este caso, abulsión lamina ungueal, primer dedo, para evitar mecanismo de cizallamiento a nivel de eponiquio.
- Vendaje compresivo: en casos en los que aparezca edema de revascularización.
- Objetivo cura: favorecer cicatrización y epitelización.

RECOMENDACIONES GENERALES. PREVENCIÓN SECUNDARIA:

- Control factores de riesgo: tabaquismo, diabetes, dislipemias e hipertensión arterial.
- Dieta equilibrada y ejercicio físico, caminar.
- Evitar traumatismos de MMII.
- Inspección de los pies diariamente. Higiene adecuada, mantenerlos calientes y protegidos, cremas no perfumadas si la piel está seca, no andar descalzos.
- Uñas: corte recto con tijeras punta roma; o limar.
- Evitar prendas ajustadas de cintura hacia abajo, evitar presión de ropa de la cama.
- Calzado: piel, horma amplia, sin costuras interiores, no apretado ni demasiado grande.
- Elevar cabecero cama 10-15 cm.

CONCLUSIONES

Ante pacientes con isquemia arterial crítica de MMII, desde el ámbito de la atención primaria, es clave el diagnóstico precoz y la derivación temprana hacia atención especializada, cirugía vascular.

El índice tobillo-brazo es el mejor instrumento diagnóstico, no invasivo, para detectar el grado de afectación de la enfermedad arterial periférica.

Ante lesiones tróficas, úlceras arteriales en MMII, hasta que el paciente sea revascularizado el protocolo de cura irá encaminado a prevenir la infección, evitando el desbridamiento cortante, vendaje no compresivo y minimizar el dolor del paciente.

Tras la cirugía, siendo esta exitosa, el desbridamiento cortante de necrosis secas es beneficioso en la evolución de estas lesiones. Ante la presencia de onicopatías, es clave el diagnóstico y tratamiento conjunto con la especialidad de podología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francisco J. Serrano Hernando y Antonio Martín Cornejo. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Revista española de cardiología. 2007;60 (9):969-82. Recuperado de: <https://www.revespcardiol.org/es-enfermedad-arterial-periferica-aspectos-fisiopatologicos-articulo-13109651>.
2. Asociación española de enfermería vascular y heridas. Guía práctica clínica consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Madrid: AAEEVH, 2017. Recuperado de: <https://www.aeev.net/pdf/Guia-de-Practica-Clinica-web>.

Resumen: La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las afecciones más prevalentes y es habitual la coexistencia con enfermedad vascular en otros territorios. La arterioesclerosis es la causa más frecuente de EAP, por lo que se asocia a los factores de riesgo cardiovascular.

En este trabajo presentamos un caso clínico, con el objetivo de establecer un plan de actuación y prevención contrastado con la evidencia científica más actual.

Palabras Clave: Isquemia, Tróficas, Arterial

Observación Clínica:

- Úlceras arteriales: disminución de la perfusión sanguínea. Causa fundamental: patología arterioesclerótica.
- Úlceras isquémicas: fases avanzadas de la isquemia crónica, localización en zonas distales. Causas: traumatismos, roce, lesión por apoyo en zonas de carga o infecciones locales.
- Diagnóstico precoz: importante para mejorar calidad de vida del paciente y reducir eventos secundarios mayores como infarto agudo de miocardio o el ictus.
- Test no invasivo: para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP) es el índice tobillo-brazo (ITB), tiene valor pronóstico para la extremidad afectada.
- Claudicación intermitente: forma más frecuente de presentación clínica, isquemia crítica. Necesidad de tratamiento de revascularización.

Objetivos:

1. Identificar signos de alarma de EAP para su derivación temprana minimizando las consecuencias de la misma.
2. Establecer un protocolo de curas de úlceras arteriales.
3. Identificar factores de riesgo favorecedores de la enfermedad.
4. Promover estilos de vida saludable que prevengan la misma.

Metodología:

- Exposición de caso clínico aplicando la evidencia científica como resultado de una búsqueda bibliográfica.
- Bases de datos empleadas: Biblioteca Virtual En Salud, CUIDEN y Guías de Práctica Clínica (España).
- Palabras clave: isquemia crónica, enfermedad arterial, revascularización arterial y claudicación.

Resultados:

MOTIVO CONSULTA:

- CLAUDICACIÓN INTERMITENTE. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Varón de 66 años.

• HTA, Dislipemia, Cardiopatía isquémica (stent hace años), obesidad grado I, marcapasos por disociación AV, Exfumador (más de 20 años) y síndrome metabólico.

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Claudicación invalidante con dolor en reposo (MID). SE DERIVA A CIRUGÍA VASCULAR.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- DOPPLER: índice tobillo brazo > 1,3 en ambos MMII, no valorable por probable calcificación arterial.
- Angio TC: ateromatosis en el ostium de arteria iliaca derecha, oclusión de arteria femoral central, lesiones difusas en arteria femoral superficial, poplítea y troncos con calcificación asociada.

DIAGNÓSTICOS: ISQUEMIA CRÓNICA GRADO IV MID. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

- ENDARTECTOMIA FEMORAL Y PROFUNDOPLASTIA con parche biológico.
- IMPLANTE ENDOPRÓTESIS.

CUIDADOS ENFERMEROS POST-REVASCULARIZACIÓN:

- CURA SECA: exceso humedad facilita la proliferación bacteriana.
- Minimizar el dolor: vendaje no compresivo, objetivo protector.
- EVITAR DESBRIDAMIENTO CORTANTE.
- CONTROL SIGNOS DE INFECCIÓN E INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CORRECTO.

CUIDADOS ENFERMEROS PRE-REVASCULARIZACIÓN:

- LIMPIEZA EXHAUSTIVA: lavado por arrastre con suero salino fisiológico.
- Desbridamiento quirúrgico cortante en necrosis secas.
- Derivación al podólogo para valoración de onicopatías causantes de infección y/o inflamación. En este caso, abulsión lamina ungueal, primer dedo, para evitar mecanismo de cizallamiento a nivel de eponiquio.
- Vendaje compresivo: en casos en los que aparezca edema de revascularización.
- Objetivo cura: favorecer cicatrización y epitelización.

RECOMENDACIONES GENERALES. PREVENCIÓN SECUNDARIA:

- Control factores de riesgo: tabaquismo, diabetes, dislipemias e hipertensión arterial.
- Dieta equilibrada y ejercicio físico, caminar.
- Evitar traumatismos de MMII.
- Inspección de los pies diariamente. Higiene adecuada, mantenerlos calientes y protegidos, cremas no perfumadas si la piel está seca, no andar descalzos.
- Uñas: corte recto con tijeras punta roma o limar.
- Evitar prendas ajustadas de cintura hacia abajo, evitar presión de ropa de la cama.

- Calzado: piel, horma amplia, sin costuras interiores, no apretado ni demasiado grande.
- Elevar cabecero cama 10-15 cm.

Conclusiones:

Ante pacientes con isquemia arterial crítica de MMII, desde el ámbito de la atención primaria, es clave el diagnóstico precoz y la derivación temprana hacia atención especializada, cirugía vascular.

El índice tobillo-brazo es el mejor instrumento diagnóstico, no invasivo, para detectar el grado de afectación de la enfermedad arterial periférica.

Tras la cirugía, siendo esta exitosa, el desbridamiento cortante de necrosis secas es beneficioso en la evolución de estas lesiones. Ante la presencia de onicopatías, es clave el diagnóstico y tratamiento conjunto con la especialidad de podología.

Bibliografía:

1. Francisco J. Serrano Hernando y Antonio Martín Cornejo. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Revista española de cardiología. 2007;60(9):969-82. Recuperado de: <https://www.revcardiol.org/es-enfermedad-arterial-periferica-aspectos-fisiopatologicos-articulo-13109651>.

2. Asociación española de enfermería vascular y heridas. Guía práctica clínica consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Madrid: AAEEVH, 2017. Recuperado de: <https://www.aeev.net/pdf/Guia-de-Practica-Clinica-web>.

3. F.J. Serrano, A. Martín. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol., 60 (9) (2007), pp. 969-982.

Capítulo 140

Limpieza de la piel en inyecciones subcutáneas ¿sí o no?

Lara Lozano, Elena

Moreno Delgado, Tania

Piqueras Crespo, Lourdes

García - Muñoz López - Menchero, Diana



Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén ; Piqueras Crespo, Lourdes; Lara Lozano, Elena; García- Muñoz López Menchero, Diana; Moreno Delgado, Tania

INTRODUCCIÓN

Por administración de un fármaco por vía subcutánea (sc) se entiende la introducción de medicamentos en el tejido celular subcutáneo mediante una palomilla o una aguja.

A través de esta vía podemos administrar una gran variedad de fármacos como son: insulina, heparinas, vacunas, antieméticos, corticoides, antiespasmódicos, opioides e incluso sueroterapia.

Existe un gran desconocimiento y variabilidad de la práctica clínica por parte de los profesionales en el uso o no uso de antiséptico antes de administrar medicación subcutánea.



METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, Fistera, Instituto de Salud Carlos III, así como artículos publicados por la OMS y las fichas técnicas de Vademecum, y varios protocolos de distintos hospitales.

Utilizando como palabras claves las proporcionadas por DeCS como: "Tejido subcutáneo" (Subcutaneous Tissue); "Desinfección" (Disinfection); "Antisepsia" (Antisepsis).

OBJETIVOS

- Unificar criterios de administración entre profesionales
- Comparar el riesgo de infección según las distintas preparaciones de la piel.

RESULTADOS

En primer lugar hemos revisado protocolos y fichas técnicas de varios sitios para ver la concordancia que existe entre ellos:

Fistera	Medicación vía subcutánea: Antiséptico (sin especificar cual)
Hospital Rey Juan Carlos	Administración de Heparinas: Alcohol
Hospital Reina Sofía	Administración de Insulinas y Heparinas: Alcohol
Hospital Universitario de Ceuta	Inyecciones subcutáneas: Alcohol
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios	Inyecciones subcutáneas: Alcohol o Agua y Jabón
OMS	Agua y Jabón
Ficha técnica Clexane®	Alcohol
Ficha técnica Novorapid®	Agua y Jabón

Seguidamente se ha buscado evidencia científica sobre el tema. La revisión bibliográfica publicada en la *Journal of Liaquat University of Medical and Health Sciences* por R.A. Khawaja revisa estudios a lo largo de los años 2012 y 2013 y compara el riesgo de infección relacionado con las inyecciones subcutáneas:

Autor del Estudio	Muestra y Metodología	Resultados
Fleming et Al.	13000 inyecciones de insulina en 254 pacientes durante 20 semanas SIN preparación de la piel previa	No se encontraron signos de infección.
Mc Carthy et Al.	3 tipos de preparación de la piel. 600 inyecciones incluidas en cada tipo -Alcohol -Agua y Jabón -Nada	No se encontraron evidencias de complicaciones en los sitios de inyección.
Dann et Al.	5000 inyecciones SIN preparación de la piel previa durante 6 años	No se encontraron signos de infección.

CONCLUSIONES

El concepto de preparación de la piel antes de las inyecciones sc con antisépticos para prevenir las infecciones está muy extendido en las tareas rutinarias de la enfermería.

Tras la consulta de diversos estudios, protocolos y guías de práctica clínica, se ha encontrado la misma variabilidad de actuación que la percibida antes de realizar nuestra revisión sistemática. El uso de antisépticos, agua y jabón o suero fisiológico no influye en la aparición de infección en el punto de inyección por lo que NO se ha encontrado evidencia que respalde el uso de antisépticos antes de una inyección subcutánea.

Resumen: En nuestra práctica diaria incluimos el uso de la vía subcutánea, donde encontramos variabilidad en la práctica clínica a la hora de preparar la zona. Existen diferentes recomendaciones en cuanto al tipo de antisepsia que es preferible usar en este procedimiento.

Por ello nos hemos querido informar realizando una búsqueda sistemática de protocolos y fichas técnicas para poder unificar criterios de actuación con el fin de comprobar que antiséptico sería más recomendable o si solamente con una buena higiene de agua y jabón o suero fisiológico sería suficiente para evitar la aparición de infección en el punto de inyección.

Palabras Clave: Desinfección (Disinfection) Antisepsia (Antisepsis) Tejido subcutáneo (Subcutaneous tissue)

Introducción:

Por administración de un fármaco por vía subcutánea (sc) se entiende la introducción de medicamentos en el tejido celular subcutáneo mediante una palomilla o una aguja.

A través de esta vía, podemos administrar una gran variedad de fármacos como son: insulina, heparinas, vacunas, antieméticos, corticoides, antiespasmódicos, opioides e incluso, sueroterapia. Existe un gran desconocimiento y variabilidad de la práctica clínica por parte de los profesionales en el uso o no uso de antiséptico antes de administrar medicación subcutánea.

Objetivos:

- 2- Unificar criterios de administración entre profesionales.
- 3- Comparar el riesgo de infección según las distintas preparaciones de la piel.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, Fistera, Instituto de Salud Carlos III, así como artículos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las fichas técnicas de Vademécum, y varios protocolos de distintos hospitales.

Resultados:

En primer lugar, se han revisado protocolos y fichas técnicas de varios sitios para ver la concordancia en cuanto a desinfección, que existe entre ellos:

1. Fistera: A la hora de administrar medicación subcutánea aplicar un antiséptico (sin especificar cuál). Sin embargo, a la hora de administrar vacunas sí que especifica aplicar agua estéril, suero fisiológico o antisépticos tipo clorhexidina o povidona yodada.
2. Hospital Rey Juan Carlos: A la hora de administrar heparinas subcutáneas, aplicar alcohol.
3. Hospital Reina Sofía: En el momento de administrar insulinas o heparinas subcutáneas, aplicar alcohol.
4. Hospital Universitario de Ceuta: Aplicar alcohol cuando se administren inyecciones subcutáneas.

5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: Aplicar alcohol o limpiar con agua y jabón previo a la inyección subcutánea.

6. Organización Mundial de la Salud (OMS): En el momento de administrar medicación subcutánea, limpiar con agua y jabón.

7. Ficha técnica de Clexane®: Previo a poner su producto, aplicar alcohol.

8. Ficha técnica de Novorapid®: Limpiar la zona con agua y jabón antes de inyectar la insulina.

Seguidamente se ha buscado evidencia científica sobre el tema. La revisión sistemática publicada en la Journal of Liaquat University of Medical and Health Sciences por R.A. Khawaja revisa estudios a lo largo de los años 2012 y 2013 y compara el riesgo de infección relacionado con las inyecciones subcutáneas:

9. Según Fleming et al, en un estudio realizado con una muestra de 254 pacientes, se administraron un total de 13.000 inyecciones de insulina durante 20 semanas sin preparación previa de la piel. Como resultado, no encontraron signos de infección en ningún paciente.

10. Mc Carthy et al, hicieron un estudio en el que comparaban 3 tipos de preparación de la piel. Incluyeron 600 inyecciones subcutáneas en cada preparación, usando para ello alcohol, agua y jabón o nada. Tras analizar los resultados, no encontraron evidencia de complicaciones en los sitios de inyección.

11. Dann et Al, realizaron un estudio durante 6 años en los que aplicaron un total de 5000 inyecciones subcutáneas sin preparación previa de la piel. Tras evaluar los resultados, no se encontraron signos de infección ni otro tipo de complicaciones.

Conclusiones:

El concepto de preparación de la piel antes de las inyecciones subcutáneas con antisépticos para prevenir las infecciones está muy extendido en las tareas rutinarias de la enfermería.

Tras la consulta de diversos estudios, protocolos y guías de práctica clínica, se ha encontrado la misma variabilidad de actuación que la percibida antes de realizar nuestra revisión sistemática. El uso de antisépticos, agua y jabón o suero fisiológico no influye en la aparición de infección en el punto de inyección por lo que NO se ha encontrado evidencia que respalde el uso de antisépticos antes de una inyección subcutánea.

Bibliografía:

1. Hutin Y, Haurai A. Skin preparation of patient before injection. Wash skin that is visibly soiled or dirty. Swabbing of the clean skin before giving an injection is unnecessary. If swabbing with an antiseptic is selected for use, use a clean, single-use swab and maintain product-specific recommended contact time. Do not use cotton balls stored wet in a multi-use container. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (7). [citado el 31 de octubre de 2021]. Disponible en: [https:// www.who.int/bulletin/volumes/81/7/Hutin0703.pdf](https://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/Hutin0703.pdf)

2. Flores Almonacid C. Romero Bravo A.. Administración de medicación por vía subcutánea. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería 2010. [citado el 31 de octubre de 2021]. Disponible en: [http:// www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt7_administracion_medicacion_via_subcutanea.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt7_administracion_medicacion_via_subcutanea.pdf)

3. Khawaja RA, Sikandar R, Qureshi R, Jareno RJM. Routine skin preparation with 70% isopropyl alcohol swab: Is it necessary before an injection? Quasi study [Internet]. Ejmanager.com. [citado el 31 de octubre de 2021]. Disponible en: [https:// www.ejmanager.com/mnstemp/153/153-1444809809.pdf](https://www.ejmanager.com/mnstemp/153/153-1444809809.pdf)

Capítulo 141

Los nuevos anticoagulantes orales y enfermería. Un abordaje desde la seguridad clínica.

*Linde Ruiz, Nuria
Porrás Flor, Vanessa*

LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES Y ENFERMERÍA. UN ABORDAJE DESDE LA SEGURIDAD CLÍNICA.

AUTORAS: NURIA LINDE RUIZ Y VANESSA PORRAS FLOR.

INTRODUCCIÓN:

- ⊙ En los últimos años ha aparecido una nueva línea de tratamiento para la prevención del ictus en la **fibrilación auricular no valvulares**, son los denominados anticoagulantes orales directos o nuevos anticoagulantes (ACOD).
- ⊙ La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente, con una prevalencia en la población española de un 5%, tienen más riesgos de padecer eventos embólicos, siendo el más frecuente el ictus, que se asocia a una incapacidad y dependencia importante, lo que implica un aumento significativo de los costes y del uso de los sistemas sanitarios.
- ⊙ El adecuado manejo y seguimiento de estos pacientes resulta imprescindible para minimizar sus efectos secundarios y garantizar la seguridad del paciente.
- ⊙ El tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K es muy complejo. Los nuevos inhibidores directos de la trombina y del factor X activado pueden administrarse a dosis fijas y no precisan sistemáticamente monitorización ni ajuste de dosis para asegurar su eficacia y su seguridad.

OBJETIVO:

→ Mostrar la mejor evidencia científica en los cuidados de enfermería en el paciente anticoagulado con ACOD, para mejorar la adherencia terapéutica y evitar las complicaciones.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de la literatura científica. Se consultaron las bases de datos en español e inglés de *Pubmed*, *Cinahl*, *Cuiden* y *Enfispo*.

PALABRAS CLAVE:

- “Anticoagulantes directos”
- “nuevos anticoagulantes”
- “enfermería”
- “fibrilación auricular”.

LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES:

- ⊙ Durante décadas, la anticoagulación oral en el tratamiento y prevención de la tromboembolia venosa ha sido posible gracias a la utilización de fármacos **antagonistas de la vitamina K (AVK)**. **Acenocumarol** (Sintrom®) y **warfarina** (Aldocumar®).
- ⊙ Los AVK son fármacos de manejo complejo. Su margen terapéutico es estrecho y requieren monitorización periódica para conseguir mantener unos niveles razonables de seguridad y eficacia, ya que el tratamiento que requiere seguimiento para mantener un nivel de anticoagulación óptimo, que se determina a través del Ratio Internacional Normalizado, (INR siglas en inglés). Además, los AVK tienen múltiples interacciones con otros fármacos, con la ingesta dietética de vitamina K, el alcohol, con enfermedades intercurrentes y otros factores. Los AVK también han hecho posible la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA), la prevención de embolias y trombosis en portadores de válvulas mecánicas cardíacas y para otras indicaciones.
- ⊙ La investigación para encontrar una alternativa a los AVK se ha concentrado en el desarrollo de un anticoagulante oral con amplio margen terapéutico y escasa variabilidad individual e interindividual que pueda administrarse con una dosis fija sin necesidad de monitorizar sistemáticamente la coagulación y con pocas interacciones. El anticoagulante ideal, además, tendría que ser más seguro y eficaz que los AVK.
- ⊙ En todos los supuestos en los que la TAO esté indicada, se recomienda un seguimiento clínico continuado de los pacientes, evaluando el cumplimiento terapéutico, así como las situaciones clínicas en las que sea necesario interrumpir o ajustar el tratamiento anticoagulante (ej.: aparición de sangrados y/ o otros efectos adversos, intervenciones quirúrgicas, ajustes de dosis por variación en la función renal, interacciones farmacológicas u otra causa, cambio del tipo de anticoagulante, etc.)
- ⊙ En la actualidad existen tres **inhibidores directos del factor X activado**:

→ **Rivaroxabán** (Xarelto®), **Apixabán** (Eliquis®) y **Edoxabán** (Lixiana®)

- ⊙ Y un **inhibidor directo de la trombina**:

→ **Dabigatrán** (Pradaxa®)



CONCLUSIONES:

- ⊙ Es muy importante favorecer la adherencia de los pacientes, sobre todo mediante una educación específica como paciente anticoagulado, ya que, independientemente del anticoagulante prescrito, existen riesgos y precauciones comunes a todos los pacientes que reciben anticoagulantes. Si la adherencia a los anticoagulantes disminuye, en parte por la falta de controles y por la falsa sensación de seguridad, las posibles ventajas de eficacia y seguridad pueden verse sobrepasadas por una mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas en los pacientes con mala adherencia. Avanzar en el conocimiento permitirá una mejora de dicha seguridad y ha de permitir un mejor abordaje y seguimientos de estos pacientes.
- ⊙ Por todo esto, es crucial reforzar en el paciente la importancia de la adherencia y el correcto cumplimiento terapéutico. En este contexto, las unidades de tratamiento anticoagulante pueden tener un papel decisivo tanto en los procesos de transición terapéutica como en los educativos y de resolución de situaciones clínicas complejas.

BIBLIOGRAFÍA:

- ⊙ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: (2016) *Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistemática en pacientes con fibrilación auricular*. 21 de Noviembre de 2016.
- ⊙ ROMERO RUIZ, ADOLFO; ROMERO-ARANA, ALDOFO Y GÓMEZ-DELGADO, JUAN : (2017) *Anticoagulantes directos y Enfermería*. ELSEVIER. *Enfermería Clínica*, 2017;27(2): 106-112.
- ⊙ MATEO, JOSÉ: (2013) *Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica*. ELSEVIER. *Revista Española de Cardiología*, 2013;13(C): 33-41.
- ⊙ ROMERO RUIZ, ADOLFO; ROMERO-ARANA Y GÓMEZ SALGADO, JUAN: (2017) *Anticoagulantes directos y Enfermería*. *Revista Enfermería Docente* 2017; julio-diciembre (109): 71-76.
- ⊙ PÉREZ VILLARROYA, JOSÉ CARLOS: (2017): *Los nuevos anticoagulantes orales en la fibrilación auricular no valvular ¿Goodbye, Sintrom*. Actualización de Medicina de familia (<http://amf-semfyc.com/web/index.php>). 2017;13 (4): 211-219.

Resumen: En los últimos años ha aparecido una nueva línea de tratamiento para la prevención del ictus en la fibrilación auricular no valvular, son los denominados anticoagulantes orales directos o nuevos anticoagulantes (ACOD). La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente, con una prevalencia en la población española de un 5%, tienen más riesgos de padecer eventos embólicos, siendo el más frecuente el ictus, que se asocia a una incapacidad y dependencia importante, lo que implica un aumento significativo de los costes y del uso de los sistemas sanitarios.

Palabras Clave: Anticoagulantes directos, nuevos anticoagulantes, fibrilación auricular.

Introducción:

Durante décadas, la anticoagulación oral, en el tratamiento y prevención de la tromboembolia venosa ha sido posible gracias a la utilización de fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK).

Acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®).

□ Los AVK son fármacos de manejo complejo. Su margen terapéutico es estrecho y requieren monitorización periódica para conseguir mantener unos niveles razonables de seguridad y eficacia, ya que el tratamiento que requiere seguimiento para mantener un nivel de anticoagulación óptimo, que se determina a través del Ratio Internacional Normalizado, (INR siglas en inglés). Además, los AVK tienen múltiples interacciones con otros fármacos, con la ingesta dietética de vitamina K, el alcohol, con enfermedades intercurrentes y otros factores. Los AVK también han hecho posible la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA), la prevención de embolias y trombosis en portadores de válvulas mecánicas cardíacas y para otras indicaciones.

La investigación para encontrar una alternativa a los AVK se ha concentrado en el desarrollo de un anticoagulante oral con amplio margen terapéutico y escasa variabilidad individual e interindividual, que pueda administrarse con una dosis fija sin necesidad de monitorizar sistemáticamente la coagulación y con pocas interacciones. El anticoagulante ideal, además, tendría que ser más seguro y eficaz que los AVK.

En todos los supuestos en los que la TAO esté indicada, se recomienda un seguimiento clínico continuado de los pacientes, evaluando el cumplimiento terapéutico, así como las situaciones clínicas en las que sea necesario interrumpir o ajustar el tratamiento anticoagulante (ej.: aparición de sangrados y/ o otros efectos adversos, intervenciones quirúrgicas, ajustes de dosis por variación en la función renal, interacciones farmacológicas u otra causa, cambio del tipo de anticoagulante, etc.)

En la actualidad existen tres inhibidores directos del factor X activado:

- Rivaroxabán (Xarelto®), Apixabán (Eliquis®) y Edoxabán (Lixiana®)
- Y un inhibidor directo de la trombina:
- Dabigatrán (Pradaxa).

Es muy importante favorecer la adherencia de los pacientes, sobre todo mediante una educación específica como paciente anticoagulado, ya que, independientemente del anticoagulante prescrito, existen riesgos y precauciones comunes a todos los pacientes que reciben anticoagulantes. Si la adherencia a los anticoagulantes disminuye, en parte por la falta de controles y por la falsa sensación de seguridad, las posibles ventajas de eficacia y seguridad pueden verse sobrepasadas por una mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas en los pacientes con mala adherencia.

Avanzar en el conocimiento permitirá una mejora de dicha seguridad y ha de permitir un mejor abordaje y seguimientos de estos pacientes.

Por todo esto, es crucial reforzar en el paciente la importancia de la adherencia y el correcto cumplimiento terapéutico. En este contexto, las unidades de tratamiento anticoagulante, pueden tener un papel decisivo tanto en los procesos de transición terapéutica como en los educativos y de resolución de situaciones clínicas complejas.

Bibliografía:

1. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: (2016) Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistemática en pacientes con fibrilación auricular. 21 de Noviembre de 2016.
2. ROMERO RUIZ, ADOLFO; ROMERO-ARANA, ALDOFO Y GÓMEZ-DELGADO, JUAN : (2017) Anticoagulantes directos y Enfermería. ELSEVIER. Enfermería Clínica, 2017;27(2): 106-112.
3. MATEO, JOSÉ: (2013) Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. ELSEVIER. Revista Española de Cardiología, 2013;13(C): 33-41.
4. ROMERO RUIZ, ADOLFO; ROMERO-ARANA Y GÓMEZ SALGADO, JUAN: (2017) Anticoagulantes directos y Enfermería. Revista Enfermería Docente 2017; julio-diciembre (109): 71-76.
5. PÉREZ VILLARROYA, JOSÉ CARLOS: (2017): Los nuevos anticoagulantes orales en la fibrilación auricular no valvular ¿Goodbye, Sintrom. Actualización de Medicina de familia ([http:// amf- semfyc.com/web/index.php](http://amf-semfyc.com/web/index.php)). 2017;13 (4): 211-219.

Capítulo 142

Malas noticias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A propósito de un caso

Hernández Blasco, Elena

Antequera Gil, Antonia

MALAS NOTICIAS EN UCIN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Hernández Blasco, Elena;* Antequera Gil Antonia.* *Enfermera Especialista en Pediatría.



INTRODUCCIÓN

Dar malas noticias en UCIN es una situación frecuente a la que se tienen que enfrentar los profesionales sanitarios. Buckman en 1984, definió mala noticia como: "aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro". En la actualidad, la tendencia es brindar cuidados centrados en el paciente y en la familia, especialmente en el SESCAM con la aplicación del Plan Dignifica.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Neonato de 39 semanas, embarazo no controlado, de riesgo, que ingresa en UCIN por cesárea programada. Mal aspecto general, aspecto sindrómico en espera de pruebas genéticas, se confirma Síndrome de Patau o trisomía del par 13. La familia a su llegada poco colaboradora, utilizando mecanismos de negación.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Diagnósticos

- Afrontamiento familiar incapacitante
- Conflicto del rol parental

Intervenciones

- Apoyo a la familia
- Fomentar la implicación familiar.

Resultados

- Relación del cuidador principal y paciente : T1 a T4.
- Afrontamiento de problemas:T1 a T5.



DISCUSIÓN

Método de Buckman

Entorno: box más tranquilo

¿Qué sabe el paciente o la familia?:

Qué quiere saber? Compartir la información

Sentimientos y reacciones de la familia: llanto y silencios

Estrategia de cuidados y seguimiento



CONCLUSIONES

Se debe potenciar en estos casos delicados aún más la humanización de la asistencia, escogiendo un lugar tranquilo, minimizando las interrupciones, dar una información clara, breve, sencilla y honesta. Cuidar el lenguaje verbal y no verbal. No dar más información de la que la familia pueda asimilar, propiciando así la creación de una relación terapéutica eficaz basada en la confianza. Aunque aún se debe mejorar, el SESCAM es pionero en la humanización de la asistencia con el Plan Dignifica proporcionando en este tema, entre otras medidas, la formación a los profesionales en comunicar malas noticias y humanización.

Resumen: Dar malas noticias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es una situación frecuente a la que se tienen que enfrentar los profesionales sanitarios de manera multidisciplinar. En la actualidad, la tendencia es brindar cuidados centrados en el paciente y en la familia, de manera holística, especialmente en el SESCOAM con la aplicación del Plan Dignifica, por consiguiente, una mala noticia relacionada con la salud neonatal, va a perturbar el funcionamiento de la unidad familiar. En este trabajo analizaremos un caso clínico sobre el papel de enfermería en la información de malas noticias en UCIN.

Palabras Clave: Malas noticias, Neonato Intensivos

Introducción:

Dar malas noticias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es una situación frecuente a la que se tienen que enfrentar los profesionales sanitarios de manera multidisciplinar. Buckman en 1984, definió mala noticia como: “aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”. En la actualidad, la tendencia es brindar cuidados centrados en el paciente y en la familia, de manera holística, especialmente en el SESCOAM con la aplicación del Plan Dignifica, por consiguiente, una mala noticia relacionada con la salud neonatal, va a perturbar el funcionamiento de la unidad familiar.

Método:

En nuestro caso clínico tenemos un neonato de 39 semanas, embarazo no controlado, de riesgo, que ingresa en UCIN por cesárea programada. Mal aspecto general, precisa ventilación no invasiva en modo BIPAP, aspecto sindrómico en espera de pruebas genéticas, se canaliza catéter umbilical y se administra sueroterapia y antibioterapia de manera preventiva. Se extrae analítica completa y se realizan gasometrías seriadas. En dieta absoluta. Resultados de las pruebas genéticas: Síndrome de Patau o trisomía del par 13. La familia a su llegada poco colaboradora, utilizando mecanismos de negación.

Plan de cuidados enfermero a la familia:

Diagnósticos NANDA:

- Afrontamiento familiar incapacitante:

Objetivos:

- Objetivos NOC: Relación del cuidador principal y el paciente. T1 a T4.

- Intervenciones NIC: Apoyo a la familia

- Conflicto del Rol parental:

- Objetivos NOC: Afrontamiento de problemas T1 a T4.

- Intervenciones NIC: Fomentar la implicación familiar.

Resultados:

Para comunicar la noticia a la familia se siguen los seis pasos de Buckman:

1- Entorno: se traslada a la familia a un box más tranquilo y así minimizar las interrupciones.

2 - ¿Qué sabe el paciente o la familia?: situación inicial del embarazo y parto.

3 y 4 - ¿Qué quiere saber? Compartir la información: se le comunica la situación actual de la paciente, las consecuencias de la enfermedad, calidad de vida, esperanza de vida y desenlace.

5 - Sentimientos y reacciones del paciente y familia: se facilita la expresión del llanto y emociones, se respetan los silencios y los tiempos. Especial importancia en enfermería.

6 - Estrategia de cuidados y seguimiento: se informa de manera breve la estrategia de cuidados y tratamiento a seguir a partir de ese momento.

Conclusiones:

Se debe potenciar en estos casos delicados aún más la humanización de la asistencia, escogiendo un lugar tranquilo, minimizando las interrupciones, dar una información clara, breve, sencilla y honesta.

Cuidar el lenguaje verbal y no verbal. No dar más información de la que la familia pueda asimilar, propiciando así la creación de una relación terapéutica eficaz basada en la confianza. Aunque aún se debe mejorar, el SESCOAM es pionero en la humanización de la asistencia con el Plan Dignifica proporcionando en este tema, entre otras medidas, la formación a los profesionales en comunicar malas noticias y humanización.

Bibliografía:

1. D.L. Alves.

Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento. Revista Argentina de Cardiología, 71 (2003), pp. 217-220

2. G.C. Payán.

Comunicar malas noticias: una tarea difícil pero necesaria. CIRUPED, 2 (2012), pp. 35-39

3. Ramírez-Ibáñez MT, Ramírez-de la Roche OF. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. Aten Fam. 2015;22(4): 95–96.

Capítulo 143

Manejo de Flebogamma en patología autoinmune: caso clínico Guillain–Barré

Rodríguez Escudero, Cristina

Gijón Ruiz, María de Gracia

Núñez Jiménez, María del Pilar

Solís Montes, Paloma

Solís Montes, José Enrique

MANEJO DE FLEBOGAMMA EN PATOLOGÍA AUTOINMUNE: CASO CLÍNICO GUILLAIN-BARRÉ

INTRODUCCION

El Síndrome de Guillain – Barré es un trastorno poco frecuente en el cual el sistema inmunitario del cuerpo ataca al sistema nervioso periférico. La lesión de los nervios dificulta la transmisión de señales. Los músculos tienen problemas para responder a señales cerebrales. No se conoce la causa, lo podría desencadenar una vacuna o infección.

Síntomas: Debilidad, hormigueo en MMII, parálisis muscular. Dicho síndrome puede comprometer la vida del paciente con la posibilidad de uso de ventilación mecánica en su periodo de empeoramiento, pero bajo tratamiento suelen mejorar.

Diagnóstico: Se determina el diagnóstico mediante examen neurológico y punción lumbar.



ESTUDIO CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años que ingresa en neurología por mialgias y debilidad muscular. No RAMC, no HTA, no DM, no dislipemias y no hábitos tóxicos.

Inicia un cuadro de gastroenteritis aguda con fiebre autolimitado y varios días después de la resolución del cuadro comienza con mialgias faciales y dorso-lumbares, que progresan en una semana, hasta MII y MSS y parestesias, disestesias en palmas de las manos y plantares, dificultad progresiva de la marcha.

JC: tras estudio analítico, punción lumbar, Síndrome de Guillain- Barré

Tratamiento: Ig's IV 5 días.

MANEJO DE ENFERMERIA EN TRATAMIENTO CON IG (GAMMAGLOBULINA) GAMMAGLOBULINA HUMANA VIAL 10g/100ml

*Se toman constantes al ingreso, se canaliza VP con catéter nº18 o a ser posible nº20

*La paciente permanecerá sobre todo los dos primeros días en reposo, a medida que recobra más movilidad podrá levantarse y sentarse sin dificultad.

*Se realiza la infusión de gammaglobulina con bomba de perfusión continua, partiendo el ciclo previsto en tratamiento, con lo que se iniciaría a 20ml/h e incrementar ml según tolerancia has 25ml/h y máx. de 30g al día, con descanso nocturno.

*Se inicia registro de lote de cada vial de gammaglobulina, se firma hora de comienzo del vial y hora de retirada, así como la contabilización diaria de gramos infundidos.

*Se controlan constantes/turno.

*Vigilancia de variaciones de TA, FC y si empeoramiento avisar.

*Administración de heparina pautaada como terapia preventiva.

Efectos adversos a tener en cuenta tras la infusión de gammaglobulina: Escalofríos, cefalea, fiebre, náuseas, reacción alérgica, dolor articular, TA baja, lumbalgia, meningitis temporal, anemia hemolítica temporal, reacción cutánea transitoria, y en escasos casos, incremento del nivel de creatinina y/o fallo renal agudo.

En casos muy raros infarto, ACV, embolia pulmonar y trombosis profunda venosa.

*Conservación de gammaglobulina a temperatura ambiente no superior a 30°.

OBSERVACIÓN:

Previa valoración por neurólogo tras haberle sometido a una perfusión con Ig humana y sin ninguna incidencia en la administración del fármaco, con ctes estables, en nuestro paciente se observa lo siguiente:

- A partir del segundo día cefalea intermitente que remitió con alternancia de dos analgésicos, paracetamol y dexketoprofeno por vía intravenosa.
- Tercer día, significativa mejoría a nivel de la deambulación, controlada cefalea.
- Cuarto día, no refiere dolor, total tolerancia al fármaco, seguimiento de ctes.
- Quinto día de finalización del tratamiento, se cierra protocolo control de viales de gammaglobulina, con su correspondiente archivo y sin ninguna incidencia. Mejoría total a nivel muscular.

DISCUSIÓN:

Tratar con inmunoglobulinas humanas IV, en las cuales el sistema inmunitario no funciona correctamente frente a las enfermedades; aumenta los niveles de anticuerpos en sangre. Mediante inyecciones regulares de gammaglobulinas ayuda al organismo frente a las infecciones.

Con lo que dicho tratamiento es el idóneo para tratar la patología de nuestra paciente, Síndrome de Guillain- Barré.

Es necesario individualizar el régimen de dosificación para cada paciente, según la respuesta clínica y farmacocinética.



RECOMENDACIONES:

Se recomienda al alta, vigilancia de posibles síntomas neurológicos, fiebre, dolor, si empeoramiento volver a valorar por su médico de cabecera o servicio de urgencias. En dichos pacientes con síndrome de Guillain-Barré, suelen precisar más de un ciclo.

CONDICIONES TECNICAS DEL PRODUCTO:

No debe superar una temperatura superior a 30°, la solución debe ser transparente o ligeramente opalescente. No utilizar si la solución esta turbia o presenta sedimento.

PARTICIPANTES

CRISTINA RODRIGUEZ ESCUDERO
MARIA DE GRACIA GILJÓN RUIZ
JOSE ENRIQUE SOLIS MONTES
PALOMA SOLIS MONTES
MARIA PILAR NUÑEZ JIMENEZ

Resumen: El caso en estudio de un paciente con síndrome Guillain-Barré, en el que se evidencia mejoría con tratamiento de inmunoglobulinas humanas tipo flebogammas, en el cual presenta un papel importante, la enfermería, en su manejo.

Palabras Clave: Síndrome de Guillain-Barré, Gammaglobulinas Enfermedades, Autoinmunes

Introducción:

El Síndrome de Guillain – Barré es un trastorno poco frecuente en el cual el sistema inmunitario del cuerpo ataca al sistema nervioso periférico. La lesión de los nervios dificulta la transmisión de señales. Los músculos tienen problemas para responder a señales cerebrales. No se conoce la causa, lo podría desencadenar una vacuna o infección.

Síntomas: Debilidad, hormigueo en MMII, parálisis muscular.

Dicho síndrome puede comprometer la vida del paciente con la posibilidad de uso de ventilación mecánica en su periodo de empeoramiento, pero bajo tratamiento suelen mejorar.

Diagnóstico: Se determina el diagnóstico mediante examen neurológico y punción lumbar

Método:

El objetivo planteado en este trabajo es posicionar el papel fundamental de los cuidados de enfermería y buena praxis en manejo de dicho tratamiento, apoyados en evidencia científica, en una patología autoinmune como la de Guillain-Barré.

Descripción del Caso:

Mujer de 32 años que ingresa en neurología por mialgias y debilidad muscular. No RAMC, no HTA, no DM, no dislipemias y no hábitos tóxicos.

Inicia un cuadro de gastroenteritis aguda con fiebre autolimitado y varios días después de la resolución del cuadro comienza con mialgias faciales y dorso-lumbares, que progresan en una semana, hasta MII y MSS y parestesias, disestesias en palmas de las manos y plantares, dificultad progresiva de la marcha. JC: tras estudio analítico, punción lumbar, Síndrome de Guillain- Barré Tratamiento: Ig's IV 5 días.

Plan de Cuidados:

GAMMAGLOBULINA HUMANA VIAL 10g/100ml

* Se toman constantes al ingreso, se canaliza VP con catéter nº18 o a ser posible nº20

* La paciente permanecerá sobre todo los dos primeros días en reposo, a medida que recobra más movilidad podrá levantarse y sentarse sin dificultad.

* Se realiza la infusión de gammaglobulina con bomba de perfusión continua, partiendo el ciclo previsto en tratamiento, con lo que se iniciaría a 20ml/h e incrementar ml según tolerancia has 25ml/h y máx. de 30g al día, con descanso nocturno.

*Se inicia registro de lote de cada vial de gammaglobulina, se firma hora de comienzo del vial y hora de retirada, así como la contabilización diaria de gramos infundidos.

*Se controlan constantes/turno.

*Vigilancia de variaciones de TA, FC y si empeoramiento avisar.

*Administración de heparina pautaada como terapia preventiva.

Efectos adversos a tener en cuenta tras la infusión de gammaglobulina: Escalofríos, cefalea, fiebre, náuseas, reacción alérgica, dolor articular, TA baja, lumbalgia, meningitis temporal, anemia hemolítica temporal, reacción cutánea transitoria, y en escasos casos, incremento del nivel de creatinina y/o fallo renal agudo.

En casos muy raros infarto, ACV, embolia pulmonar y trombosis profunda venosa.

*Conservación de gammaglobulina a temperatura ambiente no superior a 30º.

Observación:

Previa valoración por neurólogo tras haberle sometido a una perfusión con Ig humana y sin ninguna incidencia en la administración del fármaco, con ctes estables, en nuestro paciente se observa lo siguiente:

1. A partir del segundo día cefalea intermitente que remitió con alternancia de dos analgésicos, paracetamol y dexketoprofeno por vía intravenosa.
2. Tercer día, significativa mejoría a nivel de la deambulación, controlada cefalea.
3. Cuarto día, no refiere dolor, total tolerancia al fármaco, seguimiento de ctes.
4. Quinto día de finalización del tratamiento, se cierra protocolo control de viales de gammaglobulina, con su correspondiente archivo y sin ninguna incidencia. Mejoría total a nivel muscular.

Recomendaciones:

Se recomienda al alta, vigilancia de posibles síntomas neurológicos, fiebre, dolor, si empeoramiento volver a valorar por su médico de cabecera o servicio de urgencias. En dichos pacientes con síndrome de Guillain-Barré, suelen precisar más de un ciclo.

Conclusiones:

Tratar con inmunoglobulinas humanas IV, en las cuales el sistema inmunitario no funciona correctamente frente a las enfermedades; aumenta los niveles de anticuerpos en sangre. Mediante inyecciones regulares de gammaglobulinas ayudara al organismo frente a las infecciones.

Con lo que dicho tratamiento es el idóneo para tratar la patología de nuestra paciente, Síndrome de Guillain- Barré.

Es necesario individualizar el régimen de dosificación para cada paciente, según la respuesta clínica y farmacocinética.

Bibliografía:

1. Cameron MH, Klein EL. Screening for medical disease - Nervous system disorders. J Hand Ther. 2010;23(2):158–72.
2. Casares Albornas F, Herrera Lorenzo O, Infante Ferrer J, Varela Hernández A. Síndrome De Guillain-Barré. Actualización acerca del Diagnóstico y tratamiento. RevArch Médico

Capítulo 144

Manejo de las tecnologías en el área de enfermería

Salinas González, Rebeca

Manejo de las tecnologías en el área de enfermería

INTRODUCCIÓN

Avance tecnológico
Impacto en profesionales y pacientes
Mejora la calidad de atención

Nuevos modelos de atención (e-Salud)
Paciente de modelo paternalista a modelo colaborativo



"El 61,9% de la población española se considera internauta"

Móvil herramienta más utilizada
Redes sociales como forma de interacción y comunicación

OBJETIVOS

- 1 Conocer la percepción y conocimiento sobre las TIC
- 2 Establecer el grado de importancia de las tecnologías en el ámbito sanitario
- 3 Determinar los dispositivos y redes sociales más utilizadas
- 4 Identificar las ventajas y desventajas
- 5 Analizar si el uso de las TIC mejoran la adherencia al tratamiento y empoderan al paciente

MUESTRA

31 Sujetos
Edad: 25-60años

35,5% (11) 54,5% (20)

Muestreo No Probabilístico de conveniencia



Observacional-Descriptivo-Transversal

MÉTODO



Búsqueda bibliográfica



Cuestionario Ad hoc.



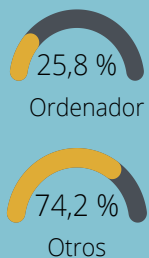
Análisis estadístico (SPSS)

ASPECTOS ÉTICOS

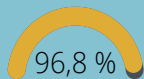
Ley Orgánica 3/2018, 5 diciembre, de Protección De Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, guardando estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados

RESULTADOS

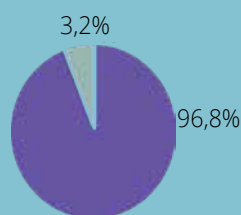
Dispositivos



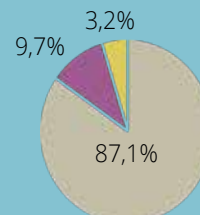
Uso de internet



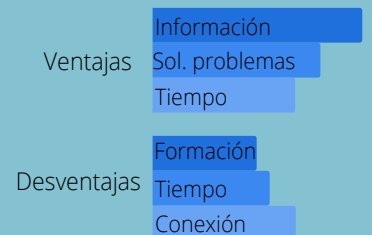
Interés en formación



Uso de internet como mejora de la atención al paciente



Ventajas y desventajas



CONCLUSIONES



Falta de formación



Inmigrantes digitales



Papel activo en el seguimiento de enfermedades



Actitud favorable



Trabajo más efectivo



Propuesta de innovación
Escanea el código QR para acceder a la web

Resumen: *El sistema de salud se encuentra en un momento clave, exigiendo una mejor manera de abordar las patologías de una población cada vez más envejecida. El uso de las TIC se está generalizando, favoreciendo la autonomía de los pacientes en la vigilancia de las enfermedades, desempeñando un papel más activo.*

El objetivo es analizar la percepción y el nivel de conocimiento que tienen los profesionales acerca de las nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario.

Como resultados se obtiene la importancia de Internet como fuente de trabajo e información, aunque los participantes manifestaron desconocimiento y desconfianza ante sus posibilidades

Palabras Clave: *Tecnologías de la Información y Comunicación Profesionales de Enfermería Salud*

Introducción:

El uso de nuevas tecnologías y su aplicación en la atención de enfermería tienen un gran impacto tanto para profesionales como para pacientes. Es por esto, por lo que los pacientes exigen cada vez más su uso, pues están decididos a mejorar la calidad de la atención recibida. Sin embargo, los profesionales de Enfermería que llevan más años de profesión son los que presentan más dificultades a la hora de utilizar las nuevas tecnologías, teniendo que adaptarse a una nueva forma de trabajar.

El principal objetivo de este trabajo es analizar la percepción y el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería acerca de las nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario.

Para la realización del estudio, se ha realizado una búsqueda bibliográfica, seguido de un cuestionario Ad hoc, auto-cumplimentado y diseñado a propósito para este estudio, sobre el manejo que tienen los profesionales de enfermería sobre la competencia digital y un análisis estadístico de los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS.

Para llevar a cabo esta investigación, se ha realizado un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, mediante un cuestionario facilitado a tal efecto a los profesionales de Enfermería de diferentes Centros de Atención Primaria.

Para definir la muestra, lo primero que se realizó fue contactar con el Centro de Salud de Miguelturra, el Centro de Salud Ciudad Real I y el Centro de Salud de Alcoba de los Montes, todos ellos pertenecientes a la gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, para pedir permiso y poder realizar los cuestionarios. Se les presentó el tema de estudio con los objetivos que se pretendían alcanzar, su procedimiento y la finalidad del mismo.

A partir de ese momento se valoró el número de participantes necesarios y el método de realización de los cuestionarios, en este caso online.

Finalmente, la muestra de este estudio está constituida por treinta y un profesionales de enfermería en activo y enfermeros interno-residentes que desarrollan su actividad en los distintos Centros de Atención Primaria de Ciudad Real anteriormente mencionados.

Los resultados del estudio muestran un uso importante de internet como fuente de trabajo e información sobre salud, siendo el dispositivo tecnológico menos utilizado el ordenador. No obstante, los participantes manifestaron desconocimiento y desconfianza en relación con las posibilidades que este

nuevo campo ofrece, a pesar de que, muestran interés en formación y son conscientes de la importancia del uso de internet como mejora en la atención del paciente.

Como conclusión, los profesionales reconocen las posibilidades que ofrecen las tecnologías para trabajar en equipo y abordar su trabajo diario, debido a lo fácil que se hace nuestra vida en general, gracias a las tecnologías y el ahorro de tiempo que generan.

Un profesional de enfermería, no solo debe tener una gran disposición al servicio, sino también tener las habilidades y competencias tecnológicas necesarias que le permitan administrar sus procesos, mejorar la comunicación con sus pacientes y estar actualizado en un mundo transformado por las TICs.

Podemos y debemos aprovecharnos de los medios de comunicación existentes, adaptarlo al entorno sanitario, para lograr una mejora en la atención del usuario y una mayor implicación del paciente en la auto-gestión de su propia enfermedad.

Para ello, debemos favorecer la búsqueda segura de información ofreciendo a los pacientes el acceso a bases de información (redes sociales, blogs, aplicaciones, webs, etc.) cuya evidencia científica esté contrastada.

En definitiva, la falta de formación tecnológica existente en los profesionales de cierta edad es una dificultad, ya que se ven obligados a aprender a manejarla. Por tanto, es importante que con las nuevas generaciones de enfermeros/as, desaparezca esta dificultad, ya que no es lo mismo ver llegar una tecnología que nacer con ella.

Bibliografía:

1. León-Castañeda CD de. Salud electrónica (e-Salud): Un marco conceptual de implementación en servicios de salud. *Gac Med Mex.* 2019;155(2):176-183.
2. Garcia M a RG, Masclans JG, Salas Miravittles K. Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación. *Nurs Ed Esp.* 2010;28(1):60-63.
3. Fernández LM, Gordo MA, Laso S. Enfermería y Salud 2.0: recursos TICs en el ámbito sanitario. *Index Enferm.* 2018;25(1-2):51-55.
4. Jiménez TMM. Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de la actualidad. *Rev Esp Comun Salud.* 2015;6(1):62-69.
5. Oliver-Mora M, Iñiguez-Rueda L. Identificación de experiencias de Salud 2.0 en el ámbito de la atención primaria en España. *Index Enferm.* 2017;26(1-2):72-76.

Capítulo 145

Más allá de la Esclerosis Múltiple. Escuela de pacientes.

Rodríguez Ramírez, Laura

Mora Díaz, Ana Isabel

Laguna Morcillo, Gemma María

Cofrade Delgado, Ana

López Camacho, Gema

Autores: Rodríguez, Ramírez, L; Mora Díaz, AE; Laguna Marcella, GM^o; López Camacho, G; Cofrade Delgado, A.

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica del SNC en la que se ven afectadas partes del cerebro y médula espinal. Es una enfermedad de carácter autoinmune, inflamatorio y desmielinizante de causa desconocida, aunque se cree que esta respuesta anómala del sistema inmunitario tiene predisposición genética.

España es considerada como una zona de riesgo medio, junto con el resto de Europa mediterránea, con una prevalencia de 100 casos por cada 100000 habitantes, siendo más predominante en mujeres 68,4% y un 31,6% en hombres, en edades comprendidas entre los 30-54 años.

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

- Atender las demandas de los pacientes afectados de esclerosis múltiple, estudiando y analizando las necesidades y demandas más frecuentes.
- Ayudar a familiares a que puedan acceder a la información necesaria sobre la enfermedad para dar apoyo emocional.

ESPECÍFICOS:

- Saber que impacto causan las estrategias de formación-aprendizaje sobre su salud, y las repercusiones que pueden tener el conocer otros casos.
- Escuchar las opiniones de los pacientes y sus ideas para progresar.

METODOLOGÍA

En nuestra escuela de pacientes nos reunimos en diferentes sesiones, dirigidas a nuestros pacientes así como a su entorno. Durante 4 días se impartió una formación de 20 horas

1ª SESIÓN:

asistieron pacientes con Esclerosis múltiple, cuidadores principales y profesionales implicados en actividades comunitarias.

2ª SESIÓN:

Preparación y formación de pacientes expertos

Los pacientes expertos forman a un grupo de pacientes con EM y cuidadores.

1ª SESIÓN: 8 y 9 de Abril del 2019

Se realizan 2 talleres cada día

- Duración total: 8h

- Exposición teórica y práctica : Discusión del grupo

1º taller: escuela de salud, paciente experto, Esclerosis múltiple, dieta equilibrada y ejercicio físico.

2º taller: alimentación en esclerosis múltiple, ejercicio físico en Esclerosis múltiple y cuidados generales y de autocuidado.

- Grupo de 20 personas

- 2 profesionales de apoyo

2ª SESIÓN: 11 y 12 junio de 2019

- Nº de asistentes: 18 personas

- Misma duración y exposición teórica y práctica

- Se introducen técnicas dinámicas

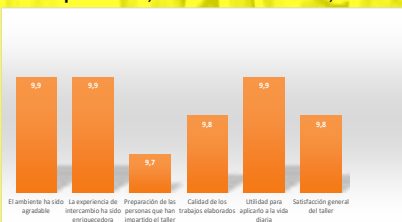
- Fijación de expectativas del taller y posterior evaluación



RESULTADOS

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal, a través de una encuesta. Los resultados superaron nuestras expectativas, siendo la media de 9,83.

Pasamos un cuestionario de satisfacción sobre la escuela de pacientes de esclerosis múltiple en nuestro Hospital. Este es totalmente anónimo. Sólo sabremos la edad y el sexo, y responderán las siguientes cuestiones valorando de 0 a 10, siendo 0 nada satisfecho y 10 muy satisfecho.



	PUNTAJACIÓN
El ambiente ha sido agradable	9,9
La experiencia de intercambio ha sido enriquecedora	9,9
Preparación de las personas que han impartido el taller	9,7
Calidad de los trabajos elaborados (diapositivas, videos...)	9,8
Utilidad para aplicarlo a la vida diaria	9,9
Satisfacción general de del taller	9,8

CONCLUSIONES

Hemos podido extraer varias conclusiones de estos talleres, ya que muchos de los pacientes que han participado en ellos, los han clasificado de muy buenos sobre todo al principio de la enfermedad, donde se encuentran más perdidos.

También nos han recalcado que ha ayudado tanto a pacientes como familiares, en su día a día. El tener la oportunidad de poder haber escuchado la experiencia de otras personas, y el ver que se puede seguir adelante a pesar de las adversidades, es una de las cosas que más han valorado.

La importancia del ejercicio y la alimentación sobre todo para enfermos primerizos es otro de los puntos en los que el papel de enfermería les ha servido de referencia y gran ayuda, así como la formación en técnicas no invasivas que deberán de realizar a menudo.

En definitiva estos talleres tenían el objetivo de poder satisfacer las demandas y necesidades tanto de pacientes como de familiares.

Implicando al paciente en su autocuidado con información y formación, para poder conseguir:

- Mejor aceptación de la enfermedad
- Mayor adherencia al tratamiento
- Más seguridad del paciente.



BIBLIOGRAFÍA:

- Martínez-Cáceres EM. Controversias en la patogenia de la Esclerosis Múltiple. Neuroinmunología 1998; 2: 36-43.
- Ruiz García D, Salar Salaberry LA. Esclerosis múltiple. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 22:1-11.
- Velázquez M, López-Prieto, Márquez JC, et al. Características epidemiológicas de la esclerosis múltiple en un estado fronterizo con los Estados Unidos de Norteamérica. Arch Neurocienc. 2002;7:147-50.

Resumen: Actualmente en nuestro entorno, podemos ver como cada día aparecen nuevos casos de esclerosis múltiple, una enfermedad desconocida para mucha gente y que por desgracia les ha tocado vivir con ella, aprendiendo día a día.

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica que afecta al sistema nervioso central, donde se ven afectadas partes del cerebro y la médula ósea, también tiene carácter auto-inmune, inflamatorio y desmielinizante. La causa es desconocida, aunque se cree que pudiera tener relación con el sistema inmunitario e incluso predisposición genética.

Palabras Clave: Esclerosis múltiple, Familia, Pacientes

Introducción:

Hoy en día la esclerosis múltiple es una enfermedad que afecta a más mujeres que hombres, considerándose España como un país de riesgo medio, junto con el resto de Europa Mediterránea, donde la edad media está comprendida entre los 30- 54 años.

En la escuela de pacientes que se ha formado en el Hospital Santa Bárbara de Puertollano, se ha intentado atender las demandas de los pacientes afectados por esta dolencia y analizar las necesidades más frecuentes. Las familias también han sido un punto importante en el que nos hemos centrado, ya que son las personas más cercanas a los pacientes y los que les pueden dar un apoyo más continuado. Con la escuela de pacientes hemos intentado dar formación e información, además de poder dar facilidades a los pacientes. Otro punto a tener en cuenta ha sido el poder escuchar la opinión de otros pacientes, para de esta manera poder progresar en su día a día.

Se realizaron varios talleres, divididos en 2 sesiones, donde podían acudir tanto pacientes, como familiares. El papel de enfermería fue el de preparar a una serie de pacientes, con el objetivo de que esos pacientes se convirtieran en formadores y así formar al resto, con la finalidad de poder expresar sus sensaciones.

Con los resultados que obtuvimos hicimos un estudio descriptivo transversal, utilizando para ello la encuesta anónima, pudimos valorar que los resultados, superaron las expectativas. En los talleres también se pudo valorar la importancia que tiene el poder escuchar la experiencia de otros pacientes, que por desgracia están en la misma situación, y como día a día pueden ir superando las barreras que se encuentran.

Gracias a la iniciativa de la escuela de pacientes formada en este caso en un Hospital comarcal, los pacientes han podido beneficiarse en varios aspectos, como el poder resolver dudas, no solo acerca de técnicas y manejos con respecto a cuidados enfermeros, sino también a nivel psicológico, donde la experiencia del resto de pacientes puede influir de manera positiva. Además, muchos de ellos no tienen medios para poder trasladarse a otros municipios más grandes, donde ya existía este tipo escuela de pacientes de esta enfermedad.

Bibliografía:

1. León-Castañeda CD de. Salud electrónica (e-Salud): Un marco conceptual de implementación en servicios de salud. Gac Med Mex. 2019;155(2):176-183.
2. Garcia M a RG, Masclans JG, Salas Miravittles K. Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación. Nurs Ed Esp. 2010;28(1):60-63.
3. Fernández LM, Gordo MA, Laso S. Enfermería y Salud 2.0: recursos TICs en el ámbito sanitario. Index Enferm. 2018;25(1-2):51-55.
4. Jiménez TMM. Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de la actualidad. Rev Esp Comun Salud. 2015;6(1):62-69.
5. Oliver-Mora M, Iñiguez-Rueda L. Identificación de experiencias de Salud 2.0 en el ámbito de la atención primaria en España. Index Enferm. 2017;26(1-2):72-76.

Capítulo 146

Medicamentos peligrosos: uso de fármacos citostáticos

Fernández Villa, Soraya

Lozano Muñoz, Laura María

Ruiz López, María de las Nieves

MEDICAMENTOS PELIGROSOS: USO DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS

AUTORES: Fernández Villa, Soraya; Lozano Muñoz, Laura María; Ruiz López, María de las Nieves

INTRODUCCIÓN

El concepto de cáncer o neoplasia abarca un conjunto de enfermedades con etiología, historia natural, pronóstico y tratamiento específicos que tienen en común un crecimiento celular del organismo indiscriminado, autónomo, y con capacidad de metástasis.

Los citostáticos, catalogados como medicamentos peligrosos, son ampliamente utilizados en el tratamiento del cáncer, además de utilizarse en otro tipo de afecciones. Producen muchos efectos adversos sobre el paciente, pero además, tiene diversas consecuencias sobre el personal de Enfermería que los manipula en la preparación, administración y eliminación de este tipo de medicamentos.

OBJETIVOS

- Explicar los riesgos que puede conllevar el uso de medicamentos citostáticos por parte del personal sanitario.
- Conocer la formación de los profesionales de Enfermería en el uso de medicamentos peligrosos, y potenciar la formación.
- Aumentar la seguridad del paciente y del profesional sanitario en el manejo de medicamentos citostáticos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una Revisión sistemática basada en la evidencia científica mediante la búsqueda en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, PubMed, CINHALL y revisiones sistemáticas en Cochrane Library y JBI-Connect.

Como palabras clave se usan: *enfermería, citostáticos, seguridad, medicamentos peligrosos.*

Se han tenido en cuenta como criterios de inclusión aquellos artículos que versan sobre el manejo de medicamentos peligrosos por parte de personal de Enfermería, en especial sobre la manipulación de citostáticos, efectos adversos, exposición, reacciones y formación. También aquellos artículos publicados en un período inferior a 10 años.

Como criterios de exclusión, se descartan artículos que tratan sobre efectos adversos en pacientes y los relacionados con el ámbito de la Medicina.

RESULTADOS

- Se descartan 150 artículos de 178 encontrados por no cumplir los criterios de inclusión.
- Los medicamentos peligrosos, en especial los citostáticos, pueden producir efectos mutagénicos, carcinogénicos y teratogénicos si no se utilizan los equipos de protección individuales correctos.
- Los daños y efectos causados en los profesionales sanitarios están directamente relacionados con el tiempo de exposición a los medicamentos citostáticos.
- Las campanas de preparación de medicamentos citostáticos deben cumplir unos determinados estándares de seguridad y calidad, garantizando el uso de material correcto para minimizar los riesgos que se deriven de la manipulación.
- Los residuos generados por el uso de citostáticos son químicos peligrosos y son una fuente de contaminación del personal que los manipula y del medio ambiente.



CONCLUSIONES

- Una mayor y mejor formación sobre el adecuado manejo de medicamentos peligrosos, en especial de citostáticos, mediante programas de educación sanitaria y formación continuada garantizan el desarrollo del trabajo del personal de Enfermería con mayor seguridad.
- Los protocolos y procedimientos sobre la manipulación de medicamentos peligrosos y de citostáticos deberán ser reevaluados y actualizados periódicamente para garantizar una mejor actuación y seguridad de los enfermeros/as.



Resumen: *El concepto de cáncer o neoplasia abarca un conjunto de enfermedades con etiología, historia natural, pronóstico y tratamiento específicos que tienen en común un crecimiento celular del organismo indiscriminado, autónomo, y con capacidad de metástasis. Los citostáticos, catalogados como medicamentos peligrosos, son ampliamente utilizados en el tratamiento del cáncer, además de utilizarse en otro tipo de afecciones. Producen muchos efectos adversos sobre el paciente, pero además, tiene diversas consecuencias sobre el personal de Enfermería que los manipula en la preparación, administración y eliminación de este tipo de medicamentos.*

Palabras Clave: *Medicamentos peligrosos, Seguridad, Citostáticos*

Metodología:

Se ha realizado una Revisión Sistemática basada en la evidencia científica mediante la búsqueda en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, PubMed, CINAHL y revisiones sistemáticas en Cochrane Library y JBI-Connect. Se han tenido en cuenta como criterios de inclusión aquellos artículos que versan sobre el manejo de medicamentos peligrosos por parte de personal de enfermería, en especial sobre la manipulación de citostáticos, efectos adversos, exposición, reacciones y formación. También aquellos artículos publicados en un período inferior a 10 años.

Como criterios de exclusión, se descartan artículos que tratan sobre efectos adversos en pacientes y los relacionados con el ámbito de la medicina.

Resultados:

En esta Revisión Bibliográfica son diversos los artículos analizados que coinciden en los riesgos que supone trabajar con los fármacos citostáticos. La incidencia de casos de náuseas, cefaleas, prurito, erupciones cutáneas, trastornos en la reproducción e incluso casos de leucemia nos hace pensar que sigue habiendo una alta exposición ocupacional.

Tras los diversos artículos publicados, se evidencia la presencia de mutagenicidad y genotoxicidad en la orina del personal de enfermería que manipula citostáticos surgiendo así la necesidad de conocer los protocolos, las normas de seguridad, hacer un seguimiento de la salud del personal de enfermería expuesto y revisar las medidas de protección en los procesos de manipulación para conseguir la seguridad y el adecuado manejo de estos fármacos.

La presencia de estos metabolitos nos hace pensar que las medidas de seguridad adoptadas son insuficientes o el personal no realiza un uso correcto. Una mala utilización de las campanas, la incorrecta manipulación de los materiales o un incumplimiento de las normas y controles de la sala de preparación son motivo de exposición laboral.

Revisados los estudios que relacionan la contaminación ambiental con el personal expuesto a la misma, queda demostrada la exposición acumulativa que pueden sufrir. Por este motivo, se proponen mejorar varios aspectos, llevando una vigilancia más exhaustiva y haciendo exámenes rutinarios a todos los trabajadores, con más antigüedad o de nueva incorporación.

Existe una mejora en el cumplimiento de los protocolos y guías asistenciales, así que es de gran utilidad hacer periódicamente una medición tanto de la formación como del nivel de autocuidado que presentan el personal en sus lugares de trabajo.

Uno de los problemas más frecuentes que se detecta tras esta revisión son las rotaciones del personal de enfermería y la falta de especialización favoreciendo el riesgo de contaminación. La formación continuada es una de las principales herramientas para el personal de enfermería se implique en su autocuidado durante el manejo de citostáticos. De acuerdo con los resultados obtenidos y dado que en todos los estudios y artículos revisados encontramos efectos de exposición laboral únicamente frente a uno o dos fármacos antineoplásicos, se sugiere que sería de gran utilidad realizar un estudio más completo sobre dicha exposición, ampliando el número de fármacos analizados, ya que de forma habitual el personal manipula más de dos. Es importante y muy necesaria realizar una valoración más realista y completa sobre las condiciones laborales que tiene el personal de enfermería.

Conclusiones:

La exposición a los fármacos citostáticos, aunque sea en condiciones de seguridad, representa un riesgo grave para la salud.

El daño causado por los fármacos citostáticos viene determinado por el tiempo de exposición a estos mismos.

La sala de preparación debe cumplir con todos los estándares de seguridad y tener el material correctamente certificado para minimizar los riesgos que se derivan de la manipulación de los citostáticos.

El mal uso de los equipos de protección individual frente a los fármacos citostáticos producen efectos mutagénicos, carcinogénicos y teratogénicos en el personal sanitario.

El uso de equipos de protección individual (EPI) así como el conocimiento de los protocolos son obligatorios para evitar los riesgos de exposición laboral.

El cumplimiento de normas de seguridad será de carácter obligatorio para todo el personal sanitario que manipule los fármacos citostáticos.

Los procedimientos y protocolos sobre el manejo de citostáticos deberán ser reevaluados y actualizados periódicamente.

Es necesario y recomendable la asistencia a programas de educación sanitaria y formación continuada del personal sanitario para poder realizar su trabajo con seguridad.

La importancia de controles rutinarios de salud con una periodicidad para garantizar la salud del personal sanitario.

Bibliografía:

1. Sánchez Calderón M.R, García Díaz R.M, Toro Serralbo E y Trigueros Ayala V. Guía práctica para el manejo de citostáticos en enfermería. Revista científica *Hygia de enfermería*. 2006; 64: 5-14.

2. Guardino Solá X, Rosell Farrás M.G, Galisteo Manzanares M. Nota Técnica de Prevención 740: Exposición laboral a citostáticos en el ámbito sanitario. Instituto de la seguridad e higiene en el trabajo. 2007.

3. Marroquí Lopez-Clavero C, Riesco Garcia I. Valoración del riesgo de exposición a medicamentos citostáticos en el Hospital general de Ciudad Real. *Medicina y Seguridad del Trabajo (Madrid)*. 2009; 55: 215.

4. Kopjar N, Garaj-Vrhovac V, Kašuba V, Rozgaj R, Ramić S, Pavlica V et al. Assessment of genotoxic risks in Croatian health care workers occupationally exposed to cytotoxic drugs: A multi-biomarker approach. *Int J Hyg Environ Health*. 2009; 212:414-431.

4. Jiménez TMM. Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de la actualidad. *Rev Esp Comun Salud*. 2015;6(1):62-69.

5. Oliver-Mora M, Iñiguez-Rueda L. Identificación de experiencias de Salud 2.0 en el ámbito de la atención primaria en España. *Index Enferm*. 2017;26(1-2):72-76.

Capítulo 147

Medidas de seguridad en pacientes hospitalizados

Porras Flor, Vanessa

Linde Ruiz, Nuria

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

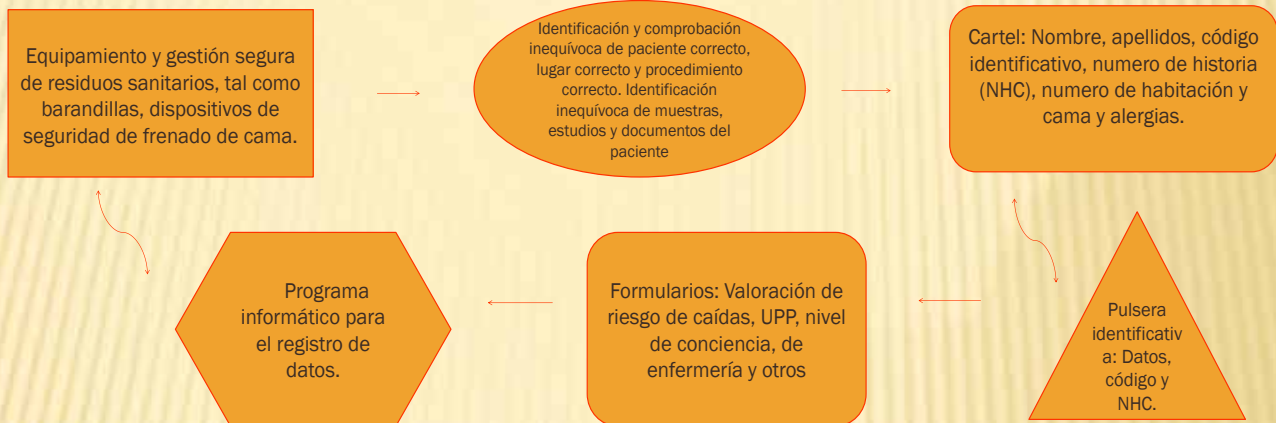
Realizado por: Porrás Flor, Vanessa y Linde Ruiz, Nuria

INTRODUCCIÓN:

La seguridad del paciente es uno de los objetivos de las ciencias de salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Uso de medidas correctoras e identificativas, formularios y registros:



RESULTADOS:

Actualmente la falta de recursos, dificulta la inversión de tiempo en el registro y análisis de los datos. A pesar de ello, es evidente la necesidad de utilizar estas herramientas para la seguridad del paciente.

Los errores y los eventos adversos son el resultado de varias cuestiones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria; tanto a nivel del apoyo gubernamental como la financiación, a nivel de una institución o un sistema de atención sanitaria; tal como estructuras o procesos o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales, como el error humano.

CONCLUSIONES:

El uso de medidas de seguridad contribuye a la mejora de la calidad de los cuidados. La responsabilidad e implicación de los profesionales de enfermería es fundamental en este tema. Es necesario elaborar programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes, como programas de formación con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones clínicas y de gestión del riesgo, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente.

Elaborar un marco política en materia de seguridad, debería ser un objetivo prioritario de la Administración.

BIBLIOGRAFÍA:

- ❖ National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. London: National Patient Safety Agency; 2004.
- ❖ Pardo Hernández A, Clavería Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). Med Clin (Barc) 2008;131(Supl 3):64-71
- ❖ OMS. "Preámbulo a las soluciones en la seguridad del paciente". Noviembre 2007
- ❖ 30 Safe Practices for Better Health Care / Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. [consultado Diciembre 2018]. Disponible <http://www.ahrq.gov/qual/30safe.htm>

Resumen: *La seguridad del paciente es uno de los objetivos de las ciencias de salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.*

El uso de medidas de seguridad contribuye a la mejora de la calidad de los cuidados. La responsabilidad e implicación de los profesionales de enfermería es fundamental.

Es necesario elaborar programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente.

Palabras Clave: *Seguridad del Paciente, Incidentes, Medidas de Seguridad*

Introducción:

La seguridad del paciente es uno de los objetivos de las ciencias de salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

Material y Métodos:

Uso de medidas correctoras e identificativas, formularios y registros:

- Equipamiento y gestión segura de residuos sanitarios, tal como barandillas, dispositivos de seguridad de frenado de cama.
- Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto. Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente.
- Cartel: Nombre, apellidos, código identificativo, número de historia (NHC), número de habitación y cama y alergias.
- Programa informático para el registro de datos.
- Formularios: Valoración de riesgo de caídas, UPP, nivel de conciencia, de enfermería y otros.
- Pulsera identificativa: Datos, código y NHC.

Resultados:

Actualmente la falta de recursos, dificulta la inversión de tiempo en el registro y análisis de los datos. A pesar de ello, es evidente la necesidad de utilizar estas herramientas para la seguridad del paciente. Los errores y los eventos adversos son el resultado de varias cuestiones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria; tanto a nivel del apoyo gubernamental como la financiación, a nivel de una institución o un sistema de atención sanitaria; tal como estructuras o procesos o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales, como el error humano.

Conclusiones:

El uso de medidas de seguridad contribuye a la mejora de la calidad de los cuidados. La responsabilidad e implicación de los profesionales de enfermería es fundamental en este tema. Es necesario elaborar programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes, como programas de

formación con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones clínicas y de gestión del riesgo, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente. Elaborar un marco político en materia de seguridad, debería ser un objetivo prioritario de la Administración.

Bibliografía:

1. National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. London: National Patient Safety Agency; 2004.
2. Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). Med Clin (Barc) 2008;131(Supl 3):64-71
3. OMS. "Preámbulo a las soluciones en la seguridad del paciente". Noviembre 2007
4. 30 Safe Practices for Better Health Care / Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. [consultado Diciembre 2018]. Disponible [http:// www.ahrq.gov/qual/30safe.htm](http://www.ahrq.gov/qual/30safe.htm)

Capítulo 148

Medidas sanitarias para hacer frente al Covid-19.

*Linde Ruiz, Nuria
Porrás Flor, Vanessa*



MEDIDAS SANITARIAS PARA HACER FRENTE AL COVID-19.

Nuria Linde Ruz y Vanessa Parras Flor

1.- INTRODUCCIÓN:

La enfermedad por coronavirus o más bien conocida como **COVID 19** es una enfermedad infecciosa causada por un virus que ha sido descubierto recientemente. Este virus se desarrolló en una zona de China, aunque en realidad no se sabe cuál es la causa principal, ya que se sospecha de múltiples factores por los cuales se pudo desarrollar. Este virus se ha ido distribuyendo internacionalmente, siendo en el mundo más de 154 millones de contagiados y más de 3,2 millones de personas, siendo en España, en estos momentos, más de 3,5 millones de casos y más de 78.000 personas han fallecido, pero estos datos siguen en aumento. El COVID-19 ha generado una de las mayores pandemias mundiales provocando el estado de confinamiento en nuestros hogares durante 3 meses. Este virus es fácil de propagarlo, ya que se transmite a través del contacto cercano de una persona a otra. Además de que los síntomas aparecen de 2 a 14 días después de la exposición del virus; por lo cual tú puedes presentarlo, pero no eres consciente. Los síntomas que se desarrollan son fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares y corporales, dolor de cabeza, pérdida del olfato o el gusto, dolor de garganta, congestión, náuseas y diarrea. Estos son los síntomas principales, pero se sospecha que haya más síntomas. También podemos destacar que se están utilizando varias vacunas. El primer programa de vacunación colectiva se puso en marcha a principios de 2020 y, al 15 de febrero de 2021, ya se han administrado 175,3 millones de dosis. Por el momento, se están utilizando siete vacunas distintas a través de tres plataformas.

2.- OBJETIVOS:

- ⌘ Conocer las medidas higiénicas para hacer frente al COVID para protegernos y proteger a los demás.
- ⌘ Saber las medidas preventivas para reducir la transmisión del virus.

3.- METODOLOGÍA:

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de medidas higiénicas contra el covid-19. Se utilizaron descriptores con las palabras claves: medidas higiénicas, covid-19, vacunación.

4.- RESULTADOS:

Para este virus es importante conocer cuáles son las medidas sanitarias más adecuadas para que podamos evitar contraerlo. Las medidas sanitarias más importantes son el lavado de manos, el uso de la mascarilla y el distanciamiento social. El lavado de las manos es una de las acciones más importantes que tenemos que llevar a cabo para poder evitar el contagio de microorganismos. Al no lavarnos las manos podemos transmitir microbios o contraerlos de otras personas o superficies, cuando nos tocamos los ojos, la nariz..., cuando consumimos alimentos o bebidas, cuando tocamos superficies, objetos o nos sonamos la nariz. Nuestro lavado de las manos debe ser reciente. Es importante lavar las manos antes, durante y después de preparar los alimentos, después de comer, después de tocar la basura o alimentos....

El procedimiento del lavado de manos es muy sencillo, solo hay que seguir cuatro pasos:

1. Mojarnos las manos con agua tibia o fría y enjabonarnos las manos con jabón.
2. Tenemos que frotar hasta que se forme espuma. Es importante frotarse bien las manos por el dorso y entre los dedos y debajo de nuestras uñas.
3. Lavar las manos con agua limpia.
4. Secarnos con una toalla limpia o al aire.

No solo se puede utilizar jabón, sino que se puede utilizar un desinfectante de manos con al menos 60% de alcohol.



También el distanciamiento social, que es de 2 metros. Es importante comentar que las personas que presenten el virus o se hayan hecho las pruebas para la detección deberán permanecer en casa hasta nuevo aviso (en casa es recomendable permanecer aislados de la familia). Otra medida importante es la utilización de la mascarilla, ya que con ella evitamos que cuando la persona hable, las múltiples gotas que expulsa no nos toquen nuestra piel. Actualmente la mascarilla es obligatoria en todos los lugares públicos.

5.- CONCLUSIÓN:

El COVID nos ha sorprendido a todos de su aparición, ya que realmente no estábamos preparados ante una pandemia como la que estamos viviendo sin precedentes. Es muy importante que cada uno de nosotros tenga unas medidas higiénicas adecuadas para no contagiarnos ni contagiar a otras personas. Son pasos muy sencillos a seguir y sin dificultades, por ello, es esencial las medidas preventivas y una actuación social comprometida.

Además para luchar contra la COVID-19 en la pandemia dependerá de varios factores. Algunos de esos factores son: la eficacia de las vacunas; la rapidez con que se autoricen, fabriquen y distribuyan las vacunas; el posible desarrollo de otras variantes y la manera en que se vacune la población, por eso es importante fomentar que la población se vacune.

6.- BIBLIOGRAFÍA:

1. <https://www.cdc.gov/handwashing/esp/when-how-handwashing.html>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/covid19coronavirusdisease2019.html>
3. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
4. Organización Mundial de la Salud.

Resumen: La enfermedad por coronavirus o más bien conocida como COVID 19 es una enfermedad infecciosa, causada por un virus que ha sido descubierto recientemente. Se desarrolló en una zona de China, aunque en realidad no se sabe cuál es la causa principal, ya que se sospecha de múltiples factores por los cuales se pudo desarrollar. Este virus se ha ido distribuyendo internacionalmente, habiendo en el mundo más de 154 millones de contagiados y más de 3,2 millones de personas fallecidas y en España, más de 3,5 millones de casos y más de 78.000 personas han fallecido.

Palabras Clave: Covid 19, Medidas Preventivas, Lavado de manos

Introducción:

Para este virus es importante conocer cuáles son las medidas sanitarias más adecuadas, para que podamos evitar contraerlo. Las medidas sanitarias más importantes son el lavado de manos, el uso de la mascarilla y el distanciamiento social. El lavado de las manos es una de las acciones más importantes que tenemos que llevar a cabo para poder evitar el contagio de microorganismos. Al no lavarnos las manos, podemos transmitir microbios o contraerlos de otras personas o superficies, cuando nos tocamos los ojos, la nariz..., cuando consumimos alimentos o bebidas, cuando tocamos superficies, objetos o nos soñamos la nariz. Nuestro lavado de las manos debe ser reciente. Es importante lavar las manos antes, durante y después de preparar los alimentos, después de comer, después de tocar la basura o alimentos....

El procedimiento del lavado de manos es muy sencillo, solo hay que seguir cuatro pasos:

1. Mojarnos las manos con agua tibia o fría y enjabonarnos las manos con jabón.
2. Tenemos que frotar hasta que se forme espuma. Es importante frotarse bien las manos por el dorso y entre los dedos y debajo de nuestras uñas.
3. Lavar las manos con agua limpia.
4. Secarnos con una toalla limpia o al aire. No solo se puede utilizar jabón, sino que se puede utilizar un desinfectante de manos con al menos 60% de alcohol.

También el distanciamiento social, que es de 2 metros. Es importante comentar que las personas que presenten el virus o se hayan hecho las pruebas para la detección, deberán permanecer en casa hasta nuevo aviso (en casa es recomendable permanecer aislados de la familia).

Otra medida importante es la utilización de la mascarilla, ya que con ella evitamos que cuando la persona hable, las múltiples gotas que expulse no nos toquen nuestra piel. Actualmente la mascarilla es obligatoria en todos los lugares públicos.

El COVID nos ha sorprendido a todos en su aparición, ya que realmente no estábamos preparados ante una pandemia como la que estamos viviendo sin precedentes. Es muy importante que cada uno de nosotros tenga unas medidas higiénicas adecuadas para no contagiarnos, ni contagiar a otras personas. Son pasos muy sencillos a seguir y sin dificultades, por ello, es esencial las medidas preventivas y una actuación social comprometida.

La lucha contra la COVID-19 influirá dependerá de varios factores. Algunos de esos factores son: la eficacia de las vacunas; la rapidez con que se autoricen, fabriquen y distribuyan las vacunas; el posible desarrollo de otras variantes y la manera en que se vacune la población, por eso es importante fomentar que la población se vacune.

Bibliografía:

1. <https://www.cdc.gov/handwashing/esp/when-how-handwashing.html>
2. [https:// medlineplus.gov/spanish/covid19coronavirusdisease2019.html](https://medlineplus.gov/spanish/covid19coronavirusdisease2019.html)
3. [https:// espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-gettingsick/prevention.html](https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-gettingsick/prevention.html).
4. Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 149

Método BLW: método de introducción de la alimentación complementaria en el bebé

Mora Muñoz , Eduardo

Olmo Trujillo, Coral

Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia

MÉTODO BLW: MÉTODO DE INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL BEBÉ

MORA MUÑOZ EDUARDO, OLMO TRUJILLO CORAL, SÁNCHEZ-IZQUIERDO CASTELLANOS SONIA

INTRODUCCIÓN

A partir de los 6 meses de edad los lactantes pueden comer purés, papillas y alimentos semisólidos (OMS, 2005). En este precepto, se basa el método *Baby-Led Weaning (BLW)*. Es una forma de ofrecer la alimentación complementaria (AC), en la que al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el principio. Su origen es anglosajón, siendo la enfermera y matrona británica *Gill Rapley* la pionera en desarrollarlo. Su traducción al castellano es “destete guiado por el bebé”. Los padres deciden qué ofrecen, pero el bebé coge por sí mismo la comida que se pone a su alcance; decidiendo qué elige comer y cuánta cantidad.

La premisa básica para implementar este método es: Bebé sano mayor de 6 meses, que mantiene la cabeza erguida y se mantiene erguido sin ayuda, cuyo reflejo de extrusión ha perdido además de mostrar interés por la comida. Una vez que se observan, empezamos a seguir unas pautas para el inicio de la alimentación

- Sentar al bebé erguido, frente a la mesa. Hay que comprobar que su postura es estable y puede utilizar las manos y los brazos libremente.
- Ofrecer la comida al bebé, que pueda cogerla por sí mismo, siendo de elección aquellas que se le sean fáciles de agarrar (al principio en forma de palitos o tiras).
- Incorporar al bebé en las comidas familiares siempre que puedas y cuando sea posible, ofrécele la misma comida que estés comiendo. Algo importante es que no este cansado y tenga hambre, ya que así se podrá concentrar mejor.
- Ofrecerle al bebé lactancia materna como complemento. Puede incorporar el agua en las comidas
- Evitar distraer al pequeño/a; deja que se concentre y se tome su tiempo.
- No le metas comida en la boca ni trates de convencerlo para que coma más
- Para incorporar un alimento y descartar posibles alergias, lo ideal, es ofrecérselo de manera consecutiva durante tres días. Si pasados los tres días, no presenta síntomas alérgicos, podemos dar por introducido este ingrediente y pasar a otro.
- Incorporar de forma gradual de los alimentos:
 - Básicamente, hay que tener en cuenta que alimentos no puede comer:
 - Evitar sal, azúcar y miel.
 - No consumir verduras de hoja verde hasta los 12 meses.
 - No es recomendado darle pescados enteros y de arrastre, así como el marisco.
 - Evitar las comidas poco hechas o crudas: como pescado carne o huevo, evitando posibles intoxicaciones
 - Evitar frutos secos, bebidas de arroz, alimentos preparados
 - Evitar alimentos desnatados o bajos en grasas: los derivados lácteos no están recomendados antes de los 10 meses, la leche de vaca hasta el año



OBJETIVOS

- ❑ Analizar el método BLW y su incidencia en España
- ❑ Conocer la viabilidad del método con respecto a la comunidad científica
- ❑ Reconocer las ventajas o los inconvenientes del BLW sobre otros métodos convencionales de introducción de alimentación complementaria
- ❑ Difundir el método BLW a profesionales de enfermería y poder así trasmitírselo a los pacientes de forma correcta y empírica.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de guías de práctica clínica. Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; páginas web de organismos oficiales como el ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Asociación Española de Pediatría, National Health Service (NHS) y portales bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos. Palabras claves: “blw”, “alimentación”, “niño” y operadores booleanos usados `AND` y `OR`.

RESULTADOS

Es uno de los métodos más implementados en los países anglosajones, siendo el Reino Unido el país con más prevalencia (35,5%), seguido del uso de los alimentos triturados con un porcentaje del 27,4% (NHS recomienda el uso del BLW). En otros países como Nueva Zelanda, el BLW es asociado con el método tradicional de alimentos triturados, llegando a su uso al 21% de los casos (Cameron y cols., BMJ, 2013). En España alrededor del 8% de las familias siguen este método.

El profesional de enfermería y los pediatras deben de conocer este método. En cifras un 79,4% de los pediatras conocen el método, siendo por asistencia de congresos (29,2) y por las propias madres (21,2%) sus fuentes primarias (Martinez et al, 2017). Siguiendo este estudio, la recomendación ocasional de los pediatras por el uso de este método es 45,3% y recomendación generalizada del 6,6%. Con respecto al personal de enfermería no existe un claro estudio que pueda delimitar estas cifras. No es un método que esté muy establecido en España. Las principales razones para no indicarlo, por parte de los Pediatras en España son la falta de información (67,2%), la escasa evidencia científica (10,6%) y el temor a que el niño presente atragantamientos (10,6%), mientras que solo el 5,2% y el 1,4% señalan el escaso aporte energético y el riesgo de ferropenia respectivamente como causas de ello.

Una duda suscitada al revisar la bibliografía, es la forma de incorporar los alimentos. Siguiendo las premisas del método BLW con respecto a las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría, se observan semejanzas significativas. El BLW se basa en unas recomendaciones básicas de la OMS y Organización Panamericana de la introducción de la alimentación complementaria, así como establecer los seis meses como edad de inicio (*Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado 2003*). Para que la mayoría de los niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los seis meses (Taylor y Morrow, 2001).

Los beneficios de este método son varias, siendo el establecimiento de una alimentación a demanda y el establecimiento de hábitos saludables los más reseñables (Schwartz et al., 2011). Un estudio revela que el grupo de niños/as alimentados con cuchara mostró mayor preferencia por alimentos dulces mientras que el grupo BLW lo hizo por el resto de las categorías de alimentos y de forma significativa para los carbohidratos (Townsend F. y et al 2012). Siguiendo con las ventajas, podemos resaltar que el BLW fomenta y promueve el desarrollo psicomotor del niño; además mejora la transición a la alimentación sólida, y previene la obesidad (Townsend. F et al, 2012).

Un estudio realizado en Canadá habla que las tres principales preocupaciones de las madres son la asfíxia, energía inadecuada y la ingesta de hierro. (E. D'Andrea et al, 2016) El riesgo de atragantamiento es un inconveniente importante. Siguiendo unas normas básicas de seguridad no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento entre el método de alimentos triturados y el BLW (Fangupo et al, 2016) En la alimentación complementaria se comienza con alimentos ricos en hierro, como cereales o carne magra, pero en el BLW son alimentos cocidos y crudos, por ello habrá que supervisar el crecimiento y comprobar que la alimentación es variada e incluye alimentos que aportan hierro. Como hemos visto antes, el riesgo de obesidad es menor en niños que siguen el método BLW, pero es necesario que para evitar un desequilibrio energético, se complemente con lactancia materna para evitar desequilibrios.

CONCLUSIONES

A partir de los 6 meses de vida y con un desarrollo psicomotor adecuado, cualquier niño puede seguir este método. Las ventajas del BLW superan a los inconvenientes. Es un método muy desarrollado en países anglosajones y con base científica; los niños/as que siguen este método desarrollan unos hábitos alimenticios más independientes y saludables; además previenen la obesidad. Los riesgos o inconvenientes pueden ser controlados con unas pautas sencillas. El profesional de enfermería debería conocer el BLW y poder darlo a conocer a la población, como método de introducción de alimentación complementario en el lactante mayor de 6 meses.

Alimentos	Edad de incorporación y duración aproximada				
	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	24-36 meses	> 3 años
Leche materna	✓	✓	✓	✓	✓
Leche adaptada (en niños que no toman leche materna)		✓	✓	✓	✓
Cereales –pan, arroz, pasta, etc.– (con o sin gluten), frutas, hortalizas, legumbres, hueros, carne ¹ y pescado ² , aceite de oliva, frutos secos chafados o molidos. <small>Se pueden ofrecer pequeñas cantidades de yogur y queso tierno a partir de los 9-10 meses.</small>		✓	✓	✓	✓
Leche entera ³ , yogur y queso tierno (en más cantidad) <small>En caso de que el niño no tome leche materna.</small>			✓	✓	✓
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, palomitas, granos de uva enteros, manzana o zanahoria cruda)					✓

Agència de Salut Pública de Catalunya (2016)

Resumen: El método Baby- Led Weaning (BLW) es una forma de ofrecer la alimentación complementaria (AC), en la que al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el principio. Su origen es anglosajón, siendo la enfermera y matrona británica Gill Rapley su mentora. Los beneficios de este método son varias, siendo el establecimiento de una alimentación a demanda y el establecimiento de hábitos saludables los más reseñables. Siguiendo unas normas básicas de seguridad no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento entre el método de alimentos triturados y el BLW.

Palabras Clave: Fenómenos Fisiológicos, Nutricionales del Lactante, Métodos de alimentación Alimentación del niño

Introducción:

El método Baby- Led Weaning (BLW) es una forma de ofrecer la alimentación complementaria (AC), en la que al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el principio. Su origen es anglosajón, siendo la enfermera y matrona británica Gill Rapley su mentora.

La premisa básica para implementar este método es: Bebé sano mayor de 6 meses, que mantiene la cabeza erguida y se mantiene erguido sin ayuda, cuyo reflejo de extrusión ha perdido además de mostrar interés por la comida. Una vez que se observan, empezamos a seguir unas pautas para el inicio de la alimentación

- Sentar al bebé erguido, frente a la mesa. Hay que comprobar que su postura es estable y puede utilizar las manos y los brazos libremente.
- Ofrecer la comida al bebé, que pueda cogerla por sí mismo, siendo de elección aquellas que se le sean fáciles de agarrar (al principio en forma de palitos o tiras).
- Incorporar al bebé en las comidas familiares siempre que puedas y cuando sea posible, ofrécele la misma comida que estés comiendo. Algo importante es que no esté cansado y tenga hambre, ya que así se podrá concentrar mejor.
- Evitar distraer al pequeño/a; deja que se concentre y se tome su tiempo.
- No le metas comida en la boca ni trates de convencerlo para que coma más
- Para incorporar un alimento y descartar posibles alergias, lo ideal, es ofrecérselo de manera consecutiva durante tres días. Si pasados los tres días, no presenta síntomas alérgicos, podemos dar por introducido este ingrediente y pasar a otro.

Básicamente, hay que tener en cuenta que alimentos no puede comer:

- Evitar sal, azúcar y miel, verdura de hoja verde (hasta los 12 meses)
- Evitar pescados enteros, de arrastre y el marisco
- Evitar las comidas poco hechas o crudas: como pescado carne o huevo
- Evitar frutos secos, bebidas de arroz, alimentos preparados

Objetivos:

- Conocer la viabilidad del método con respecto a la comunidad científica.
- Reconocer las ventajas o los inconvenientes del BLW sobre otros métodos convencionales de introducción de alimentación complementaria.

- Difundir el método BLW a profesionales de enfermería y poder así transmitírselo a los pacientes de forma correcta y empírica.

Material y Método:

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica, consulta de guías de práctica clínica. Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; páginas web de organismos oficiales (Ministerio de Sanidad, Asociación Española de Pediatría, National Health Service (NHS) y portales bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos.

Resultado:

Es uno de los métodos más implementados en los países anglosajones, siendo el Reino Unido el país con más prevalencia (35,5%), seguido del uso de los alimentos triturados con un porcentaje del 27,4% (NHS recomienda el uso del BLW). En España alrededor del 8% de las familias siguen este método.

El profesional de enfermería y los pediatras deben de conocer este método. Según un estudio realizado en España, un 79,4% de los pediatras conocen el método. Sus fuentes principales son la asistencia a congresos (29,2%), seguido por las propias madres (21,2%). La recomendación ocasional de los pediatras por el uso de este método es 45,3% y recomendación generalizada del 6,6%. Con respecto al personal de enfermería no existe un claro estudio que pueda delimitar estas cifras.

Los beneficios de este método son varias, siendo el establecimiento de una alimentación a demanda y el establecimiento de hábitos saludables los más reseñables. Un estudio revela que el grupo de niños/as alimentados con cuchara mostró mayor preferencia por alimentos dulces mientras que el grupo BLW lo hizo por el resto de las categorías de alimentos y de forma significativa para los carbohidratos. Siguiendo con las ventajas, podemos resaltar que el BLW fomenta y promueve el desarrollo psicomotor del niño; además mejora la transición a la alimentación sólida, y previene la obesidad.

No es un método que esté muy establecido en España. Las principales razones para no indicarlo, por parte de los Pediatras en España son: la falta de información (67,2%), la escasa evidencia científica (10,6%) y el temor a que el niño presente atragantamientos (10,6%), mientras que solo el 5,2% y el 1,4% señalan el escaso aporte energético y el riesgo de ferropenia respectivamente como causas de ello.

Las tres principales preocupaciones de las madres son la asfixia, energía inadecuada y la ingesta de hierro. El riesgo de atragantamiento es un inconveniente importante. Siguiendo unas normas básicas de seguridad no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento entre el método de alimentos triturados y el BLW.

Conclusiones:

A partir de los 6 meses de vida y con un desarrollo psicomotor adecuado, cualquier niño puede seguir este método. Las ventajas del BLW superan a los inconvenientes. Es un método muy desarrollado en países anglosajones y con base científica; los niños/as que siguen este método desarrollan unos hábitos alimenticios más independientes y saludables; además previenen la obesidad

Bibliografía:

1. Borja Herrero, C., Iglesias Benito, M., Ortega Quilis, A., Galdon Tornero, S., & Garrigós Fernando, Á. (2016). Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la "alimentación complementaria". Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, 114, 57-62. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/114/ENF-INTEG-114.pdf>
2. Brown, A., Jones, S. W., & Rowan, H. (2017). Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. Current Nutrition Reports, 6(2), 148-156.

3. Cameron, S. L., Taylor, R. W., & Heath, A.-L. M. (2013). Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*, 3(12), e003946.

4. Martínez Rubio A, Cantarero Vallejo MD, Espín Jaime B. ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria?. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2018; 20: 35-44

Capítulo 150

Métodos alternativos a la sutura de hilo. Adhesivos tisulares y suturas cutáneas.

Sanz Estudillo, Francisca

Moreno Ruiz, Alicia

Martín Arévalo, María del Prado

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Cubero Ruedas, Ana

Fernández Carmona , Carlos

MÉTODOS ALTERNATIVOS A LA SUTURA DE HILO. ADHESIVOS TISULARES Y SUTURAS CUTÁNEAS.

AUTORES: FRANCISCA SANZ ESTUDILLO, M DEL PRADO MARTIN ARÉVALO, SILVIA NATALIA AGUDO MOSQUERA, ALICIA MORENO RUIZ, ANA CUBERO RUEDAS, CARLOS FERNÁNDEZ CARMONA.

INTRODUCCIÓN.

Tradicionalmente la sutura de hilo ha sido el método utilizado para el cierre de heridas. Sin embargo en los últimos años se han desarrollado métodos alternativos, cada vez más utilizados para el cierre de heridas. Para llegar a conocer las ventajas que nos proporcionan los adhesivos tisulares y suturas cutáneas debemos considerar que la finalidad de la sutura consiste en afrontar los bordes de la herida, evitando la tensión y la isquemia, teniendo como objetivo la cicatrización de la herida evitando la contaminación bacteriana y facilitar la hemostasia. Los adhesivos son biocompatibles y biodegradables, presentan fortaleza de enlace con los tejidos, fácil de utilizar y poco dolorosa su aplicación.

OBJETIVOS.

- ✓ Analizar desde el punto de vista de enfermería, las ventajas y beneficios de los adhesivos tisulares frente a las suturas convencionales.
- ✓ Conocer las ventajas que presentan.
- ✓ Conocer algunas de las suturas adhesivas utilizadas actualmente.

PALABRAS CLAVE.

Sutura de hilo. Herida. Adhesivo. Cierre herida.

METODOLOGÍA.

Realizamos una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (Pubmed, Scielo, Dialnet y Cuiden) y las guías de los principales adhesivos tisulares y suturas cutáneas. Seleccionamos 7 artículos de los 25 encontrados sobre el tema a tratar.



RESULTADOS

Tanto las suturas cutáneas como los adhesivos tisulares constituyen un método alternativo en el cierre de las heridas. No precisan puntos de sutura reduciendo el riesgo de infección producida por la punción cutánea y acumulación de residuo. Su uso no conlleva riesgo de pinchazo para el personal sanitario y presentan una escasa reactividad cutánea tipo alergia. Otras ventajas serían el sellado de tejidos evitando la fuga de sustancias, Están indicados en heridas cuyos bordes se aproximen fácilmente. Está contraindicado en heridas infectadas, heridas contusas, heridas por decúbito, en mucosas o área de unión cutáneo mucosa.

CONCLUSIÓN.

En estos últimos años hemos observado que estos adhesivos se han convertido en una alternativa a las suturas tradicionales, siendo múltiples los beneficios y ventajas que conllevan su utilización. También resaltaremos el buen equilibrio entre coste-beneficio obtenido por sus pocas contraindicaciones. Es de fácil empleo y rápida solución tras una primera valoración y adecuada manipulación por parte de los profesionales.

BIBLIOGRAFIA.

- El Cantor JA, Hollander JE. Presunto ensayo controlado aleatorio de adhesivo de tejido(2-octylcyanoacrylate) vs. El estándar técnicas de clausura de herida para la laceración. Med Acad Emerg 1998;5(2):94-9
- Monteagudo Aguiar A.R, Mora Diaz I, Jimenez Paneque R.E, Tamargo Barbeito T.O, Hidalgo Costa T, Gutierrez Rojas A. R. Uso de adhesivos tisulares para el cierre de heridas en la práctica médica. Revista Cubana de Salud Publica.2016;42(2):306-317.
- Sanchez J, Benito J, Raso S, Vazquez MA. Cianocrilatos:otra forma de reparar heridas. An Esp Ped.2000;53:288-289
- Zip Surgical Skin closure. Post- Surgical Care and Removal.Guide for Healthcare Providers. Zipline Medical.2016
- Caro Aragones I, Molina Castell M.A. Material de sutura en la farmacia hospitalaria. El farmacéutico Hospitales.2012;199:5-17

Resumen: Tradicionalmente la sutura de hilo ha sido el método utilizado para el cierre de heridas. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado métodos alternativos, cada vez más utilizados para el cierre de heridas. Para llegar a conocer las ventajas que nos proporcionan los adhesivos tisulares y suturas cutáneas debemos considerar que la finalidad de la sutura consiste en afrontar los bordes de la herida, evitando la tensión y la isquemia, teniendo como objeto la cicatrización de la herida evitando la contaminación bacteriana y facilitar la hemostasia. Los adhesivos son biocompatibles y biodegradables, presentan fortaleza de enlace con tejidos.

Palabras Clave: Sutura de hilo, Herida, Adhesivo.

Objetivos:

Los objetivos que hemos tenido en cuenta son:

Analizar desde el punto de vista de enfermería, las ventajas y beneficios de los adhesivos tisular es frente a la sutura convencional.

Conocer las ventajas que presentan.

Conocer algunas de las suturas adhesivas utilizadas actualmente.

Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (Pubmed, Scielo, Dialnet y Cuiden) y las guías de los principales adhesivos tisular es y suturas cutáneas. Seleccionamos 7 artículos de los 25 encontrados sobre el tema a tratar.

Hemos obtenido los siguientes resultados:

Tanto las suturas cutáneas como los adhesivos tisulares constituyen un método alternativo en el cierre de las heridas. No precisan puntos de sutura reduciendo el riesgo de infección producida por la punción cutánea y acumulación de residuos. Su uso no conlleva riesgo de pinchazo para el personal sanitario y presenta una escasa reactividad cutánea tipo alergia. Otra ventaja sería el sellado de tejidos evitando la fuga de sustancias. Están indicadas en heridas cuyos bordes se aproximen fácilmente. Está contraindicado en heridas infectadas, heridas contusas, heridas por decúbito, en mucosas o área de unión cutáneo-mucosa.

Por todo esto hemos llegado a la conclusión en estos últimos años, después de haber observado que estos adhesivos se han convertido en una alternativa a las suturas tradicionales, siendo múltiples los beneficios y ventajas que conllevan su utilización. También resaltamos el buen equilibrio entre costes beneficio obtenidos por sus pocas contraindicaciones. es de fácil empleo y rápida solución tras una primera valoración y adecuada manipulación por parte de los profesionales.

Bibliografía:

1. El Cantor JA, Je. Presunto ensayo controlado aleatorio de adhesivo de tejido(2-octylcyanoacrylate) VS. El estándar técnicas de clausura de heridas para la laceration. Med Acad Emerg 1998;5(2):94-9.

2. Sánchez J, Benito. Raso S, Vázquez MA. Cianocrilatos: otra forma de reparar heridas. An Esp Ped. 2000;53:288-289

3. Zip Surgical Skin closure. Post-surgical Care and Removal. Guide for Healthcare Providers. Zipline Medical. 2016

4. Caro Aragonés I, Molina Castell. A. Material de sutura en la farmacia hospitalaria. El farmacéutico Hospitales. 2012;199:5-17

Capítulo 151

Métodos fisioterápicos en el pie zambo: revisión sistemática.

*Cortés Pérez, Irene
Acosta López, Alexandra
Simón Sierra, Juan José*

Métodos fisioterápicos en el PIE ZAMBO

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Cortés Pérez I; Acosta López A; Simón Sierra JJ



Introducción

El pie zambo idiopático (PZI) o también llamado pie equino varo congénito es una deformidad tridimensional del pie caracterizada por varo de retropié, equino de tobillo, aducto y supinación del antepié, y en algunos casos se acompaña de cavo y torsión tibial interna. Afecta a estructuras óseas como partes blandas del pie y altera su desarrollo normal.



Objetivos

- Indagar sobre la importancia de la fisioterapia en el pie zambo idiopático de los niños.
- Conocer los diferentes métodos y técnicas fisioterápicas utilizadas en el pie zambo y cuales son más usadas y efectivas.

Material y Método

Resultados



En total se han encontrado 124 artículos, tras la eliminación de duplicidades y de artículos que no se ajustaban al criterio de inclusión se seleccionaron 11 trabajos:

Tras la lectura crítica de estos estudios se ha comprobado en todos ellos la importancia del tratamiento conservador mediante técnicas fisioterápicas ante el PZI antes de la realización de cirugía.

Se ha visto que los métodos fisioterápicos utilizados en el PZI principalmente son el método Ponseti, el método funcional francés, el método Kite y el método Copenhague. El primero y el segundo son los más extendidos, destacados en los estudios científicos analizados y utilizados en la actualidad. Del tercer y cuarto método hay menos evidencia al respecto.

Existen diversos estudios comparativos entre unos métodos y otros de los que se han extraído los siguientes resultados:

- cinco estudios analizados hacen una comparativa entre el método Ponseti vs método Kite y en todos ellos se refieren mejores resultados a corto y medio plazo, menor fracaso del tratamiento ortopédico, menor requerimiento de cirugía y de recaídas en la aplicación del primero con respecto al segundo.
- dos estudios analizados realizan una comparativa entre el método Ponseti vs método funcional francés, pero en ellos no se puede obtener una conclusión firme de cual tiene mejores beneficios.
- un estudio analizado concluye que sería interesante mezclar ambas técnicas (método Ponseti y método funcional francés) para lograr una buena resolución de la patología.

Conclusiones

Existen diferentes técnicas para el abordaje de esta deformidad. Parece que tanto con el método Ponseti como con el método funcional francés se obtienen mejores resultados. La utilización de todos estos métodos fisioterápicos evita o reduce las intervenciones quirúrgicas de esta patología, por lo que el tratamiento conservador constituye la primera línea de elección para el pie zambo, dejándose la cirugía para los casos más complejos. Sería conveniente realizar estudios experimentales con seguimiento a largo plazo para establecer los mejores protocolos aprovechando la combinación de diferentes métodos fisioterápicos con el objetivo de abordar la patología de la mejor y más eficaz manera posible.

Bibliografía

- García LC et al. Evaluation of Kite and Ponseti methods in the treatment of idiopathic congenital clubfoot. Acta ortop bras. 2018;26(6):366-369.
- Gray K et al. Interventions for congenital talipes equinovarus (clubfoot). Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18; (4):CD008602.
- Chotel F. Comparative study: Ponseti method versus French physiotherapy for initial treatment of idiopathic clubfoot deformity. J Pediatr Orthop. 2011 Apr-May; 31(3):320-5.

Resumen: *El pie zambo idiopático es una deformidad tridimensional del pie. Los objetivos del estudio son indagar sobre la importancia de la fisioterapia en el pie zambo y conocer los diferentes métodos utilizados más efectivos. Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Se han analizado 11 artículos. Tras una lectura crítica, se ha visto que los métodos fisioterápicos más utilizados y que reflejan mejores resultados son el método Ponseti y el método funcional francés. La utilización de todos estos métodos evita o reducen las intervenciones quirúrgicas de esta patología, por lo que el tratamiento conservador constituye la primera línea de elección.*

Palabras Clave: *Idiopathic Clubfoot Conservative Treatment Physiotherapy*

Objetivos:

El pie zambo idiopático o también llamado pie equino varo congénito es una deformidad tridimensional del pie que aparece al nacer, caracterizado por una posición anormal de sus huesos y una función alterada de las partes blandas. Encontramos de forma constante un varo de retropié, equino de tobillo, aducto y supinación del antepié y atrofia muscular a nivel de la pierna y de forma ocasional se acompaña de cavo y torsión tibial interna.

Es una de las malformaciones congénitas más frecuentes en todo el mundo, con una incidencia aproximada de uno por cada mil nacidos vivos, es más frecuente en el sexo masculino y en la mitad de los pacientes es bilateral.

En la actualidad a nivel etiológico se cree que es el resultado final de diferentes mecanismos etiológicos que surgen de la compleja interacción entre factores genéticos y medioambientales.

Las principales escalas de diagnóstico utilizadas en el pie zambo idiopático son las siguientes: escala de Harrold y Walker, la escala de Dimeglio y la escala de Pirani.

El tratamiento del pie zambo debe iniciarse de forma precoz, a ser posible desde el nacimiento.

Objetivo del estudio:

Los objetivos planteados en el estudio son: indagar sobre la importancia de la fisioterapia en el pie zambo idiopático de los niños y conocer las diferentes métodos y técnicas fisioterápicas utilizadas en el pie zambo y cuales son más utilizadas y efectivas.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica en bases de datos como PubMed, Cochrane y ScienceDirect, en los años comprendidos entre el 2015 y el 2020, ambos incluidos. Las palabras claves han sido: idiopathic clubfoot, physiotherapy y conservative treatment.

Resultados:

El análisis y selección de artículos científicos llevado a cabo en esta revisión bibliográfica ha incluido pacientes con pie zambo idiopático, publicados entre 2015 y 2020 y no se han tenido en cuenta los tipos de estudio y métodos utilizados por los autores. Tras eliminar duplicidades se han analizado 11 artículos.

Tras una lectura crítica de estos estudios se ha visto que los métodos fisioterápicos utilizados en el PZI principalmente son el método Ponseti, el método funcional francés, el método Kite y el

método Copenhague. El primero y el segundo son los más extendidos, destacados en los estudios científicos analizados y utilizados en la actualidad. Del tercer y cuarto método hay menos evidencia al respecto. Existen diversos estudios comparativos entre unos métodos y otros de los que se han extraído los siguientes resultados: cinco estudios analizados hacen una comparativa entre el método Ponseti vs método Kite y en todos ellos se refieren mejores resultados a corto y medio plazo, menor fracaso del tratamiento ortopédico, menor requerimiento de cirugía y de recaídas en la aplicación del primero con respecto al segundo. Dos estudios analizados realizan una comparativa entre el método Ponseti vs método funcional francés, pero en ellos no se puede obtener una conclusión firme de cual tiene mejores beneficios. Otro de los estudios analizados concluye que sería interesante mezclar ambas técnicas (método Ponseti y método funcional francés) para lograr una buena resolución de la patología.

Conclusiones:

Existen diferentes técnicas para el abordaje de esta deformidad. Parece que tanto con el método Ponseti como con el método funcional francés se obtienen mejores resultados. La utilización de todos estos métodos fisioterápicos evita o reduce las intervenciones quirúrgicas de esta patología, por lo que el tratamiento conservador constituye la primera línea de elección para el pie zambo, dejándose la cirugía para los casos más complejos. Sería conveniente realizar estudios experimentales con seguimiento a largo plazo para establecer los mejores protocolos aprovechando la combinación de diferentes métodos fisioterápicos con el objetivo de abordar la patología de la mejor y más eficaz manera posible.

Bibliografía:

1. Garcia L.C et al. Evaluation of Kite and Ponseti methods in the treatment of idiopathic congenital clubfoot. *Acta ortop bras.* 2018;26(6):366-369.
2. Gray K et al. Interventions for congenital talipes equinovarus (clubfoot). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Apr 18;(4):CD008602.
3. Chotel F. Comparative study: Ponseti method versus French physiotherapy for initial treatment of idiopathic clubfoot deformity. *J Pediatr Orthop.* 2011 Apr-May;31(3):320-5.

Capítulo 152

Modo de vida en la población de Ciudad Real durante confinamiento por Covid-19

Cervantes Torres, Laura

Arévalo Frutos, Isabel María

Ortega Romero, María Isabel

Leal Rico, María Isabel

Fernández Luna, Celia

Luna Naranjo, Petra

MODO DE VIDA EN LA POBLACIÓN DE CIUDAD REAL DURANTE CONFINAMIENTO POR COVID-19.

Cervantes Torres L., Ortega Romero M.I., Arévalo Frutos I.M., Leal Rico, M.I., Fernández Luna C., Luna Naranjo P.

INTRODUCCIÓN

El Coronavirus SARS- CoV-2 ha provocado una pandemia mundial, siendo Wuhan, provincia de Hubei, China, donde ocurrieron los casos iniciales. En España, el primer caso se registró el 31 de enero de 2020. Esta situación obligaba a los españoles a confinarse en sus domicilios; limitándose la circulación solo para actividades de primera necesidad. Ante esta situación, los gimnasios fueron cerrados y se prohibía también realizar ejercicio al aire libre. Todos los parques y zonas verdes fueron precintados.

OBJETIVOS

Identificar cómo ha sido modificado el estilo de vida en la población de Ciudad Real debido al confinamiento durante la pandemia Covid-19.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, durante el mes de mayo de 2020. El muestreo fue por conveniencia y los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, vivir en la provincia de Ciudad Real y mostrarse de acuerdo a participar en el estudio; consiguiendo una muestra de 539 participantes.

RESULTADOS



Gráfico 1. Variación de peso.



Gráfico 2. Tipo de alimentación.



Gráfico 3. Número de comidas diarias.

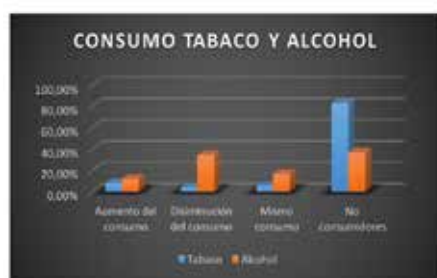


Gráfico 4. Consumo de tabaco y alcohol.



Gráfico 5. Horas de ejercicio aeróbico-cardiorrespiratorio semanales.



Gráfico 6. Horas de ejercicio de fuerza semanales.

CONCLUSIONES

Un 35% de la población ha incrementado su peso, y por tanto podría empeorar su estado de salud, así como sus posibles enfermedades crónicas, las cuales, además, se han visto en muchas ocasiones algo descuidadas y poco controladas debido a que las personas no han podido realizar sus revisiones periódicas, por evitar posibles contagios, en sus centros de salud, así como por el colapso sanitario. Un 26% ha perdido peso por causas como estrés, ansiedad y depresión ante la situación de confinamiento, sumadas a posibles bajas por enfermedad Covid-19 como a cualquier otra baja por enfermedad, que hayan hecho disminuir de peso a estas personas. El 27,30% ha realizado más comidas caseras y ha empleado alimentos naturales, fruto de personas que se han mantenido más tiempo en casa, sin ninguna actividad de ocio ni laboral, y que por tanto han dedicado más tiempo a la elaboración de este tipo de alimentación. El número de comidas al día y el picoteo, ha aumentado ligeramente.

El ejercicio físico ha disminuido en un 50,6%, probablemente debido a centros deportivos, gimnasios y parques cerrados, así como a otras causas psicosociales. Los ejercicios de fuerza, se han visto disminuidos, pero en menor medida que los ejercicios aeróbicos, ya que, para la población ha sido más fácil y práctico realizar ejercicios de este tipo dentro de casa, puesto que se necesita menos espacio para ello y donde podemos utilizar nuestro propio cuerpo u objetos de nuestra propia casa para poder realizarlos, simplemente utilizando un espacio no superior a una habitación o salón, como la mayoría ha empleado. También vemos que ha sido notable con un 31,2% de la población, el realizar ejercicio físico con el apoyo de sesiones online o tutoriales en Youtube.

Las horas de sueño empleadas en esta población prácticamente no ha sido muy variable, pero sí que ha empeorado la calidad del sueño, fruto sobretodo de la propia ansiedad y estrés psicosocial por el confinamiento que se ha visto en aumento, aumentando estos niveles en un 62,2%. Tras preguntar por el estado de salud general también las personas refieren haberlo disminuido, aunque levemente.

Tras esta situación de pandemia inesperada y desconocida para todos, sería conveniente estudiar y tras ello, educar a la población en estilos de vida saludables durante posibles confinamientos por pandemias. Desde atención primaria, se podrían indicar medidas generales de alimentación y ejercicio físico en casa, así como la realización de rutinas para disminuir la ansiedad y el estrés que ha supuesto esta etapa. Respecto a la alimentación, incidir en 5 comidas diarias basadas en una dieta mediterránea y evitando el picoteo, a pesar de pasar 24 horas en casa y evitando la tentación de abrir el frigorífico continuamente. En cuanto al ejercicio físico, se podrían generar programas adecuados para realizarlo en sitios cerrados y pequeños, tanto de ejercicios aeróbico, como de fuerza como de flexibilidad, utilizando incluso materiales que la población tenga por casa para llevarlos a cabo, como botellas o garrafas de agua, o incluso mochilas con peso dentro, por ejemplo. Así como, incidir en evitar malas posturas en este tipo de entrenamientos que podrían causar lesiones. También se podría fomentar sesiones online o aplicaciones fáciles y seguras para que la población pueda realizar ejercicio físico de la mejor manera posible actividad física diaria.

Resumen: SARS-CoV-2 ha provocado una pandemia mundial. En España el Gobierno decretó el estado de alarma para combatir esta situación. Hemos querido describir los modos de vida que ha llevado la población de Castilla La Mancha, referente a la alimentación, hidratación, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol entre otros. En general la alimentación de la población ha mejorado, que se ha basado en una dieta casera y mermada en alimentos ultraprocesados, durante el confinamiento. Cuando hablamos de ejercicio físico, la situación ha cambiado, y ha empeorado la cantidad del mismo.

Palabras Clave: Coronavirus, Exercise, Feeding

Objetivos:

Identificar cómo ha sido modificado el estilo de vida en la población castellano-manchega debido al confinamiento durante la pandemia Covid-19.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, que fue llevado a cabo durante el mes de mayo de 2020.

Resultados:

De las 539 personas encuestadas de la muestra, un 31,7% fueron hombres. La media de edad poblacional corresponde a 34,23 años.

Respecto al IMC hay que destacar que el 64,74% presenta normopeso. Tras el análisis de la ganancia de peso durante el estado de confinamiento el 41,1% ha ganado peso.

Respecto a la alimentación, el 18,7% han consumido más alimentos ultraprocesados durante el confinamiento, un 27,3% ha realizado una alimentación más saludable. En cuanto al número de comidas al día, un 58,1% no ha modificado el número, un 29,7% ha realizado más comidas al día y picoteo más a menudo y un 12,2% ha realizado menos comidas al día. Además, encontramos que un 21,2% ha bebido menos cantidad de agua.

El consumo de alcohol ha aumentado en un 12,1%, ha disminuido en un 34,3% y se ha mantenido en un 16,7%, siendo el resto no consumidores del mismo. El consumo de tabaco ha aumentado en un 7,8%.

Tras analizar cómo ha afectado el confinamiento con respecto al nivel de ejercicio físico, vemos que ha disminuido en un 50,6% de las personas.

Durante el confinamiento el 41,2% de las personas ha realizado ejercicio aeróbico-cardiorrespiratorio menos de 1 hora por semana, el 23,7% entre 1 y 2 horas, el 18,7% entre 3 y 4 horas y el 16,3% en más de 4 horas de ejercicio físico a la semana.

La intensidad en este tipo de ejercicio aeróbico, ha sido menor en un 44,5% de las personas durante el confinamiento.

En cuanto a los ejercicios de flexibilidad durante el confinamiento, un 76,1% ha realizado este tipo de ejercicio menos de 1 hora a la semana, un 16,9% entre 1 y 2 horas, un 4,8% entre 3 y 4 horas y un 2,2% más de 4 horas por semana.

En total 46,8% no ha realizado ejercicio físico.

Los motivos por los cuales la población castellano-manchega no ha realizado ejercicio físico han sido por no poder salir a realizar su ejercicio habitual (14,7%), disponer de menos tiempo (15,4%), falta de motivación (6,3%), no tener recursos materiales para realizar ejercicio (4,6%) y no saber cómo realizar ejercicio en casa (3,9%), entre otros motivos.

Valoramos a continuación, las horas de sueño empleadas antes del confinamiento, con una media de 7,2 horas antes del confinamiento y de 6,9 horas de media durante el confinamiento.

El nivel de ansiedad durante el confinamiento ha sido mayor en un 62,2% de la población.

Respecto al estado de salud en general, antes del confinamiento, las personas puntuaban con una nota media de 7,77%. Por debajo de 7 puntos, y por tanto un estado general menor, hay un porcentaje de población del 10,1%, con 7 puntos se sitúa un 26,2%, con 8 puntos un 40,3%, con 9 puntos un 19,5% y con 10 puntos (estado inmejorable/excelente) un 4,1%.

Durante el confinamiento, la nota media del estado general de salud ha sido algo menor, de un 6,94%.

Discusión:

Tras el análisis de este estudio, queda al descubierto la importante tarea de realizar una buena educación sanitaria durante posibles confinamientos futuros. Hemos visto que un 35% de la población castellano-manchega ha incrementado su peso, y que por tanto podría empeorar su estado de salud, así como sus posibles enfermedades crónicas, las cuales, además, se han visto en muchas ocasiones algo descuidadas y poco controladas debido a que las personas no han podido realizar sus revisiones periódicas, por evitar posibles contagios, en sus centros de salud, así como por el colapso sanitario.

Hemos encontrado también un 26% de pérdida de peso, en el cual habría que buscar causas como el estrés, ansiedad y depresión ante la situación de confinamiento, sumadas a posibles bajas por enfermedad Covid-19 como a cualquier otra baja por enfermedad, que hayan hecho disminuir de peso a estas personas.

Hemos observado que el 27,30% de la población ha realizado más comidas caseras y ha empleado alimentos naturales, fruto de personas que se han mantenido más tiempo en casa, sin ninguna actividad de ocio ni laboral, y que por tanto han dedicado más tiempo a la elaboración de este tipo de alimentación (4). Coincidiendo con algunos estudios publicados de cadenas de distribución como Mercadona que señaló una caída de hasta el 25% en las ventas de galletas, productos de bollería y snack (5).

Respecto al ejercicio físico, vemos que ha disminuido en un 50,6%, probablemente debido a centros deportivos, gimnasios y parques cerrados, así como a otras causas psicosociales.

Las horas de sueño empleadas en esta población prácticamente no ha sido muy variable, sí que ha empeorado la calidad del sueño.

Conclusión:

Tras esta situación de pandemia inesperada y desconocida para todos, sería conveniente estudiar y tras ello, educar a la población en estilos de vida saludables durante posibles confinamientos por pandemias. Desde atención primaria, se podrían indicar medidas generales de alimentación y ejercicio físico en casa, así como la realización de rutinas para disminuir la ansiedad y el estrés que ha supuesto esta etapa.

Capítulo 153

Muerte digna: limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y cuidados enfermeros al final de la vida del paciente crítico

Cerro López, Tania

Pérez Ruiz, Borja Eugenio

Molina Moreno, Aurora

Arribas Toldos, Jaime

Muerte digna: Limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y cuidados enfermeros al final de la vida del paciente crítico

XII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

Arribas Toldo J. Cerro López, T.
Molina Moreno, A. Pérez Ruiz, B.E.



✓ INTRODUCCIÓN

- El gran desarrollo de la Medicina Intensiva en los últimos 30 años ha modificado de manera sustancial el pronóstico de muchos procesos patológicos. Este logro tiene un lado menos positivo: el posible alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte de forma poco razonable
- En 1987 la OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce que la curación de ciertas enfermedades no es posible y que lo más importante en esta situación es la calidad de vida. Nace con ello el concepto de medicina paliativa y muerte digna, en la UCI se da la opción de tomar la decisión meditada sobre la Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

Futilidad: Se entiende que una intervención es fútil cuando tiene muy baja probabilidad de lograr una ventaja terapéutica en quien se está aplicando

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida



Estos 2 conceptos tienen estrecha relación, cuando una práctica no es fútil se debería considerar implantar la limitación del esfuerzo terapéutico

Paciente terminal:

Pronóstico de muerte inferior a 6 meses.
Enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
Presencia de numerosos síntomas intensos y múltiples.
Gran impacto emocional en la familia, paciente y equipo sanitario
Falta de respuesta a tratamiento terapéutico

- Es reciente cuando este pensamiento llega a España. A finales de los años 90 y principios del siglo XXI se inició una normalización de la práctica de la LET gracias a los intensivistas Ricardo Abizanda y, sobre todo, Juan Gómez Rubí.

PRINCIPIOS ÉTICOS SOBRE LOS QUE SE APOYA LA IMPLANTACIÓN DE LET



- ✓ **Principio de Autonomía:** libertad de elegir libremente.
- ✓ **Principio de beneficencia:** se debe actuar buscando el bien del paciente.
- ✓ **Principio de No maleficencia:** no se puede obrar con intención de dañar.
- ✓ **Principio de justicia:** un reparto equitativo en las prestaciones asistenciales

MARCO LEGISLATIVO DONDE SE SUSTENTA LA LET:

➢ LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:

• ART.11: "UNA PERSONA MAYOR DE EDAD MANIFIESTA ANTICIPADAMENTE SU VOLUNTAD, CON OBJETO DE QUE ÉSTA SE CUMPLA EN EL MOMENTO EN QUE LLEGUE A SITUACIONES EN CUYAS CIRCUNSTANCIAS NO SEA CAPAZ DE EXPRESARLA, SOBRE LOS CUIDADOS Y EL TRATAMIENTO DE SU SALUD (...)"

➢ ARTÍCULO 143 DEL CÓDIGO PENAL (CP) HACE REFERENCIA A QUE SI EL PACIENTE CONSCIENTE RECHAZA UN TRATAMIENTO, EL MÉDICO CORRESPONDIENTE NO INCURRIRÁ EN UN DELITO DE HOMICIDIO POR OMISIÓN AL RESPETAR LA VOLUNTAD DEL PACIENTE.

➢ CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA:

• ARTÍCULO 18: "ANTE UN ENFERMO TERMINAL, LA ENFERMERA/O, CONSCIENTE DE LA ALTA CALIDAD PROFESIONAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS, SE ESFORZARÁ POR PRESTARLE HASTA EL FINAL DE SU VIDA, CON COMPETENCIA Y COMPASIÓN, LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA ALIVIAR SUS SUFRIMIENTOS. TAMBIÉN PROPORCIONARÁ A LA FAMILIA LA AYUDA NECESARIA PARA QUE PUEDAN AFRONTAR LA MUERTE, CUANDO ÉSTA YA NO PUEDA EVITARSE."

• ARTÍCULO 54: "LA ENFERMERA/O DEBE ADOPTAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PROTEGER AL PACIENTE CUANDO LOS CUIDADOS QUE SE LE PRESTEN SEAN O PUEDAN SER AMENAZADOS POR CUALQUIER PERSONA.

• ARTÍCULO 55: "LA ENFERMERA/O TIENE LA OBLIGACIÓN DE DEFENDER LOS DERECHOS DEL PACIENTE ANTE MALOS TRATOS FÍSICOS O MENTALES, Y SE OPONDRÁ POR IGUAL A QUE SE LE SOMETA A TRATAMIENTOS FÚTILES O A QUE SE LE NIEGUE LA ASISTENCIA SANITARIA.

➢ LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE EUTANASIA

✓ OBJETIVOS

1. Analizar la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados enfermeros al final de la vida para conseguir una muerte digna.
3. Analizar rol de la enfermería después de la toma de la decisión. Cuidados del paciente y familia en el camino hacia una muerte digna

✓ MATERIAL Y MÉTODO

En la búsqueda bibliográfica se han consultado las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden, Elsevier, google académico.

Palabras claves utilizadas: Limitación del esfuerzo terapéutico-cuidados intensivos-cuidados paliativos enfermería-rol enfermería cuidados paliativos-muerte digna enfermería.

✓ RESULTADOS

Enfermería y LET:

Un estudio sobre la toma de decisión sobre la LET en la UCI de adultos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia en 2011:

✓ 61% de los pacientes la decisión fue llevada a cabo por parte del adjunto responsable

✓ 16% de los casos en los que la decisión es tomada por el MIR

✓ Sólo en un 10% de los casos la decisión fue consensuada con el equipo multidisciplinar, es decir, fue involucrada enfermería.

Es decir, las decisiones sobre LET son llevadas a cabo unilateralmente por los médicos intensivistas

Existen dos fases definidas en la limitación del esfuerzo terapéutico: la primera, cuando se toma la decisión de implantarla y la segunda, cuando ya se ha implantado

✓ En la primera, no tiene papel protagonista pero es considerada por todos los autores vital el rol de la enfermería en la LET, gracias a su visión holística y su formación en ética y bioética,

✓ En la segunda, La acción de cuidar es propia de la profesión de enfermería, sin embargo, en el contexto de la LET debe ser cuidadosamente planificada por el equipo multidisciplinar: médicos intensivistas, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores

La enfermera se compromete a brindar una actitud positiva ante el paciente y generar una atmósfera de respeto y confianza en el entorno del paciente crítico

la LET gira entorno al paciente, pero en el caso de los pacientes críticos, muchos no son capaces de tomar decisiones por ellos mismos o son portadores de tratamientos sedantes.

La familia forma el pilar fundamental de este cuidado, forman un pack indivisible de dos partes. Debemos centrar todos nuestros esfuerzos en el confort de ellos.

Esto lleva a la necesidad imperante de realizar un vínculo de interacción enfermera-familia para un adecuado afrontamiento

Uno de los errores más comunes es considerar que con la muerte digna del paciente se terminan nuestros cuidados. Debemos considerar ampliar nuestros cuidados a esos familiares

✓ CONCLUSIONES

- La medicina intensiva ha evolucionado a pasos agigantados y ello ha creado muchos dilemas que antes eran inexistentes
- Cada vez estamos más concienciados en la muerte digna del paciente. Para la aplicación de la LET se deben tener muchos factores en cuenta, no debemos olvidar que nos avalan unos códigos deontológicos y el principio de bioética de no maleficencia para tomar la decisión
- La enfermería es el eslabón más cercano al paciente y la familia. Por tanto, es clave para valorar las necesidades de cada paciente. Además, de que la toma de decisiones genera un estrés en la familia, el cual podría ser aliviado por la misma.
- La mayoría de las veces nos centramos en el paciente y olvidamos a la familia que sienten una explosión de sensaciones y no son capaces de asimilar ni entender, sea por tiempo o incapacidades de la propia persona
- En España, el 25 de Junio de 2021 entra en vigor la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, que pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia. Siendo un gran avance para la humanidad.

✓ BIBLIOGRAFÍA

- 1.B. Herreros, G. Palacios, E. Pacho. Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Revista Clínica Española (Internet).2012 (citado el 13 de mayo del 2019).212(3):119-164. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-articulo-50014256511003122>
- 2.Documentos SECPAL: Sociedad española de cuidados paliativos, guías médicas (Citado el 13 de Mayo de 2019) Disponible en: www.secpal.com
- 3.Ignacio M, Sandra MW, Laura B, María Eugenia S. El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. Ramr.2016
- 4.Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdf/A80136-40132.pdf>
- 5.Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 281. Disponible en: <https://www.boe.es/buscador/dgc.php?id=BOE-A-1995-25444>
- 6.Código deontológico enfermería (Internet). Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
- 7.M.T. Moreno Vicente, M.D. Rodríguez Segura, M.M. García Campo. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico en las Unidades de Críticos: ¿Cuestión solo médica? Enf Int (Internet). 2013. Disponible en: <https://www.enfvalencia.org/ai/103/ENF-INTEG-103.pdf>



Resumen: El gran desarrollo de la Medicina Intensiva en los últimos 30 años ha modificado el pronóstico de muchos procesos patológicos. este logro tiene un lado menos positivo: el posible alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte de forma poco razonable

En 1987 la OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce que la curación de ciertas enfermedades no es posible y que lo más importante en esta situación es la calidad de vida. Nace con ello el concepto de medicina paliativa y muerte digna y la decisión en la UCI de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

Palabras Clave: Limitación del esfuerzo terapéutico, Enfermería paliativa, Muerte digna

Introducción:

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) surgió como respuesta al avance de la medicina en los últimos años, ya que alargó y modificó el progreso de ciertas enfermedades.

Primero debemos conocer algunas definiciones:

- Futilidad: Se entiende que una intervención es fútil cuando tiene muy baja probabilidad de lograr una ventaja terapéutica en quien se está aplicando.

- Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida.

Estos 2 conceptos tienen estrecha relación, cuando una práctica no es fútil se debería considerar implantar la limitación del esfuerzo terapéutico.

- Paciente terminal:

Pronóstico de muerte inferior a 6 meses.

Enfermedad avanzada, progresiva e incurable.

Presencia de numerosos síntomas intensos y múltiples.

Gran impacto emocional en la familia, paciente y equipo sanitario

Falta de respuesta a tratamiento terapéutico

Es reciente cuando este pensamiento llega a España. A finales de los años 90 y principios del siglo XXI se inició una normalización de la práctica de la LET gracias a los intensivistas Ricardo Abizanda y, sobre todo, Juan Gómez Rubí.

Los principios éticos sobre los que se apoya la implantación de la LET son:

Principio de Autonomía: libertad de elegir libremente.

Principio de beneficencia: se debe actuar buscando el bien del paciente.

Principio de No maleficencia: no se puede obrar con intención de dañar.

Principio de justicia: un reparto equitativo en las prestaciones asistenciales.

El Marco Legislativo donde se sustenta es:

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en su artículo 11.

El artículo 143 del Código Penal (CP)

Código deontológico de enfermería en sus artículos 18, 54 y 55

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de Eutanasia.

Objetivos:

Analizar la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados enfermeros al final de la vida para conseguir una muerte digna.

Analizar rol de la enfermería después de la toma de la decisión. Cuidados del paciente y familia en el camino hacia una muerte digna.

Metodología:

En la búsqueda bibliográfica se han consultado las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden, Elsevier, google académico.

Resultados:

Enfermería y LET:

Un estudio sobre la toma de decisión sobre la LET en la UCI de adultos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia en 2011:

El 61% de los pacientes la decisión fue llevada a cabo por parte del adjunto responsable

El 16% de los casos en los que la decisión es tomada por el MIR

Sólo en un 10% de los casos la decisión fue consensuada con el equipo multidisciplinar, es decir, fue involucrada enfermería. Es decir, las decisiones sobre LET son llevadas a cabo unilateralmente por los médicos intensivistas

Existen dos fases definidas en la limitación del esfuerzo terapéutico: la primera, cuando se toma la decisión de implantarla y la segunda, cuando ya se ha implantado

En la primera, no tiene papel protagonista, pero es considerada por todos los autores vital el rol de la enfermería en la LET, gracias a su visión holística y su formación en ética y bioética,

En la segunda, La acción de cuidar es propia de la profesión de enfermería, sin embargo, en el contexto de la LET debe ser cuidadosamente planificada por el equipo multidisciplinar: médicos intensivistas, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores

La enfermera se compromete a brindar una actitud positiva ante el paciente y generar una atmósfera de respeto y confianza en el entorno del paciente crítico

la LET gira entorno al paciente, pero en el caso de los pacientes críticos, muchos no son capaces de tomar decisiones por ellos mismos o son portadores de tratamientos sedantes. la familia forma el pilar fundamental de este cuidado, forman un pack indivisible de dos partes. Debemos centrar todos nuestros esfuerzos en el confort de ellos.

Esto lleva a la necesidad imperante de realizar un vínculo de interacción enfermera-familia para un adecuado afrontamiento

Uno de los errores más comunes es considerar que con la muerte digna del paciente se terminan nuestros cuidados. Debemos considerar alargar nuestros cuidados a esos familiares

Conclusiones:

La medicina intensiva ha evolucionado a pasos agigantados y ello ha creado muchos dilemas que antes eran inexistentes

- Cada vez estamos más concienciados en la muerte digna del paciente. En España está penalizada la eutanasia pero hemos priorizado el bienestar del paciente y la calidad de vida con el desarrollo de unos cuidados paliativos.

- La enfermería es el eslabón más cercano al paciente y la familia. Por tanto, es clave para valorar las necesidades de cada paciente. Además, de que la toma de decisiones genera un estrés en la familia, el cual podría ser aliviado por la misma.

- Para la aplicación de la LET se deben tener muchos factores en cuenta, no debemos olvidar que nos avalan unos códigos deontológicos y el principio de bioética de no maleficencia para tomar la decisión

- La mayoría de las veces nos centramos en el paciente y olvidamos a la familia que sienten una explosión de sensaciones y no son capaces de asimilar ni entender, sea por tiempo o incapacidades de la propia persona

- En España, el 25 de Junio de 2021, que pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia. Siendo un gran avance para la humanidad.

Bibliografía:

1. B. Herreros , G. Palacios , E. Pacho. Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Revista Clínica Española (Internet).2012 (citado el 13 de mayo del 2019).212(3):119-164. Disponible en: [https:// www.revclinesp.es/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-articulo-S0014256511003122](https://www.revclinesp.es/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-articulo-S0014256511003122)

2. Elizabeth Gómez-Londoño. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico: una perspectiva bioética. Pers.bioét. (Internet)2008(Citado el 13 de Mayo del 2019).12 (2). Disponible en: [http:// www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006)

3. Ignacio M, Sandra MW , Laura B, María Eugenia S. El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. Ramr.2016 (1): 71-77

4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274 (15/11/2002)(internet). (Citado el 20 de mayo del 2019). Disponible en: [https:// www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf](https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf)

5. M.T. Moreno Vicente, M.D. Rodríguez Segura, M.M. García Campo. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico en las Unidades de Críticos: ¿Cuestión solo médica? Enf Int (Internet); 2013 (citado 05 de Mayo de 2019); 103: 20-23. Disponible en: [https:// www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf](https://www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf)

Capítulo 154

Nacer de nuevo: afrontamiento de padres en la prematuridad.

González Gijón, Virginia

Ballester Lillo, Diana

Romero Ruiz, Ana

León Pavón, Arancha

NACER DE NUEVO: AFRONTAMIENTO DE PADRES EN LA PREMATURIDAD

Ballester Lillo, Diana ; González Gijón, Virginia ; León Pavón, Arancha ; Romero Ruiz, Ana

INTRODUCCIÓN

La OMS define a un prematuro como un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de gestación. Se dividen en categorías según la edad gestacional: prematuro extremo (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas) y prematuros moderados tardíos (32 a 37 semanas). A nivel mundial, 1 de cada 10 nacimientos es prematuro. Siendo ésta la primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años. La tasa de supervivencia depende de los ingresos de cada país, teniendo los de bajos ingresos una tasa mayor que los de altos ingresos. En España la tasa de supervivencia es del 95%.

En cuanto a las respiratorias, un ejemplo es la displasia broncopulmonar (DBP), enfermedad pulmonar crónica que, debido a múltiples factores, entre otros, la inmadurez de la vía aérea, provoca la disminución del crecimiento pulmonar dando lugar a una limitación funcional respiratoria de grado variable, siendo necesario un suplemento de oxígeno durante al menos, 28

días después del nacimiento y su gravedad dependerá del soporte respiratorio requerido para llegar a término. El riesgo de desarrollar DBP se incrementa a medida que disminuyen el peso al nacer o la edad gestacional. Se estima, en general, que la incidencia en menores de 1.000g es alrededor de un 30%.

En las gastrointestinales, destacamos el íleo meconial definido como obstrucción del íleon terminal por meconio anormalmente denso y adherente. La deficiente degradación de proteínas por la insuficiencia pancreática, así como la disminución de bilis y de secreción pancreática y la hidratación incompleta de las heces, al alterarse en la célula del epitelio intestinal, el flujo de cloro y con éste la salida de sodio y agua, provocan la precipitación de los solutos y el bolo fecal no solo se espesa, se torna viscoso, adherente y termina por obstruir la luz a nivel del íleon terminal, formándose un molde que se extiende proximalmente, dando dilatación del intestino delgado proximal.

OBSERVACIÓN CRÍTICA

Prematuro extremo varón nacido a las 26 semanas + 2 días con un peso de 800g y talla 34cm. Nace sin esfuerzo respiratorio, en parto no instrumentado y presentación cefálica. A la salida de parto comienza con esfuerzos respiratorios y tiene que ser intubado recibiendo altas dosis de oxígeno y una dosis de surfactante. Manteniendo buenas saturaciones, se cambia a ventilación mecánica con CPAP.

Antecedentes de la madre: aborto espontáneo hace dos años y no enfermedades de interés.

A los 15 días de vida se sospecha de íleo meconial y aparece un distres respiratorio relacionado con una displasia broncopulmonar moderada-grave, de la cual está siendo tratado. Es intervenido de urgencia por inestabilidad hemodinámica, sospechando de necrosis intestinal donde se le hace una resección de 10 cm de íleon distal y ciego, y se le realiza una ileostomía. En cuanto a los valores de saturación de oxígeno están controlados, por oxígeno-

terapia con GN, desde su retirada de CPAP.

El RN mejora, se retira NPT, comienza a tolerar leche materna, la ileostomía es funcionante (con vistas de cierre en un futuro), mantiene oxigenoterapia con GN, con pauta domiciliaria y recibe el alta a su domicilio.

Los padres, económicamente estables, durante todo el proceso de ingreso y operación, han intentado llevar con tranquilidad la situación, pero en algunos momentos se han visto muy débiles y se han echado la culpa de todo. Al recibir el alta domiciliaria, han mostrado a la enfermera las inseguridades y miedos que todo ello les está generando e incluso rechazo a la hora de explicarles la situación y los cuidados que el bebé va a precisar en el domicilio. Desde el equipo de enfermería neonatal, se les ha ofrecido acudir a las sesiones clínicas para padres que se dan en el servicio para afrontar mejor la situación, conocer los cuidados básicos y conocer a otras familias en su misma situación.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Se va a realizar un total de cinco sesiones clínicas dirigidas a padres o principales cuidadores de niños prematuros.

Se captarán a las familias antes de abandonar el hospital y se realizarán semanalmente. Las sesiones serán de forma colectiva e individualizada; una parte colectiva, en la que están todos los padres de los niños ingresados en neonatos y otra parte individualizada, después de terminar cada sesión en la que los padres pueden de manera íntima conversar con el equipo de enfermería encargado de dar la sesión para expresar dudas individuales de su caso.

Al final, en la quinta sesión se pasará un test para evaluar el grado de conformidad de las familias.

PRIMERA SESIÓN

Esta sesión será colectiva y se realizará durante la estancia hospitalaria del niño, como una primera toma de contacto de los padres con el personal de enfermería y con el resto de padres que están pasando por situaciones similares.

Los objetivos principales de esta sesión son:

- Acercar a los padres de los niños prematuros para que se conozcan entre sí e intercambien sentimientos.
- Fomentar la participación en dichas sesiones para exponer

dudas y miedos.

- Expresar y dar a conocer los conocimientos que tienen y los que desean tener acerca de los problemas relacionados con sus hijos.

Técnicas de trabajo: lluvia de ideas y mito y realidad.

SEGUNDA SESIÓN

Se llevará a cabo estando el niño aún ingresado. Sesión colectiva. Los objetivos son:

- Identificar los principales problemas que puede presentar un prematuro tras el alta hospitalaria.
- Conocer los signos y síntomas de alarma, con los cuales deberían acudir a urgencias.

En esta sesión nos encargaremos de dar formación básica sobre:

- Oxigenoterapia (manejo de concentrador de oxígeno, aerosolterapia, pulsioxímetro, explicando los valores normales de satO2 y FC; y fisioterapia respiratoria) y distrés respiratorio.
- RCP pediátrica básica (se incluirá formación en crisis convulsivas).

Técnicas de trabajo: videos formativos y demostración práctica con interacción activa de los padres.

TERCERA SESIÓN

Esta sesión será de forma individualizada para resolver dudas y tratar temas concretos.

Los objetivos son:

- Profundizar en los temas demandados de cada familia.
- Informar sobre el tipo de alimentación que requerirá cada niño.
- Resolver las dudas surgidas.

A petición de los padres de nuestro caso clínico, trataremos como tema principal los cuidados de la ostomía: signos y síntomas de infección principales, limpieza de estoma, cambio de bolsa y cuidados de piel perilesional.

Técnicas de trabajo: entrega de manual de cuidados realizado por el personal de enfermería de neonatos, demostración y exposición de material.

CUARTA SESIÓN

Esta sesión se realizará a los pocos días de darle de alta al recién nacido. Será individual.

Los objetivos son:

- Expresar sentimientos relacionados con el afrontamiento de la situación tras el alta hospitalaria.

- Exteriorizar situaciones en las que han sentido inseguridades y miedos en el domicilio.

- Conocer si ha sido necesario en estos días consultar con otros profesionales o acudir con el recién nacido a urgencias.
- Mantener el bienestar de la pareja.

Técnicas de trabajo: Charla coloquio y disciplina positiva para padres.

QUINTA SESIÓN

Esta última sesión colectiva irá encaminada a la evaluación del plan de cuidados realizado.

Los objetivos son:

- Enumerar los aspectos positivos y negativos sobre el plan de cuidados llevado a cabo.
- Verbalizar su experiencia personal.

Técnicas de trabajo: tormenta de ideas, frases incompletas y test de evaluación.

Con esta sesión, se da por terminado este plan de cuidados y se les pasará a todas las familias un test de evaluación final.

Cuestionario de evaluación tras finalizar el plan de cuidados

ASPECTOS GENERALES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organización del plan de cuidados										
Contenidos ofrecidos										
Duración del plan de cuidados										
El curso ha respondido a las expectativas iniciales										
Adecuación del espacio físico										

ASPECTOS RELACIONADOS AL PERSONAL SANITARIO

Predisposición para aclarar dudas										
Trato individualizado										
Claridad en las explicaciones										
Conocimiento en la materia										
Interrelación con los participantes										

UTILIDAD DEL CURSO

Nivel de conocimientos adquiridos en el curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilidad en la práctica a domicilio										
Resolución de dudas										
Afrontación de miedos										
Conocer principales signos y síntomas de alarma										

Interrelación con los participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Enumera aspectos a mejorar en próximos planes de cuidados

- _____
- _____
- _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) r/c falta de exposición y m/p petición de información y realización inadecuada de la prueba.

NOC: Conocimiento: proceso de enfermedad. Capacidad cognitiva. Elaboración de la información.

NIC: Educación sanitaria. Facilitar el aprendizaje. Enseñanza: proceso de enfermedad.

DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES (00030) r/c desequilibrio ventilación/perfusión y m/p hipoxia, cianosis y aleteo nasal.

NOC: Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Estado respiratorio: ventilación.

NIC: Manejo de las vías aéreas. Oxigenoterapia. Monitorización respiratoria.

AFRONTAMIENTO INEFICAZ (00069) r/c crisis situacionales y cambios vitales múltiples y m/p autoestima baja e incapacidad para cubrir las necesidades humanas básicas y resolver los problemas.

NOC: Elaboración de la información. Superación de problemas. Toma de decisiones.

NIC: Aumentar el afrontamiento. Asesoramiento. Aumentar los sistemas de apoyo.

CANSANCIO DE ROL DE CUIDADOR (00061) r/c alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados y m/p temor sobre cuidados y salud futura del receptor de los cuidados y estrés.

NOC: Autoestima. Ejecución de rol. Salud emocional del cuidador familiar.

NIC: Apoyo emocional. Bienestar del cuidador familiar. Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (00028) r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos.

NOC: Hidratación. Control del síntoma. Control del riesgo.

NIC: Manejo de líquidos. Monitorización de líquidos.

RIESGO DE INFECCIÓN (00004) r/c procedimientos invasivos.

NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Conocimiento: control de la infección. Control del riesgo.

NIC: Control de infecciones. Protección contra las infecciones.

DISCUSIÓN

La evolución de la medicina ha traído consigo la mejora y la alta tasa de supervivencia de los prematuros, pero por otro lado el aumento de algunos problemas. Estos problemas suponen para los padres estrés, desconocimiento y falta de autoestima para afrontar esta nueva situación.

Desde enfermería, lo que se pretende es no sólo cubrir las necesidades del prematuro, sino también la de los padres; que tras el alta hospitalaria serán los cuidadores principales y tendrán que hacer frente desde el domicilio a los problemas que puedan surgir.

En nuestro caso, tras cada sesión se ha observado la buena adaptación de los padres y el grado de conocimiento que han adquirido. Les ha servido para aumentar su autoestima, encontrar estrategias de afrontamiento y expresar sus sentimientos con

personas cercanas. En la última sesión se ha visto una mejora en el cuidado del RN. En una de sus revisiones se le retiró la oxigenoterapia y ya tiene programado el cierre de la estomía. Además se ha instaurado la lactancia materna con éxito.

Como punto negativo se puede decir que hay una falta de destrezas en el ámbito educativo y no es fácil encontrar planes de cuidados sobre unidades neonatales. Además, se ha visto que no todos los padres muestran el mismo interés en las sesiones mostrando poca participación y pasividad, llegando a faltas de asistencia. Esto ha generado una decepción y falta de motivación en el personal de enfermería, lo que creemos que conlleva a la poca existencia, anteriormente comentada, de planes de cuidados.

CONCLUSIÓN

Este proyecto educativo favorece el afrontamiento de la situación en la que se encuentran los padres, con un notable aumento de la autoestima y seguridad a la hora de llevar a cabo los cuidados del recién nacido. Lo ideal sería que existieran más planes de cuidados al alcance de todas las familias y se consiguieran mayores implicaciones por parte de éstas.

La Educación para la salud aporta grandes beneficios a la población.

Resumen: La OMS define a un prematuro como un recién nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación. Se dividen en categorías según la edad gestacional: prematuro extremo (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas) y prematuros moderados tardíos (32 a 37 semanas).

Algunas de las complicaciones más comunes en los prematuros son las respiratorias o las gastrointestinales.

Dos ejemplos son la displasia broncopulmonar, enfermedad crónica que provoca la disminución del crecimiento pulmonar dando lugar a una limitación funcional respiratoria variable, o el íleo meconial definido como obstrucción del íleon terminal por meconio anormalmente denso y adherente.

Palabras Clave: Prematuro; Complicaciones; Meconio

Observación Crítica:

Prematuro extremo varón nacido a las 26 semanas + 2 días con un peso de 800gr y talla 34cm. Nace sin esfuerzo pero a la salida de paritorio comienza con esfuerzos respiratorios y tiene que ser intubado recibiendo altas dosis de oxígeno y una dosis de surfactante. Manteniendo buenas saturaciones, se cambia a ventilación mecánica con CPAP.

A los 15 días de vida se sospecha de íleo meconial y aparece un distrés respiratorio relacionado con una displasia broncopulmonar moderada-grave, de la cual está siendo tratado. Es intervenido de urgencia por inestabilidad hemodinámica, sospechando de necrosis intestinal donde se le hace una resección de 10 cm de íleon distal y ciego, y se le realiza una ileostomía.

Desde el equipo de enfermería neonatal, se les ha ofrecido acudir a las sesiones clínicas para padres que se dan en el servicio para afrontar mejor la situación.

Plan de cuidados Enfermeros:

Se va a realizar un total de cinco sesiones clínicas dirigidas a padres de niños prematuros, captados en el hospital y serán semanales.

1ª SESIÓN: Primera toma de contacto con los padres.

Objetivos: acercar a los padres para que se conozcan entre ellos y fomentar la participación en las sesiones.

Técnicas de trabajo: lluvia de ideas y mito o realidad.

2ª SESIÓN:

Objetivos: identificar los principales problemas al alta hospitalaria y conocer los signos y síntomas de alarma.

Técnicas de trabajo: formación básica con vídeos y demostración práctica.

3ª SESIÓN:

Objetivos: profundizar en temas demandados por cada familia.

Técnica de trabajo: entrega de manual de cuidados.

4ª SESIÓN: será individual.

Objetivos: exteriorizar situaciones de miedo e inseguridad.

Técnica de trabajo: charla y disciplina positiva para parejas.

5ª SESIÓN:

Objetivos: enumerar los aspectos positivos y verbalizar su experiencia.

Técnicas de trabajo: tormenta de ideas y test de evaluación.

Diagnósticos Enfermeros:

1. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) r/c falta de exposición y m/p petición de información y realización inadecuada de la prueba.

-NOC: Conocimiento: proceso de enfermedad. Capacidad cognitiva.

-NIC: Educación sanitaria. Facilitar el aprendizaje. Enseñanza: proceso de enfermedad.

2. DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES (00030) r/c desequilibrio ventilación/perfusión y m/p hipoxia, cianosis y aleteo nasal.

-NOC: Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Estado respiratorio: ventilación.

-NIC: Manejo de las vías aéreas. Oxigenoterapia. Monitorización respiratoria.

3. AFRONTAMIENTO INEFICAZ (00069) r/c crisis situacionales y cambios vitales múltiples y m/p autoestima baja e incapacidad para cubrir las necesidades humanas básicas y resolver los problemas.

-NOC: Elaboración de la información. Superación de problemas. Toma de decisiones.

-NIC: Aumentar el afrontamiento. Asesoramiento. Aumentar los sistemas de apoyo.

4. CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00061) r/c alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados y m/p temor sobre cuidados y salud futura del receptor de los cuidados y estrés.

-NOC: Autoestima. Ejecución de rol. Salud emocional del cuidador familiar.

-NIC: Apoyo emocional. Bienestar del cuidador familiar. Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

5. RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00028) r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos.

-NOC: Hidratación. Control del síntoma. Control del riesgo.

-NIC: Manejo de líquidos. Monitorización de líquidos.

6. RIESGO DE INFECCIÓN (00004) r/c procedimientos invasivos.

-NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Conocimiento: control de la infección.

Control del riesgo.

-NIC: Control de infecciones. Protección contra las infecciones.

Discusión:

La evolución de la medicina ha traído consigo la mejora y la alta tasa de supervivencia de los prematuros, pero por otro lado el aumento de algunos problemas. Estos problemas suponen para los padres estrés, desconocimiento y falta de autoestima para afrontar esta nueva situación.

Desde enfermería, lo que se pretende es, no solo cubrir las necesidades del prematuro, sino también la de los padres que, tras el alta hospitalaria, serán los cuidadores principales y tendrán que hacer frente desde el domicilio a los problemas que puedan surgir.

En nuestro caso, tras cada sesión se ha observado la buena adaptación de los padres y el grado de conocimiento que han adquirido. Les ha servido para aumentar su autoestima, encontrar estrategias de afrontamiento y expresar sus sentimientos con personas cercanas.

Conclusiones:

Este proyecto educativo favorece el afrontamiento de la situación en la que se encuentran los padres, con un notable aumento de la autoestima y seguridad a la hora de llevar a cabo los cuidados del recién nacido.

Lo ideal sería que existieran más planes de cuidados al alcance de todas las familias y se consiguieran mayores implicaciones por parte de estas.

La Educación para la salud aporta grandes beneficios a la población.

Bibliografía:

1. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2018-2020. 11^º edic. Barcelona Elsevier. España S.L.U.; 2019.
2. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria; 2010.
3. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 2018. 6^º edic. Barcelona Elsevier España S.L.U.; 2018.
4. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): 2018. 7^º edic. Barcelona. Elsevier España S.L.U.;2018.
5. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;388(10063):3027-35.

Capítulo 155

Necesidades percibidas de educación para la salud en niños y niñas de la provincia de Ciudad Real

Carretero Elvira, Laura

Camacho Sánchez, Beatriz

Carrillo Palomo, Concepción

León Pavón, Arancha



Necesidades percibidas de Educación para la Salud en niños y niñas de la provincia de Ciudad Real

Autores: Carretero Elvira L., Camacho Sánchez B., Carrillo Palomo C.
Enfermeras Especialistas en Enfermería Pediátrica

Introducción

La labor de la enfermera en Educación para la Salud (EpS) de la población infantil juega un importante papel, ya que es a estas edades cuando se forjan y perpetúan los primeros estilos de vida.

El hecho de que no se contemple dentro del tiempo de consulta de la Enfermera Pediátrica la EpS en las escuelas, hace que la mayoría de las veces las actividades se realicen de manera puntual y esporádica, con una falta de planificación y sin realizar un estudio previo de las necesidades de los propios niños y niñas.

Objetivos

- Evaluar el grado de necesidad percibida de diferentes temas de EpS en niños y niñas de entre 3 y 14 años de la provincia de Ciudad Real.
- Analizar la percepción de los padres, madres y profesores de las necesidades de EpS en niños y niñas entre 3 y 14 años de la provincia de Ciudad Real.
- Seleccionar los temas de mayor necesidad percibida para la priorización de temas en EpS.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población: Niños y niñas de entre 3 y 14 años, padres y profesores de la provincia de Ciudad Real.

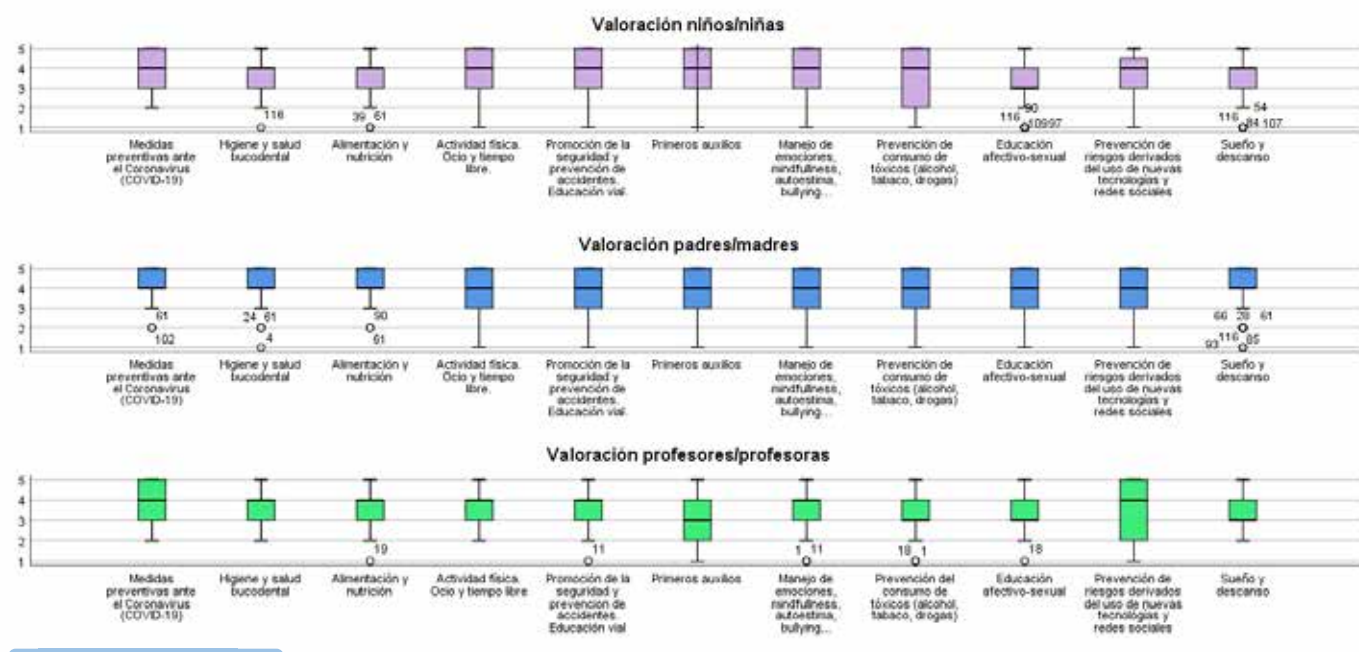
Muestra: Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Recogida de datos: Se realizaron dos encuestas de elaboración propia autoadministrada y cumplimentada de forma totalmente anónima y voluntaria a través de la plataforma de "Google forms". La primera encuesta fue destinada a padres con hijos de entre 3 y 14 años. En esta se preguntaba a los padres sobre el grado de necesidad percibida que tenían sobre sus hijos en 11 temas de EpS puntuables mediante una escala Likert (5 respuestas: donde 1 es la puntuación mínima). También se dejaba la opción de que los propios hijos pudieran contestar a dichos ítems. Además se realizó otra encuesta con el mismo formato preguntando a los profesores sobre las necesidades percibidas en EpS de sus alumnos de entre 3 y 14 años.

Análisis de los datos: Estadística descriptiva (mediana y rango intercuartil) previo estudio de la normalidad (variables con una distribución no normal) por grupos de edad y totales. Para la explotación de datos se utilizó el software informático SPSS 26.0.

Resultados

Se obtuvieron 83 encuestas de padres y madres con un total de 119 hijos e hijas de entre 3 y 14 años, donde estos últimos contestaron en 95 ocasiones. Para la encuesta destinada a profesores y profesoras se obtuvieron 33 encuestas siendo todas contestadas por los participantes.



Conclusiones

- El estudio de las necesidades en EpS de niños y niñas se hace imprescindible para poder llevar a cabo los diferentes programas de EpS en la escuela, ya que de esta forma podemos priorizar los temas que más necesitan y les interesan.
- La mayoría de los temas obtuvieron puntuaciones altas, lo que nos hace pensar que la población infantil de la provincia de Ciudad Real tiene unas altas necesidades en Educación para la Salud.
- La enfermera pediátrica es una figura importante en la EpS de los niños, por lo que debería de disponer de los medios y materiales necesarios para poder programar y planificar actividades que solventen las necesidades en EpS de los niños y niñas de la provincia de Ciudad Real.

Resumen: La labor de la enfermera en Educación para la Salud (EpS) de la población infantil juega un importante papel, ya que es a estas edades cuando se forjan los primeros estilos de vida.

OBJETIVO: Evaluar el grado de necesidad percibida de EpS en niños de entre 3 y 14 años.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal. Muestreo por conveniencia. Encuestas para evaluar el grado de necesidad percibida en 11 temas de EpS mediante una escala Likert.

RESULTADOS: La mayoría de temas obtuvieron una mediana de 4 puntos en la escala Likert.

CONCLUSIONES: La muestra observada tiene unas altas necesidades percibidas en EpS.

Palabras Clave: Niño, Educación en Salud, Servicios de Salud Escolar

Introducción:

La labor de la enfermera en Educación para la Salud (EpS) de la población infantil juega un importante papel, ya que es a estas edades cuando se forjan y perpetúan los primeros estilos de vida.

El hecho de que no se contemple dentro del tiempo de consulta de la Enfermera Pediátrica la EpS en las escuelas, hace que la mayoría de las veces las actividades se realicen de manera puntual y esporádica, con una falta de planificación y sin realizar un estudio previo de las necesidades de los propios niños y niñas.

Objetivos:

- Evaluar el grado de necesidad percibida de diferentes temas de EpS en niños y niñas de entre 3 y 14 años de la provincia de Ciudad Real.
- Analizar la percepción de los padres, madres y profesores de las necesidades de EpS en niños y niñas entre 3 y 14 años de la provincia de Ciudad Real.
- Seleccionar los temas de mayor necesidad percibida para la priorización de temas en EpS.

Metodo:

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, cuya población de estudio eran niños y niñas de entre 3 y 14 años, padres y profesores de la provincia de Ciudad Real, a los que se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de la muestra.

Para la recogida de datos se realizaron dos encuestas de elaboración propia autoadministrada y cumplimentada de forma totalmente anónima y voluntaria a través de la plataforma de "Google forms".

La primera encuesta fue destinada a padres con hijos de entre 3 y 14 años. En esta se preguntaba a los padres sobre el grado de necesidad percibida que tenían sobre sus hijos en 11 temas de EpS puntuables mediante una escala Likert (1: Muy baja necesidad percibida; 2: Baja necesidad percibida; 3: Media

necesidad percibida; 4: Alta necesidad percibida y 5: Muy alta necesidad percibida). También se dejaba la opción de que los propios hijos pudieran contestar a dichos ítems.

Además, se realizó otra encuesta con el mismo formato preguntado a los profesores sobre las necesidades percibidas en EpS de sus alumnos de entre 3 y 14 años.

Los temas de EpS que se preguntaron tanto en la encuesta para padres e hijos como para profesores fueron:

- 1.- Medidas preventivas ante el Coronavirus (COVID-19). 2.- Higiene y salud bucodental.
- 3.- Alimentación y nutrición.
- 4.- Actividad física. Ocio y tiempo libre.
- 5.- Promoción de la seguridad y prevención de accidentes. Educación vial. 6.- Primeros auxilios.
- 7.- Manejo de emociones, mindfulness, autoestima, bullying...
- 8.- Prevención de consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, drogas). 9.- Educación afectivo-sexual.
- 10.- Prevención de riesgos derivados del uso de nuevas tecnologías y redes sociales. 11.- Sueño y descanso.

Para el análisis de los datos se utilizó una estadística descriptiva (mediana y rango intercuartil) previo estudio de la normalidad (variables con una distribución no normal) por grupos de edad y totales. Para la explotación de datos se utilizó el software informático SPSS 26.0.

Resultados:

Se obtuvieron un total de 83 encuestas de padres y madres, donde la mediana de puntuación en todos los temas propuestos obtuvieron una puntuación de 4 en la escala Likert.

El total de hijos e hijas de estos padres encuestados fue de 119, de los cuales 95 de ellos contestaron a la misma encuesta planteada. En este caso la mayoría de temas también fueron puntuados con una mediana de 4, a excepción del tema "Educación afectivo-sexual" que obtuvo una mediana de 3.

En cuanto a los profesores y profesoras se obtuvieron un total de 33 encuestas, donde la mayoría de los temas obtuvieron una mediana de 4, a excepción de los temas: "Primeros auxilios", "Prevención del consumo de tóxicos", "Educación afectivo-sexual" y "Sueño y descanso", que obtuvieron una mediana de 3.

Conclusiones:

El estudio de las necesidades en EpS de niños y niñas se hace imprescindible para poder llevar a cabo los diferentes programas de EpS en la escuela, ya que de esta forma podemos priorizar los temas que más necesitan y les interesan.

La mayoría de los temas obtuvieron puntuaciones altas, lo que nos hace pensar que la población infantil de la provincia de Ciudad Real tiene unas altas necesidades en EpS.

La enfermera pediátrica es una figura importante en la EpS de los niños, por lo que debería de disponer de los medios y materiales necesarios para poder programar y planificar actividades que solventen las necesidades en EpS de los niños y niñas de la provincia de Ciudad Real.

Bibliografía:

1.- Salvador T, Suelves JM, Puigdollers E. Criterios de Calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones educativas y sanitarias. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública). MEPSYD y MSC, 2008.

2.- Moreno C, Ramos P, Rivera F, et al. La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018. Ministerio de Sanidad, 2020.

3.- Mena Tudela D, Pina Romero JA. Necesidades de Educación para la Salud en el Segundo Ciclo de Educación Secundaria Obligatoria. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012; 11(26): 102-116. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200007&lng=es

Capítulo 156

Necrosis grasa subcutánea neonatal tras hipotermia terapéutica. A propósito de un caso.

Muñoz de Morales Ortiz, Ana María

García Muñoz de Morales, Marta

Sobrino Sobrino, Ángeles

NECROSIS GRASA SUBCUTÁNEA NEONATAL TRAS HIPOTERMIA TERAPEÚTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La hipotermia neonatal terapéutica es una técnica segura para el manejo del recién nacido a término (RNT) y prematuro tardío con hipoxia perinatal y sospecha de encefalopatía hipóxico-isquémica moderada o grave. Constituye el tratamiento de elección en estos casos variando positivamente su pronóstico y siendo aceptada como técnica segura y con pocas complicaciones secundarias. Una de estas complicaciones poco frecuente es la necrosis de la grasa subcutánea que puede aparecer en las primeras semanas de vida debido a un defecto en el metabolismo de la grasa ya que en el RN hay más ácidos grasos saturados que insaturados en la grasa parda, con mayor tendencia a la cristalización y solidificación ante el estrés por frío.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

RNT que nace, tras cesárea urgente por registro silente, sin esfuerzo respiratorio, hipotónico y FC < 60 lpm. Se traslada a UCI Neonatal, y tras monitorización previa con EEG e hipotermia pasiva, comienza a las 3h de vida con hipotermia terapéutica con TECOTHERM NEO durante 72 h, pasadas las cuales se realiza recalentamiento progresivo sin incidencias. Al décimo día de vida se observa lesión eritematoso-violácea de 6cm de diámetro en la zona interescapular, dura y dolorosa al tacto compatible con lesión por necrosis grasa subcutánea.

El diagnóstico es confirmado por el servicio de dermatología. La lesión aumenta de tamaño durante las siguientes 24h. Se realizan controles analíticos y el calcio iónico se mantiene dentro de la normalidad. La lesión se resolvió sin complicaciones.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

DIAGNÓSTICO NANDA	R/C	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTUACIONES
00047/Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Factores externos: hipotermia.	-1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. -1902 Control del riesgo. -1908 Detección del riesgo.	-3500 Manejo de presiones. -3590 Vigilancia de la piel.	-Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. -Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
00004/Riesgo de infección.	Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.	-204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. -1902 Control del riesgo.	-6540 Control de infecciones	-Poner en práctica precauciones universales.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La hipotermia terapéutica constituye el tratamiento de elección para los RN con encefalopatía hipóxico-isquémica moderada- grave. Sus complicaciones más frecuentes son la trombocitopenia, la hipoglucemia y la hipercalcemia, siendo esta última la más grave. Otra complicación menos frecuente es la necrosis grasa subcutánea, que aparece entre la primera y cuarta semana de vida tras la aplicación de hipotermia terapéutica. Este evento suele ser autolimitado y desaparece sin dejar secuelas, aunque algunos presentan atrofia subcutánea residual.

Resumen: *La necrosis grasa subcutánea es una entidad poco frecuente que aparece entre la primera y cuarta semana de vida, tras haber sido sometido el recién nacido a término o el prematuro tardío a hipotermia inducida por hipoxia perinatal y sospecha de encefalopatía hipóxica isquémica moderada o grave. Sus complicaciones más frecuentes son trombocitopenia, hipoglucemia e hipercalcemia siendo esta última la más grave, por lo que necesita de un control analítico seriado.*

Palabras Clave: *Hipotermia inducida, Necrosis grasa, Encefalopatía por hipoxia.*

Desarrollo del trabajo:

La hipotermia neonatal terapéutica es una técnica segura para el manejo del recién nacido a término y prematuro tardío con hipoxia perinatal y sospecha de encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) moderada o grave. Constituye el tratamiento de elección en estos casos variando positivamente su pronóstico y siendo aceptado como técnica segura y con pocas complicaciones secundarias valorando su beneficio, algunas de las más frecuentes son trombocitopenia, hipoglucemia, hipotensión moderada y bradicardia sinusal las cuales son transitorias y reversibles tras el recalentamiento. Un efecto adverso que no es tan frecuente es la necrosis de la grasa subcutánea que es una paniculitis que puede aparecer en las primeras semanas de vida debido a un defecto en el metabolismo de la grasa, ya que en el recién nacido hay más ácidos grasos saturados que insaturados en la grasa parda con mayor tendencia a la

cristalización y solidificación ante el estrés por frío.

En el caso que presentamos nos encontramos a un recién nacido a término que tras cesárea urgente por registro silente nace muy hipotónico, sin esfuerzo respiratorio, con frecuencia cardíaca menor de 60 latidos por minuto y con llamativa palidez mucocutánea.

Inmediatamente se intuba y se inicia ventilación con PPI mientras se realiza masaje cardíaco y se pone una dosis de adrenalina intratraqueal. Se traslada a UCI neonatal donde se canaliza y se comienza con perfusión de dopamina, se expande y se transfunde por anemia severa. Tras monitorización previa con EEG e hipotermia pasiva comienza a las 3 horas de vida con hipotermia inducida con Tecotherm Neo durante 72 horas, pasadas las cuales se realiza recalentamiento progresivo sin incidencias.

Al décimo día de vida se observa lesión eritematosa violencia en la zona interescapular, dura y dolorosa al tacto de 6 cm de diámetro compatible con necrosis grasa subcutánea. El diagnóstico es confirmado por el servicio de dermatología de nuestro hospital. La lesión aumenta de tamaño al día siguiente de la aparición y no evoluciona más. Se realizan controles analíticos y el calcio iónico se mantiene dentro de la normalidad. Aunque la necrosis grasa subcutánea es poco frecuente tiene algunas complicaciones como la trombocitopenia, la hipoglucemia y la hipercalcemia siendo esta última la más grave, por lo que el control analítico seriado del calcio es muy importante y en caso de elevación el tratamiento se comenzará con hiperhidratación y diuréticos como la Furosemida reservando los corticoides y los bifosfonato para casos resistentes. Este evento suele ser autolimitado y desaparece sin dejar secuelas, aunque en algunos casos pueden presentar atrofia subcutánea residual.

Bibliografía:

1. Alias Hernández I, Fernández Martínez M.M, Amo Rodríguez R, Campos Aguilera A.M. Necrosis grasa subcutánea en un recién nacido y sus complicaciones. Acta Pediátrica. Esp 2012; 70 (1): 39-40. Disponible en www.actapediátrica.com.

2. Díaz Díaz J, Morante Valverde R, Delgado Muñoz M.D Ejemplos citas estilo Vancouver:, Matí Carreras E, Bustos Lozano G.

Necrosis grasa subcutánea complicada tras tratamiento con hipotermia terapéutica por encefalopatía hipóxico- isquémica grave. Anales de pediatría DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.11.007 disponible en www.analesdepediatria.org.

3. Yori F, Varón S, Valdés B, Acosta M.A, De María M, Álvarez M. Necrosis grasa subcutánea del recién nacido: reporte de caso y revisión de literatura. Arch Pediatr. Urug.[online] 2018,vol.89,n.1, pp.26-30 disponible en www.scielo.edu.uy.

Capítulo 157

Necrosis grasa subcutánea tras tratamiento con hipotermia terapéutica

Jiménez De Los Galanes Cejudo, Gema María

Martínez Sánchez, María del Carmen

Crespo González , Elena

CASO CLÍNICO

NECROSIS GRASA SUBCUTÁNEA TRAS TRATAMIENTO CON HIPOTERMIA TERAPEÚTICA.



INTRODUCCIÓN

La necrosis subcutánea es una entidad poco frecuente, debida a un paniculitis en el tejido celular subcutáneo. Habitualmente, se desarrolla en los primeros 7 días de vida. Típicamente, ocurre en recién nacidos a término o posttérmino. Se han descrito múltiples factores de riesgo, incluyendo factores neonatales como asfixia, aspiración de meconio e hipotermia terapéutica. Las lesiones típicas consisten en placas eritematosas que evolucionan en horas a nódulos de coloración violácea y consistencia firme en el espesor del tejido celular subcutáneo. El curso suele ser autolimitado, con resolución espontánea. Aunque puede ir asociada a complicaciones extracutáneas como hipoglucemia, trombocitopenia, hipertrigliceridemia y la más grave hipercalcemia. El tratamiento indicado ante una hipercalcemia es seguir una dieta baja en calcio, evitando la administración de vitamina D y administrar hidratación intravenosa, acompañada de furosemida para forzar calciuresis y glucocorticoides que interfieren en el metabolismo de la vitamina D.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS	INDICADORES NOC	INTERVENCIONES
00214 DISCONFORT	NOC 2100 Nivel de comodidad	NIC 6452 Manejo ambiental: confort
00132 DOLOR AGUDO	NOC 1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	NIC 1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos
000195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO	NOC 0600 Equilibrio electrolítico y ácido-base	NIC 2001 Manejo de electrolitos: hipercalcemia

DISCUSIÓN

Hoy en día, la hipotermia terapéutica se ha convertido en el tratamiento básico de la encefalopatía hipóxico-isquémica moderada-severa, por lo que los neonatólogos y resto de personal de UCIN, deben conocer esta afección y sus posibles complicaciones, con el fin de detectar las alteraciones metabólicas, si se presentan e instaurar un tratamiento adecuado.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

RN de 39 semanas que ingresa procedente de quirófano tras cesárea urgente por registro silente. Apgar 2/7 reanimación tipo V. Peso estimado de 3.500 gramos. Palidez e hipoperfusión periférica severa, hipotonía global. Anemia severa por transfusión feto-materna. Shock grave y fallo multiborgánico secundario. Encefalopatía hipóxico-isquémica con hipotermia terapéutica.

Desde 2º día de vida y con tratamiento de hipotermia se aprecia edema importante y duro al tacto en espalda.

A los 9 días de vida comienza a observarse placa eritematosa-violácea en espalda inducida al tacto de márgenes muy bien delimitados que mide 5-6 cm de diámetro y aparenta ser dolorosa al tacto. No ulceración superficial. Realizada interconsulta con Dermatología que diagnostica necrosis grasa subcutánea y recomienda hacer seguimiento clínico y controles analíticos. De momento no se inicia toma de Vitamina D.

Al día a los 13 días la lesión sigue de igual tamaño, sólo dolorosa al contacto directo. Se le recomienda a los padres medidas generales de hidratación y vigilancia de hipercalcemia (vómitos, rechazo de las tomas, irritabilidad excesiva).

Al mes en revisión en consultas ya ha desaparecido la necrosis.

CONCLUSIONES

Los lactantes afectados se presentan con buen estado general y frecuentemente asintomáticos. En algunos casos las lesiones pueden ser muy dolorosas y requieren el uso de analgesia para su manejo.

La mayoría de las lesiones de necrosis grasa subcutánea, tienden a desaparecer espontáneamente al cabo de varios meses sin dejar cicatriz ni atrofia o con atrofia residual leve. Es raro que los nódulos persistan durante más de 6 meses.

Las complicaciones de la necrosis grasa subcutánea son poco frecuentes, dentro de éstas la más frecuente y severa es la hipercalcemia. Ésta se asocia a un aumento en la morbi-mortalidad de los recién nacidos con esta afección.

En nuestro paciente el diagnóstico se planteó por la clínica, presentando en los primeros días las lesiones típicas que se describen en la literatura. El diagnóstico se vio apoyado por los antecedentes perinatales de hipoxia. La evolución del recién nacido fue favorable no presentando complicaciones a corto ni a largo plazo.

Gema María Giménez-Galanes Cejudo / M. Carmen Martínez Sánchez / Elena Crespo González
Enfermeras Especialistas en Pediatría de UCI Neonatal y Pediatría del Hospital General Universitario de Ciudad Real

Resumen: Recién nacido varón de 39 semanas que ingresa desde quirófano por cesárea urgente y que es diagnosticado de encefalopatía hipóxico-isquémica y recibe tratamiento de hipotermia.

Durante el tratamiento se aprecia edema importante y duro en espalda. Al noveno día de vida se observa placa eritematosa violácea indurada al tacto que mide entre 5 y 6 cm de diámetro y es dolorosa.

Se realiza seguimiento enfermero, así como por médico neonatólogo y dermatólogo. Se realizan controles analíticos y se vigila evolución.

Al mes es revisado en consultas y ya ha desaparecido la necrosis.

Palabras Clave: Necrosis grasa; Encefalopatía hipóxico-isquémica; Hipotermia

Introducción:

La necrosis subcutánea es una entidad poco frecuente, debida a una paniculitis en el tejido celular subcutáneo. Habitualmente se desarrolla en los primeros 7 días de vida. Típicamente ocurre en recién nacidos a término y postérmino. Se han descrito múltiples factores de riesgo, incluyendo factores neonatales como asfixia, aspiración de meconio e hipotermia terapéutica. Las lesiones típicas consisten en placas eritematosas que evolucionan en horas a nódulos de coloración violácea y consistencia firme en el espesor del tejido celular subcutáneo. El curso suele ser autolimitado, con resolución espontánea, aunque puede ir asociada a complicaciones extracutáneas como hipoglucemia, trombocitopenia, hipertrigliceridemia y la más grave, hipercalcemia. El tratamiento indicado ante una hipercalcemia es seguir una dieta baja en calcio, evitando la administración de vitamina D y administrar hidratación intravenosa, acompañada de furosemida para forzar calciuresis y glucocorticoides que interfieren en el metabolismo de la vitamina D.

Observación Clínica:

RN de 39 semanas que ingresa procedente de quirófano por cesárea urgente por un registro silente. Apgar 2/7, reanimación tipo V. Peso estimado de 3.500 gramos. Palidez e hipoperfusión periférica severa, hipotonía global. Anemia severa por transfusión feto-materna. Shock grave y fallo multiorgánico secundario. Encefalopatía hipóxico-isquémica con hipotermia terapéutica.

Desde segundo día de vida y con tratamiento de hipotermia se aprecia edema importante y duro al tacto en espalda.

A los nueve días de vida comienza a observarse placa eritematosa violácea en espalda indurada al tacto de márgenes muy bien delimitados que mide 5-6 cm de diámetro y aparenta ser dolorosa al tacto. No ulceración superficial. Realizada interconsulta con Dermatología que diagnostica necrosis grasa subcutánea y recomienda hacer seguimiento clínico y controles analíticos. De momento no se inicia toma de vitamina D.

Al alta a los 13 días de la lesión sigue de igual tamaño, solo dolorosa al contacto directo. Se les recomienda a los padres medidas generales de hidratación y vigilancia de hipercalcemia (vómitos, rechazo de las tomas, irritabilidad excesiva).

Plan de cuidados:

00214 DISCONFORT. NOC 2100 NIVEL DE COMODIDAD. NIC 6482 MANEJO AMBIENTAL. CONFORT

00132 DOLOR AGUDO. NOC 1605 CONTROL DEL DOLOR NOC 2102 NIVEL DE DOLOR. NIC 1400 MANEJO DEL DOLOR. NIC 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS.

000195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO. NOC 0600 EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO Y ÁCIDO BASE. NIC 2001. MANEJO DE ELECTROLITOS. HIPERCALCEMIA

Discusión:

Hoy en día, la hipotermia terapéutica se ha convertido en el tratamiento básico de la encefalopatía hipóxico-isquémica moderada-severa, por lo que los neonatólogos y resto de personal de UCIN deben conocer esta afección y sus posibles complicaciones con el fin de detectar las alteraciones metabólicas, si se presentan, e instaurar un tratamiento adecuado.

Conclusiones:

Los lactantes afectados se presentan con buen estado general y frecuentemente asintomáticos. En algunos casos las lesiones pueden ser muy dolorosas y requieren el uso de la analgesia para su manejo.

La mayoría de las lesiones de necrosis grasa subcutánea tienden a desaparecer espontáneamente al cabo de varios meses sin dejar cicatriz ni atrofia o con atrofia residual leve. Es raro que los nódulos persistan durante más de seis meses.

Las complicaciones de la necrosis grasa subcutánea son poco frecuentes y dentro de estas la más frecuente y severa es la hipercalcemia. Esta se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad de los recién nacidos con esta afección.

En nuestro paciente el diagnóstico se planteó por la clínica, presentando en los primeros días las lesiones típicas que se describen en la literatura. El diagnóstico se vio apoyado por los antecedentes perinatales de hipoxia. La evolución del recién nacido fue favorable no presentando complicaciones ni a corto ni a largo plazo.

Bibliografía:

1. Alias Hernández I, Fernández Martínez M.M, Amo Rodríguez R, Campos Aguilera A.M. Necrosis grasa subcutánea en un recién nacido y sus complicaciones. Acta Pediátrica. Esp 2012; 70 (1): 39-40. Disponible en www.actapediátrica.com.

2. Díaz Díaz J, Morante Valverde R, Delgado Muñoz M.D Ejemplos citas estilo Vancouver:, Matí Carreras E, Bustos Lozano G.

Necrosis grasa subcutánea complicada tras tratamiento con hipotermia terapéutica por encefalopatía hipóxico- isquémica grave. Anales de pediatría DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.11.007 disponible en www.analesdepediatria.org.

3. Yori F, Varón S, Valdés B, Acosta M.A, De María M, Álvarez M. Necrosis grasa subcutánea del recién nacido: reporte de caso y revisión de literatura. Arch Pediatr. Urug.[online] 2018,vol.89,n.1, pp.26-30 disponible en www.scielo.edu.uy.

Capítulo 158

Notificación de efectos adversos en España tras la vacunación frente a la Covid-19

López Juárez, María del Pilar

NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN ESPAÑA TRAS LA VACUNACIÓN FRENTE A LA COVID-19

INTRODUCCIÓN

El Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) valora de forma continua las sospechas de reacciones adversas notificadas en España con todos los medicamentos autorizados, incluyendo las vacunas (y por supuesto, también las de reciente aparición frente a la COVID-19).

En el artículo 99 de la Ley General de Sanidad, se recoge la obligación de los profesionales sanitarios de comunicar los efectos adversos causados por los medicamentos que puedan poner en peligro la vida o la salud de los pacientes, y en la Ley del Medicamento se determina que en el SEFV-H *estarán obligados a colaborar médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermeros y demás profesionales sanitarios*.

Para mejorar la seguridad del paciente es imprescindible **notificar e investigar** las sospechas de reacciones adversas a medicamentos. Si desde el inicio de la pandemia la labor de las enfermeras ha sido fundamental, durante la campaña de vacunación se han convertido en protagonistas principales. Por ello, es necesario hacer hincapié en la función notificadora de las enfermeras durante la campaña de vacunación frente a la COVID-19.

OBJETIVOS

1. Identificar a los principales notificadores de sospechas de reacciones adversas a las vacunas frente a la COVID-19 en España.
2. Enumerar las notificaciones de acontecimientos adversos más comunes registradas en España relacionadas con la administración de las vacunas frente a la COVID-19.
3. Comparar los acontecimientos adversos más notificados con las diferentes vacunas frente a la COVID-19 administradas en España.

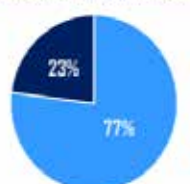
MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática. Necesidades o problemas: Administración de vacuna frente a la COVID-19. Población identificada: Pacientes que reciben alguna de las vacunas frente a la COVID-19 en España.

Recogida de información: Informes de Farmacovigilancia sobre vacunas COVID-19 (enero-junio 2021), Sistema Español De Farmacovigilancia De Medicamentos De Uso Humano.

RESULTADOS

Notificaciones de acontecimientos adversos

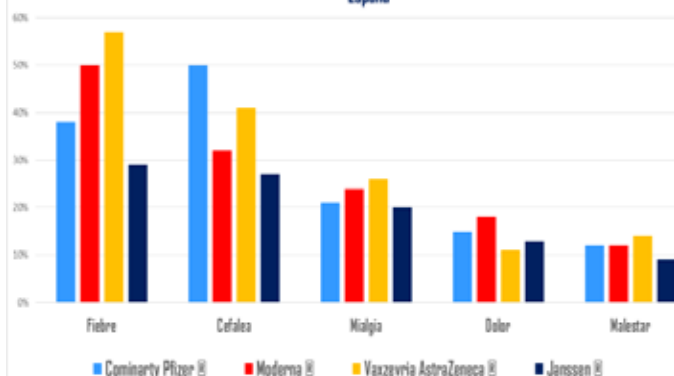


■ Prof. Sanitario ■ Ciudadanos

Acontecimientos adversos más notificados comunes a todas las vacunas administradas frente a la COVID-19 en España

- Fiebre.
- Cefalea.
- Mialgia.

Acontecimientos adversos más notificados tras la administración de las vacunas Cominarty Pfizer® Moderna® Vaxzevria AstraZeneca® Janssen® entre enero y junio de 2021 en España



CONCLUSIONES

1. Los profesionales sanitarios siguen siendo los principales notificadores de acontecimientos adversos.
2. Los 3 efectos adversos más notificados son comunes a las 4 vacunas frente a la COVID-19 disponibles en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acciones informativas - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2021 [última consulta 19 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/acciones-informativas/>
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Notificaram.es. 2021 [última consulta 19 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx>
3. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>

Resumen: *El Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) valora de forma continua las sospechas de reacciones adversas notificadas en España con todos los medicamentos autorizados, incluyendo las vacunas (también las de reciente aparición frente a la COVID-19).*

Para mejorar la seguridad del paciente es imprescindible notificar e investigar las sospechas de reacciones adversas a medicamentos. Desde el inicio de la pandemia la labor de las enfermeras ha sido fundamental, durante la campaña de vacunación se han convertido en protagonistas principales. Es fundamental la función notificadora de las enfermeras durante la campaña de vacunación frente a la COVID-19.

Palabras Clave: *Vacunación, Covid-19, Notificación efectos adversos*

Introducción:

El Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) valora de forma continua las sospechas de reacciones adversas notificadas en España con todos los medicamentos autorizados, incluyendo las vacunas (y por supuesto, también las de reciente aparición frente a la COVID-19).

En el artículo 99 de la Ley General de Sanidad de 1986, se recoge la obligación de los profesionales sanitarios de comunicar los efectos adversos, causados por los medicamentos que puedan poner en peligro la vida o la salud de los pacientes y en la Ley del Medicamento de 1990 se determina que en el Sistema Español de Farmacovigilancia estarán obligados a colaborar médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermeros y demás profesionales sanitarios.

Para mejorar la seguridad del paciente es imprescindible notificar e investigar las sospechas de reacciones adversas a medicamentos. Si desde el inicio de la pandemia la labor de las enfermeras ha sido fundamental, durante la campaña de vacunación se han convertido en protagonistas principales. Por ello, es necesario hacer hincapié en la función notificadora de las enfermeras durante la campaña de vacunación frente a la COVID-19.

En España, se están administrando 4 tipos de vacunas Cominarty Pfizer, Moderna, Vaxzevria Astra Zeneca y Janssen.

Objetivos:

Con este trabajo se pretende:

1. Identificar a los principales notificadores de sospechas de reacciones adversas a las vacunas frente a la COVID-19 en España.
2. Enumerar las principales notificaciones de acontecimientos adversos registradas en España, relacionadas con la administración de las vacunas frente a la COVID-19.
3. Comparar los acontecimientos adversos más notificados con las diferentes vacunas frente a la COVID-19 administradas en España.

Material y Método:

Se lleva a cabo una revisión sistemática.

Las necesidades o problemas detectados son: Administración de vacuna frente a la COVID-19.

La población identificada: Pacientes que reciben alguna de las vacunas frente a la COVID-19 en España.

Y la recogida de información se realiza en los Informes de Farmacovigilancia sobre vacunas COVID-19 (enero-junio 2021), Sistema Español De Farmacovigilancia De Medicamentos De Uso Humano.

Resultados:

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Los profesionales sanitarios son los principales notificadores de acontecimientos adversos, siendo responsables de notificar el 77% de los mismos, mientras que los ciudadanos notifican un 23% de ellos.

Los acontecimientos adversos más notificados (con todas las vacunas administradas frente a la COVID-19 en España) son fiebre, cefalea y mialgia, siendo también notificados, aunque con menor frecuencia, dolor en el lugar de punción y malestar.

Conclusiones:

Las principales conclusiones extraídas en este trabajo son:

1. Los profesionales sanitarios siguen siendo los principales notificadores de acontecimientos adversos en España.
2. Los 3 efectos adversos más notificados son comunes a las 4 vacunas frente a la COVID-19 disponibles en España (Cominarty Pfizer, Moderna, Vaxzevria AstraZeneca y Janssen) y son: fiebre, cefalea y mialgia.

Bibliografía:

1. Acciones informativas - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2021 [última consulta 19 de junio de 2021]. Disponible en: [https:// www.aemps.gob.es/acciones-informativas/](https://www.aemps.gob.es/acciones-informativas/)
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Notificaram.es. 2021 [última consulta 19 de junio de 2021]. Disponible en: [https:// www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx](https://www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx)
3. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. [Internet]. Disponible en: [https:// www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf](https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf)

Capítulo 159

Nuestra pequeña PATAU. Cuidados paliativos que enamoran.

Espinosa Velasco, Verónica

Megía Castro, María Isabel

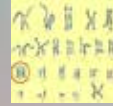
Ruda Celada, María Isabel

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Patau o trisomía del cromosoma 13 es una enfermedad rara que se caracteriza por la presencia de un cromosoma 13 adicional. Fue descubierta por Patau en 1960 y su prevalencia se estima en 0.8 por cada 10000 nacidos vivos, aparece con mayor frecuencia en madres de edad avanzada y se aprecia un ligero predominio en el sexo femenino (1/08). Se caracteriza por un cuadro polimalformativo muy grave.

Las malformaciones de diferentes estructuras del organismo, pueden ser:

- a.- Anomalías del Sistema Nervioso: retraso mental y psicomotor profundo, microcefalia y holoprosencefalia.
 - b.- Anomalías craneales: frente hacia atrás, micrognatia, malformaciones de los pabellones auriculares, paladar ojival, labio leporino y/o fisura palatina, epicanthos.
 - c.- Anomalías oculares: microftalmia, coloboma del iris e hipotelorismo
 - d.- Cuello corto y pliegue nucal.
 - e.- Cardiopatías: comunicación interauricular, persistencia del ductus arterioso y comunicación interventricular.
 - f.- Anomalías del aparato genitourinario: Criptorquidia, útero bicorne, hidronefrosis y riñón poliquistico.
 - g.- Anomalías de las extremidades: polidactilias, dedos supernumerarios y en flexión, uñas hiperconvexas, calcáneo prominente y pliegue simiesco.
- También se acompaña de hipoplasia de mamilas y hernias umbilicales e inguinales.



El diagnóstico de sospecha prenatal se hace mediante ecografía, al visualizarse las lesiones características mencionadas anteriormente.

El diagnóstico de confirmación exige la realización del cariotipo. El pronóstico es muy grave ya que raramente superan el año de vida, debido a los problemas cardiorespiratorios.

Dado que las anomalías cardíacas representan la causa principal de morbimortalidad, se plantea el problema ético de si su reparación quirúrgica está indicada dado el pésimo pronóstico del caso tanto desde el punto de vista físico como intelectual y pone de manifiesto la necesidad en estos niños de la limitación del esfuerzo terapéutico.

CASO CLINICO

RNAT mujer 39 semanas de gestación y 3300 gr. Embarazo no controlado, madre 44 años, en eco 32 semana de gestación, se determina una comunicación interventricular con mala alineación septal sin obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. Éctasis plélica y O'Sullivan patológico.

Nace por cesárea por registro silente, con escaso esfuerzo respiratorio y cianosis. Precisa VMI, se traslada a UCIN.

A su llegada a UCI y tras valoración, se decide hipotermia pasiva, valoración neurológica y monitorización de la función cerebral.

Se observa pobre flexión y abducción en extremidades superiores, leve hipotonía cervical, succión débil, pupilas reactivas no mióticas, rasgos dismórficos, frente amplia, micrognatia, paladar ojival, hipotelorismo, cuello corto, exceso de piel en la nuca, manos en flexión bilateral.

No crisis convulsivas. No cumple criterios de encefalopatía por lo que se decide retirar hipotermia, permite extubación y disminución progresiva de aporte de O2.

En ecografía transfontanelar se aprecia hipoplasia del cuerpo caloso, vasculopatía lenticulo-estriada. En ecografía abdominal dilatación plélica izquierda. Hígado ligeramente aumentado de tamaño, vesícula biliar de localización atípica y llena de barro biliar.

También se le aprecia un trombo a nivel de la vena porta izquierda con componente trombótico umbilical.

En estudio cardiológico, se diagnostica comunicación interauricular, con datos de repercusión hemodinámica moderada. Hipertensión pulmonar moderada.

Tras todos estos hallazgos se le somete a un estudio de cariotipo, que confirma mediante estudio molecular y en ECEM (ISCI Carlos III) la trisomía 13.

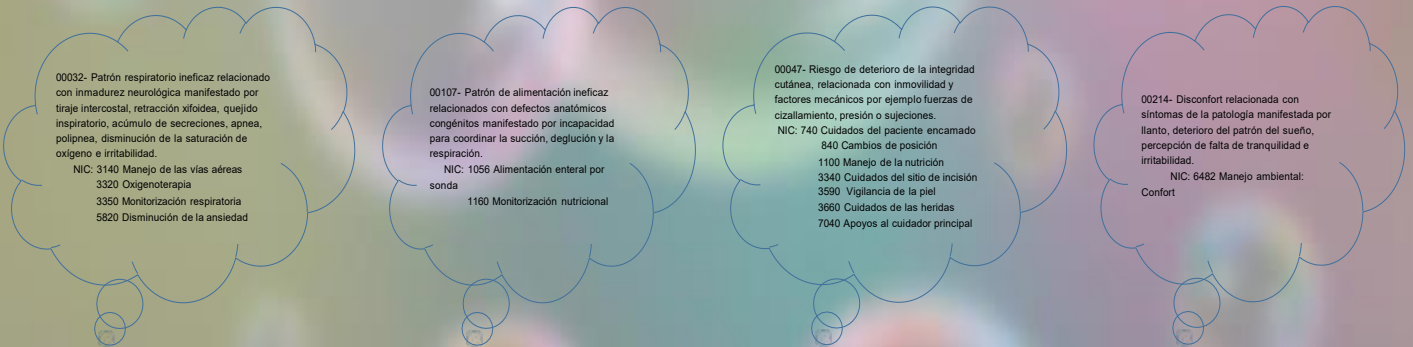
PLAN DE CUIDADOS

Una vez confirmado el diagnóstico de Síndrome de Patau o trisomía del cromosoma 13, por el cariotipo realizado, y teniendo en cuenta el grado de afectación de la RN, se informa a la familia de la evolución de la niña y lo publicado acerca de esta patología. Se solventan dudas y se ofrece apoyo del programa de psiquiatría perinatal, que es aceptado. En sesión multidisciplinaria, se decide de forma colegiada y consensuada con equipo y familia la NO intervención quirúrgica, iniciar adecuación del esfuerzo terapéutico e individualización de cuidados.

La valoración de enfermería se lleva a cabo con el formato de necesidades básicas basadas en el modelo de Virginia Henderson y los cuidados se enfocan a mejorar su calidad de vida, y cubrir sus necesidades básicas, sin caer en el encamizamiento.

1. **Necesidad de respiración y circulación:** La paciente presentaba dificultad respiratoria con necesidad de oxigenación y soporte ventilatorio.
2. **Nutrición e hidratación:** La paciente presentaba incapacidad para la succión y deglución precisando Nutrición enteral a través de Sonda nasogástrica.
3. **Necesidad de eliminación:** Esta necesidad funcionaba sin problemas, pero las características ácidas de las deposiciones le acarrearón graves alteraciones en la continuidad de la piel de la zona perianal.
4. **Necesidad de movimiento y mantener una postura adecuada:** La paciente presentaba una hipotonía muscular generalizada que le dificultaba la movilidad.
5. **Necesidad de sueño y descanso:** Como consecuencia de los signos y síntomas de su padecimiento la paciente no tenía un sueño regular y como resultado no tenía un buen descanso.
6. **Necesidad de vestirse y desvestirse:** Esta necesidad se le mantenía cubierta de acuerdo a su etapa de desarrollo (recién nacida).
7. **Necesidad de termorregulación:** Presentaba dificultad para mantener su temperatura corporal en parámetros de normalidad.
8. **Alteraciones o lesiones de la piel:** Prevenir la aparición de úlceras por presión.
9. **Necesidad de seguridad:** La recién nacida se mantenía protegida de microorganismos patógenos, riesgos de caídas, ruidos moderados, temperatura y humedad extrema, entre otros.

Tras la valoración nos encontramos una paciente con alteración integral, por lo que se estructuraron los siguientes diagnósticos de enfermería, jerarquizados y priorizados, considerando que es una paciente en estado terminal.



DISCUSIÓN:

Los defectos cromosómicos son una causa importante de enfermedad y mortalidad en el feto, ya que producen abortos espontáneos, muerte neonatal, malformaciones congénitas, así como retraso mental. Por ello es de vital importancia un diagnóstico precoz en el feto, ya que así se podrá valorar la posibilidad de una interrupción del embarazo o la preparación del núcleo familiar y la del personal sanitario, para la atención óptima del neonato afectado.

El caso que presentamos fue una captación tardía en la semana 32, los cribados del primer trimestre no se pudieron realizar, por lo que el diagnóstico definitivo se obtuvo tras el nacimiento.

El pronóstico de vida se relaciona claramente con la gravedad de las malformaciones cerebrales, renales y cardíacas. Existen dilemas éticos con relación a si se debe prolongar la vida de estos bebés cuando su esperanza de vida no supera las primeras semanas. En el caso que presentamos sus malformaciones no eran incompatibles con la vida y su evolución posterior fue favorable a pesar de no realizarse la cirugía cardíaca, aunque como hemos mencionado anteriormente el pronóstico y la esperanza de vida no dan buenas expectativas.

CONCLUSIÓN:

La calidad con que el equipo multidisciplinar brinden los cuidados paliativos determinará su calidad de vida. Enfermería debe vigilar y examinar de cerca sus constantes vitales, cada mueca, cada gesto y cada llanto para valorar así sus necesidades en cada momento y fomentar su confort, ya que por su edad no puede comunicarlo verbalmente como lo haría un adulto.

La evolución de nuestra paciente fue favorable, tras 100 días de ingreso en UCI fue dada de alta para continuar los cuidados por su familia en casa.

A nivel respiratorio con cánulas nasales convencionales 1-2 litros. Para su alimentación se instruyó a la madre en el manejo de bomba de alimentación para nutrición enteral continua.

Se realizaron gestiones de recursos de apoyo mediante la trabajadora social del hospital y se tramita prestación de dependencia y por cuidados de niño con enfermedad grave.

BIBLIOGRAFÍA

- NANDA Internacional
- Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2009-2011. Elsevier, Barcelona (2010)
- García-Quintero N.V., Chávez-Guerrero C., Miranda-del Olmo H.
- Un caso de trisomía trece con una cardiopatía compleja.
- Rev. Mex.Pediat., 70 (3) (2003), pp. 139-142

Resumen: *Trisomía del cromosoma 13 o Síndrome de Patau es una cromosomopatía que aparece en 1 de cada 20000 nacidos vivos, se asocia a graves malformaciones congénitas, las más graves cardíacas, renales y cerebrales. En este artículo, se expone un caso clínico en el que se decidió no reparar las lesiones cardíacas con una intervención quirúrgica, limitando así el esfuerzo terapéutico dado el infausto pronóstico de vida. No existe tratamiento disponible para este síndrome, lo único que se puede hacer es tratar de forma paliativa las complicaciones que se presenten de forma precoz.*

Palabras Clave: *Síndrome de la trisomía 13, Malformaciones congénitas, Cuidados paliativos.*

Introducción:

El síndrome de Patau o trisomía del cromosoma 13 es una enfermedad rara que se caracteriza por la presencia de un cromosoma 13 adicional.

La trisomía del cromosoma 13, aparece con mayor frecuencia en madres de edad avanzada y un ligero predominio en el sexo femenino (1/08).

Se caracteriza por un cuadro polimalformativo:

- Anomalías del sistema nervioso: retraso mental y psicomotor profundo, microcefalia y holoprosencefalia.

- Anomalías craneales: frente inclinada hacia atrás, micrognátia. Malformaciones de los pabellones auriculares, paladar ojival, labio leporino y/o fisura palatina, epicantos.

- Anomalías oculares: microftalmia, coloboma del iris (fisura congénita en alguna parte del ojo) e hipotelorismo (disminución de la separación de los ojos).

- Cuello corto y pliegue nugal.

- Cardiopatías: comunicación interauricular, persistencia del ductus arterioso y comunicación interventricular.

- Anomalías del aparato genitourinario: Criptorquidia, útero bicorne, hidronefrosis y riñón poliquistico.

- Anomalías de las extremidades: polidactilias, uñas hiperconvexas, calcáneo prominente y pliegue simiesco.

Caso Clínico:

RNAT mujer 39 semanas de gestación y 3300 gr.

Se trata de un embarazo no controlado, madre de 44 años, en eco prenatal en la 32 semana de gestación, se determina una comunicación interventricular con mala alineación septal sin obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. Ectasis piélica y O'Sullivan patológico.

Nace por cesárea por registro silente (menos de 5 latidos por minuto), tras el nacimiento se inicia VMNI, no se consigue buena oxigenación por lo que se decide intubación endotraqueal, también se le deja en hipotermia pasiva.

A su llegada a UCI se toman medidas para mantener hipotermia pasiva, valoración neurológica y monitorización cerebral.

Se determinan hipoglucemias persistentes, que no se corrigen hasta pasados 12 días de vida sospechándose de un Hiperinsulinismo .

A nivel respiratorio permite extubación a las cuatro horas de ingreso.

Presenta rasgos dismórficos, Cuello corto, exceso de piel en la nuca, manos en flexión bilateral. No crisis convulsivas.

En ecografía transfontanelar se le aprecia hipoplasia del cuerpo caloso, vasculopatía lentículo-estriada.

En ecografía abdominal se aprecia dilatación piélica izquierda. Hígado ligeramente aumentado se observa una vesícula biliar de localización atípica.

Se le aprecia un trombo a nivel de la vena porta izquierda con componente trombótico umbilical. Se diagnostica comunicación interauricular, con datos de repercusión hemodinámica moderada.

Hipertensión pulmonar moderada.

Tras todos estos hallazgos se le somete a un estudio de cariotipo, que confirma mediante estudio molecular y en ECEMC (ISCII Carlos III) la trisomía 13.

Una vez confirmado el diagnóstico de Síndrome de Patau, y teniendo en cuenta el grado de afectación se informa a la familia de la evolución de la niña .

En sesión multidisciplinar con hospital de referencia con Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca, y tras conocer la opinión de la familia de no intervención quirúrgica, se decide iniciar limitación del esfuerzo terapéutico y adecuación de cuidados:

Necesidad de respiración y circulación.

La paciente presentaba dificultad respiratoria , soporte ventilatorio. Nutrición e hidratación.

La paciente presentaba incapacidad para la succión y deglución precisando Nutrición enteral a través de Sonda nasogástrica.

Necesidad de eliminación.

Esta necesidad funcionaba sin problemas, pero las características ácidas de las deposiciones le acarrearon graves alteraciones en la continuidad de la piel de la zona perianal.

Necesidad de movimiento y mantener una postura adecuada.

La paciente presentaba una hipotonía muscular generalizada que le dificultaba la movilidad. Necesidad de sueño y descanso.

Necesidad de vestirse y desvestirse.

Esta necesidad se le mantenía cubierta de acuerdo a su etapa de desarrollo (recién nacida). Necesidad de termorregulación.

Presentaba dificultad para mantener su temperatura corporal en parámetros de normalidad. Alteraciones o lesiones de la piel.

Prevenir la aparición de úlceras por presión.

Se estructuraron los siguientes diagnósticos de enfermería, considerando que es una paciente en estado terminal.

00032- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica.

NIC: 3140 Manejo de las vías aéreas 3320 Oxigenoterapia

3350 Monitorización respiratoria 5820 Disminución de la ansiedad

00107- Patrón de alimentación ineficaz relacionados con defectos anatómicos congénitos manifestado por incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración.

NIC: 1056 Alimentación enteral por sonda

00047- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. NIC: 740 Cuidados del paciente encamado

840 Cambios de posición 3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidados de las heridas

Discusión:

Los defectos cromosómicos son una causa importante de enfermedad y mortalidad en el feto, ya que producen abortos espontáneos, muerte neonatal, malformaciones congénitas, así como retraso mental. Por ello es de vital importancia un diagnóstico precoz en el feto, ya que así se podrá valorar la posibilidad de una interrupción del embarazo o la preparación del núcleo familiar y la del personal sanitario, para la atención óptima del neonato afectado.

El pronóstico de vida se relaciona claramente con la gravedad de las malformaciones cerebrales, renales y cardíacas. Existen dilemas éticos con relación a si se debe prolongar la vida de estos bebés cuando su esperanza de vida no supera las primeras semanas. En el caso que presentamos sus malformaciones no eran incompatibles con la vida y su evolución posterior fue favorable a pesar de no realizarse la cirugía cardíaca.

Conclusión:

La calidad con que el equipo multidisciplinar brinden los cuidados paliativos determinará su calidad de vida.

La evolución de nuestra paciente fue favorable, tras 100 días de ingreso en UCI fue dada de alta para continuar los cuidados por su familia en casa.

A nivel respiratorio con cánulas nasales convencionales 1-2 litros. Para su alimentación se instruyó a la madre en el manejo de bomba de alimentación para nutrición enteral continua.

Bibliografía:

- 1 NANDA Internacional
2. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación. 2009-2011, Elsevier, Barcelona (2010)
3. García-Quintero N.V., Chávez-Guerrero C., Miranda-del Olmo H. Un caso de trisomía trece con una cardiopatía compleja.
4. Rev. Mex. Pediat., 70 (3) (2003), pp. 139-142

Capítulo 160

Nuevas tecnologías en diabetes

Gómez Martín, Patricia

NUEVAS TECNOLOGIAS EN DIABETES

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el número de personas con diabetes en el mundo asciende a 400 millones.

Como consecuencia del desarrollo de las Nuevas Tecnologías han aparecido una serie de Aplicaciones (app's) para móvil que ofrecen diferentes funciones útiles para la autogestión de la diabetes.

OBJETIVO

Ayudar al paciente con diabetes tanto en el conteo de hidratos de carbono y raciones de las comidas diarias, dosis de insulina necesaria así como servir de diario a la hora de anotar tanto la actividad diaria (ejercicio) como todas aquellas situaciones que haya que tener en cuenta para el control de la enfermedad (situaciones de estrés, enfermedad...)

Una vez realizado el registro poder transferir todos estos datos al profesional sanitario.

¿EN QUÉ CONSISTE?

En el análisis de las apps que hay disponibles en la actualidad que permiten el conteo de raciones, cálculo de dosis, registros de datos y el envío de éstos a los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión de las aplicaciones más usadas en diabetes por número de usuarios.
- Recopilación de la información aportada por profesionales dedicados al análisis e interpretación de los datos de los dispositivos descargados en sus respectivas plataformas digitales.
- Recogida de las distintas opiniones de los usuarios de estos sistemas en sus blogs, publicaciones, etc...

RESULTADO DE LOS ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS QUE EXISTEN

APP PARA CONTAR RACIONES



Consta de una gran base de datos y múltiples formas de buscar ingredientes; contando calorías y generando gráficas de los ingredientes de cada producto.



Ofrece las herramientas necesarias para llevar un registro completo de la actividad diaria de la persona con diabetes (monitoriza horas de sueño, comidas diarias...)



Es básicamente una base de datos de alimentos, donde de manera muy gráfica, podemos seleccionar cada alimento y ajustar sus cantidades tan solo pasando el dedo por encima de la comida.



Desarrollada por IDIBAPS de BCN, Fundación Alicia y Esteve, basada en el método del plato.



Esta APP tiene la ventaja de poder proponer menús enteros en función de las raciones que configures.

APP CÁLCULO DE DOSIS/ PREDICCIÓN DE GLUCEMIA



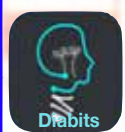
Enfocada principalmente a usuarios de bomba de insulina, ya que te dice como programar los Bolos Duales/mixtos en base a UGP (unidad-grasa-proteína).



La calculadora de bolos de esta app es excelente, además de incluir cálculos de bolos mixtos en base a UGP también permite ajustes por enfermedad o ejercicio.



App complementaria para MCG, sincronizando lectura y actividad de la glucosa en sangre en tiempo real, su alerta mas interesante en la predicción de hipoglucemias.



Ideada para usuarios de MCG, tiene una funcionalidad interesante que es una predicción de 30' en base a glucemias actuales y tendencias anteriores.

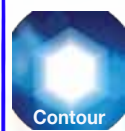


Calcula la predicción en base a datos de sensores continuos de glucemia de 30'. Es muy completa con amplias posibilidades de introducción de notas.

APP REGISTRO DE DATOS Y ENVIO A PROFESIONALES



App interoperable con apple health, es decir que coge los datos automáticamente de la misma aplicación.



Vinculada al glucómetro Contour Next, tiene una opción de envío de informes muy interesante y una función de detección de patrones.



App Española desarrollada por personas con diabetes, es muy simple y sin mucha integración con dispositivos pero enlaza con la app eSalud de IOS.



App con una interfaz sencilla e intuitiva, que permite la creación de gráficos para hacer que todo sea mas visual y accesible para el paciente.



Diseñada para hacer un seguimiento de los niveles de glucosa que introduce el usuario, posteriormente estos datos se pueden visualizar y exportarlas.

CONCLUSIONES

Las app's que existen en la actualidad son herramientas muy útiles para el paciente con diabetes para poder gestionar varios aspectos del control de su enfermedad: Desde el conteo de hidratos de carbono, cálculo de dosis y predicción de glucemia, como registro de datos y el envío de los mismos a los profesionales sanitarios.

Las 5 mejores app's de diabetes recomendadas por profesionales, asociaciones de pacientes, reconocidas como producto sanitario seguro y premiadas por expertos son:

FedeDiabetes:
1.- App creada por FEDE, tiene un diario donde se puede incluir la información del paciente sobre la medicación, valores de glucosa, peso e incluso cita con el profesional sanitario.

SocialDiabetes:
2.- Una de las app's más descargadas en su categoría y mejor valorada. Premiada como la mejor app de salud UNESCO-WSA y ganadora del internacional mobile premier Awards.

OneDrop:
3.- App premiada por la fundación iSYS como la 2ª mejor app de salud 2018 para pacientes. Esta app Norteamericana está traducida a 9 idiomas.

OnHealth:
4.- Aplicación creada por el servicio de endocrinología del hospital Galdakao Usausolo en el País Vasco.

MySugr:
5.- App Premiada por la fundación iSYS como la cuarta mejor app 2018 para pacientes.

Resumen: En los últimos tiempos han surgido iniciativas cuyo objetivo es ofrecer apoyo a la población con diabetes.

Como consecuencia del desarrollo de las nuevas tecnologías han aparecido una serie de aplicaciones para móvil que ofrecen distintas funciones útiles para la autogestión de la diabetes.

A continuación, se analizan las apps que existen en la actualidad que permiten tanto el conteo de raciones, cálculo de dosis como el registro de datos y el envío de estos a los profesionales sanitarios.

Palabras Clave: Diabetes mellitus - Glucemia - Carbohidratos

Introducción:

Según la OMS, el número de personas con diabetes en el mundo asciende a 400 millones. Como consecuencia del desarrollo de las Nuevas Tecnologías han aparecido una serie de

Aplicaciones (app s) para móvil que ofrecen diferentes funciones útiles para la autogestión de la diabetes.

A continuación se analizan las apps que hay disponibles en la actualidad que permiten el conteo de raciones, cálculo de dosis, registros de datos y el envío de éstos a los profesionales sanitarios.

Objetivo:

Ayudar al paciente con diabetes tanto en el conteo de hidratos de carbono y raciones de las comidas diarias , dosis de insulina necesaria así como servir de diario a la hora de anotar tanto la actividad diaria (ejercicio) como todas aquellas situaciones que haya que tener en cuenta para el control de la enfermedad(situaciones de estrés, enfermedad...)

Una vez realizado el registro poder transferir todos estos datos al profesional sanitario. APP

Para Contar Raciones:

MyFitnesspal

Consta de una gran base de datos y múltiples formas de buscar ingredientes; contando calorías y generando gráficas de los ingredientes de cada producto.

Diabetes M

Ofrece las herramientas necesarias para llevar un registro completo de la actividad diaria de la persona con diabetes (monitoriza horas de sueño, comidas diarias...)

FoodMeter

Es básicamente una base de datos de alimentos, donde de manera muy gráfica, podemos seleccionar cada alimento y ajustar sus cantidades tan solo pasando el dedo por encima de la comida

Diabetes a la carta

Desarrollada por IDIBAPS de BCN, Fundación Alicia y Esteve, basada en el método del plato.

Esta APP tiene la ventaja de poder proponer menús enteros en función de las raciones que configures. Diabetes Menu

Esta APP tiene la ventaja de poder proponer menús enteros en función de las raciones que configures.

APPs CÁLCULO DE DOSIS/PREDICCIÓN DE GLUCOSA.

Dual bolus

Enfocada principalmente a usuarios de bomba de insulina, ya que te dice como programar los Bolos Duales/ mixtos en base a UGP (unidad-grasa- proteína).

Diabetes M

La calculadora de bolos de esta app es excelente, además de incluir cálculos de bolos mixtos en base a UGP también permite ajustes por enfermedad o ejercicio.

Sugarmate

App complementaria para MCG, sincronizando lectura y actividad de la glucosa en sangre en tiempo real, su alerta más interesante en la predicción de hipoglucemias.

Diabits

Vinculada al glucómetro Contour Next, tiene una opción de envío de informes muy interesante y una función de detección de patrones.

Predict BGL

Calcula la predicción en base a datos de sensores continuos de glucemia de 30'. Es muy completa con amplias

APPs REGISTRO DE DATOS y ENVIO A PROFESIONALES

Mysurg

App interoperable con apple health, es decir que coge los datos automáticamente de la misma aplicación.

Contour

Vinculada al glucómetro Contour Next, tiene una opción de envío de informes muy interesante y una

Glucoquo

App Española desarrollada por personas con diabetes, es muy simple y sin mucha integración con dispositivos pero enlaza con la app eSalud de IOS.

Bant

App con una interfaz sencilla e intuitiva, que permite la creación de gráficos para hacer que todo sea mas visual y accesible para el paciente.

Diabetes

Diseñada para hacer un seguimiento de los niveles de glucosa que introduce el usuario, posteriormente estos datos se pueden visualizar y exportarlas.

Conclusiones:

Las app's que existen en la actualidad son herramientas muy útiles para el paciente con diabetes para poder gestionar varios aspectos del control de su enfermedad: Desde el conteo de hidratos de carbono, cálculo de dosis y predicción de glucemia, como registro de datos y el envío de los mismos a los profesionales sanitarios.

Las 5 mejores app's de diabetes recomendadas por profesionales, asociaciones de pacientes , reconocidas como producto sanitario seguro y premiadas por expertos son:

FedeDiabetes:

1.- App creada por FEDE, tiene un diario donde se puede incluir la información del paciente sobre la medicación ,valores de glucosa, peso e incluso cita con el profesional sanitario. SocialDiabetes:

2.- Una de las app's más descargadas en su categoría y mejor valorada. Premiada como la mejor app de salud UNESCO- WSA y ganadora del internacional mobile premier Awards.

OneDrop:

3.- App premiada por la fundación iSYS como la 2a mejor app de salud 2018 para pacientes. Esta app Norteamericana está traducida a 9 idiomas. OnHealth:

4.- Aplicación creada por el servicio de Galdakao_Usausolo Pais Vasco.

Mysurg

5.- App premiada por la fundación iSYS como la cuarta mejor app 2018 para el paciente.

Bibliografía:

- 1.(internet)Diabeweb.2017 (citado el 25 de mayo 2017) Disponible en: www.diabeweb.com
2. Informe 2015 Global Observatory for eHealth, revisado en 2016, emitido por la OMS
3. www.socialdiabetes.com/es/app

Capítulo 161

Nutrición en el paciente quemado crítico

*Vela Meco, Cristina
Calvo Giménez, Marta*

NUTRICION EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO

INTRODUCCIÓN

Según la American Burn Association (ABA), "Una quemadura es un daño a la piel y tejidos subyacentes por calor, sustancias químicas o electricidad". Las quemaduras presentan distintos grados, desde una leve afectación de la piel hasta la destrucción total de los tejidos implicados, si la superficie corporal total quemada (SCTQ) es muy extensa, puede verse comprometida la vida del paciente. El paciente quemado crítico desarrolla de forma precoz un estado de hipermetabolismo e hipermetabolismo severo, con un gasto energético (GE) que puede duplicar el GE de reposo, pudiendo persistir estas alteraciones durante meses. Es esencial, mantener en estos pacientes un estado nutricional adecuado. En los últimos 40 años se han estudiado diferentes intervenciones nutricionales y farmacológicas moduladoras de la respuesta inmune y metabólica. Dichas estrategias han demostrado ser capaces de minimizar la malnutrición aguda, modular la respuesta inmuno-inflamatoria y mejorar los resultados clínicos.

OBJETIVOS

- Analizar las líneas actuales de manejo nutricional en el paciente quemado crítico.
- Aumentar el conocimiento enfermero sobre el cuidado nutricional en el paciente quemado crítico.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Google académico, Cuiden y Scielo.

Tomando como criterios de inclusión los artículos publicados en inglés y español, en los últimos 5 años y criterio de exclusión menores de 18 años.

Palabras clave: nutrición (nutrition), quemados (burn injury) y cuidados críticos (critical care), a través del operador booleano AND.

RESULTADOS

Si realizamos un análisis metabólico del paciente quemado crítico destaca:

- Un estado hipermetabólico con aumento de la tasa metabólica basal (hasta un 40%), del gasto cardíaco, y del consumo de oxígeno por el miocardio, así como la degradación de la proteína muscular y resistencia a la insulina.

-A nivel de macronutrientes/micronutrientes:

HIDRATOS DE CARBONO	LIPIDOS	PROTEINAS	MICRONUTRIENTES
Hiperglucemia e hiperlactatemia. El tratamiento con insulina intravenosa (IV) disminuyen la respuesta hipermetabólica. Se recomienda iniciar con cifras ≥ 150 mg/dl, evitando situaciones de hipoglucemia.	Lipólisis y aumento de ácidos grasos saturados y monoinsaturados de acción proinflamatoria en sangre.	Disminución de 20-25%/m ² masa magra. El estado hipermetabólico se puede disminuir con la aportación de insulina exógena	Estrés oxidativo con una depleción severa de las defensas antioxidantes endógenas. Destaca la pérdida de cobre (Cu), selenio (Se) y cinc (Zn).

Actualmente se siguen las siguientes recomendaciones terapéuticas:

-Nutrición enteral (NE) precoz de primera elección. Asociándose a una menor estancia en UCI e infección de las lesiones y mantenimiento del trofismo intestinal. Contraindicada en situaciones de disfunción gastrointestinal, fallo intestinal o síndrome compartimental abdominal.

-Nutrición parenteral (NPT), si no es posible NE ,prestando atención a las posibles complicaciones como neumotórax yatrogénico, hemorragia, infección, embolismo aéreo o disfunción pulmonar/hepática.

-Protección gástrica por riesgo de úlceras por estrés, como úlcera de Curling.

-Vigilar complicaciones como íleo paralítico o dilatación gástrica relacionada con la hipovolemia inicial tras la quemadura.

-La combinación de antioxidantes ha demostrado una disminución en la incidencia de complicaciones infecciosas en estos pacientes. Así mismo el uso de fármacos como Propanolol y Oxandrolona han demostrado beneficios en el manejo del hipermetabolismo e hipermetabolismo.

-Planificar el plan de cuidados a nivel nutricional a diario , seguimiento con escalas nutricionales, controles analíticos o peso diario. Considerando la calorimetría indirecta como estándar de oro, si no fuese posible su uso, utilizar ecuaciones predictoras (Toronto, Carlson, Harris-Benedict ...etc.), siendo la de Toronto la más adecuada por aproximarse mejor a la calorimetría indirecta.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN EL QUEMADO CRÍTICO.

Macronutrientes:

HC:4-5g/kg/día.

Lípidos: 1-1,5g/kg/día.

Proteínas:1,5-2 g/kg/día.

Micronutrientes:

Cobre: 4,0-5,0 mg.

Selenio :300-500 g.

Zinc :25-40 mg.

Cromo :15 mg/d.

Vitamina A :10.000 UI.

Vitamina C: 1,0-3-0 g/d.

Vitamina D: ≤ 70 años: 600 UI

> 70 años: 800 UI

Vitamina E 20-25 UI.

Otros:

Glutamina 0,3-0,5 g/kg/día.

Tabla 1.

Tabla 2.

CONCLUSIONES

Una terapia metabólica y nutricional adecuadas son fundamentales, para promover la recuperación del paciente quemado grave, modulando la respuesta inmunoinflamatoria y minimizando la malnutrición aguda asociada, estas terapias deberán ajustarse de forma individual y según la evolución del paciente. Actualmente se recomienda la NE debiendo ser una prioridad su inicio, con el fin de evitar complicaciones a nivel gastrointestinal. La dieta debe ser rica en proteínas junto con una buena combinación del resto de nutrientes. El papel de la Enfermería es esencial en el manejo nutricional, ya que es la responsable de la administración, así como el seguimiento de la tolerancia de la dieta en el paciente quemado.

Resumen: *El paciente quemado crítico destaca por un estado hipermetabólico e hipercatabólico con aumento en el gasto energético (GE). Es importante iniciar terapia nutricional adecuada, de forma precoz e individualizada, demostrado una mejora de los resultados clínicos, la disminución de la incidencia de complicaciones, estancia hospitalaria y una aceleración del proceso de cicatrización de las heridas. Actualmente la vía enteral es de elección en estos pacientes. El papel de la Enfermería es esencial en el manejo nutricional, ya que es la responsable de la administración, así como el seguimiento de la tolerancia de la dieta en el paciente quemado.*

Palabras Clave: *Nutrition, Burn injury, Critical care.*

Introducción:

Según la American Burn Association (ABA)" una quemadura es un daño a la piel y tejidos subyacentes por calor, sustancias químicas o electricidad". Las quemaduras presentan distintos grados, desde una leve afectación de la piel hasta la destrucción total de los tejidos implicados, si la superficie corporal total quemada es muy extensa, puede verse comprometida la vida del paciente.

El paciente quemado crítico desarrolla de forma precoz un estado de hipermetabolismo e hipercatabolismo severo, con un gasto energético que puede duplicar el GE de reposo, pudiendo persistir estas alteraciones durante meses. Es esencial, mantener en estos pacientes un estado nutricional adecuado. En los últimos 40 años se han estudiado diferentes intervenciones nutricionales y farmacológicas moduladoras de la respuesta inmune y metabólica, dichas estrategias han demostrado ser capaces de minimizar la malnutrición aguda, modular la respuesta inmuno-inflamatoria y mejorar los resultados clínicos.

Objetivo:

- Analizar las líneas actuales de manejo nutricional en el paciente quemado crítico.
- Aumentar el conocimiento enfermero sobre el cuidado nutricional en el paciente quemado crítico.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos Pubmed, Google académico, Cuiden y Scielo. Tomando como criterios de inclusión los artículos publicados en inglés y español, en los últimos 5 años y criterio de exclusión menores de 18 años.

Palabras clave nutrición (nutrition), quemados (burn injury) y cuidados críticos (critical care) a través del operador booleano AND.

Desarrollada por IDIBAPS de BCN, Fundación Alicia y Esteve, basada en el método del plato.

Resultados:

Si realizamos un análisis metabólico del paciente quemado crítico destaca:

- Un estado hipermetabólico con aumento de la tasa metabólica basal (hasta un 40% del gasto cardíaco), y del consumo de oxígeno por el miocardio, así como la degradación de la proteína muscular y resistencia a la insulina.

-A nivel de macronutrientes/micronutrientes:

HIDRATOS DE CARBONO: Hiperglucemia e hiperlactatemia. El tratamiento con insulina intravenosa (IV) disminuyen la respuesta hipermetabólica. Se recomienda iniciar con cifras ≥ 150 mg/dl, evitando situaciones de hipoglucemia.

LÍPIDOS: Lipólisis y aumento de ácidos grasos saturados y monoinsaturados de acción proinflamatoria en sangre.

PROTEINAS: Disminución de 20-25%/m² masa magra. El estado hipercatabólico se puede disminuir con la aportación de insulina exógena.

MICRONUTRIENTES: Estrés oxidativo, con una depleción severa de las defensas antioxidantes endógenas. Destaca la pérdida de cobre (Cu), selenio (Se) y Zinc (Zn).

Actualmente se siguen las siguientes recomendaciones terapéuticas:

-Nutrición enteral (NE) precoz de primera elección. Asociándose a una menor estancia en UCI e infección de las lesiones y mantenimiento del trofismo intestinal. Contraindicada en situaciones de disfunción gastrointestinal, fallo intestinal o síndrome compartimental abdominal.

-Nutrición parenteral (NPT) si no es posible NE prestando atención a las posibles complicaciones como neumotórax yatrogénico, hemorragia, infección, embolismo aéreo o disfunción pulmonar/hepática.

-Protección gástrica por riesgo de úlceras por estrés, como úlcera de Curling.

-Vigilar complicaciones como íleo paralítico o dilatación gástrica relacionada con la hipovolemia inicial tras la quemadura.

-La combinación de antioxidantes ha demostrado una disminución en la incidencia de complicaciones infecciosas en estos pacientes. Así mismo, el uso de fármacos como Propanolol y Oxandrolona han demostrado beneficios en el manejo del hipermetabolismo e hipercatabolismo.

-Planificar el plan de cuidados a nivel nutricional a diario realizando seguimiento con escalas nutricionales, controles analíticos o peso diario. Considerando la calorimetría indirecta como estándar de oro, si no fuese posible su uso, utilizar ecuaciones predectoras (Toronto, Carlson, Harris Benedict ...)siendo la de Toronto la más adecuada por aproximarse mejor a la calorimetría indirecta.

Conclusiones:

Una terapia metabólica y nutricional adecuadas son fundamentales, para promover la recuperación del paciente quemado grave, modulando la respuesta inmunoinflamatoria y minimizando la malnutrición aguda asociada, estas terapias deberán ajustarse de forma individual y según la evolución del paciente. Actualmente se recomienda la NE debiendo ser una prioridad su inicio, con el fin de evitar complicaciones a nivel gastrointestinal. La dieta debe ser rica en proteínas, junto con una buena combinación del resto de nutrientes. El papel de la Enfermería es esencial en el manejo nutricional, ya que es la responsable de la administración, así como el seguimiento de la tolerancia de la dieta en el paciente quemado.

Bibliografía:

1. Moreira E, Burghi G, Manzanares W. Metabolismo y terapia nutricional en el paciente quemado crítico: Una revisión actualizada. Med Intensiva [Internet]. 2018 [Consultado el 11 Mar 2021];42(5): 306-316. Disponible en: [http:// www.elsevier.es/medintensiva](http://www.elsevier.es/medintensiva).

2. Pérez M, Martínez P, Pérez L. Guía de practica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. 2011. [https:// portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC 485 Quemados Junta Andalucía completa.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf) (último acceso 11 marzo 2021).

3. European Burns Association. European Practice Guidelines for Burn Care. European Burns Association. 2017. [https:// www.euroburn.org/wp-content/uploads/EBA-Guidelines-Version-4-2017.pdf](https://www.euroburn.org/wp-content/uploads/EBA-Guidelines-Version-4-2017.pdf) (último acceso 15 de marzo 2021)

Capítulo 162

Opinión de los estudiantes sobre el practicum del grado en enfermería en un hospital de segundo nivel.

*Salas Torres, Óscar
Muñoz Camargo, Juan Carlos
García Calvo, Julia
Sánchez Marín, Laura*

OPINION DE LOS ESTUDIANTES SOBRE EL PRACTICUM DEL GRADO EN ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.



AUTORES: Salas Torres O, Muñoz Camargo JC, Garcia Calvo J, Sanchez Marin L;

INTRODUCCION

Los periodos del Prácticum dentro del Plan de Estudios del Grado en Enfermería son un componente esencial para conformar el currículum y, por ello, cada alumno debe poder beneficiarse de un tipo de formación que le permita desarrollar al máximo sus aptitudes y potencial creativo. Existe preocupación sobre si los alumnos adquieren en sus prácticas unos conocimientos, habilidades y actitudes que les capaciten en su futura tarea profesional. En la bibliografía revisada aparecen como los aspectos que más dificultan la docencia hospitalaria: la adaptación al medio clínico por parte de los alumnos, la adaptación de los profesionales a los alumnos y la presión emocional que se genera tanto en los alumnos como en los profesionales.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio observacional descriptivo y prospectivo realizado durante un periodo de 2 años.

La población a estudio: La conformaban los estudiantes de cuarto curso de los estudios de Grado en Enfermería de la Facultad de Ciudad Real. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo causal y consecutivo entre los alumnos que realizaron sus prácticas en la UCI del HGUCR.

Instrumento: Para el abordaje del objetivo definido se elaboró para la recogida de datos un cuestionario compuesto por 20 ítems con variables sociodemográficas y variables que se relacionan con distintos aspectos del proceso de enseñanza-aprendizaje del Prácticum hospitalario de los participantes en el estudio. Uno de los ítems permitía al entrevistado reflejar los aspectos positivos y negativos de su periodo de prácticas.

Procedimiento: Los datos del estudio fueron recogidos tras la finalización del Prácticum en la UCI. Los estudiantes recibieron la información pertinente sobre los objetivos de la investigación previa a la realización del cuestionario, así como de su carácter voluntario y anónimo. También, se les comentó que, al entregar el cuestionario cumplimentado, el alumno nos daba su consentimiento para participar en el estudio. Los cuestionarios se administraron a través de un formulario online.

Análisis estadístico: En primer lugar, se realizó análisis descriptivo univariado de las variables categóricas a través de frecuencias y porcentajes y de las variables cuantitativas mediante la media y desviación típica. En segundo lugar, se realizó análisis bivariado mediante el test de Chi 2 y la U de Man Whitney. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS 24.

OBJETIVO

En este trabajo nos hemos propuesto conocer la opinión de los estudiantes de cuarto curso sobre distintos aspectos relacionados con el Prácticum del Grado en Enfermería en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.



Gráfico 1

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 73 alumnos durante el periodo de estudio. El 84,9% (62) corresponden a mujeres y el 15,1% (11) restante a hombres. La edad media se situó en $22,2 \pm 3,5$ años. No hubo diferencias de la edad según el género, $p=0,5$. Los datos correspondientes al grado de ansiedad que genera la incorporación a las prácticas clínicas se pueden ver en el gráfico 1. El 94,5% (69) refiere que el destino que más ansiedad les ha generado han sido los servicios especiales (UCI, Quirófano, diálisis, UCI pediátrica). No se encontraron diferencias entre el nivel de ansiedad y el sexo de los alumnos, $p=0,2$. El 72% (53) percibe como suficiente el tiempo de estancia en cada servicio, gráfico 2. En el gráfico 3 se puede ver la figura a criterio de los alumnos encuestados que debería apoyarles en las prácticas clínicas. Un 21,9% (16) cree que la realización de las prácticas clínicas no le capacita para incorporarse al mundo laboral. Un 49,3% (36) cree que el tutor de enfermería no proporciona una enseñanza innovadora en cuanto a estrategias de aprendizaje se refiere. El 48% (35) piensa que las herramientas utilizadas para evaluar su aprendizaje son ineficaces. El 87,7% (64) considera que debería evaluarse al tutor al finalizar el periodo de prácticas. En el gráfico 4 y 5 se pueden ver los datos relacionados con el nivel de dificultad encontrado en las prácticas según su conocimiento teórico y la calidad de la formación y orientación recibida. Como aspectos positivos, los alumnos destacan la consolidación de conocimientos y el contacto con la realidad asistencial. Como aspectos negativos la poca predisposición a la formación y empatía de algunos enfermeros durante el periodo de prácticas clínicas.



Gráfico 2



Gráfico 3



Gráfico 4

CONCLUSIONES

Los alumnos están bastante de acuerdo con la calidad de la formación recibida aunque refieren pérdida de arraigo a la función docente de gran parte de los enfermeros asistenciales. La mitad de los encuestados constatan que el tutor de prácticas no proporciona una enseñanza innovadora y que su función debería ser valorada, apuntan también que las herramientas de evaluación de las prácticas clínicas son ineficaces.



Gráfico 5

Resumen: *Nuestro objetivo fue conocer la opinión de estudiantes de cuarto curso sobre distintos aspectos relacionados con el Prácticum del Grado en Enfermería. Se obtuvo una muestra de 73 alumnos. El 84,9% corresponden a mujeres. El 72% percibe como suficiente el tiempo de estancia en cada servicio. Un 21,9% cree que la realización de las prácticas clínicas no le capacita para incorporarse al mundo laboral. Los alumnos refieren pérdida de arraigo a la función docente de los enfermeros asistenciales. Un 50% constatan que el tutor de prácticas no proporciona una enseñanza innovadora y que su función debería ser evaluada.*

Palabras Clave: *Evaluación de los alumnos; Prácticas clínicas; Estudiantes de enfermería*

Introducción:

Los periodos del Prácticum dentro del Plan de Estudios del Grado en Enfermería son un componente esencial para conformar el currículum y, por ello, cada alumno debe poder beneficiarse de un tipo de formación que le permita desarrollar al máximo sus aptitudes y potencial creativo. Existe preocupación sobre si los alumnos adquieren en sus prácticas unos conocimientos, habilidades y actitudes que les capaciten en su futura tarea profesional. En la bibliografía revisada aparecen como los aspectos que más dificultan la docencia hospitalaria, la adaptación al medio clínico por parte de los alumnos, la adaptación de los profesionales a los alumnos y la presión emocional que se genera tanto en los alumnos como en los profesionales.

Objetivo:

En este trabajo nos hemos propuesto conocer la opinión de los estudiantes de cuarto curso sobre distintos aspectos relacionados con el Prácticum del Grado en Enfermería en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Material y Método:

Diseño: Estudio observacional descriptivo y prospectivo realizado durante un periodo de 2 años.

La población a estudio: La conformaban los estudiantes de cuarto curso de los estudios de Grado en Enfermería de la Facultad de Ciudad Real. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo causal y consecutivo entre los alumnos que realizaron sus prácticas en la UCI del HGU CR.

Instrumento: Para el abordaje del objetivo definido se elaboró para la recogida de datos un cuestionario compuesto por 20 ítems con variables sociodemográficas y variables que se relacionan con distintos aspectos del proceso de enseñanza-aprendizaje del Prácticum hospitalario de los participantes en el estudio. Uno de los ítems permitía al entrevistado reflejar los aspectos positivos y negativos de su periodo de prácticas.

Procedimiento: Los datos del estudio fueron recogidos tras la finalización del Prácticum en la UCI. Los estudiantes recibieron la información pertinente sobre los objetivos de la investigación previa a la realización del cuestionario, así como de su carácter voluntario y anónimo. También, se les comentó que, al entregar el cuestionario cumplimentado, el alumno nos daba su consentimiento para participar en el estudio. Los cuestionarios se administraron a través de un formulario online.

Análisis estadístico: En primer lugar, se realizó análisis descriptivo univariado de las variables categóricas a través de frecuencias y porcentajes y de las variables cuantitativas mediante la media y desviación típica. En segundo lugar, se realizó análisis bivariado mediante el test de Chi 2 y la U de Man Whitney. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS 24. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: Al completar el cuestionario los participantes daban el consentimiento para participar en el estudio y poder utilizar sus datos de manera anónima y confidencial según los requisitos legales de ámbito nacional.

Resultados:

Se obtuvo una muestra total de 73 alumnos durante el periodo de estudio. El 84,9% (62) corresponden a mujeres y el 15,1% (11) restante a hombres. La edad media se situó en 22,2 +3,5 años. No hubo diferencias de la edad según el género, $p=0,5$. En relación con el grado de ansiedad que genera la incorporación a las prácticas clínicas el 52% (38) refiere un grado de ansiedad alto. El 94,5% (69) refiere que el destino que más ansiedad les ha generado han sido los servicios especiales (UCI, Quirófano, diálisis, UCI pediátrica). El 72% (53) percibe como suficiente el tiempo de estancia en cada servicio. El 90% (66) creen que los enfermeros asistenciales, los supervisores y los tutores de prácticas son las figuras que a criterio de los alumnos encuestados deberían apoyarles en las prácticas clínicas. Un 21,9% (16) cree que la realización de las prácticas clínicas no les capacita para incorporarse al mundo laboral. Un 49,3% (36) cree que el tutor de enfermería no proporciona una enseñanza innovadora en cuanto a estrategias de aprendizaje se refiere. El 48% (35) piensa que las herramientas utilizadas para evaluar su aprendizaje son ineficaces. El 87,7% (64) considera que debería evaluarse al tutor al finalizar el periodo de prácticas. Un 37% (27) está bastante o totalmente de acuerdo con el nivel de dificultad encontrado en las prácticas según su conocimiento teórico y la calidad de la formación y orientación recibida. Como aspectos positivos, los alumnos destacan la consolidación de conocimientos y el contacto con la realidad asistencial. Como aspectos negativos la poca predisposición a la formación y empatía de algunos enfermeros durante el periodo de prácticas clínicas.

Conclusión:

Los alumnos refieren pérdida de arraigo a la función docente de gran parte de los enfermeros asistenciales. La mitad de los encuestados constatan que el tutor de prácticas no proporciona una enseñanza innovadora y que su función debería ser valorada, apuntan también que las herramientas de evaluación de las prácticas clínicas son ineficaces.

Bibliografía:

1. Ferrer M^a, Rojo C, Ruiz MC, Fernández AM, Guerrero M, Cruz J. Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela de Enfermería de Soria. *Metas Enfermería*. 2002; 44:1-8
2. Celma M, González P, De la rosa A. Evaluación de los alumnos de Enfermería Quirúrgica I. Prácticas clínicas hospitalarias. *Enferm Clínica* 2004;14(4):210-22.
3. Albi J, Caamaño MD, García F, Abad MA, Fernández C, Benavente J. Desarrollo de un instrumento de evaluación de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería. *Enferm Clínica* 2003;13(3):146- 53.

Capítulo 163

Optimización del capital venoso por enfermería en hospitalización

Lara Lozano, Elena

Núñez Sánchez- Migallon, Ana Belén

Piqueras Crespo, Lourdes

Moreno Delgado, Tania

García- Muñoz López- Menchero, Diana

OPTIMIZACIÓN DEL CAPITAL VENOSO POR ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN

Lara Lozano, Elena ; Moreno Delgado, Tania; García-Muñoz López-Menchero, Diana; Piqueras Crespo, Lourdes; Núñez Sánchez-Migallón, Ana Belén



INTRODUCCIÓN

Entendemos por capital venoso, al conjunto de vasos pertenecientes al sistema circulatorio humano, potencialmente utilizables con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

El capital venoso presenta una serie de características que implica realizar una gestión adecuada, como son que: no es ilimitado; o admite repetidas punciones sin deteriorarse; no es reemplazable; su estado influye en la calidad de vida del paciente sometido a terapia intravenosa y condiciona las decisiones terapéuticas; es uno y para toda la vida. Por lo que realizar un uso indiscriminado puede provocar un deterioro de la calidad de vida del paciente e incluso podemos llegar a agotar el capital.

Enfermería es la principal encargada de la elección del catéter IV, por lo que es necesario que todos los profesionales conozcamos las diversas técnicas de terapia intravenosa y cuando usarlas para aumentar el confort de nuestros pacientes y disminuir las complicaciones.

OBJETIVOS

- Prevenir complicaciones relacionadas con catéter IV
- Reducir el número de punciones
- Preservar y gestionar el capital venoso en ingresos hospitalarios.

METODOLOGÍA

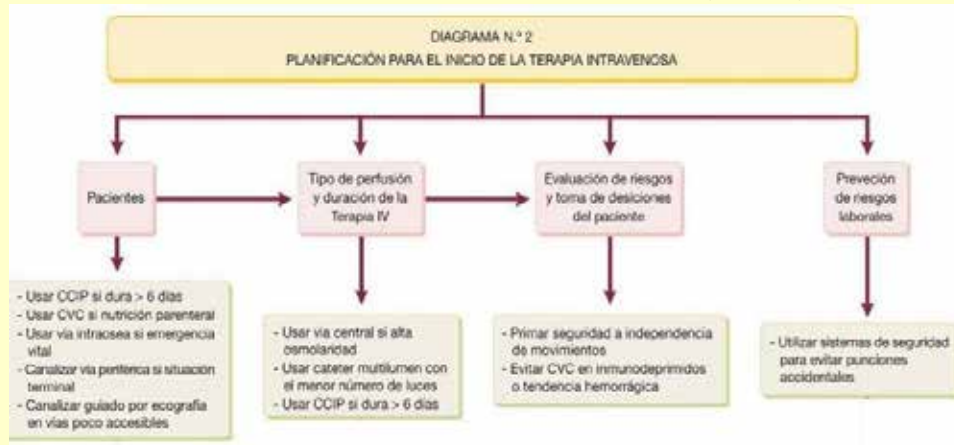
- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane. También se ha consultado la bibliografía de la Asociación de Enfermería de Equipos de Terapia Intravenosa (AEETI).
- Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: "Catéter periférico y central" (Peripheral catheter AND central) y "Flebitis" (Phlebitis).
- Hemos incluido aquellos artículos y Guías de práctica clínica (GPC) posteriores al año 2011.

RESULTADOS

En las GPC consultadas, se contempla tener en cuenta diversos aspectos para la gestión del capital venoso:

- Los relacionados con la terapia (osmolaridad y pH)
- Daño a la capa íntima (medicamentos vesicantes o irritantes)
- Duración de la terapia e ingreso hospitalario
- Factibilidad de acceso periférico
- Situación física del paciente

Teniendo en cuenta estos aspectos, el Ministerio de Sanidad en su GPC recomienda seguir un algoritmo para la elección de vía intravenosa:



*CCIP: Catéter central de inserción periférica

*CVC: Catéter venoso central

Reforzando este algoritmo, la Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter Intravascular presenta las siguientes recomendaciones:

- Seleccionar los catéteres en función del objetivo buscado y de la duración prevista de uso, de las complicaciones infecciosas o no infecciosas conocidas (p. ej., flebitis e infiltración), y de la experiencia de los manipuladores de los catéteres (Categoría IB).
- Usar el catéter CCIP en lugar de uno corto periférico cuando se prevé que la duración del tratamiento intravenoso superará los 6 días (Categoría II).
- En los adultos, escogeremos un punto en una extremidad superior para la inserción del catéter. Hay que reubicar en una extremidad superior cualquier catéter insertado en una extremidad inferior lo antes posible (Categoría II).

Un estudio realizado entre 2015 y 2016 sobre si utilizar CCIPs como primera elección o como alternativa al uso de una vía periférica, cuenta con una muestra de 256 pacientes, de los cuales, 236 requirieron el uso de CCIP debido al tratamiento y duración de él, disminuyendo así, las punciones. De ellos, solo 14 pacientes presentaron complicaciones como obstrucción, infección o trombosis.

CONCLUSIÓN

La utilización de CCIPs ofrece una baja incidencia de complicaciones, reduce los ratios de infección y el número de punciones, además de ser considerado seguro y efectivo, particularmente en casos con accesos vasculares difíciles considerándolo como primera elección.

La canalización y los cuidados del catéter deben ser realizados por personal experto y entrenado para minimizar las complicaciones. (Categoría IA)

Se recomienda implantar protocolos de procedimientos de terapia intravenosa en las unidades asistenciales (Grado de recomendación Fuerte).

Resumen: *En el ámbito de la enfermería se produce una gran variabilidad clínica a la hora de elegir un dispositivo intravenoso adecuado a las necesidades del paciente. Se realiza una búsqueda sistemática pretendiendo intentar unificar criterios a la hora de tomar decisiones sobre la venopunción para llegar a la adecuada gestión del capital venoso dependiendo del tipo de terapia o tratamiento que se le vaya a aplicar durante la estancia en el hospital*

Palabras Clave: *Catéteres (Catheters) Flebitis (Phlebitis) Infección (Infection)*

Introducción:

Entendemos por capital venoso, al conjunto de vasos pertenecientes al sistema circulatorio humano, potencialmente utilizables con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

El capital venoso presenta una serie de características que implica realizar una gestión adecuada, como son que: no es ilimitado; o admite repetidas punciones sin deteriorarse; no es reemplazable; su estado influye en la calidad de vida del paciente sometido a terapia intravenosa y condiciona las decisiones terapéuticas; es uno y para toda la vida. Por lo que realizar un uso indiscriminado puede provocar un deterioro de la calidad de vida del paciente e incluso podemos llegar a agotar el capital. Enfermería es la principal encargada de la elección del catéter IV, por lo que es necesario que todos los profesionales conozcamos las diversas técnicas de terapia intravenosa y cuando usarlas para aumentar el confort de nuestros pacientes y disminuir las complicaciones.

Objetivo:

Prevenir complicaciones relacionadas con catéter IV

Reducir el número de punciones

Preservar y gestionar el capital venoso en ingresos hospitalarios.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane. También se ha consultado la bibliografía de la Asociación de Enfermería de Equipos de Terapia Intravenosa (AEETI).

Hemos incluido aquellos artículos y Guías de práctica clínica (GPC) posteriores al año 2011.

Resultados:

En las GPC consultadas, se contempla tener en cuenta diversos aspectos para la gestión del capital venoso:

Los relacionados con la terapia (osmolaridad y pH)

Daño a la capa íntima (medicamentos vesicantes o irritantes)

Duración de la terapia e ingreso hospitalario

Factibilidad de acceso periférico

Situación física del paciente

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Sanidad en su GPC elabora un algoritmo que recomienda seguir para la elección de vía intravenosa, en los que se deberán contemplar las características del tratamiento y la persona a tratar:

Pacientes:

Usar CCIP (Catéter central de inserción periférica) si el tratamiento dura más de 6 días.

Usar CVC (Catéter venoso central) si precisa nutrición parenteral.

Usar vía intraósea si hay emergencia vital.

Canalizar vía periférica si su situación es terminal.

Usar técnica ecoguiada en vías poco accesibles.

Tipo de perfusión y duración de la terapia intravenosa:

Usar VVC (Vía venosa central) si el tratamiento tiene una alta osmolaridad.

Usar catéteres multilumen con el menor número de luces.

Usar CCIP si el tratamiento dura más de 6 días.

Evaluación de riesgos y toma de decisiones del paciente:

Primar la seguridad del paciente a la independencia de movimientos.

Evitar CVC en inmunodeprimidos o pacientes con tendencia a la hemorragia.

Prevención de riesgos laborales:

Utilizaremos sistemas de seguridad para evitar punciones accidentales.

Reforzando este algoritmo, la Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter Intravascular presenta las siguientes recomendaciones:

Seleccionar los catéteres en función del objetivo buscado y de la duración prevista de uso, de las complicaciones infecciosas o no infecciosas conocidas (por ejemplo, flebitis e infiltración) y de la experiencia de los manipuladores de los catéteres (Categoría IB).

Usar el catéter CCIP en lugar de uno corto periférico cuando se prevé que la duración del tratamiento intravenoso superará los 6 días (Categoría II).

En los adultos, escogeremos un punto en una extremidad superior para la inserción del catéter. Hay que reubicar en una extremidad superior cualquier catéter insertado en una extremidad inferior lo antes posible (Categoría II).

Un estudio realizado entre 2015 y 2016 sobre si utilizar CCIPs como primera elección o como alternativa al uso de una vía periférica, cuenta con una muestra de 256 pacientes, de los cuales, 236 requirieron el uso de CCIP debido al tratamiento y duración de él, disminuyendo así, las punciones. De ellos, solo 14 pacientes presentaron complicaciones como obstrucción, infección o trombosis.

Conclusión:

La utilización de CCIPs ofrece una baja incidencia de complicaciones, reduce las ratios de infección y el número de punciones, además de ser considerado seguro y efectivo, particularmente en casos con accesos vasculares difíciles considerándolo como primera elección.

La canalización y los cuidados del catéter deben ser realizados por personal experto y entrenado para minimizar las complicaciones. (Categoría IA)

Se recomienda implantar protocolos de procedimientos de terapia intravenosa en las unidades asistenciales (Grado de recomendación Fuerte).

Bibliografía:

1.-Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [citado 2021 Oct 27]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_541_Terapia_intravenosa_AETSA_compl.pdf

2.-Di Santo MK, et al. Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular? *Jornal Vascular Brasileiro* [online]. 2017, v. 16, n. 2 [citado 2021 Oct 27], pp. 104-112. ISSN 1677-7301. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.011516>

3.-Naomi P. O'Grady, M.D, et al. Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter intravascular. 2011. [citado 2021 Oct 27]. Disponible en: [http://flebitiszero.com/app/formacion/biblio/GUIA%20CDC%202011\(Castellano\).pdf](http://flebitiszero.com/app/formacion/biblio/GUIA%20CDC%202011(Castellano).pdf)

Capítulo 164

Ozonoterapia en úlceras de pie diabético

Gallego Cejudo, Beatriz



OZONOTERAPIA EN ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO



Gallego Cejudo, Beatriz

1 INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que puede conllevar a complicaciones sistémica, neuropatías y micro - macro vasculares.

El pie diabético es una patología con alta incidencia y prevalencia, por su cronicidad y complicaciones. Aunque las medidas de tratamiento están encaminadas en 1º lugar hacia la prevención, cuando esta fallan se plantea diferentes alternativas de manejo para su curación.

La ozonoterapia consiste en la aplicación de una mezcla de ozono (O3) en un 5% como máximo y un 95% de Oxígeno (O2) producida por un generador para uso médico.

Actualmente se utiliza en medicina por su amplio poder germicida, que incluye inactivación de bacterias, virus y protozoos. El uso de ozono terapéutico es muy extenso, pero me centraré en su aplicación en lesiones ulcerativas en el pie diabético.

2 OBJETIVOS

- Analizar diferentes estudios que comprueben la eficacia del ozono para la cicatrización en úlceras de pie diabético.
- Evaluar los efectos de la ozonoterapia.

3 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CUIDEN Y SCIELO usando una combinación de operadores booleanos con las **palabras claves: ozonoterapia, pie diabético y úlcera.**

Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en los últimos 15 años en inglés y español que tuvieran relación con el objetivo de la búsqueda. Los criterios de exclusión: artículos que tras su lectura no se adecuaban al tema o no respondían al objetivo planteado y literatura gris .

3 RESULTADOS

Aparte de las referencias buscadas para sintetizar la introducción, identifique tres ensayos clínicos que investigaron la terapia de ozono para el tratamiento de las úlceras en pie diabético.

Otro caso es una paciente con pie diabético con características clínicas de neuroisquemia y tratado con ozonoterapia, donde el resultado final es la amputación del miembro afectado. En este caso se expone una inadecuada investigación clínica del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Pizarro, S; "Ozonoterapia en el tratamiento de las úlceras del pie diabético"; Resvita Cubana de Enfermería, volumen 36 número 2, 2020
2. Martínez Rosales, F.J." Ozono en el tratamiento de la infección y cicatrización de úlceras en pie diabético" Universidad de Colima 2007

Otro ensayo, con 81 pacientes comparó el tratamiento con ozono con la atención convencional. Demostrando efectos beneficiosos con el uso de ozono en la cicatrización de las úlceras.

Un ensayo, con 150 pacientes, comparó el tratamiento solo con ozono, solo con antibióticos y la combinación de ambas. Los resultados de este estudio obtuvieron un alto índice de curación y similar en el grupo de pacientes que recibieron ambas terapéuticas como el que recibieron solo ozono por lo que se habla de beneficios para la curación de las lesiones.

Evolución	Grupos						Total	
	Antibiótico		Ozono		Antibiótico + ozono		n	%
Favorable	30	60,0	42	84,0	43	86,0	115	76,7
Desfavorable	20	40,0	8	16,0	7	14,0	35	23,3
Total	50	100,0	50	100,0	50	100,0	150	100,0

	Grupo A (0/+ Tratamiento Convencional)		Grupo B (Tratamiento Convencional)	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Cicatrización	43	23 cicatrizaron	38	9 cicatrizaron

4 CONCLUSIONES

- La ozonoterapia resulta beneficiosa para la cicatrización de las úlceras de pie diabético
- Importancia de realizar un abordaje multidisciplinar realizando pruebas complementarias antes de ofrecer cualquier tipo de tratamiento.
- Necesidad de incrementar la investigación científica en este ámbito.

Resumen: *El pie diabético, es una patología con alta incidencia y prevalencia, por su cronicidad y complicaciones. El tratamiento de estas úlceras es complicado, una de las técnicas algo desconocida es la ozonoterapia. Al ozono se le atribuyen efectos beneficiosos para mejorar el estado de salud, se utiliza en medicina por su poder germicida, que incluye inactivación de bacterias, virus y protozoos. Se realizó una revisión bibliográfica analizando diferentes estudios para comprobar la eficacia y los efectos de esta terapia. En la mayoría de ellos se observa que la ozonoterapia es beneficiosa para la cicatrización de estas úlceras.*

Palabras Clave: *Ozonoterapia, Úlcera, Pie diabético*

Introducción:

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, que puede conllevar complicaciones sistémicas, neuropatías y micro - macro vasculares. La presencia de úlceras en el pie es una causa frecuente para que estos pacientes necesiten atención médica.

El pie diabético es una patología con alta incidencia y prevalencia, por su cronicidad y su dificultad de cicatrización, debido a la mala perfusión sanguínea periférica y con más posibilidades de infección. Presenta complicaciones que obligan a efectuar tratamientos radicales, como amputación del miembro afectado. Causando en el paciente una limitación física y un trastorno emocional con repercusiones en su vida y su entorno. Además de pérdidas económicas, por su prologada estancia hospitalaria e incapacidad laboral. Aunque las medidas de tratamiento están encaminadas en primer lugar hacia la prevención, cuando esta falla se plantea diferentes alternativas de manejo para su curación.

La ozonoterapia, consiste en la aplicación de una mezcla de ozono (O₃) en un 5% como máximo y un 95% de Oxígeno (O₂) producida por un generador para uso médico.

Actualmente, se utiliza en medicina por su amplio poder germicida, que incluye inactivación de bacterias, virus y protozoos. Además de mejorar el estado circulatorio, activación del sistema inmune y formación de peróxido.

El uso de ozono terapéutico es muy extenso, pero me centraré en su aplicación en lesiones ulcerativas en el pie diabético.

Objetivo:

-Analizar diferentes estudios que comprueben la eficacia del ozono para la cicatrización en úlceras de pie diabético.

-Evaluar los efectos de la ozonoterapia

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CUIDEN Y SCIELO usando una combinación de operadores booleanos con las palabras claves: ozonoterapia, pie diabético y úlcera.

Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en los últimos 15 años en inglés y español que tuvieran relación con el objetivo de la búsqueda.

Los criterios de exclusión: artículos que tras su lectura no se adecuaban al tema o no respondían al objetivo planteado y literatura gris.

Resultados:

Aparte de las referencias buscadas para sintetizar la introducción, identifiqué tres ensayos clínicos que investigaron la terapia de ozono para el tratamiento de las úlceras en pie en personas con diabetes.

En el estudio de Álvarez y otros (4), realizado en 2014 en Cuba, con una muestra de 150 pacientes se comparó el tratamiento solo con ozono, solo con antibióticos y la combinación de ambas. Los resultados de este estudio obtuvieron un alto índice de curación en el grupo de pacientes que recibieron ambas terapéuticas como el que recibieron solo ozono, por lo que se habla de beneficios para la curación de las lesiones.

Martínez Rosales (2), realizó un ensayo clínico con 81 pacientes comparó el tratamiento con ozono con la atención convencional. Demostrando efectos beneficiosos con el uso de ozono en la cicatrización de las úlceras y eliminación de microorganismos presentes en la lesión.

Bladinieres Cámara y otros (1), en este caso clínico es una paciente con pie diabético con características clínicas de neuroisquemia y tratado con ozonoterapia, donde el resultado final es la amputación del miembro afectado. En este caso se expone una inadecuada investigación clínica del paciente, se pone en manifiesto la necesidad de realizar una buena valoración multidisciplinar del paciente, la lesión, documentar la isquemia y elaborar un plan terapéutico adecuado con terapias coadyuvantes para salvar la extremidad.

En el estudio de Izadi y otros (3) realizado en 2019 en Irán, se analizaron 200 pacientes con úlceras de pie diabético que variaban del grado 1 al 4. Los pacientes se dividieron en dos grupos, uno recibió tratamiento con ozono completo y tratamiento convencional, mientras que el otro recibió solo tratamiento convencional. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo tratado con ozono tuvieron un cierre completo de la úlcera en un menor promedio de tiempo de curación. Los resultados respaldaron la eficacia de la ozonoterapia, en la curación de úlceras de pie diabético y la reducción de las posibilidades de infección y amputación.

Conclusiones:

- La ozonoterapia resulta beneficiosa para la cicatrización de las úlceras de pie diabético
- Importancia de realizar un abordaje multidisciplinar y biopsicosocial realizando pruebas complementarias, antes de ofrecer cualquier tipo de tratamiento.
- Necesidad de incrementar la investigación científica en este ámbito.

Bibliografía:

1. Bladinieres Camara, J.E.; Alcalá Duran, R; Anaya Prado, R. "Pie diabético neuroisquémico tratado con ozonoterapia. Consecuencias del manejo y tratamiento. 2015
2. Martinez Rosales, F.J."Ozono en el tratamiento de la infección y cicatrización de úlceras en pie diabético" Universidad de Colima 2007
3. Izadi M, Kheirjou R, Mohammadpour R, Aliyoldashi MH, Moghadam SJ, Khorvash F, et al. Efficacy of comprehensive ozone therapy in diabetic foot ulcer healing. *Diabetes Metab Syndr.* 2019;13(1):822-5
4. Álvarez Duarte H, Hernández Carretero J, Arpajón Peña Y, Gálvez Valcárcel JR, Reynaldo Concepción D, Jay Carbonell VG. Beneficios de la intervención con ozonoterapia en pacientes con pie diabético neuroinfectioso. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc.* 2014

Capítulo 165

Paciente con Anorexia nerviosa

Cortecero Sanz, María Cristina

Céspedes Valero, María Ester

Barrios Rubio, Laura

Rabadán Arévalo, Marta

Honrado López -Menchero, Aurora



PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

Autoras: Cortecero Sanz M. C., Rabadán Arévalo M., Barrios Rubio L., Honrado López Menchero A., y Céspedes Valero M.E.

SATSE

I. INTRODUCCIÓN

La **anorexia nerviosa** es un trastorno caracterizado por la **restricción de la ingesta alimentaria** y tiene como consecuencia una importante pérdida de peso. Hasta llegar en ocasiones a un estado de grave desnutrición.

II. OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 25 años con Anorexia Nerviosa Purgativa y TOC que ingresa en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA). Al ingreso peso: 30,6 kg talla: 1,60 m IMC: 11,95 kg/m².

La paciente refiere el inicio del trastorno de la conducta alimentaria a los 10 años tras el fallecimiento de su abuela pero a los 11 años con la separación de sus padres se agrava el cuadro. Desde entonces, tiene múltiples ingresos en los hospitales de Toledo, Albacete y Madrid.

En el año 2020 ingresa en la UTCA urgentemente con un peso de 25 kg es dada de alta a los 4 meses, pero abandona las consultas y al mes vuelve a pedir ayuda. La paciente vuelve a perder peso e ingresa en a la UTCA en Julio del 2020.

El trastorno de la alimentación le genera ansiedad que se acompaña de un trastorno obsesivo compulsivo pero la paciente al ingreso, refiere que no desea tratar el TOC ya que al generarle mayor ansiedad terminara pagándolo con la comida.

III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La paciente refiere que sus **objetivos** en la planta son:

- Crear un vínculo terapéutico estable
- Ganancia ponderal sobre los 39 kg

Estos objetivos se convierten en dificultades para la paciente, por el cierto grado de ansiedad que le generan sus obsesiones.

Patrones alterados:

- Patrón 2: Nutricional – Metabólico
- Patrón 10: Tolerancia al estrés
- Patrón 8: Rol- Relaciones

IV. DISCUSIÓN

Desequilibrio nutricional:

Ingesta inferior a las necesidades (00002)
Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características definitorias:

- Bajo tono muscular
- Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal

Factores relacionados:

- Factores psicológicos
- Incapacidad para ingerir los alimentos.

Objetivos:

- Conocimiento: dieta
- Estado nutricional: ingestión de nutrientes
- Control de peso

Intervenciones de enfermería:

- **Fomentar la autovigilancia de la ingesta diaria de alimentos**
- Se ha **pesado diariamente** a la paciente, después de evacuar y de espaldas a la báscula.
- Se **limita el ejercicio físico para promover la ganancia de peso**, por lo que después de la comida tenía una hora de reposo.
- Se **evita la provocación del vómito** para ello todas las puertas están bajo llave y cuando la paciente desea pasar al baño se acompaña y se tira de la cadena.

Aislamiento social (00053)

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Características definitorias:

- Falta de persona o personas de apoyo significativas
- Expresión de sentimientos de rechazo

Factores relacionados:

- Alteración del estado mental
- Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

Objetivos:

- Implicación social
- Soporte social

Intervenciones de enfermería:

- **Animar a la paciente a desarrollar relaciones:** terapias junto a compañeras
- **Fomentar el respeto de los derechos de los demás:** adaptarse a las normas de convivencia

Incumplimiento del tratamiento (00079)

Conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de salud acordado entre la persona (familia o comunidad) y un profesional de la salud.

Características definitorias:

- Pruebas objetivas (peso, analíticas)
- Falta de progresos

Factores relacionados:

- Fuerzas motivacionales
- Habilidades de desarrollo

Objetivos:

- Conducta de cumplimiento
- Conducta de búsqueda de la salud
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

Intervenciones de enfermería:

- **Determinar la motivación al cambio del paciente**
- **Ayudar a la paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos**
- **Se anima a la paciente para cumplir los objetivos**

V. CONCLUSIÓN

La paciente **no establece un vínculo terapéutico** correcto por lo que en muchas ocasiones le cuesta trabajo seguir nuestras indicaciones ya que le generan cierta ansiedad.

Se consigue que la paciente se adapte progresivamente al **cumplimiento de la dieta**, llegando a tener dieta entera en el desayuno y en la cena y media dieta en la comida. Además, ha conseguido pelar correctamente la fruta y no desmenuzar las galletas, ya que hemos tratado de corregir ciertas manías.

En cuanto al **ejercicio físico**, no se ha conseguido corregir sobretodo en la hora del reposo pues insiste en que son sus manías.

La **convivencia** con esta paciente es muy difícil según refiere su nueva compañera de habitación, ya que no la deja pasar al baño.

La paciente comienza a afianzar el vínculo con sus familiares en los permisos que tiene, aunque comenta que con su madre no se siente bien y siempre termina discutiendo.

El **peso** es un factor muy importante, pero en la unidad se trabaja con terapias motivacionales por lo que también se trata de apoyar a la paciente en otros aspectos para que ella misma por sí sola se motive para su recuperación.

Al final de su estancia en la unidad la paciente tiene un peso de **41.200 kg** lo que corresponde a un IMC de 16.09. A pesar de tener una ganancia de 10,6Kg la paciente continua en 2º grado de desnutrición, pero se decide su alta y control en consulta.

Resumen: La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la restricción de la ingesta alimentaria y tiene como consecuencia una importante pérdida de peso. Hasta llegar en ocasiones a un estado de grave desnutrición.

Se realiza un caso clínico de una paciente de 25 años con Anorexia Nerviosa Purgativa y TOC que ingresa en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA). Al ingreso peso: 30,6 kg talla: 1,60 m IMC: 11,95 kg/m².

Palabras Clave: Anorexia - Ejercicio físico - Dieta

Introducción:

La paciente refiere el inicio del trastorno de la conducta alimentaria a los 10 años tras el fallecimiento de su abuela pero a los 11 años con la separación de sus padres se agrava el cuadro. Desde entonces, tiene múltiples ingresos en los hospitales de Toledo, Albacete y Madrid. En el año 2020 ingresa en la UTCA urgentemente con un peso de 25 kg es dada de alta a los 4 meses, pero abandona las consultas y al mes vuelve a pedir ayuda. La paciente vuelve a perder peso e ingresa en a la UTCA en Julio del 2020. El trastorno de la alimentación le genera ansiedad que se acompaña de un trastorno obsesivo compulsivo pero la paciente al ingreso, refiere que no desea tratar el TOC ya que al generarle mayor ansiedad terminara pagándolo con la comida.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La paciente refiere que sus objetivos en la planta son:

1. Crear un vínculo terapéutico estable
2. Ganancia ponderal sobre los 39 kg

Estos objetivos se convierten en dificultades para la paciente, por el cierto grado de ansiedad que le generan sus obsesiones.

Patrones alterados:

- Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades (00002): Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características definitorias: - Bajo tono muscular - Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal

Factores relacionados: - Factores psicológicos - Incapacidad para ingerir los alimentos.

Objetivos: - Conocimiento: dieta - Estado nutricional: ingestión de nutrientes- Control de peso

Intervenciones de enfermería:

1. Fomentar la autovigilancia de la ingesta diaria de alimentos
2. Se ha pesado diariamente a la paciente, después de evacuar y de espalda a la báscula.
3. Se limita el ejercicio físico para promover la ganancia de peso, por lo que después de la comida tenía una hora de reposo.

4. Se evita la provocación del vómito para ello todas las puertas están bajo llave y cuando la paciente desea pasar al baño se acompaña y se tira de la cadena.

- *Patrón 10: Tolerancia al estrés*

Aislamiento social (00053) Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Características definitorias: - Falta de persona o personas de apoyo significativas - Expresión de sentimientos de rechazo

Factores relacionados: - Alteración del estado mental - Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

Objetivos: - Implicación social - Soporte social

Intervenciones de enfermería: 1. Animar a la paciente a desarrollar relaciones: terapias junto a compañeras 2. Fomentar el respeto de los derechos de los demás: adaptarse a las normas de convivencia

- *Patrón 8: Rol- Relaciones*

Incumplimiento del tratamiento (00079) Conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de salud acordado entre la persona (familia o comunidad) y un profesional de la salud. **Características definitorias:** - Pruebas objetivas (peso, analíticas) - Falta de progresos

Factores relacionados: - Fuerzas motivacionales - Habilidades de desarrollo **Objetivos:** - Conducta de cumplimiento - Conducta de búsqueda de la salud- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

Intervenciones de enfermería:

1. Determinar la motivación al cambio del paciente
2. Ayudar a la paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos
3. Se anima a la paciente para cumplir los objetivos

Conclusiones:

La paciente no establece un vínculo terapéutico correcto por lo que en muchas ocasiones le cuesta trabajo seguir nuestras indicaciones ya que le generan cierta ansiedad. Se consigue que la paciente se adapte progresivamente al cumplimiento de la dieta, llegando a tener dieta entera en el desayuno y en la cena y media dieta en la comida. Además, ha conseguido pelar correctamente la fruta y no desmenuzar las galletas, ya que hemos tratado de corregir ciertas manías. En cuanto al ejercicio físico, no se ha conseguido corregir sobretodo en la hora del reposo pues insiste en que son sus manías. La convivencia con esta paciente es muy difícil según refiere su nueva compañera de habitación, ya que no la deja pasar al baño. La paciente comienza a afianzar el vínculo con sus familiares en los permisos que tiene, aunque comenta que con su madre no se siente bien y siempre termina discutiendo. El peso es un factor muy importante, pero en la unidad se trabaja con terapias motivacionales por lo que también se trata de apoyar a la paciente en otros aspectos para que ella misma por si sola se motive para su recuperación. Al final de su estancia en la unidad la paciente tiene un peso de 41.200 kg lo que corresponde a un IMC de 16.09. A pesar de tener una ganancia de 10,6Kg la paciente continua en 2º grado de desnutrición, pero se decide su alta y control en consulta.

Bibliografía:

1. NANDA INTERNACIONAL. Título: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial: Elsevier. Año: 2015.
2. Evelyn Attia; B. Timothy Walsh. Anorexia nerviosa: [https:// www.msdmanuals.com/es- es/hogar/ trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa](https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa). Año 2020
3. Muñoz M. V., Beato F. L., Rodríguez C. T. Disociación y pronóstico en los trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Ciencia*, ISSN-e 2173-7274, Nº. 4, 2011, págs. 43-50

Capítulo 166

Paciente con síndrome de Distrés respiratorio por SARS–CoV 2 sometido a terapia ECMO

Granados Navas, Mari Paz

Amigo Barrera, Flor

Corredor Rivera, María Teresa

Moreno-Chocano López-Astilleros, Teresa

Oliver Pérez, Antonio

Arroyo Ayllón, David

Paciente con síndrome de distrés respiratorio por SARS-CoV-2 sometido a terapia ECMO: Caso Clínico

SATSA Ciudad Real

GRANADOS NAVAS, M PAZ; ARROYO AYLLON, DAVID; AMIGO BARRERA, FLOR; CORREDOR RIVERA, M TERESA; MORENO-CHOCANO LOPEZ- ASTILEROS, M TERESA; OLIVER PEREZ, ANTONIO

INTRODUCCION

ECMO (Oxigenador de Membrana Extracorpórea) es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y respiratoria capaz de proporcionar **soporte cardíaco y pulmonar**, durante un periodo de días o semanas, en pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria y refractaria al tratamiento convencional.

El ECMO consiste en un circuito de circulación extracorpórea que permite la eliminación del dióxido de carbono y la oxigenación de la sangre.

El sistema extrae la sangre del organismo por una cánula insertada en una vena de gran calibre a través de una bomba que la impulsa a una membrana donde es oxigenada. Desde ahí, la sangre retorna al paciente a través de una segunda cánula, que puede estar insertada en una vena o en una arteria, dependiendo del tipo de asistencia ante el que nos encontremos.

La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) veno-venosa es una terapia de rescate en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria refractaria que mejora la oxigenación, reduce el CO2 y facilita la aplicación de VM protectora, reduciendo potencialmente la lesión pulmonar asociada a VM.

El soporte vital veno-venoso proporciona asistencia respiratoria para trastornos pulmonares, como el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), también denominado síndrome de distrés respiratorio agudo, que presentan los pacientes con COVID.

OBSERVACION CLÍNICA

Paciente varón de 40 años, con obesidad moderada, sin más patologías, acude al servicio de urgencias por fiebre alta de varios días que no cede con antitérmicos y disnea en reposo.

Se realiza RX Tórax, analítica completa con gases arteriales y PCR COVID. En el resultado de las pruebas se observa neumonía bilateral, hipoxemia leve y PCR COVID positiva. El paciente es ingresado en planta de MI (MEDICINA INTERNA) para control y tratamiento.

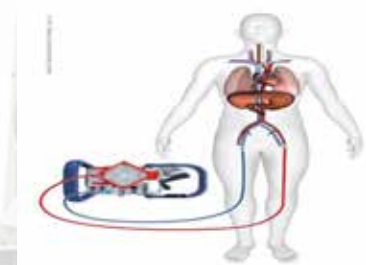
Tras varios días en planta con oxigenoterapia, tratamiento con corticoides y antibiótico, sin mejoría clínica, se realiza RX de Tórax de control. Se detecta mayor infiltrado pulmonar bilateral, con lo que se decide traslado a Unidad de Cuidados Intermedios para OAF (Oxígeno de Alto Flujo) + VMNI (Ventilación mecánica no invasiva).

A los 7 días, la evolución es desfavorable, con empeoramiento en la analítica y RX. Se comenta con el paciente y su familia la posibilidad de su traslado a UCI para VMI (Ventilación Mecánica Invasiva). Tras el consentimiento del paciente se realiza intubación orotraqueal y se conecta a VMI (sin incidencias) y posterior traslado a UCI.

Tras varios días en esta unidad sin mejoría analítica ni radiológica, se decide como medida in extremis, conectar al paciente a un dispositivo de ECMO para terapia de soporte de tipo veno-venosa, y en la cual permaneció por espacio de los siguientes 15 días hasta su fallecimiento.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

NANDA	NOC	NIC
Riesgo de sangrado (00206)	Severidad de la pérdida de sangre (0413) Coagulación sanguínea (0409)	Prevención de hemorragias (4010) Control de hemorragia (4160) Identificación de riesgos (6610)
Riesgo de Shock (00205)	Signos vitales (0802) Detección del riesgo (1908) Estado respiratorio (0415) Perfusión tisular : celular	Monitorización signos vitales (6680) Manejo de líquidos (4120) Prevención de hemorragias (4010) Control de hemorragias (4160)
Deterioro del intercambio de gases (00030)	Estado respiratorio: ventilación (0403) Perfusión tisular pulmonar (0408) Signos vitales (0802) Equilibrio electrolítico y acido base (0600)	Oxigenación (3320) Ayuda a la ventilación (3390) Manejo acido base (1910)
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	Permeabilidad de las vías respiratorias (0410)	Manejo de las vías aéreas (3140) Monitorización respiratoria (3350) Aspiración de las vías aéreas (3160)
Riesgo de infección (00004)	Integridad tisular: piel y membranas (1101) Detección del riesgo (1908) Conocimiento: control de la infección (1842)	Control de infecciones (6540) Cuidados de las heridas (3660) Cuidados del sitio de incisión (3440) Protección contra las infecciones (6550)
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (0046)	Perfusión tisular periférica (0407) Detección del riesgo (1908)	Vigilancia de la piel (3590) Prevención de las úlceras por presión (3540) Cuidados de las heridas (3660)



DISCUSION

Como una terapia de última de línea, no es de esperar que el uso del ECMO reporte altas tasas de éxito, de hecho y con frecuencia, la mortalidad asociada a este es alta.

Las complicaciones pueden dividirse en 2 grandes grupos: las relacionadas con el paciente (hipertensión, convulsiones, neumotórax, disfunción miocárdica y disritmias, coagulopatía de consumo y sangrados en diversos órganos (cerebro, sistema digestivo, piel, sitios de punción), trastornos hidroelectrolíticos, insuficiencia renal con necesidad de soporte renal, e infección) y las relacionadas propiamente con la máquina (incluyen problemas con las cánulas (mala colocación, desplazamiento, lesión de vasos, etc.), los circuitos y la membrana de oxigenación (trombosis, ruptura), o los fallos del monitor o la bomba).

Los puntos clave para garantizar los mejores resultados clínicos de soporte con ECMO en pacientes con COVID-19 son:

- la adecuada planificación y provisión de recursos de ECMO en centros expertos
- una cuidadosa selección de los pacientes candidatos
- la estricta la seguridad
- un adecuado protocolo de desconexión tanto en casos de mejoría como de no recuperación en un periodo de tiempo razonable

CONCLUSIONES

El ECMO constituye una herramienta de soporte respiratorio en pacientes con SDRA refractario a otras terapias.

El ECMO constituye una opción viable y real para pacientes con insuficiencias respiratoria y cardiacas severas y una oportunidad de vida para ellos.

La complejidad del ECMO requiere un equipo bien cualificado en el manejo de esta terapia, por lo tanto, su uso debe limitarse a centros expertos de alto volumen, y más en una situación de pandemia en la que la disponibilidad de recursos puede ser limitada.

La infección por el virus SARS-CoV-2 presenta una evolución grave en un porcentaje importante de pacientes (15-20% de los casos), requiriendo ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) entre 5-15% según las series. La necesidad de ECMO-VV reportada hasta ahora durante la pandemia es baja (entre 2,9-4% de los pacientes ingresados en UCI) y el uso del ECMO-VA se ha reportado en casos esporádicos.

En la actualidad, la mortalidad de pacientes con COVID-19 y SDRA refractario tratados con ECMO parece elevada, alcanzando hasta un 82,3% en series publicadas en China. El ECMO podría ser una parte integral de la atención crítica brindada a pacientes con enfermedad refractaria por SARS-CoV-2 en centros con experiencia avanzada.

Resumen: *Oxigenador de Membrana Extracorpórea es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y respiratoria capaz de proporcionar soporte cardíaco y pulmonar, durante un período de días o semanas a pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria y refractaria al tratamiento convencional.*

Permite eliminar el dióxido de carbono CO₂ y oxigenar la sangre.

El sistema extrae la sangre del organismo por una cánula insertada en una vena de gran calibre a través de una bomba que la impulsa a una membrana donde es oxigenada. La sangre retorna al paciente a través de una segunda cánula insertada en una vena o en una arteria.

Palabras Clave: *Oxigenador de Membrana, Extracorpórea, Distrés respiratorio, Asistencia respiratoria*

Introducción:

ECMO (Oxigenador de Membrana Extracorpórea) es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y respiratoria capaz de proporcionar soporte cardíaco y pulmonar, durante un período de días o semanas, en pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria y refractaria al tratamiento convencional. Consiste en un circuito de circulación extracorpórea que permite la eliminación del dióxido de carbono y la oxigenación de la sangre.

El sistema extrae la sangre del organismo por una cánula insertada en una vena de gran calibre a través de una bomba que la impulsa a una membrana donde es oxigenada. Desde ahí, la sangre retorna al paciente a través de una segunda cánula (insertada en una vena o en una arteria)

El ECMO veno-venoso es una terapia de rescate en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria refractaria que mejora la oxigenación, reduce el CO₂ y facilita la aplicación de VM protectora, reduciendo potencialmente la lesión pulmonar asociada a VM.

El soporte vital veno-venoso proporciona asistencia respiratoria para trastornos pulmonares, como el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), o síndrome de distrés respiratorio agudo, que presentan los pacientes con COVID.

Observación Clínica:

Paciente varón de 40 años, con obesidad moderada, sin más patologías, acude al servicio de urgencias por fiebre alta de varios días que no cede con antitérmicos y disnea en reposo.

Se realiza RX Tórax, analítica completa con gases arteriales y PCR COVID. Resultado: presenta neumonía bilateral, hipoxemia leve y PCR COVID positiva. El paciente es ingresado en planta de Medicina Interna para control y tratamiento.

Tras varios días en planta con oxigenoterapia, tratamiento con corticoides y antibiótico, sin mejoría clínica, se realiza RX de Tórax de control. Se detecta mayor infiltrado pulmonar bilateral, con lo que se decide traslado a Unidad de Cuidados Intermedios para OAF (Oxígeno de Alto Flujo) + VMNI (Ventilación mecánica no invasiva).

A los 7 días, la evolución es desfavorable, con empeoramiento en la analítica y RX. Se comenta con el paciente y su familia la posibilidad de su traslado a UCI para VMI (Ventilación Mecánica Invasiva). Tras

el consentimiento del paciente se realiza intubación orotraqueal y se conecta a VMI (sin incidencias) y posterior traslado a UCI.

Tras varios días en esta unidad sin mejoría analítica ni radiológica, se decide como medida in extremis, conectar al paciente a un dispositivo de ECMO para terapia de soporte de tipo veno-venosa, y en la cual permaneció por espacio de los siguientes 15 días hasta su fallecimiento.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

NANDA.- 00206 Riesgo de sangrado

NOC.- 0413 Severidad de la pérdida de sangre

0409 Coagulación sanguínea

NIC.- 4010 Prevención de hemorragia

4160 Control de hemorragia

6610 Identificación de riesgos

NANDA.- 00205 Riesgo de Shock

NOC.- 0802 Signos vitales

1908 Detección del riesgo

0415 Estado respiratorio

NIC.- 6680 Monitorización signos vitales

4120 Manejo de líquidos

4010 Prevención hemorragias

4160 Control de hemorragia

NANDA.- 00030 Deterioro del intercambio de gases

NOC.- 0403 Estado respiratorio: ventilación

0408 Perfusión tisular pulmonar

0802 Signos vitales

0600 Equilibrio electrolítico y acido-base

NIC.- 3320 Oxigenoterapia

3390 Ayuda a la ventilación

1910 Manejo acido-base

NANDA.-00032 Patrón respiratorio ineficaz (00032)

3350 Monitorización respiratoria

3160 Aspiración de las vías aéreas

NANDA.- 00004 Riesgo de infección

NOC.- 1101 Integridad tisular: piel y membranas

1908 Detección del riesgo

1842 Conocimiento: control de la infección

NIC.- 6540 Control de infecciones

3660 Cuidados de las heridas

3440 Cuidados del sitio de incisión

6550 Protección contra las infecciones

NANDA.- 0046 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

NOC.- 0407 Perfusión tisular periférica

1908 Detección del riesgo

NIC.- 3590 Vigilancia de la piel

3540 Prevención de las úlceras por presión

3660 Cuidados de las heridas

Discusión:

Como una terapia de última de línea, no es de esperar que el uso del ECMO reporte altas tasas de éxito, de hecho y con frecuencia, la mortalidad asociada a este es alta.

Las complicaciones pueden dividirse en 2 grandes grupos:

relacionadas con el paciente (hipertensión, convulsiones, neumotórax, disfunción miocárdica y disritmias, coagulopatía de consumo y sangrados en diversos órganos (cerebro, sistema digestivo, piel, sitios de punción), trastornos hidroelectrolíticos, insuficiencia renal con necesidad de soporte renal, e infección) y las relacionadas con la máquina (incluyen problemas con las cánulas (mala colocación, desplazamiento, lesión de vasos, etc.), los circuitos y la membrana de oxigenación (trombosis, ruptura), o los fallos del monitor o la bomba).

Los puntos clave para garantizar los mejores resultados clínicos de soporte con ECMO en pacientes con COVID-19 son:

- la adecuada planificación y provisión de recursos de ECMO en centros expertos,
- una cuidadosa selección de los pacientes candidatos,
- la estricta adherencia a los protocolos de control de infección para garantizar la seguridad,
- un adecuado protocolo de desconexión tanto en casos de mejoría como de no recuperación en un periodo de tiempo razonable.

Conclusiones:

El ECMO constituye una herramienta de soporte respiratorio en pacientes con SDRA refractario a otras terapias. Es una opción viable para pacientes con insuficiencias respiratorias y cardíacas severas.

La complejidad del ECMO requiere un equipo bien cualificado en el manejo de esta terapia, su uso debe limitarse a centros expertos de alto volumen. En una situación de pandemia la disponibilidad de recursos puede ser limitada.

La infección por el virus SARS-CoV-2 presenta una evolución grave en un porcentaje importante de ingresados en UCI) y el uso del ECMO-VA se ha reportado en casos esporádicos.

Bibliografía:

1. Gómez Grande MA, Arriaza Montejo S, Valeo Martín M J, Cerrillo González F, García Alcalde C. Manual de Enfermería. Paciente sometido a Terapia ECMO veno-arterial de acceso periférico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Departamento de Cardiología. Madrid; 2014. Pp 37-44.
2. Celda Belinchón L, García Tell J, Bartolomé Bueno C, Fortea García E, Monte Pérez E, Monzón Soriano J, et al. Cuidados de Enfermería en el Paciente Adulto portador de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO). Enfermeros de Unidad de Anestesia y Reanimación P. Central Hospital La Fe. Valencia. Internet.
3. Alfaro-LeFevre; R (1999) "Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso". 4ª edición Ed. Springer

Capítulo 167

Paciente gran quemado: unificación de criterios para el abordaje por el personal sanitario

Ruiz López, María de las Nieves

Fernández Villa, Soraya

Lozano Muñoz, Laura María

Sanromán Plaza, Montaña



PACIENTE GRAN QUEMADO: UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA EL ABORDAJE POR EL PERSONAL SANITARIO

AUTORES: Ruiz López, María de las Nieves; Fernández Villa, Soraya; Lozano Muñoz, Laura María; Sanromán Plaza, Montaña.

INTRODUCCIÓN

Una quemadura es la destrucción tisular bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radiactivo, donde los factores pronósticos como edad, extensión, profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, causa de la lesión, la existencia de patología previa y el tipo de accidente que lo produjo han de tenerse en cuenta.

El Paciente Gran Quemado (PGQ) es considerado como un paciente politraumatizado. El correcto manejo inicial del PGQ está relacionado con su posterior recuperación.

Las quemaduras más frecuentes se producen en el ámbito doméstico y laboral, siendo en la mayoría de las ocasiones prevenibles. Los accidentes de tráfico producen las quemaduras de mayor extensión. Por grupos de edad, los niños y los ancianos son los más vulnerables y los que peor pronóstico presentan.

OBJETIVOS

- Revisar la documentación disponible sobre Atención de Enfermería al PGC para unificar criterios.
- Conocer el concepto de gran quemado.
- Identificar las potenciales complicaciones y factores de riesgo.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica a partir del estudio de artículos publicados en revistas, manuales y protocolos de diferentes Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Para la búsqueda bibliográfica se utilizan bases de datos como Dialnet, sCielo, Cuiden, PubMed y la biblioteca Cochrane.

Se utilizan como palabras clave: *quemadura, gran quemado, enfermería*. Como criterios de inclusión, se tendrán en cuenta artículos recientes sobre el manejo del paciente quemado. Como criterio de exclusión, no se tendrán en cuenta artículos que hablan del abordaje del PGQ en niños porque presentan características muy específicas, ni tampoco aquellos artículos de más de 10 años.

RESULTADOS

- La mayoría de la documentación encontrada hace referencia a la ABA (American Burn Association), considerada como la entidad de referencia a nivel mundial para el cuidado del gran quemado.
- La Regla de Wallace es la más extendida para calcular la Superficie Corporal Quemada (SCQ), sin embargo, en algunos artículos revisados también se hace referencia a la regla del 1 o de la palma de la mano.
- Todos los artículos y protocolos coinciden en la importancia de la secuencia "ABCD" en la atención del PGQ y en la consideración de politraumatizados.
- Como tratamiento inicial, se recomienda la fluidoterapia, utilizando el Ringer Lactato en las primeras 24 horas y los coloides para las siguientes 24 horas.
- La Fórmula de Parkland para el cálculo de la administración de fluidos, es la más extendida por ser la de más fácil aplicación.

CONCLUSIONES

En toda la bibliografía estudiada sobre la atención al PGQ, se siguen unas directrices generales de actuación como paciente politraumatizado encaminadas a la atención más temprana posible y a estabilizar al afectado, disminuyendo las complicaciones.

La atención al PGQ es integral, rápida, y de vital importancia para la supervivencia del paciente; similar en los diferentes Sistemas de Salud, siendo esta de alta calidad por la gran especialidad de los profesionales.

Resumen: Una quemadura es la destrucción tisular por efecto térmico, eléctrico, químico o radiactivo, donde los factores pronósticos como edad, extensión, profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, causa de la lesión, la existencia de patología previa y el tipo de accidente han de tenerse en cuenta.

El Paciente Gran Quemado (PGQ) es un paciente politraumatizado. El manejo inicial del PGQ está relacionado con su posterior recuperación.

Las quemaduras más frecuentes son en el ámbito doméstico y laboral, siendo prevenibles. Los accidentes de tráfico producen las quemaduras de mayor extensión. Por grupos de edad, niños y ancianos son más vulnerables y con peor pronóstico.

Palabras Clave: Quemadura - Gran quemado - Enfermería

Introducción:

Se realiza una revisión bibliográfica acerca del manejo inicial del PGQ y de la atención de Enfermería en este tipo de pacientes, a partir del estudio de artículos bibliográficos publicados en diferentes revistas, manuales y protocolos, resultando de gran utilidad el Protocolo de Quemados del Sistema Andaluz de Salud, el Protocolo de Enfermería del Paciente Quemado del Hospital Príncipe de Asturias de Madrid y el Protocolo del Enfermo Gran Quemado del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Para la búsqueda bibliográfica se utilizan bases de datos como Dialnet, sCielo, Cuiden, PubMed y la biblioteca Cochrane.

Definición de quemadura:

Las quemaduras son lesiones tisulares por acción de agentes físicos, químicos y biológicos, que provocan alteraciones de diversa gravedad.

El gran quemado se define según la extensión, profundidad y localización de las quemaduras y la edad del paciente según la ABA (American Burn Association), donde existen ciertas zonas como manos, pies, cara, cuello y periné y articulaciones que por sí solas producen incapacidad o ponen en grave peligro al paciente si no reciben una atención multidisciplinar, rápida y coordinada desde “la hora 0” (momento de la quemadura) hasta su ingreso.

Clasificación según Profundidad:

- Quemaduras de 1º grado o Epidérmicas: eritema, dolor por afectación e inflamación de las terminaciones nerviosas, sin exudación y sin flictenas. Curan espontáneamente en poco tiempo y no dejan secuelas.

-Quemaduras de 2º grado o Dérmicas:

Superficiales: eritema, muy dolorosas, flictenas con base de color rosado, curan en 2 semanas y dejan secuelas estéticas.

Profundas: son exudativas, superficie hiperémica y fondo blanquecino, indoloras por destrucción de las terminaciones nerviosas, sin presencia de folículos pilosos, requieren curación por cicatrización o injerto y dejan secuelas estéticas y/o funcionales.

-Quemaduras de 3º grado o Subdérmicas: escara pálida, negra o parda, indoloras, sin flictenas, con curación por injertos, requieren largo tiempo de recuperación y dejan muchas secuelas.

- Quemaduras de 4º grado (3º grado profunda): afectan estructuras profundas, como músculos, tendones y/o huesos, conllevan desbridamiento y/o amputación.

Clasificación por extensión:

La Superficie Corporal Quemada (SCQ) se calcula como un porcentaje del área de la Superficie Corporal Total (SCT). Hay multitud de escalas para el cálculo, resultando las más sencillas por su fácil aplicación:

- Regla de Wallace o de los nueve (>15 años): valoran quemaduras de gran extensión de 2º y 3º grado, divide la SCT en áreas de 9% o múltiplos de 9. No es aconsejable utilizarla en niños, ya que la cabeza puede representar hasta un 19% SCT y los miembros inferiores un 15%.

- Regla del 1 o de la palma de la mano: la palma de la mano del paciente representa el 1% de la SCT. Se utiliza para evaluación rápida en quemaduras poco extensas.

Manejo del PGQ en el Medio Extrahospitalario:

Valoración inicial

1. Retirar al paciente del agente lesivo lo antes posible, previa protección adecuada del equipo de emergencias.

2. Retirar la ropa del paciente.

3. No está indicada la irrigación directa sobre la quemadura, a excepción de las quemaduras químicas.

4. Aplicación de paños o compresas estériles empapadas en agua o suero fisiológico tibio para el enfriamiento del PGQ durante 15 minutos en quemaduras pequeñas o durante 5 minutos en quemaduras extensas, ya que alivia el dolor, reduce el edema y evita la proliferación bacteriana.

5. Aplicación de compresas durante más de 15 minutos o con agua fría, aumenta el riesgo de hipotermia.

Secuencia ABCD

El objetivo es conseguir estabilizar/conservar las funciones vitales del PGQ.

1. Valoración de la vía aérea (A): la amenaza vital es la obstrucción de la vía aérea superior por edema. Estaría indicada la Intubación Orotraqueal (IOT) precoz.

2. Valoración de la respiración (B): administración en todos los casos de oxígeno a alto flujo con mascarilla Venturi intentando conseguir concentraciones del 100%. En caso de IOT, mantener una FiO₂ de 1 durante el traslado.

3. Valoración de la circulación (C): valorar ritmo, ruidos cardiacos, presencia de hemorragias y pulsos centrales para identificar trastornos de la volemia. Canalizar dos vías periféricas de gran calibre (18G) en zonas no quemadas, para lograr el inicio de la fluidoterapia, la administración de analgesia y sedación si fuera necesario. Si esto no es posible, valorar la canalización de una vía intraósea.

4. Valoración neurológica (D): como referencia la Escala del Coma de Glasgow. Valoración secundaria

Evaluación exhaustiva del paciente en la escena del accidente, o durante el traslado. El objetivo es la identificación de lesiones asociadas existentes, así como la evaluación continuada de la respuesta al tratamiento inicial.

Fluidoterapia

En el PGQ se produce una pérdida de volumen intravascular hacia el intersticio produciendo el “Síndrome del paciente quemado”, que es una mezcla de shock distributivo, hipovolémico y cardiogénico. La inadecuada reanimación del PGQ puede conducir a desarrollar una respuesta inflamatoria sistémica grave o aún más a síndrome de disfunción multiorgánica y muerte. Las estrategias terapéuticas que incluyen la reanimación vigorosa y precoz con fluidos han conducido a una notable mejora en las expectativas de estos pacientes. El objetivo es evitar el shock y el fallo multiorgánico. Está indicada en las primeras 48h de evolución y en quemaduras superiores al 15-20% de SCQ en adultos.

Para el cálculo de la cantidad de fluidos que requiere cada paciente, la Fórmula de Parkland es la más utilizada.

- Fórmula de Parkland:

Primeras 24 horas: Ringer Lactato a 4ml/kg/SCQ. La mitad se administra en las primeras 8 horas y el resto, en las siguientes 16 horas.

Bibliografía:

1. Protocolos Clínicos Terapéuticos en Urgencias extrahospitalarias. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Sanidad 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. González-Cavero, J; Arévalo, JM; Lorente, JA. Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico. *Emergencias* 2009, 11:295-301.
3. Sánchez Sánchez, Manuel; García de Lorenzo y Mateos, Abelardo; Fluidoterapia en los pacientes Quemados Críticos. Unidad de quemados críticos. Hospital Universitario de La Paz. ISSN: 1888-3761.
4. Arroyo Ruiz Luis Miguel; Grueso Alcántara, Francisco Javier. Atención de Enfermería Extrahospitalaria ante el paciente con quemaduras y manejo de flictenas. *Ciber-Revista*. IV época. Marzo-Abril 2016. N.º 48
5. Molina Sánchez, M.A; Esteban Bernal, G. Atención Prehospitalaria al paciente Quemado. Asociación de Sanitarios de Bomberos de España.

Capítulo 168

Papel de la enfermería en comunicación y mediación intercultural

Guerrero Sola, Lorena

Ruiz Serrano, Jesús Javier

De La Torre Pérez, María del Carmen



PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN COMUNICACIÓN Y MEDIACIÓN INTERCULTURAL



Autores: Lorena Guerrero Sola, Jesús Javier Ruiz Serrano, María del Carmen de la Torre Pérez

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN

- Proceso simbólico, interpretativo, transaccional y contextual en que un cierto nivel de diferencia entre las personas es suficientemente importante para crear interpretaciones y expectativas diferentes para crear significados compartidos. Como disciplina tiene como **objetivo** estudiar la forma en que la gente de diferentes orígenes culturales se comunica entre sí.

EFICACIA Y PROBLEMAS DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

REQUISITOS PARA LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL EFICAZ

- ✓ Lengua común
- ✓ Conocimiento propia cultura y ajena
- ✓ Comunicación no verbal
- ✓ Eliminar prejuicios
- ✓ Empatizar

OBSTACULOS DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

- ✓ Etnocentrismo
- ✓ Estereotipos
- ✓ Discriminación
- ✓ Desigualdad entre los interlocutores
- ✓ Ignorancia

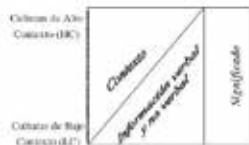
DIMENSIONES BÁSICAS DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

Factores de la comunicación

- ✓ Emisor
- ✓ Receptor
- ✓ Contexto
- ✓ Mensaje: Comunicación verbal; Comunicación no verbal



Modelo contextual Edward T. Hall



EL PROCESO DE DIVERGENCIA LINGÜÍSTICA.

LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

- Todos nos comunicamos por necesidad, gusto, interés, o simplemente para ponernos de acuerdo con los demás para llevar a cabo alguna acción.
- El hombre desde sus inicios ha sentido la constante necesidad de comunicarse para transmitir así sus pensamientos, necesidades, informaciones y todo lo concerniente a vivir en sociedad.
- La lengua así como la cultura está en un proceso continuo de adaptación y cambian de una generación a otra. Si no lo hacen, su final es la extinción.
- El lenguaje en las distintas culturas ha evolucionado en relación a los rasgos de cada una de ellas:

PERCEPCIÓN

En cada cultura se ve la realidad desde distintos puntos de vista asignando a sus elementos valores simbólicos.

CONCEPCIÓN DEL TIEMPO

Por ejemplo la cultura asiática tiene una concepción cíclica del tiempo, mientras que la oriental tiene una lineal, irreversible.

MODO DE PENSAR

Lógico → occidente
Intuitivo → oriente
Afectivo → latino

PATRONES DE CONDUCTA:

Costumbres
Normas
Tabúes
Roles

MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

EL ENFERMO COMO MEDIADOR EN SALUD CON RESPECTO A LA INMIGRACIÓN.

- La evolución hacia la multiculturalidad condiciona la asistencia sanitaria a personas de origen minoritario



- Debido a la falta de reconocimientos de las autoridades hay trabajadores que están trabajando como mediadores con formaciones de todo tipo.
- Asegurar los derechos de los ciudadanos.

INDEPENDIEMENTE DE SU ORIGEN ÉTNICO

- Una buena asistencia sanitaria requiere una comunicación entre los profesionales de la sanidad y los pacientes adecuada.
- Si esto no es así el paciente puede perder la confianza en el profesional y abandonar el tratamiento, lo que conlleva una peor evolución de la enfermedad.
- Los profesionales de la salud se desconciertan, tienen que hacerse cargo sin formación específica de la diversidad cultural y social, lo cual implica dificultades en la comunicación.

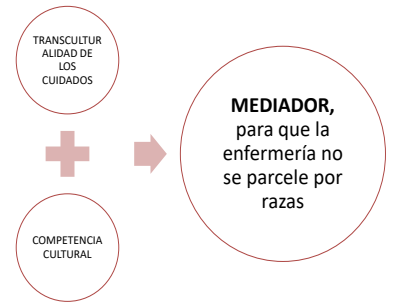
SE ROMPEN LOS ESTEREOTIPOS Y LOS IDIOMAS CULTURALES



NO ENTIENDEN LA CULTURA DE LOS INMIGRANTES



ES NECESARIO UN MEDIADOR



TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

- La traducción/interpretación en los servicios públicos es un intento de equilibrar las relaciones de poder entre el emisor y el receptor cuando éstos se encuentran en situaciones asimétricas, priorizando la necesidad de comunicarse y llegar a un entendimiento positivo para las partes implicadas.
- PAISES → INTERES
 - **Australia** → País mas avanzado, en cuanto a la profesionalización, acreditación y formación de traductores. Su compromiso con este tema empezó en los años 50.
 - **Reino Unido** → Su compromiso empezó en los 90, para favorecer la comunicación entre las clases minoritarias y las autoridades públicas.
 - **EE.UU** → Existe un sistema de traducción pero son pocas las lenguas en las que esta disponible.
 - **Suecia y Canadá** → Cuenta con un sistema de traducción bastante bueno en los servicios públicos.
 - **Alemania Francia y Austria** → Carecen de interés frente a este tema.
 - **Países bajos y Bélgica** → Van tomando iniciativas poco a poco.
 - **Italia España y Portugal** → Están dando sus primeros pasos en relación a este tema.

CONCLUSIÓN

- La comunicación intercultural se trata de una comunicación interpersonal en la que intervienen personas con diferentes culturas teniendo que superar algunas barreras para comunicarse correctamente.
- Las sociedades humanas funcionan gracias a la comunicación, que en un principio sólo era utilizada por instintos sexuales.
- La comunicación sigue acortando distancias entre las diferentes civilizaciones
- Con respecto a la comunicación intercultural en el ámbito hospitalario, podríamos decir que el reconocimiento de un mediador es nulo, y que hay profesionales que con el echo de saber dos idiomas pueden ejercer de mediadores.

Resumen: Todos nos comunicamos por necesidad, interés, o simplemente para ponernos de acuerdo con los demás para llevar a cabo alguna acción. Sus funciones se pueden clasificar en expresivas y utilitarias. Toda comunicación lleva un propósito, ya sea, informar, entretener o persuadir. La sociedad no existe por la comunicación, sino que la comunicación existe en ella. El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación. Ésta consiste en el intercambio de mensajes entre los individuos. En la actualidad se entiende que el buen funcionamiento de la sociedad depende no sólo de que estos intercambios existan, sino de que sean óptimos.

Palabras Clave: Diversidad cultural, Mediación intercultural, barreras de comunicación

Desarrollo del trabajo:

La comunicación es un proceso simbólico, interpretativo, transaccional y contextual en que un cierto nivel de diferencia entre las personas es suficientemente importante para crear interpretaciones y expectativas diferentes para crear significados compartidos. Como disciplina tiene como objetivo estudiar la forma en que la gente de diferentes orígenes culturales se comunica entre sí.

La evolución hacia la multiculturalidad comporta un abanico de peculiaridades lingüísticas y culturales que condicionan la asistencia sanitaria a las personas de origen minoritario. El desconocimiento del idioma, las diversas perspectivas culturales respecto a la salud y la enfermedad, los frecuentes inconvenientes sociales y económicos derivados de pertenecer a un grupo minoritario y sus posibles consecuencias psicológicas son algunas de las barreras con las que se encuentran, por lo que reciben una asistencia de peor calidad.

En el ámbito de la inmigración y las relaciones interculturales aparecen necesidades y demandas explícitas para instituciones, servicios, profesionales, entidades para la población inmigrante, así como los propios usuarios de servicios de origen cultural diverso. Con la nueva figura de los mediadores interculturales se trata de cubrir las necesidades relacionadas con las diferencias lingüísticas y culturales.

La falta de reconocimiento oficial por las autoridades académicas ha provocado que estén trabajando como mediadoras personas con formaciones de todo tipo, hasta el punto de profesionales que tienen como única habilidad la capacidad de hablar dos idiomas.

Asegurar los derechos de todos los ciudadanos con las mismas garantías, independientemente de su origen étnico o cultural, se ha convertido en un gran desafío para todas las instituciones.

En el ámbito de la asistencia sanitaria es donde la mediadora intercultural adquiere una gran importancia, dada la necesidad de llegar a un diagnóstico correcto que permita aplicar con éxito el tratamiento más adecuado, ello requiere, evidentemente, una buena comunicación entre los profesionales del sistema sanitario y los pacientes inmigrantes. Si esta comunicación falla, ya sea por razones idiomáticas o culturales, el riesgo de no alcanzar este propósito es muy elevado. Por ello, cuando el paciente y el profesional no logran comunicarse adecuadamente, surge la incomodidad por ambas partes y, como consecuencia de ello, el grado de confianza disminuye. Esta pérdida de confianza lleva, muy a menudo, al paciente a interrumpir el tratamiento o bien a abandonar su seguimiento. Un resultado indeseable de este distanciamiento del paciente acostumbra a ser una peor evolución de su enfermedad o la necesidad de acudir con más frecuencia a los servicios de urgencias, con el incremento que esto supone en el gasto sanitario.

Surge una situación entre el profesional y el paciente de desajuste donde como colectivo profesional los sanitarios deben buscar una concordia. Los problemas de comunicación se agudizan en el entorno hospitalario, especialmente cuando se carece de familia que proporcione apoyo y compañía, dando lugar a situaciones de aislamiento poco deseables. La diferencia de cultura aumenta la ansiedad y el recelo de los pacientes. Y es la propia población inmigrante la que ha identificado la falta de escucha activa de los profesionales, como uno de los principales problemas que se encuentran.

Con respecto a la asistencia sanitaria, se debe activar las conciencias para no acabar practicando una enfermería parcelada por razas. Surge para esto la transculturalidad de los cuidados y la competencia cultural.

La traducción/interpretación en los servicios públicos es un intento de equilibrar las relaciones de poder entre el emisor y el receptor cuando éstos se encuentran en situaciones asimétricas, priorizando la necesidad de comunicarse y llegar a un entendimiento positivo para las partes implicadas.

En lo referente al campo de acción, la interpretación social se refiere al acceso a los servicios públicos por parte de sujetos que no dominan la lengua mayoritaria del país. Por ello, "responde a una necesidad social de una comunidad de inmigrantes o personas que por diferentes razones no hablan el idioma mayoritario y por tanto se ven perjudicadas en su trato con la Administración y en el ejercicio de sus derechos y deberes a la hora de acceder a los servicios públicos".

En pleno debate sobre las sociedades multiculturales que se están formando, el papel de la traducción/interpretación en las relaciones entre los usuarios y los proveedores de los servicios públicos, está cobrando cada vez más importancia. La traducción/interpretación en los servicios públicos también cubre la traducción de documentos, en su mayor parte se refiere a la labor de traducción oral (interpretación) en interacciones cara a cara.

En Reino Unido es en la década de los noventa cuando se propone la denominación de Interpretación en los Servicios Públicos para referirse a esta actividad de favorecer la comunicación entre las autoridades públicas y los grupos minoritarios en la sociedad de acogida.

En Canadá se cuenta también con un sistema de acreditación y existe gran interés investigador y educativo.

En España ha sido el equipo de Alcalá el que organizó el primer congreso sobre traducción e interpretación en los servicios públicos en España en 2002 y es también este grupo el que está llevando a cabo la acción formativa pionera en este campo en España. Con todo, hay que hablar de la todavía escasa bibliografía disponible en castellano, así como de la situación todavía muy incipiente en la que se encuentra la formación y el reconocimiento profesional de esta modalidad traductora.

Con respecto a la comunicación intercultural en el ámbito hospitalario podremos decir que el reconocimiento de un mediador en el ámbito cultural no está reconocido oficialmente y que hay profesionales que con el simple hecho de saber dos idiomas ya son reconocidos como tales.

Bibliografía:

1. Fernandez Juarez, G.: la diversidad frente al espejo. Ediciones Abya-Yala, 1ª Edición. Quito (2008).
2. Rodrigo Alsina, M.: La comunicación intercultural. Ed. Antrophos, 2ª edición. España (1999).
3. BAKER, Mona (2003) "Identity narratives and the development of scholarly communities". Ponencia plenaria en II Simposio Internacional Traducción, Texto e Interferencias, 22-24 octubre de 2003, Universidad de Málaga.

Capítulo 169

Papel de la enfermería en las transfusiones de hemoderivados

Ropero Perona, Ismael

Rodríguez López, María Luisa

Sánchez González, Irene

Cabañas Linares, Javier

López Valero, Marian

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LAS TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS



Ropero Perona I, Rodríguez López M.L, Cabañas Linares J, López Valero M, González Sánchez I.

Introducción:

La enfermería tiene un papel muy importante en la seguridad del paciente durante la transfusión de hemoderivados. Tiene la responsabilidad de conocer lo que se va a administrar, la forma adecuada de administrar hemoderivados y saber actuar ante una posible reacción transfusional. La transfusión de hemoderivados es un procedimiento terapéutico basado en el aporte de los diferentes componentes sanguíneos obtenidos a partir de una donación altruista, utilizado para restaurar el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina o corregir los niveles séricos de proteínas. Los profesionales de enfermería tienen una gran responsabilidad antes, durante y después del acto transfusional, en la actualidad se ha convertido en un tratamiento de uso común, que conlleva riesgos y potenciales complicaciones.



Objetivos:

Dar a conocer hemoderivados disponibles a administrar por enfermería, compatibilidad sanguínea y características de cada hemoderivado.



Material y métodos:

Revisión bibliográfica de literatura en castellano sobre transfusiones de hemoderivados en diferentes bases de datos: SciELO, Pubmed, Dialnet, Google académico, Health & Medical Complete.

Palabras clave: transfusión de hemoderivados, enfermería, seguridad del paciente, reacciones transfusionales y hemovigilancia.

Resultados:

La formación y conocimiento por parte de enfermería de los hemoderivados que administra es de vital importancia y de gran responsabilidad. Debe conocer que tipos de hemoderivados existen, tiempos de administración y saber la función dentro del organismo.

Concentrado de hematies:

La finalidad de la transfusión de hematies es aumentar la capacidad de transporte de oxígeno a los tejidos gracias a la hemoglobina que contienen en su interior. El objetivo es tratar o evitar una hipoxia tisular antes de que se produzcan lesiones irreversibles.

Los productos utilizados son los concentrados de hematies procedentes de una donación de sangre total, tras la separación por centrifugación de las plaquetas y/o el plasma, ó de una donación de eritroaféresis. Ambos tienen características similares.

La decisión de trasfudir concentrado de hematies no debe basarse sólo en la cifra de hemoglobina, sino también en otros factores como la rapidez de instauración de la anemia (aguda o crónica), la presencia de procesos específicos que afecten a los mecanismos fisiológicos de adaptación a la anemia y, de especial manera, la situación clínica del paciente, siendo de vital importancia los signos y síntomas de hipoxia tisular.

Puede presentar complicaciones como reacciones hemolíticas, reacciones alérgicas, hipotermia y enfermedades infecciosas.

Transfusión de plaquetas:

La transfusión de plaquetas se usa terapéuticamente en enfermos con hemorragia por trombopenia o con trastornos funcionales de las plaquetas.

También se pueden transfundir para prevenir posibles hemorragias, por ejemplo, antes de una intervención quirúrgica o, en enfermos de cáncer, después de la quimioterapia.

La dosis a transfundir para un adulto suele ser una unidad, si ésta procede de aferésis, o una mezcla de plaquetas (pool), que normalmente se obtiene de 4 ó 5 donaciones de sangre total; y que habitualmente se administra cada 24/48 horas en profilaxis, o justo antes de una cirugía en el caso de intervenciones quirúrgicas.

Puede presentar complicaciones como reacciones hemolíticas, reacciones alérgicas, hipotermia y enfermedades infecciosas.

Plasma fresco congelado:

La finalidad de la transfusión de plasma fresco congelado es aportar factores de la coagulación deficitarios. El plasma se obtiene mediante la separación en componentes de una donación de sangre total ó bien a partir de una donación de plasmaféresis. Todo el plasma transfusional debe ser mantenido en cuarentena durante 3-4 meses ó hasta una nueva serología repetidamente negativa del donante, ó bien debe ser sometido a técnicas de inactivación viral.

El plasma es la fuente fundamental de obtención de derivados plasmáticos estables producidos por la industria farmacéutica. La mayoría del plasma obtenido de las donaciones es utilizado con este fin.

Puede presentar complicaciones como reacciones alérgicas, reacciones febriles, sobrecarga circulatoria y enfermedades infecciosas.

Transfusión de crioprecipitados:

La finalidad del crioprecipitado es el aporte de Factor VIII-C, Factor VIII-Von Willebrand, Factor XIII y fibrinógeno.

Se obtiene mediante la descongelación a 4 °C de una unidad de plasma fresco congelado, tras lo cual se centrifuga para sedimentar el precipitado y eliminar la mayor parte del plasma sobrenadante. El sedimento con 15 - 20 ml de plasma se vuelve a congelar. Cada crioprecipitado contiene al menos 70 unidades de Factor VIII y 140 mg de fibrinógeno por unidad.

Puede presentar complicaciones como reacciones alérgicas, hipotermia y hepatitis.

Glóbulos blancos (leucocitos):

Los glóbulos blancos (leucocitos) se transfunden para tratar infecciones que pueden causar la muerte a personas que tienen un número reducido de estos glóbulos sanguíneos o cuyos glóbulos blancos funcionan anormalmente. El uso de transfusiones de glóbulos blancos (leucocitos) es poco frecuente, debido a que el uso de mejores antibióticos y de factores de crecimiento de citocinas que estimulan la producción de los glóbulos blancos propios ha reducido en gran medida la necesidad de realizarlas. Los glóbulos blancos (leucocitos) se obtienen por aferésis y pueden ser almacenados durante un máximo de 24 horas.

Grupo ABO del receptor	Transfusión de concentrados de glóbulos rojos			Transfusión de plasma y de productos no celulares	
	Primera Opción	Primera Alternativa*	Segunda Alternativa*	Primera Opción	Primera Alternativa
O	O	Ninguna	Ninguna	O	AB
A	A	O	Ninguna	A	AB
B	B	O	Ninguna	B	AB
AB	AB	A o B**	O	AB	ninguna

Debe emplearse un equipo nuevo descartable para infusión por cada unidad cuando se administren sucesivamente unidades de diferente grupo ABO

** Puede seleccionarse cualquiera de los grupos de sangre A o B pero solo debe administrarse uno de los dos a un receptor dado.

La disponibilidad de la sangre grupo A es generalmente mayor que la del grupo B por lo que es más frecuentemente seleccionada como primera alternativa

Conclusiones:

Enfermería tiene un papel muy importante en la garantía de la seguridad del paciente, son los responsables de la administración de hemoderivados y por tanto deben ser conocedores de como se debe administrar y su utilidad, con el fin de evitar errores que puedan ocasionar problemas en los pacientes receptores de tratamientos con hemoderivados.

Hay evidencia científica de que el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la transfusión de hemoderivados es deficiente, lo que puede llevar a cometer errores con consecuencias negativas sobre el paciente.

Es necesario formar adecuadamente a los profesionales de enfermería en la administración de hemoderivados y vigilancia de signos y síntomas de las posibles complicaciones.

HEMODERIVADO	VOLUMEN BOLSA	CONSERVACIÓN	CADUCIDAD	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	RECOMENDACIONES
CONCENTRADO DE HEMATIES	De 180-450 ml	En nevera de 1 a 6 °C	42-45 días	2-4 horas, aunque se puede poner más rápido.	Compatibilidad de grupo y Rh. Utilizar filtro para microagregados
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	De 200-250 ml	De 20 a 24°C en agitación continua	5 días	15-30 minutos	
PLASMA FRESCO CONGELADO	De 180 a 300 ml	De -18 a -30°C	1-3 años o al cambiar sus características físicas	10 ml/min. Administrar antes de 6 horas.	Compatibilidad de grupo y Rh.
CRIOPRECIPITADOS	De 10 a 20 ml.	Menor a -30°C	1 año o al cambiar sus características físicas	1-3 horas	

Resumen: *La enfermería tiene un papel muy importante en la seguridad del paciente durante la transfusión de hemoderivados.*

La transfusión de hemoderivados es un procedimiento terapéutico basado en el aporte de los diferentes componentes sanguíneos obtenidos a partir de una donación altruista, utilizado para restaurar el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina o corregir los niveles séricos de proteínas.

Los profesionales de enfermería tienen una gran responsabilidad antes, durante y después del acto transfusional, en la actualidad se ha convertido en un tratamiento de uso común, que conlleva riesgos y potenciales complicaciones

Palabras Clave: *Transfusión Hemoderivados, Enfermería, Hemovigilancia*

Desarrollo del trabajo:

La formación y conocimiento por parte de enfermería de los hemoderivados que administra es de vital importancia y de gran responsabilidad. Debe conocer que tipos de hemoderivados existen, tiempos de administración y saber la función dentro del organismo.

Concentrado de hematíes:

La finalidad de la transfusión de hematíes es aumentar la capacidad de transporte de oxígeno a los tejidos gracias a la hemoglobina que contienen en su interior. El objetivo es tratar o evitar una hipoxia tisular antes de que se produzcan lesiones irreversibles.

Los productos utilizados son los concentrados de hematíes procedentes de una donación de sangre total, tras la separación por centrifugación de las plaquetas y/o el plasma, o de una donación de eritroaféresis. Ambos tienen características similares.

La decisión de trasfundir concentrado de hematíes no debe basarse sólo en la cifra de hemoglobina, sino también en otros factores como la rapidez de instauración de la anemia (aguda o crónica), la presencia de procesos específicos que afecten a los mecanismos fisiológicos de adaptación a la anemia y, de especial manera, la situación clínica del paciente, siendo de vital importancia los signos y síntomas de hipoxia tisular.

Puede presentar complicaciones como reacciones hemolíticas, reacciones alérgicas, hipotermia y enfermedades infecciosas.

Transfusión de plaquetas:

La transfusión de plaquetas se usa terapéuticamente en enfermos con hemorragia por trombopenia o con trastornos funcionales de las plaquetas.

También se pueden transfundir para prevenir posibles hemorragias, por ejemplo, antes de una intervención quirúrgica o, en enfermos de cáncer, después de la quimioterapia.

La dosis a transfundir para un adulto suele ser una unidad, si ésta procede de aferéresis, o una mezcla de plaquetas (pool), que normalmente se obtiene de 4 o 5 donaciones de sangre total; y que habitualmente se administra cada 24/48 horas en profilaxis, o justo antes de una cirugía en el caso de intervenciones quirúrgicas. Puede presentar complicaciones como reacciones hemolíticas, reacciones alérgicas, hipotermia y enfermedades infecciosas.

Plasma fresco congelado:

La finalidad de la transfusión de plasma fresco congelado es aportar factores de la coagulación deficitarios. El plasma se obtiene mediante la separación en componentes de una donación de sangre total o bien a partir de una donación de plasmaféresis. Todo el plasma transfusional debe ser mantenido en cuarentena durante 3-4 meses o hasta una nueva serología repetidamente negativa del donante, o bien debe ser sometido a técnicas de inactivación viral.

El plasma es la fuente fundamental de obtención de derivados plasmáticos estables producidos por la industria farmacéutica. La mayoría del plasma obtenido de las donaciones es utilizado con este fin.

Puede presentar complicaciones como reacciones alérgicas, reacciones febriles, sobrecarga circulatoria y enfermedades infecciosas.

Transfusión de crioprecipitados:

La finalidad del crioprecipitado es el aporte de Factor VIII-C, Factor VIII-Von Willebrand, Factor XIII y fibrinógeno.

Se obtiene mediante la descongelación a 4 °C de una unidad de plasma fresco congelado, tras lo cual se centrifuga para sedimentar el precipitado y eliminar la mayor parte del plasma sobrenadante. El sedimento con 15 – 20 ml de plasma se vuelve a congelar. Cada crioprecipitado contiene al menos 70 unidades de Factor VIII y 140 mg de fibrinógenopor unidad.

Puede presentar complicaciones como reacciones alérgicas, hipotermia y hepatitis. Glóbulos blancos (leucocitos):

Los glóbulos blancos (leucocitos) se transfunden para tratar infecciones que pueden causar la muerte a personas que tienen un número reducido de estos glóbulos sanguíneos o cuyos glóbulos blancos funcionan anormalmente. El uso de transfusiones de glóbulos blancos (leucocitos) es poco frecuente, debido a que el uso de mejores antibióticos y de factores de crecimiento de citocinas que estimulan la producción de los glóbulos blancos propios ha reducido en gran medida la necesidad de realizarlas.

Los glóbulos blancos (leucocitos) se obtienen por aferésis y pueden ser almacenados durante un máximo de 24 horas.

Bibliografía:

1. Arbona C., Bautista A.M., Castella M., Castillo A., Fernández C., Fernández M. (2015). Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular, 5, p. 228.
2. Alfaro J. Cuidados de enfermería en la transfusión sanguínea. Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León; 2018.
3. Sociedad Española de transfusión sanguínea y terapia celular. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneo y derivados plasmáticos. 5ª ed. 2018.p. 50-57.
4. Melians Abreu SM. La sangre como recurso terapéutico desde la donación voluntaria y su impacto científico social. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet].2017[citado 08/02/2018]; 21(1)13-24

Capítulo 170

Papel del personal de enfermería de traumatología en la complicación postquirúrgica de una prótesis de rodilla

Alcázar Pérez, Alberto

Bonales Dominguez, María del Pilar

Silva López-Astilleros, María Teresa

Baos Aranda, María Dolores

Alañón Barba, María del Pilar

PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TRAUMATOLOGÍA EN LA COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA DE UNA PRÓTESIS DE RODILLA

AUTORES: ALCÁZAR PÉREZ, A. ALAÑÓN BARBA, MP. BONALES DOMINGUEZ, MP. SILVA LÓPEZ-ASTILLEROS, MT. BAOS ARANDA, MD

INTRODUCCIÓN

- ❑ El papel de enfermería en la sala de curas de traumatología va encaminado a evitar la infección y lograr una evolución y curación adecuada de la herida quirúrgica.
- ❑ Las infecciones del sitio quirúrgico ocurren hasta en un 30% de los casos, aumentando la morbimortalidad del paciente así como el consumo de recursos.
- ❑ La labor de enfermería en este servicio ha conseguido reducir la incidencia de infección postquirúrgica en la implantación de prótesis.

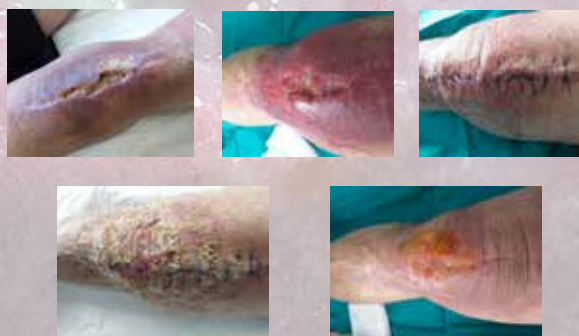
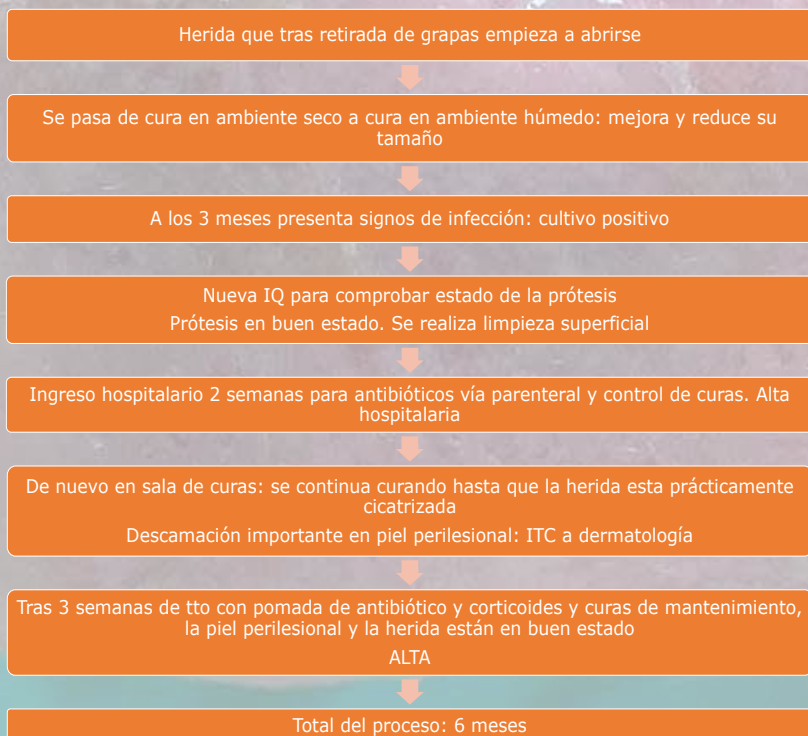
OBSERVACIÓN CLÍNICA

- ❑ Paciente de 66 años, NRAMC, HTA y DLP en tratamiento. No DM. Autónomo para las ABVD; Dx de gonartrosis severa derecha.
- ❑ Acude a sala de traumatología para cura y seguimiento tras implantación de prótesis en rodilla derecha.
- ❑ Presenta herida quirúrgica en buen estado que tras retirada de grapas comienza a abrirse y deriva en evolución tórpida.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA	NOC	NIC
(00046) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA relacionado con inmovilidad física, sensibilidad alterada y la turgencia de la piel y caracterizado por interrupción de la continuidad de la piel	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(2316) Administración de medicación: tópica
	(2303) Recuperación posterior al procedimiento	(3440) Cuidados del sitio de incisión
(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA relacionado con dolor y molestia y manifestado por limitación de movimiento	(1605) Control del dolor	(1400) Manejo del dolor
	(2303) Recuperación posterior al procedimiento	(3440) Cuidados del sitio de incisión
(00152) RIESGO DE IMPOTENCIA, relacionado con riesgo de dependencia en la vida diaria y con patrones de afrontamiento inadecuado		(5270) Apoyo emocional
		(5230) Aumentar el afrontamiento

DISCUSIÓN



CONCLUSIONES

- ✓ El papel que juega enfermería en el proceso postquirúrgico tras la implantación de prótesis es fundamental para la adecuada recuperación del paciente. Esta acción ha demostrado disminuir la incidencia de infecciones, lo que se ha traducido en un aumento de la calidad asistencial.
- ✓ Un trabajo interdisciplinar y una visión holística del paciente van a generar una mayor satisfacción del mismo, así como una evolución más favorable.

Resumen: La artroplastia de rodilla es una intervención frecuente en España, debido al aumento de la esperanza de vida, para mejorar la funcionalidad articular del paciente. Sus principales complicaciones son trombosis venosas, dolor y rigidez articular e infección postquirúrgica de la zona.

Dichas infecciones ocurren hasta en un 30% de los casos, aumentando la morbimortalidad del paciente, así como el consumo de recursos clínicos y económicos.

El papel de Enfermería en el servicio de curas de Traumatología va encaminado a reducir la incidencia de infección postquirúrgica en la implantación de prótesis y lograr una evolución y curación adecuada de la herida.

Palabras Clave: Prótesis de la rodilla, Diagnóstico de Enfermería, Atención de Enfermería

Observación Clínica:

Paciente de 66 años, sin alergias conocidas, hipertenso y dislipémico en tratamiento. No Diabetes Mellitus. Autónomo para las actividades básicas de la vida diaria y con diagnóstico de gonartrosis severa derecha. Acude a sala de traumatología para cura y seguimiento, tras implantación de prótesis en rodilla derecha. Presenta herida quirúrgica en buen estado, que tras la retirada de grapas comienza a abrirse y deriva en evolución tórpida y complicada.

Plan de Cuidados Enfermeros:

Desarrollar el trabajo utilizando un Plan de Cuidados Enfermeros a través de la taxonomía NANDA-NIC- NOC, ayuda a registrar las actividades enfermeras y establecer responsabilidades sobre cada una de ellas, mejorando así la atención al paciente en la Unidad de Traumatología y Cirugía ortopédica.

Teniendo en consideración, que el periodo de vigilancia postquirúrgica es de 90 días en el caso de la prótesis de rodilla, se pueden establecer una serie de diagnósticos enfermeros derivados de la infección de la herida quirúrgica del paciente, así como unos objetivos para su solución y los indicadores de su correcto tratamiento por parte el equipo enfermero. Algunos de los más destacados en este caso clínicos son:

NANDA:

(00046) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA relacionado con inmovilidad física, sensibilidad alterada y la turgencia de la piel y caracterizado por interrupción de la continuidad de la piel

NOC:

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas

(2303) Recuperación posterior al procedimiento.

NIC:

(2316) Administración de medicación: tópica

(3440) Cuidados del sitio de incisión

NANDA:

(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA relacionado con dolor y molestia y manifestado por limitación de movimiento

NOC:

(1605) Control del dolor

(2303) Recuperación posterior al procedimiento.

NIC:

(1400) Manejo del dolor

(3440) Cuidados del sitio de incisión

NANDA

(00152) RIESGO DE IMPOTENCIA, relacionado con riesgo de dependencia en la vida diaria y con patrones de afrontamiento inadecuado

NIC:

(5270) Apoyo emocional

(5230) Aumentar el afrontamiento

Discusión:

El paciente presenta herida que tras retirada de grapas empieza a abrirse e infectarse.

El equipo de enfermería pasa de una cura en ambiente seco a una cura en ambiente húmedo, con lo que la herida mejora y reduce su tamaño.

A los 3 meses la herida presenta signos de infección con cultivo positivo.

Se realiza una nueva cirugía para comprobar el estado actual de la prótesis (la prótesis se encuentra en buen estado y solo se realiza una limpieza superficial)

El paciente permanece en ingreso hospitalario dos semanas para la administración de antibióticos por vía parenteral y control de curas.

Al alta hospitalaria, de nuevo en la sala de curas de traumatología, se continúa curando hasta que la herida está prácticamente cicatrizada. Pero el paciente presenta una descamación importante de la piel perilesional por lo que se solicita una interconsulta con el Servicio de Dermatología

Tras 3 semanas de tratamiento con pomada de antibiótico y corticoides y de realizar curas de mantenimiento la piel perilesional y la herida están en buen estado. Se procede a dar el alta definitiva al paciente tras seis meses de tratamiento.

Conclusión:

Las infecciones del sitio quirúrgico suponen la tasa de infección más alta de todas las infecciones nosocomiales. Además, están asociadas a una mortalidad del 3%.

La disminución en la tasa de infecciones quirúrgicas genera un mejor confort del paciente y una disminución en el uso de recursos sanitarios. El papel que juega enfermería en el proceso postquirúrgico, tras la implantación de prótesis, es fundamental para la adecuada recuperación del paciente. Esta acción ha demostrado disminuir la incidencia de infecciones, lo que se ha traducido en un aumento de la calidad asistencial.

El papel de Enfermería en las curas de la lesión tiene un papel clave para bajar la incidencia de infecciones, conociendo los factores desencadenantes, métodos para predecirlas y evitarlas y las estrategias para abordarlas. Un trabajo interdisciplinar y una visión holística del paciente generan una mayor satisfacción del mismo, así como una evolución más favorable de la herida postquirúrgica.

Bibliografía:

1. Almuedo Riera A, Echánove JA, Álvarez Lerma F, Amador Gil S, Amillo Zaragüeta M, Arias Díaz J et al. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Infecciones quirúrgicas. 2º ed. Madrid: Arán; 2016. Disponible en: [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)
2. Bustos López R., Piña Martínez A.J., Pastor Molina M., Benítez Laserna A., Vllora Fernández M.P., González Pérez A.D.. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Abr [citado 2021 Nov 02] ; 11(26): 324-343. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200021&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200021>.
3. Revista de la sociedad española de heridas. Heridas y Cicatrización. Madrid: vol 8 (nº 1); 2018. Disponible en: https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/marzo2018/Revista_SEHER_8_1_15_Febrero_Compl eta_calidad.pdf

Capítulo 171

Papel enfermero ante paciente pluripatológicos diabéticos con complicaciones quirúrgicas

Espadas Sánchez, María

Poyatos Ruiz, María Dolores

Bonales Dominguez, María del Pilar

Andrade García, Cristina

Rodríguez García, Francisco

Alañón Varón, Francisco Salvador

PAPEL ENFERMERO ANTE PACIENTE PLURIPATOLOGICO DIABETICO CON COMPLICACIONES QUIRURGICAS

ESPADAS SANCHEZ, MARIA, ANDRADE GARCIA, CRISTINA; ALAÑON VARON, FRANCISCO S.; BONALES DOMINGUEZ, M. PILAR; POYATOS RUIZ, M. DOLORES;; RODRIGUEZ GARCIA, FRANCISCO

INTRODUCCIÓN:

Una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes diabéticos crónicos es que presentan dificultad a la hora de la cicatrización de las heridas así como una peor respuesta inmunitaria ante infecciones. En estos casos el papel enfermero es fundamental para diagnosticar estas posibles complicaciones y poder dar una respuesta rápida a las mismas, aumentando de esta manera la calidad de vida del paciente y disminuyendo el gasto sanitario.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Mujer de 67 años de edad con antecedentes médicos de DM tipo 2, retinopatía y nefropatía diabética, dislipémia, HTA y cardiopatía isquémica; sin alergias medicamentosas conocidas.

Fue intervenida quirúrgicamente el 23/11/18 de absceso cervical derecho mediante drenaje transcervical. Tras un TAC de control el 26/11/18 se descubre un tromboembolismo pulmonar izquierdo, puesto en conocimiento con medicina interna, le pautan anticoagulación con HBPM. Ante la gravedad de la paciente por complicación del absceso cervical derecho, es necesario que sea reintervenida, pero con los antecedentes (TEP) y tratamiento actuales (anticoagulación HBPM) la intervención quirúrgica está contraindicada. Se decide sustituir la anticoagulación por el sistema de filtro de vena cava inferior temporal.

El 28/11/18 se coloca en Toledo el sistema de filtro de vena cava inferior temporal y es reintervenida con éxito el 29/11/18. Se da de alta hospitalaria el 06/12/18. Se le retira el filtro de vena cava inferior temporal el 24/01/19.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS:

Diagnóstico NANDA:

Deterioro de la integridad tisular.

Resultados NOC:

(1101): Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

(1103): Curación de la herida por segunda intención.

Intervención NIC:

(3660): Cuidados de las heridas.

Durante el ingreso se realizan curas cada 12 horas, realizando limpieza con S.F.+betadine+colocación de apósito con gasas. El 06/12/18 se decide alta y se deriva a consultas externas de ORL para seguimiento de curas.

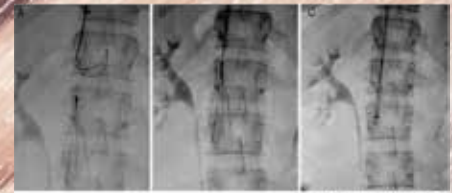
Se continúan curas con limpieza con S.F.+betadine+colocación de apósito con gasas tres veces en semana.

El 17/12/18

Debido al exceso de secreción e irritación perilesional de la herida quirúrgica, el 17/12/18 se comienza tratamiento con terapia de presión negativa AVELLE, realizando curas una vez a la semana limpiando el lecho de la herida quirúrgica con SF.+ apósito de Aquacel, que se introduce en el interior de la herida junto con la colocación del apósito AVELLE, conectándolo a la Unidad de Terapia de Presión Negativa AVELLE.

Se observa una evolución favorable de la herida quirúrgica, consiguiendo una cicatrización completa de la herida quirúrgica y alta del paciente en curas enfermeras el 26/12/18.

Se le retira el filtro de vena cava inferior el 24/01/19.



Colocación (28/01/19) y retirada (24/01/19) del filtro de la vena cava inferior



Resolución total 26/12/18



Inicio terapia sistema AVELLE 17/12/18

CONCLUSIÓN:

En algunos casos necesario recurrir a terapias coadyuvantes para poder ayudar a una pronta recuperación a los pacientes con pluripatologías, tal y como podemos observar en este caso clínico, aumentando de esta manera la calidad de vida de la paciente y disminuyendo el gasto sanitario.

DISCUSIÓN:

Se puede constatar las complicaciones surgidas durante el ingreso de la paciente, consecuentes de su pluripatología, teniendo que acudir a terapias coadyuvantes. colocación de filtro de vena cava inferior temporal y terapia de presión negativa AVELLE; y como el papel de enfermería ha sido fundamental para poder resolver con éxito y en un tiempo corto su problemática (33 días).

Resumen: Una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes diabéticos crónicos es que presentan dificultad a la hora de la cicatrización de las heridas, así como una peor respuesta inmunitaria ante infecciones.

En estos casos el papel enfermero es fundamental para diagnosticar estas posibles complicaciones y poder dar una respuesta rápida a las mismas, aumentando de esta manera la calidad de vida del paciente y disminuyendo el gasto sanitario.

Palabras Clave: Enfermería, Pluripatológico, Diabetes

Observación Clínica:

Mujer de 67 años de edad con antecedentes médicos de DM tipo 2, retinopatía y nefropatía diabética, dislipemia, HTA y cardiopatía isquémica; sin alergias medicamentosas conocidas.

Plan de Cuidados Enfermeros:

Diagnóstico NANDA: Deterioro de la integridad tisular. Resultados NOC:

(1101): Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1103): Curación de la herida por segunda intención.

Intervención NIC: (3660): Cuidados de las heridas.

Durante el ingreso se realizan curas cada 12 horas, realizando limpieza con S.F.+betadine+colocación de apósito con gasas.

El 06/12/18 se decide alta y se deriva a consultas externas de ORL para seguimiento de curas.

Se continúan curas con limpieza con S.F.+betadine+colocación de apósito con gasas tres veces en semana.

El 17/12/18

Debido al exceso de secreción e irritación perilesional de la herida quirúrgica, el 17/12/18 se comienza tratamiento con terapia de presión negativa AVELLE, realizando curas una vez a la semana limpiando el lecho de la herida quirúrgica con SF.+ apósito de Aquacel, que se introduce en el interior de la herida junto con la colocación del apósito AVELLE, conectándolo a la Unidad de Terapia de Presión Negativa AVELLE.

Se observa una evolución favorable de la herida quirúrgica, consiguiendo una cicatrización completa de la herida quirúrgica y alta del paciente en curas enfermeras el 26/12/18.

Se le retira el filtro de vena cava inferior el 24/01/19.

Discusión:

Se puede constatar las complicaciones surgidas durante el ingreso de la paciente, consecuentes de su pluripatología, teniendo que acudir a terapias coadyuvantes. colocación de filtro de vena cava inferior temporal y terapia de presión negativa AVELLE; y como el papel de enfermería ha sido fundamental para poder resolver con éxito y en un tiempo corto su problemática (33 días).

Conclusión:

En algunos casos es necesario recurrir a terapias coadyuvantes para poder ayudar a una pronta recuperación a los pacientes con pluripatologías, tal y como podemos observar en este caso clínico, aumentando de esta manera la calidad de vida de la paciente y disminuyendo el gasto sanitario.

Bibliografía:

1. Procedimientos de enfermería clínica. 6 edición. Rento, Sarah; McGuinness, Claire; Strachan, Evelyn. Editorial Elsevier
2. Enfermería. Técnicas y procedimientos de enfermería. Galarreta Aporta, Sergio; Martín Gracia, Carlos. Editorial médica Panamericana.
3. Cuidados de heridas en enfermería. Un enfoque centrado en la persona. 3 edición. Probst, Sebastián. Editorial Elsevier.
3. Revista de la sociedad española de heridas. Heridas y Cicatrización. Madrid: vol 8 (nº 1); 2018. Disponible en: https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/marzo2018/Revista_SEHER_8_1_15_Febrero_Completa_calidad.pdf

Capítulo 172

PCR avanzada en pronóstico. Tiempos de Covid-19

*De La Calle Serrano, Itziar
Chaparro Galán, Miriam*

RCP AVANZADA EN PRONO. TIEMPOS DE COVID-19

XII Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

Autora: Itziar De la Calle Serrano. Coautores: Miriam Chaparro Galán

1. INTRODUCCIÓN

La situación de pandemia por SARS-CoV2 ha obligado a plantearnos una nueva perspectiva del manejo de los pacientes críticos afectados por esta enfermedad. En los casos de parada cardiorrespiratoria con el fin de disminuir los efectos hemodinámicos secundarios a los cambios de posición se sugiere realizar la reanimación en decúbito prono. Esta técnica fue descrita por primera vez en 1989 por McNeil.

2. OBJETIVOS

- Conocer las nuevas recomendaciones en RCP en pacientes con COVID-19
- Actualizar cuidados y evitar complicaciones/riesgos
- Mejorar la calidad de cuidados en tiempos de pandemia COVID-19

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica incluyendo artículos publicados en español con fecha de publicación entre 2016 y 2020.

La búsqueda de datos se realizó en Scielo, PubMed y bases de datos de guías de prácticas clínicas.

Palabras claves: P-RCP, RCP, covid-19, decúbito prono, SARS-CoV-2

Primero protección

Como primera medida a tener en cuenta una vez reconocida la parada es asegurar un adecuado equipo de protección individual mínimo frente a la transmisión aérea manteniendo las precauciones estándar y un entorno seguro. Hay que limitar el número de personas que integran el equipo para disminuir el número de expuestos.

Compresiones Torácicas

En pacientes intubados en decúbito prono, las compresiones se realizarán en la región dorsal, para ello hay que realizar compresiones entre los segmentos vertebrales T7-T10, evitando todas las maniobras que generen aerosoles. Si esta técnica está contraindicada se podría realizar con ambas manos colocadas en el espacio entre la escápula y la columna dorsal.



Desfibrilación

Colocar los parches en línea media axilar izquierda y en zona de la escápula derecha, o en ambas regiones axilares.



4. Resultados

No se cuenta con evidencia suficiente para avalar la superioridad de la técnica en prono, en la actualidad muchas veces realizar la reanimación en prono será la única opción, lo que resulta muy complejo, pero también nos abre una puerta a la oportunidad de aprender, evaluar y registrarla efectividad de las técnicas de RCP en prono.

5. Conclusión

Las diferentes organizaciones internacionales y nacionales de resucitación han publicado sus recomendaciones con una escasa evidencia, pendiente de la realización de más estudios. Por ellos los profesionales sanitarios que realizan la RCP en pacientes con la COVID-19 tienen la responsabilidad de ofrecer todos sus conocimientos en el momento de parada, así como asumir el desafío de mantener las medidas de bioseguridad y protección individual.

Bibliografía

1. Javier Mateos Lorenzo, Esperanza Lopez-Domenec, Cristina Palla Sierra, Ilenko Saratxaga Bolibar. DECALOGO PARA LA RCP EN TIEMPOS DE COVID-19. Revista oficial de la Asociación Española de enfermería y Salud 2020; vol. 2(9): 9-11
2. Díaz-Bohada L, Segura-Salguero JC. Reanimación cardiopulmonar en decúbito prono y covid-19. Colombian Journal of Anesthesiology 2021;49:e950.
3. *Semicyuc.org: Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. Madrid, España: SEMICYUC. Documento técnico: Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la Pandemia COVID-19. [73 páginas].*
4. Becket Argüello-López, José Ricardo Navarro-Vargas. Reanimación cardiopulmonar en pacientes con coronavirus SARS-CoV-2 en posiciones supino y prono. Rev Chil Anest 2020; 49: 605-613
5. Patricio Ramiro Aravena. Reanimación cardiopulmonar en prono: una mirada histórica. Rev Chil Anest 2020; 49: 802-812
6. M.A. Rodríguez Yagoa, I. Alcalde Mayayob, R. Gómez López et al. Recomendaciones sobre reanimación cardiopulmonar en pacientes con sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 (COVID-19). Resumen ejecutivo. Med Intensiva. 2020;44(9):566-576

Resumen: *La situación de pandemia por SARS-CoV2 ha obligado a plantearnos una nueva perspectiva del manejo de los pacientes críticos afectados por esta enfermedad. Los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos infectados por COVID-19 requieren con frecuencia estar en decúbito prono junto con ventilación mecánica y soporte vasopresor con un mayor riesgo de arritmias derivando así en una posible parada cardiorespiratoria. Con el fin de disminuir los efectos hemodinámicos a los cambios de posición se sugiere que la reanimación se lleve a cabo en decúbito prono. Esta técnica no es nueva pero ha resurgido ante esta situación*

Palabras Clave: *P-RCP, RCP, covid-19 SARS-CoV-2 decúbito prono*

Desarrollo del trabajo:

El desarrollo del presente trabajo se lleva a cabo con el objetivo de conocer las nuevas recomendaciones en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en paciente con COVID-19, actualizar cuidados y evitar complicaciones/riesgos, así como mejorar la calidad de cuidados de paciente críticos infectados por SARS-CoV-2.

Para ello se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica incluyendo artículos publicados en español con fecha de publicación entre 2016 y 2020. La búsqueda de datos se realizó en Scielo, PubMed y bases de datos de guías de prácticas clínicas.

La RCP es el conjunto de medidas secuenciadas para iniciar y restablecer las funciones básicas respiratorias y circulatorias evitando el daño cerebral hipóxico, siendo, por tanto, un objetivo prioritario de la RCP el mantenimiento de la perfusión cerebral.

A escala mundial se ha notificado que alrededor de 5 % de los pacientes que padecieron la COVID-19 han requerido ingreso en unidades de cuidados intensivos, debido a la gravedad que han presentado relacionada con la hipoxemia, que puede ir desde leve, modera a severa, donde en muchas ocasiones se recomienda la posición prono para mejorar la oxigenación.

Cambiar la posición de un paciente grave de prono a supino es todo un desafío para el personal de salud altamente calificado. Al respecto, se recomienda iniciar la RCP en prono por los riesgos que se pueden presentar al momento de girarlo, como la extubación, perder accesos venosos centrales y el tiempo que se tomaría en llevarlo a la posición supina.

Ante la ventaja que nos encontramos en estos pacientes en las unidades de cuidados intensivos en la posición de prono es que ya se encuentra intubados. Como primera medida a tener en cuenta una vez reconocida la parada es asegurar un adecuado equipo de protección individual mínimo frente a la

transmisión aérea manteniendo las precauciones estándar y un entorno seguro. Hay que limitar el número de personas que integran el equipo para disminuir el número de expuestos por ello hay que considerar también el uso de sistemas de compresión torácica mecánico cuando esté disponible. El número mínimo de reanimadores debe ser 3: uno, experto en el cuidado, atención y control del paciente; otro, que realice las compresiones torácicas y el tercero encargado de la atención al monitor y al desfibrilador, así como la administración de medicamentos.

Al igual que en posición supina las compresiones torácicas deben realizarse con una profundidad de 5- 6cm y una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto en la región dorsal. Para ello hay que realizar las compresiones a la altura de los segmentos vertebrales T7- T10. Si estuvieran contraindicadas las

compresiones sobre la columna vertebral, se podría hacer con la técnica de ambas manos colocadas en el espacio entre la escápula y la columna dorsal.

Cuando sea eficaz el uso del desfibrilador y se disponga de él se colocaran los parches adhesivos en zonas de subclavia derecha y apical izquierda, también se podrían colocar en la línea media axilar izquierda y en zona de la escápula derecha, o en ambas regiones axilares. No hay evidencia de que la desfibrilación genere aerosoles.

Las diferentes organizaciones internacionales y nacionales de resucitación han publicado sus recomendaciones con una escasa evidencia, pendiente de la realización de más estudios. Por ellos los profesionales sanitarios que realizan la RCP en pacientes con la COVID-19 tienen la responsabilidad de ofrecer todos sus conocimientos en el momento de parada, así como asumir el desafío de mantener las medidas de bioseguridad y protección individual.

En la actualidad no existe mucha experiencia ni evidencia respecto a las técnicas y a la efectividad de la RCP en prono, los fundamentos científicos en los que se basan parecen razonables y los beneficios lo centran como una opción viable para investigar en el desarrollo de nuevas técnicas.

Respecto a lo expuesto, si tenemos en cuenta el nivel anatómico ideal para la compresión en prono descrito previamente, junto con la técnica desarrollada originalmente por McNeil y los beneficios que teóricamente esta proporcionaría, la volverían una opción factible de aplicar en el tiempo actual sin requerir mayor entrenamiento adicional.

Bibliografía:

1. Javier Mateos Lorenzo, Esperanza Lopez-Domenec, Cristina Palla Sierra, Ieneko Saratxaga Bolibar. DECALOGO PARA LA RCP EN TIEMPOS DE COVID-19. Revista oficial de la Asociación Española de enfermería y Salud 2020; vol. 2(9): 9-11
2. Díaz-Bohada L, Segura-Salguero JC. Reanimación cardiopulmonar en decúbito prono y covid-19. Colombian Journal of Anesthesiology 2021;49:e950.
3. Semicyuc.org: Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades coronarias [Internet]. Madrid, España: SEMICYUC. Documento técnico: Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la Pandemia COVID-19. [73 páginas].
4. Becket Argüello-López, José Ricardo Navarro-Vargas. Reanimación cardiopulmonar en pacientes con coronavirus SARS-CoV-2 en posiciones supino y prono. Rev Chil Anest 2020; 49: 605-613
5. Patricio Ramiro Aravena. Reanimación cardiopulmonar en prono: una mirada histórica. Rev Chil Anest 2020; 49: 802-812

Capítulo 173

Percepción del trato humano recibido por los usuarios del servicio de rehabilitación de la GAI de Tomelloso

Rodríguez López, María Luisa

López Valero, Marian

Ropero Perona, Ismael

Sánchez González, Irene

Cabañas Linares, Javier

Percepción del TRATO HUMANO recibido por los usuarios del servicio de Rehabilitación de la G.A.I de Tomelloso

AUTORES : Rodríguez López M.L , Ropero Perona I , Cabañas Linares J , González Sánchez I, López Valero M.

INTRODUCCIÓN

En el año 2019 se realizó un diagnóstico del grado de Cultura de Humanización de los profesionales de la G.A.I de Tomelloso, en una segunda fase, resultaba interesante valorarlo desde la óptica del paciente/ usuario y conocer el grado de satisfacción de los mismos en relación a éste aspecto, teniendo una visión más amplia, y en función de los resultados, poderlo extrapolar a los distintos ámbitos de nuestro trabajo.

OBJETIVO PRINCIPAL

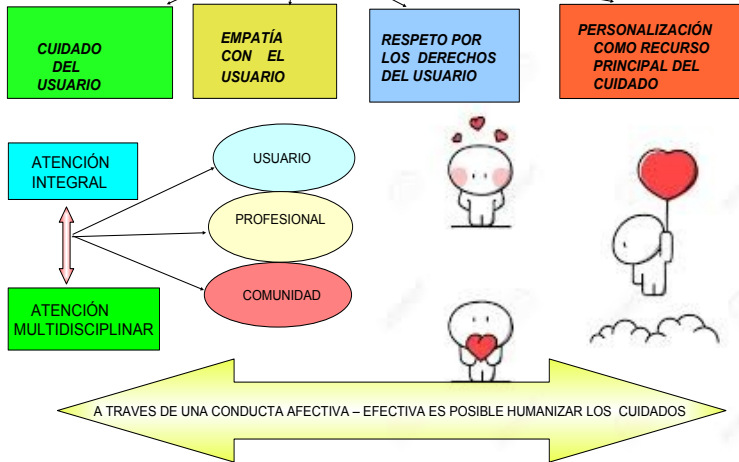
Valorar el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de Rehabilitación de la G.A.I de Tomelloso en relación con el trato humano que han recibido durante su proceso de atención en nuestros centros tanto de atención especializada y atención primaria .

METODOLOGÍA

RETOS DE LA HUMANIZACIÓN

Estudio longitudinal retrospectivo realizado durante el último trimestre del 2020 y el primero del 2021. Recogiendo datos de un cuestionario diseñado para valorar la percepción del trato humano recibido a los usuarios por parte de los distintos profesionales del servicio. La muestra fué de un total de 269, siendo la población del estudio pacientes mayores de 18 años .

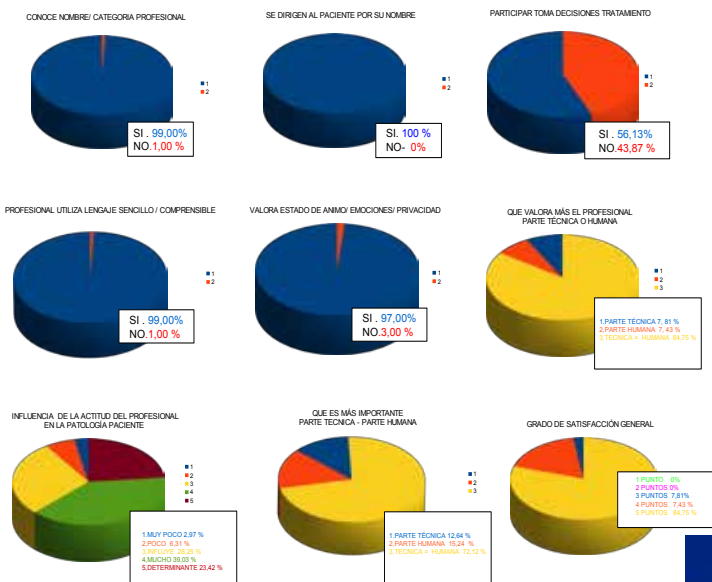
DESARROLLO DE UNA CULTURA MÁS HUMANA



RESULTADOS

CONCLUSIONES

95,45% VALORA CON LA MÁXIMA PUNTUACIÓN POSITIVA



Humanización

- Conoce el nombre del profesional que le atiende y este le llama por su nombre.
- Que usan un lenguaje sencillo y comprensible para explicarles las cosas.
- Sienten que sus sentimientos son tenidos en cuenta.
- Que es respetada su intimidad.

SÉ HUMANO, HUMANIZA LOS CUIDADOS

Resumen: En el año 2019 se realizó un diagnóstico del grado de Cultura de Humanización de los profesionales de la G.A.I de Tomelloso, en una segunda fase, resultaba interesante valorarlo desde la óptica del paciente/ usuario y conocer el grado de satisfacción de los mismos en relación a este aspecto, teniendo una visión más amplia, y en función de los resultados, poderlo extrapolar a los distintos ámbitos de nuestro trabajo.

Palabras Clave: Humanización, Red de Apoyo, Trato Humano

Objetivo:

Valorar el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de Rehabilitación de la G.A.I de Tomelloso en relación con el trato humano que han recibido durante su proceso de atención en nuestros centros tanto de atención especializada y atención primaria.

Metodología:

Estudio longitudinal retrospectivo realizado durante el último trimestre del 2020 y el primero del 2021. Recogiendo datos de un cuestionario diseñado para valorar la percepción del trato humano recibido a los usuarios por parte de los distintos profesionales del servicio. La muestra fue de un total de 269, siendo la población del estudio pacientes mayores de 18 años.

Resultados:

Se evidencia un 95,45% de las encuestas con la máxima puntuación positiva. Con una conducta afectiva- efectiva es posible humanizar los cuidados. Son muchos los beneficios que aporta al paciente en la práctica clínica,

2. Acogimiento del paciente emocionalmente.
3. Escucha activa.
4. Empatía con la enfermedad.
5. Autenticidad.
6. Confianza en los recursos.
7. Aceptación de manera incondicional de la enfermedad.

Conclusiones:

Diariamente tenemos que poner en prácticas nuestras competencias como profesionales sanitarios de tal manera que nuestro desempeño se guie por una atención humanizada, centrada en el respeto, en la dignidad, en la calidez del trato y el compromiso.

Que nuestra intervención haga sentirse a la persona escuchada, comprendida y aceptada. El cuidado en la práctica clínica es una tarea que solo se puede ejercer desde la peculiaridad del paciente.

Bibliografía:

1. Javier Mateos Lorenzo, Esperanza Lopez-Domenec, Cristina Palla Sierra, Ieneko Saratxaga Bolibar. DECALOGO PARA LA RCP EN TIEMPOS DE COVID-19. Revista oficial de la Asociación Española de enfermería y Salud 2020; vol. 2(9): 9-11
2. Díaz-Bohada L, Segura-Salguero JC. Reanimación cardiopulmonar en decúbito prono y covid-19. Colombian Journal of Anesthesiology 2021;49:e950.

Capítulo 174

Peritonitis en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Tabasco Ceca, Milagros

Gómez Rodrigo, Juan Ángel

Muñoz Naranjo, Cristina

Fernández Camacho, Cristina

Martín-Portugués Muñiz, Jorge

PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA



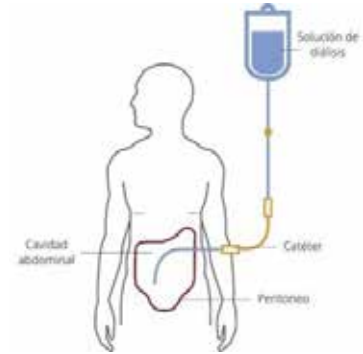
Autores: Tabasco Ceca, M; Muñoz Naranjo, C; Fernández Camacho, C; Gómez Rodrigo, J.A; Martín Portugués, J.

INTRODUCCIÓN

Diálisis peritoneal → tratamiento por excelencia en el enfermo renal crónico, menos costoso y mayor Independencia.

Peritonitis → complicación más frecuente. Inflamación peritoneal causada por infección.

Prioridad de enfermería → evitar la peritonitis en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal, y conocer el tratamiento en caso de infección.



OBJETIVOS

- Conocer la peritonitis como principal complicación de la diálisis peritoneal.
- Conocer los principales agentes infecciosos.
- Determinar actividades que disminuyan el riesgo de infección.
- Conocer el tratamiento.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica → PubMed, Scielo, Cochrane.

Palabras clave → diálisis peritoneal, peritonitis, infección, hemodiálisis, peritonitis esclerosante, catéter peritoneal.

Criterios de inclusión → artículos publicados entre 2000-2021

RESULTADOS

- **Principales agentes infecciosos:** Staphylococcus epidermidis y Staphylococcus aureus, presentes en la piel, pseudomonas presentes en el intestino.
- Ningún tipo de **catéter** ha demostrado ser mejor respecto a otros.
- Los catéteres de **doble cuff** son preferibles respecto a los de un solo cuff, con mayor supervivencia y un periodo mayor desde su implantación hasta el primer episodio de peritonitis.
- Los catéteres con un **mayor diámetro interno** permiten periodos de infusión y drenaje más cortos.
- Los avances en la **conectología** descienden los casos de peritonitis.
- Las **soluciones de diálisis** más biocompatibles reducen la prevalencia.
- Una buena **entrevista** en la consulta previa es muy importante a la hora de elegir tratamiento en el enfermo renal crónico, conociendo las capacidades y el entorno del paciente.
- El **entrenamiento en intercambios** disminuye de manera considerable la probabilidad de desarrollar peritonitis como consecuencia de una mala práctica.
- El **antibiótico** inicial debe ser de amplio espectro. En función de los resultados de la tinción de Gram, se utilizarán aminoglucósido, cefalosporinas ó Vancomicina.



CONCLUSIONES

Las técnicas domiciliarias mejoran la calidad de vida. Además, la diálisis peritoneal supone un menor coste que la hemodiálisis, y un mayor grado de independencia. Es por ello que hay que reducir al máximo la probabilidad de peritonitis como complicación.

La educación sanitaria en el enfermo renal crónico es primordial para evitar procesos infecciosos.

La enfermera tiene un papel fundamental, tanto a la hora de entrenar al paciente en intercambios, como para reconocer y enseñar al paciente a reconocer los signos de infección en el catéter que pueden desencadenar una peritonitis.

Resumen: La diálisis peritoneal es el tratamiento por excelencia en el enfermo renal crónico, ya que se trata del menos costoso y que genera mayor independencia al paciente.

La peritonitis es la complicación más frecuente. Se trata de una inflamación peritoneal causada por infección.

Es prioridad de enfermería evitar la peritonitis en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal y conocer el tratamiento en caso de infección.

Palabras Clave: Diálisis Peritoneal, Peritonitis, Hemodiálisis

Objetivo:

- Conocer la peritonitis como principal complicación de la diálisis peritoneal.
- Conocer los principales agentes infecciosos.
- Determinar actividades que disminuyan el riesgo de infección.
- Conocer el tratamiento

Resultados:

- Los principales agentes infecciosos son Staphylococcus epidermidis y Staphylococcus aureus, presentes en la piel, y pseudomonas presentes en el intestino.
- Ningún tipo de catéter ha demostrado ser mejor respecto a otros.
- Los catéteres de doble cuff son preferibles respecto a los de un solo cuff, con mayor supervivencia y un periodo mayor desde su implantación hasta el primer episodio de peritonitis.
- Los catéteres con un mayor diámetro interno permiten periodos de infusión y drenaje más cortos.
- Los avances en la conectología disminuyen los casos de peritonitis.
- Las soluciones de diálisis más biocompatibles reducen la prevalencia.
- Una buena entrevista en la consulta previa es muy importante a la hora de elegir tratamiento en el enfermo renal crónico, conociendo las capacidades y el entorno del paciente.
- El entrenamiento en intercambios disminuye de manera considerable la probabilidad de desarrollar peritonitis como consecuencia de una mala práctica.
- El antibiótico inicial debe ser de amplio espectro. En función de los resultados de la tinción de Gram, se utilizarán aminoglucósido, cefalosporinas ó Vancomicina.

Conclusiones:

Las técnicas domiciliarias mejoran la calidad de vida. Además, la diálisis peritoneal supone un menor coste que la hemodiálisis y un mayor grado de independencia.

Hay que reducir al máximo la probabilidad de peritonitis como complicación.

La educación sanitaria en el enfermo renal crónico es primordial para evitar procesos infecciosos.

La enfermera tiene un papel fundamental, tanto a la hora de entrenar al paciente en intercambios, como para reconocer y enseñar al paciente a reconocer los signos de infección en el catéter que pueden desencadenar una peritonitis.

Bibliografía:

1.-Sociedad Española de Nefrología, Guías de práctica clínica en Diálisis Peritoneal, 2005.

2.-Picó L. El catéter peritoneal. En el libro del 2o Curso post-grado para Enfermería Nefro Urológica. Universidad de Alicante. 1997-1999.

3.-Sastre López A, Linares Fano B, Aguilera Flórez A, Prieto Velasco M, El reentrenamiento programado reduce la tasa de peritonitis en diálisis peritoneal, Revista Nefrología.

4.-P.K. Li, C.C. Szeto, B. Piraino, J. de Arteaga, S. Fan, A.E. Figueiredo, et al.

ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. Perit Dial Int., 36 (2016), pp. 481-508.

Capítulo 175

Pescado y gestación: ¿todos son igualmente seguros? influencia de la consulta preconcepcional en el grado de conocimientos sobre consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación

Gómez Gutiérrez, María José

PESCADO Y GESTACIÓN: ¿TODOS SON IGUALMENTE SEGUROS?



Influencia de la consulta preconcepcional en el grado de conocimientos sobre consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación

Gómez Gutiérrez, MJ.

INTRODUCCIÓN

Desde que en el siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtiera sobre el alto contenido en mercurio en peces de gran tamaño y su relación con alteraciones neurológicas en niños, las recomendaciones dietéticas han sido un pilar básico de la Educación Sanitaria en los **controles gestacionales**. En 2019, dichas recomendaciones fueron endurecidas por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), que recuerda la importancia de la **educación preconcepcional**.

OBJETIVOS



- ▶ Estudiar la concepción en ambos grupos sobre la seguridad del consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación.
- ▶ Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción sobre su consumo y la visita a la que acuda.
- ▶ Identificar motivos por los que creen que su consumo está limitado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, con una muestra formada por:

GRUPO 1: 50 ♀ visita preconcepcional

GRUPO 2: 50 ♀ 3^{er} control gestacional



49 ♀ cumplían



48 ♀ cumplían

- CRITERIOS**
- ✔ INCLUSIÓN: ♀ >18 años, sin hijos, con deseo gestacional/gestantes (en f(x) del grupo).
 - ✘ EXCLUSIÓN: alteración cognitiva, ♀ <18 años, hijos previos, residentes en otras áreas.

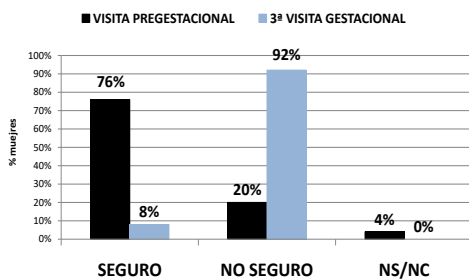


Se han entregado encuestas con 15 preguntas cerradas – respuesta única o múltiple – y 3 abiertas para ampliar.



Intervalos de confianza (IC95%), Chi-cuadrado, $p < 0,05$. Programa estadístico SPSS para el análisis de datos.

GRÁFICO 1. ¿Considera que el consumo de pescado de gran tamaño es seguro durante la gestación?



RESULTADOS

TABLA 1. CONSUMO PESCADO GRAN TAMAÑO

	GRUPO 1 (n=50)		GRUPO 2 (n=50)		DESVIACIÓN ESTANDAR (DE)	INTERVALO CONFIANZA (IC95%)
	n	%	n	%		
SEGURO	37	76%	4	8%	9,09	20,68-26,31
NO SEGURO	10	20%	44	92%	8,28	19,83-28,17

$\chi^2 = 1,46021$; χ crítico = 3,8415; nivel de significación $p = 4 \times 10^{-12}$
 $p < 0,05 \rightarrow$ se rechaza la H_0 que afirmaba que las diferencias entre ambos grupos eran debidas al azar, ya que existen diferencias significativas.

GRÁFICO 2. ¿Por qué piensa que su consumo se debe evitar durante la pregestación y gestación?

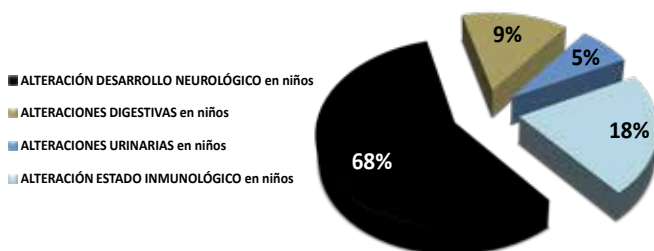
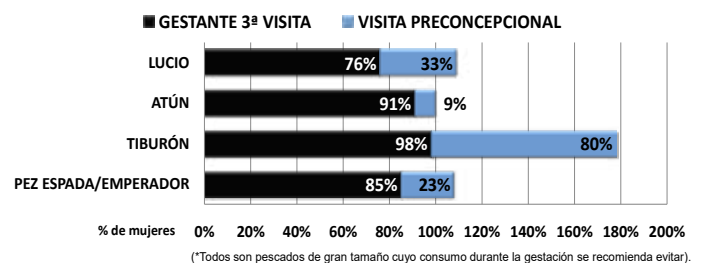


GRÁFICO 3. ¿Cuál/es de los siguientes pescados crees que deben evitarse durante la pregestación/gestación?

(Podían seleccionarse varias respuestas, por ello, suma más del 100%)



CONCLUSIONES

- ▶ Un 76% de las mujeres que acuden a la visita preconcepcional frente a un 8% de gestantes que acuden a 3ª visita de control gestacional en Atención Primaria considera que el consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación es **seguro** y **no tiene repercusiones negativas en la edad infantil**.
- ▶ Existen **diferencias estadísticamente significativas** entre la concepción del consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación y la visita a la que acuda (pregestacional o gestacional). Por lo tanto, se rechaza la H_0 que afirmaba que las diferencias eran debidas al azar.
- ▶ La **mayoría de las mujeres** piensa que la restricción se debe a su correlación con el desarrollo neurológico infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. **Recomendaciones del consumo de pescado por presencia de mercurio** [Internet]. Madrid: 2019
- ▶ EFSA: European Food Safety Authority. **Opinion of the Scientific Panel on contaminants in the food chain related to mercury in food** [Internet]. Parma: 2004
- ▶ AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. **Informe del Comité Científico de la AESAN sobre niveles de mercurio en productos de pesca** [Internet]. Madrid: 2010

Resumen: *Introducción: el alto contenido en mercurio de los peces de gran tamaño está directamente relacionado con alteraciones neurológicas infantiles.*

Objetivo: determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción sobre su consumo y la visita gestacional a la que acuda.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal en una muestra de 100 mujeres.

Resultados: un 76% de las mujeres que acuden a visita preconcepcional frente al 8% que acuden a 3ª visita gestacional considera que el consumo de pescado de gran tamaño es seguro.

Conclusiones: existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción del consumo de pescado en ambos grupos.

Palabras Clave: *Pescado, Gestación, Educación en salud*

Introducción:

Desde que, en el siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtiera sobre el alto contenido en mercurio en peces de gran tamaño y su relación con alteraciones neurológicas en niños, las recomendaciones dietéticas han sido un pilar básico de la Educación Sanitaria en los controles gestacionales. En 2019, dichas recomendaciones fueron endurecidas por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), que recuerda la importancia de la educación preconcepcional.

Objetivos:

- El objetivo principal de este estudio ha sido determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la concepción sobre el consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación en ambos grupos.

Los objetivos secundarios de la investigación han sido los siguientes:

- Analizar la concepción en ambos grupos sobre la seguridad del consumo de pescado de grandes dimensiones durante el embarazo.
- Identificar los motivos por los que consideran que su consumo está limitado en esta etapa.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal entre los meses de mayo y diciembre del año 2020. La muestra formada por dos grupos:

- Grupo 1: constituido por 50 mujeres que acudieron a visita preconcepcional.
- Grupo 2: constituido por 50 mujeres que acudieron al tercer control gestacional y no tuvieron cita preconcepcional.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: sexo femenino, edad superior a 18 años y ausencia de embarazos previos. Los criterios de exclusión tenidos en cuenta fueron: alteraciones cognitivas, mujeres con edad inferior a 18 años y existencia de embarazos previos.

Para la obtención de datos se utilizaron encuestas autoadministradas con quince preguntas cerradas con respuesta única o múltiple, y tres preguntas abiertas para ampliar información.

Respecto al análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS con intervalos de confianza (IC95%), análisis Chi-cuadrado y nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados:

En cuanto a la pregunta “¿considera usted que el consumo de pescado de gran tamaño es seguro durante la gestación?” un 76% de las mujeres que acudieron a la visita preconcepcional y un 8% de las mujeres que acudieron a la tercera visita gestacional y no tuvieron consulta preconcepcional consideran la ingesta de pescado de grandes dimensiones como “segura”. Un 20% de las mujeres que acudieron a la visita preconcepcional y un 92% de las mujeres que acudieron a la tercera visita gestacional y no tuvieron consulta preconcepcional consideran la ingesta de pescado de grandes dimensiones como “no segura”. Por último, un 4% de las mujeres que acudieron a la visita preconcepcional y un 0% de las mujeres que acudieron a la tercera visita gestacional y no tuvieron consulta preconcepcional no saben o no contestan.

Si realizamos un contraste de hipótesis Chi cuadrado, los resultados obtenidos son: Chi cuadrado=1,4602; Chi crítico=3,8415; nivel de significación $p = 4 \times 10^{-12}$. Se rechaza la hipótesis nula que afirmaba que las diferencias en la concepción sobre el consumo de pescado de gran tamaño en ambos grupos eran debidas al azar. Por tanto, como $p < 0,05$ podemos establecer que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Respecto a la pregunta “¿por qué piensa que el consumo de pescado de grandes dimensiones debe evitarse durante la preconcepción y la gestación?” un 68% de la muestra argumentó la posible alteración del desarrollo neurológico neonatal, un 18% la alteración del estado inmunológico neonatal, un 9% alteraciones digestivas neonatales y el 5% restante alteraciones urinarias neonatales.

Por último, en cuanto a la pregunta “¿cuál o cuáles de los siguientes pescados cree usted que deben evitarse durante la preconcepción y/o la gestación?” (admitida respuesta múltiple por lo que pueden sumar más del 100%), un 85% de las mujeres que acudieron a la visita preconcepcional y un 23% de las mujeres que acudieron a la tercera visita gestacional y no tuvieron consulta preconcepcional apuntaron al pez espada o emperador. Un 98% de las mujeres que acudieron a la visita preconcepcional y un 80% de las mujeres que acudieron a la tercera visita gestacional y no tuvieron consulta preconcepcional apuntaron al tiburón. Un 91% de las mujeres que acudieron a la visita preconcepcional y un 9% de las mujeres que acudieron a la tercera visita gestacional y no tuvieron consulta preconcepcional seleccionaron el atún. Por último, un 76% de las mujeres que acudieron a la visita preconcepcional y un 33% de las mujeres que acudieron a la tercera visita gestacional y no tuvieron consulta preconcepcional apuntaron al lucio como pescado a evitar en estos periodos.

Conclusiones:

- Un 76% de las mujeres que acuden a la visita preconcepcional frente a un 8% de gestantes que acuden a 3ª visita de control gestacional en Atención Primaria considera que el consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación es seguro y no tiene repercusiones negativas en la edad infantil.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción del consumo de pescado de gran tamaño durante la gestación y la visita a la que acuda (pregestacional o gestacional). Por lo tanto, se rechaza la H_0 que afirmaba que las diferencias eran debidas al azar.
- La mayoría de las mujeres piensa que la restricción se debe a su correlación con el desarrollo neurológico infantil.

Bibliografía:

1. AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones del consumo de pescado por presencia de mercurio [Internet]. Madrid: 2019
2. EFSA: European Food Safety Authority. Opinion of the Scientific Panel on contaminants in the food chain related to mercury in food [Internet]. Parma: 2004
3. AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Informe del Comité Científico de la AESAN sobre niveles de mercurio en productos de pesca [Internet]. Madrid: 2010.

Capítulo 176

Plagiocefalia y su afectación en el desarrollo del niño/a: revisión sistemática desde la fisioterapia

Acosta López, Alexandra

Simón Sierra, Juan José

Cortés Pérez, Irene

PLAGIOCEFALIA Y SU AFECTACIÓN EN EL DESARROLLO DEL NIÑO/A: REVISIÓN SISTEMÁTICA DESDE LA FISIOTERAPIA

Acosta López A; Simón Sierra JJ; Cortés Pérez I

INTRODUCCIÓN

Tras la recomendación a través de la Asociación Americana de Pediatría (1992) de la posición de supino para dormir, se notó un incremento en la incidencia de la Plagiocefalia posicional posterior.

La plagiocefalia no sinostótica (PNS) o posicional, es una deformidad de los huesos del cráneo debido a fuerzas externas prolongadas. Las suturas más afectadas son la coronal y lambdoidea, unilateralmente. La mayor prevalencia se da en el lado derecho.

OBJETIVO

Indagar sobre la repercusión de la PNS en el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje en el niño/a sano y la efectividad de sus diferentes tratamientos (tto)

CRITERIOS INCLUSIÓN

2010-2020
Plagiocefalia posicional
Niños-niñas sanos
Cualquier tipo de estudio
Cualquier método

METODOLOGÍA



Plagiocefalia posicional
Retraso del desarrollo
Tratamiento



Positional plagiocephaly
Developmental delay
Treatment



RESULTADOS

En total se encontraron 210 artículos, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 20.

Varios estudios en niños menos de 18 meses, en los que usaron pruebas estandarizadas, muestran un desarrollo de todas las áreas menor, sobre todo en lenguaje y cognitivo, siendo el desarrollo motor el menos afectado, y que siguió patente a los 36 meses.

Otro estudio basado en imagen, demostraba que no había diferencia a nivel de volumen cerebral, pero sí de desarrollo cuando la afectación era asimétrica y con aplanamientos significativos que involucraban estructuras como el vermis cerebeloso o el cuerpo caloso, obteniendo menores puntuaciones en la escala BSID-III, la cual mide las áreas cognitiva, lenguaje y motora.

En estudios a largo plazo, con edades mayores, como de 6-10 años en el que se usaron una batería amplia de pruebas estandarizadas de desarrollo normalizado y que incluían el coeficiente intelectual (CI), mostraban que niños con antecedentes de PNS moderada o grave, tenían puntuaciones más bajas a nivel cognitivo y en menor medida en el rendimiento académico, viéndose que las PNS leves, mostraban poca o ninguna diferencia con niños sin PNS. En otro, con niños de 9 años, que padecían PNS izquierda, presentaban un porcentaje más alto de alteraciones cognitivas, lenguaje y necesidades de apoyo escolar.

Respecto al tto hay dos variantes: tto postural y tto restrictivo con casco, ambos eficaces, combinables entre sí y siempre acompañados de fisioterapia para estimular el desarrollo motor. El tto postural se basa en dar pautas a la familia tales como: alternar posición de la cabeza al dormir, posición de prono en vigilia o evitar superficies duras entre otras. El tto restrictivo se basa en colocar un casco para moldear el cráneo y se usa en niños mayores de 6 meses y con asimetrías severas. En lo que si hay consenso es que es mejor el tto postural que el casco en menores de entre 4-6 meses con asimetrías moderadas.

CONCLUSIÓN

Tras esta revisión se puede sugerir que la plagiocefalia es un marcador de retraso de las áreas del desarrollo, sobre todo a nivel cognitivo y lenguaje, siempre que esta sea moderada o grave, llegando a tener repercusión en edad escolar. Además, hay que destacar, la importancia de un tto precoz de fisioterapia a nivel postural, evitando los primeros meses el casco, complementándose con estimulación y logopedia para evitar o disminuir dicho problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Steinberg J, Rawlani R, Humphries L, Rawlani V, Vicari F. Effectiveness of conservative therapy and helmet therapy for positional cranial deformation. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2015;135(3):833-842.
2. Monge M, Méndez M, Quintana C, Hernández A, Presa de la Fuente E, Viota E. Plagiocefalia posicional: enfermedad o anomalía estética. *Canarias Pediátrica* 2013; vol 37, nº3

Resumen: La plagiocefalia no sinostósica (PNS) es una deformidad de los huesos del cráneo por fuerzas externas prolongadas, este estudio indagará su repercusión en el desarrollo completo del niño/a sano y la efectividad de sus tratamientos (tto).

Los resultados dan datos sobre afectación en lenguaje y cognitivo. Cuando la afectación era simétrica y con aplanamientos significativos. A largo plazo se ve bajo nivel cognitivo y un rendimiento académico pobre dependiente del nivel de afectación.

En tto está: postural y restrictivo con casco.

Se sugiere que la PNS moderada-grave es un marcador de retraso. Se da importancia al tto postural precoz.

Palabras Clave: Plagiocefalia posicional - Retraso del desarrollo - Tratamiento

Introducción:

Tras la recomendación a través de la Asociación Americana de Pediatría (1992) de mantener en posición de supino para dormir a los bebés, se notó un incremento en la incidencia de la Plagiocefalia posicional posterior.

La plagiocefalia no sinostósica (PNS) o posicional, es una deformidad de los huesos del cráneo debido a fuerzas externas prolongadas. Las suturas más afectadas son la coronal y lambdoidea de forma unilateral. Además se observa mayor prevalencia en el lado derecho.

Objetivos:

Indagar la repercusión de la PNS en el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje den niño/a sano/a y la efectividad de sus diferentes tratamientos (tto)

Metología:

Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos: Cochrane Library, Pubmed, Science Direct y Scielo en el intervalo de 2010 a 2020. Se usaron las palabras clave en español y en inglés: plagiocefalia posicional, retraso del desarrollo y tratamiento. Los criterios de inclusión fueron artículos que se refieran a plagiocefalia posicional, niños/as sanos/as, cualquier tipo de estudio y cualquier método.

Resultados:

En total se encontraron 210 artículos, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 20 artículos.

Varios estudios en niños menores de 18 meses, en los que usaron pruebas estandarizadas, muestran un desarrollo de todas las áreas menor, sobre todo en lenguaje y cognitivo, siendo el desarrollo motor el menos afectado, y que siguió patente a los 36 meses.

Otro estudio basado en imagen, demostraba que no había diferencia con respecto al nivel de volumen cerebral, pero si de desarrollo cuando la afectación era simétrica y con aplanamientos significativos que involucraban estructuras como el vermis cerebeloso o el cuerpo calloso, obteniendo menores puntuaciones en la escala BSID-III, la cual mide las áreas cognitiva, lenguaje y motora.

En estudios más a largo plazo, con edades mayores, como de 6-10 años, en el que se usaron una batería amplia de pruebas estandarizadas de desarrollo normalizado y que incluían el coeficiente intelectual (CI), mostraban que niños con antecedentes de PNS moderada o grave, tenían puntuaciones más bajas a nivel cognitivo y en menor medida en el rendimiento académico, viéndose que las PNS leves, mostraban poca o ninguna diferencia con niños sin PNS.

En otro estudio, con niños de 9 años, que padecían PNS izquierda, presentaban un porcentaje más alto de alteraciones cognitivas, lenguaje y necesidades de apoyo escolar.

Respecto al tto hay dos variantes: tto postural y tto restrictivo con casco, ambos eficaces, combinables entre sí y siempre acompañados de fisioterapia para estimular el desarrollo motor.

El tto postural se basa en dar pautas a la familia tales como: alternar posición de la cabeza al dormir, colocar en posición de prono en vigilia o evitar superficies duras, entre otras.

El tto restrictivo se basa en colocar un casco para moldear el cráneo, el cual se usa en niños mayores de 6 meses y con asimetrías severas.

En lo que si hay consenso es que es mejor el tto postural que el tto restrictivo con casco en menores de 4-6 meses con asimetrías moderadas.

Conclusión:

Tras esta revisión se puede sugerir que la plagiocefalia es un marcador de retraso de las áreas del desarrollo, sobre todo a nivel cognitivo y del lenguaje, siempre que esta sea moderado o grave, llegando a tener repercusiones en edad escolar.

Además, hay que destacar la importancia de un tto transdisciplinar para abordar todas las áreas de desarrollo del niño pero sobre todo un tto precoz de fisioterapia y a nivel postural, evitando los primeros meses el casco, complementándose con estimulación y logopedia para evitar o disminuir dicha problemática.

Bibliografía:

1. Steinberg J, Rawlani R, Humphries L, Rawlani V, Vicari F. Effectiveness of conservative therapy and helmet therapy for positional cranial deformation. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2015; 135(3):833- 842
2. Monge M, Méndez M, Quintana C, Hernández A, Presa de la Fuente E, Viota E. Plagiocefalia posicional: enfermedad o anomalía estética. *Canarias Pediátricas*. 2013; 37(3)
3. Rojas Villegas R, Vargas López D, De la Riva Parra V. Diagnosis and treatment of plagiocephaly: clinical case presentation and clinical review. *Revista Odontológica Mexicana*. 2015; 19(2): 115-120

Capítulo 177

Presencia familiar en la realización de procedimientos invasivos urgentes (opinión de familiares)

*Moya López, Lorena
Talavera García, Irene*

PRESENCIA FAMILIAR EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS URGENTES (OPINIÓN DE FAMILIARES)

Lorena Moya López, Irene Talavera García

INTRODUCCIÓN

La **PRESENCIA FAMILIAR (PF)** se define como la asistencia de miembros de la familia en un lugar que permita el contacto visual o físico con el paciente durante la reanimación o un procedimiento invasivo.

El foco de atención de las emergencias pediátricas son el niño y un acompañante.

Las facetas de la emergencia pediátrica para conseguir el bienestar del niño son respetar la intimidad del niño, favorecer ambientes cotidianos, el contacto corporal y visual y estimular la presencia activa de los padres en el cuidado del niño.

En los últimos años distintas asociaciones a nivel mundial han señalado la importancia de la familia como elemento de curación de los pacientes, y apoyan la presencia familiar durante la realización de los procedimientos.

A pesar de la idea generalizada del beneficio que la presencia de los padres produce tanto en los pacientes como en sus familias, dichos procedimientos se llevan a cabo generalmente en lugares donde se les restringe el acceso. Su presencia no es homogéneamente aceptada por todos los profesionales sanitarios. Sin embargo, ningún estudio sobre presencia familiar ha demostrado que mantenerles fuera del lugar donde se realizan beneficie a nadie.

Ya en 1986 se quiso solucionar este conflicto con la creación de la Carta Europea de los niños hospitalizados, que tiene como una de sus premisas el derecho del niño a estar acompañado por sus padres o su tutor en ese momento, siempre y cuando no obstaculice la aplicación de los tratamientos que necesita.

Por esta razón consideramos importante la opinión de las propias familias sobre la presencia familiar en procedimientos realizados en los servicios de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO

ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL en 2019

Estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes: variables cualitativas
Medias y desviación típica: variables cuantitativas

Recogida de datos: cuestionarios anónimos. Mediante el programa online "Google formularios". Encuestas enviadas vía e-mail y red social de comunicación

Programa estadístico SSPS versión 24

51 cuestionarios a FAMILIAS

Criterios inclusión:
- Familias con niños en edad pediátrica
- Parentesco con el niño: madre/padre

Datos recogidos en las encuestas a las familias

- Los datos del encuestado en relación con el paciente, el número de episodios en las urgencias pediátricas y la existencia de enfermedad crónica.
- Si habían presenciado previamente los siguientes procedimientos: extracción de sangre y/o colocación de vía venosa, aspiración de secreciones, sedoanalgesia, sondaje vesical, sutura de heridas, punción lumbar y reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Si el profesional que les atendía les ofreció la posibilidad de estar presente en los procedimientos comentados anteriormente.
- Si desearían estar presentes en cada uno de los procedimientos comentados anteriormente.
- Sobre los motivos que fundamentaban su opinión, tanto si la respuesta era afirmativa o negativa.
- Si creían que su presencia pudiera ser beneficiosa
- En el último apartado se deja oportunidad para expresar alguna experiencia/emoción con respecto a la atención recibida o justificar alguna respuesta del formulario.

OBJETIVO

GENERALES

- Valorar si se considera beneficiosa la presencia familiar durante la realización de procedimientos invasivos en el paciente pediátrico.

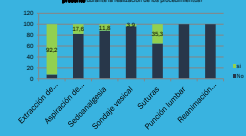
ESPECÍFICOS

- Opinión de las familias sobre la presencia familiar en procedimientos invasivos en urgencias pediátricas

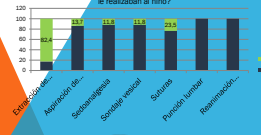
RESULTADOS ENCUESTAS A FAMILIAS

- Contestaron la encuesta más madres que padres
- La edad media de la muestra era de 40 años con una desviación típica de +/- 7,87 años.
- La media del número de hijos por familia fue de 1,90+/- 0,67
- La media de frecuentación a los servicios de urgencias fue de 4,14 veces.
- Un 88,2 % de los niños no sufrían enfermedades crónicas (si sufrían un 11,8%)
- Sólo un 7,8% contestó que la enfermedad crónica fue la causante de acudir a urgencias (siendo el asma el causante de más consultas de urgencias pediátricas).

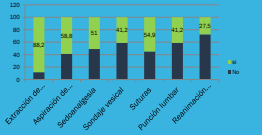
¿El profesional que atendió al niño que acompañaba le ofreció la posibilidad de estar presente durante la realización de los procedimientos?



¿Alguna vez ha presenciado alguno de los siguientes procedimientos que le realizaban al niño?



¿Le gustaría estar presente en el momento que se le realiza alguno de los siguientes procedimientos al niño?



La familia desearía estar presente en todos los procedimientos

Razones de las familias para justificar su presencia

Para tranquilizar al niño/ conmigo presente el niño estará más tranquilo	92,2(47)
Estaré menos angustiado/a si estoy acompañando al niño	39,2 (20)
Me gusta vigilar la realización del procedimiento y/o material utilizado	15,7 (8)
Porque tengo derecho	15,7 (8)
Porque el niño tiene derecho	9,8 (5)
Por otro motivo distinto a los anteriores	2,0 (1)

¿Considera beneficiosa la presencia familiar durante procedimientos invasivos?	FAMILIAS
Muy beneficiosa	32
Algo beneficiosa	15
Indiferente	2
Algo perjudicial	1
Muy perjudicial	1



DISCUSIÓN

Estudios con el de Gamell fullá y compañía obtuvieron como resultado que el motivo principal para restringir la PF era la ansiedad de los acompañantes, seguido del miedo a un peor rendimiento de los sanitarios. La ansiedad es el principal síntoma de las familias que no están presentes como demuestran el estudio Patricia Jabre. Las situaciones para permitir la PF es el estado emocional de la familia sea bueno, si no son conscientes de su presencia, porque no es una decisión que forme parte de sus funciones (según el SEMES de C. Vasca). Los estudios más actuales de 2012-2018 tienen datos muy parecidos a los de nuestro estudio con respecto a que los profesionales permitan PF. Aunque se observa un incremento de PF en RCP mayor en otros países que en España.

XII Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia
1 al 8 de octubre de 2021



Resumen: *Introducción: La presencia familiar (PF) ante procedimientos dolorosos en el niño, provoca diferentes opiniones por las ventajas o desventajas que presenta. El objetivo de este estudio es conocer la opinión de familiares sobre la presencia familiar en los procedimientos realizados en un servicio de urgencia pediátrica.*

Material y método: Estudio descriptivo transversal a partir de encuestas realizadas a padres/madres de niños en edad pediátrica.

Resultados: 51 cuestionarios de familias. Entre los familiares, un 88,2% desea presenciar los procedimientos realizados a sus hijos, siendo diferente sus preferencias en función del procedimiento. Conclusiones: se considera beneficiosa la presencia familiar en procedimientos invasivos.

Palabras Clave: *Presencia familiar, procedimientos invasivos, urgencias pediátricas*

Introducción:

La PRESENCIA FAMILIAR (PF) se define como la asistencia de miembros de la familia en un lugar que permita el contacto visual o físico con el paciente durante la reanimación o un procedimiento invasivo. El foco de atención de las emergencias pediátricas son el niño y un acompañante.

Las facetas de la emergencia pediátrica para conseguir el bienestar del niño son respetar la intimidad del niño, favorecer ambientes cotidianos, el contacto corporal y visual y estimular la presencia activa de los padres en el cuidado del niño.

En los últimos años distintas asociaciones a nivel mundial han señalado la importancia de la familia como elemento de curación de los pacientes, y apoyan la presencia familiar durante la realización de los procedimientos.

A pesar de la idea generalizada del beneficio que la presencia de los padres produce tanto en los pacientes como en sus familias, dichos procedimientos se llevan a cabo generalmente en lugares donde se les restringe el acceso. Su presencia no es homogéneamente aceptada por todos los profesionales sanitarios. Sin embargo, ningún estudio sobre presencia familiar ha demostrado que mantenerles fuera del lugar donde se realizan beneficie a nadie.

Ya en 1986 se quiso solucionar este conflicto con la creación de la Carta Europea de los niños hospitalizados, que tiene como una de sus premisas el derecho del niño a estar acompañado por sus padres o su tutor en ese momento, siempre y cuando no obstaculice la aplicación de los tratamientos que necesita.

Por esta razón consideramos importante la opinión de las propias familias sobre la presencia familiar en procedimientos realizados en los servicios de urgencias.

Objetivos generales:

- Valorar si se considera beneficiosa la presencia familiar durante la realización de procedimientos invasivos en el paciente pediátrico.

Objetivos específicos:

Opinión de las familias sobre la presencia familiar en procedimientos invasivos en urgencias pediátricas.

Material y Método:

- 51 cuestionarios a las familias. Criterios inclusión para encuestas:
- Familias con niños en edad pediátrica
- Parentesco con el niño: madre/padre

La recogida de datos se hizo a través de cuestionarios anónimos. Mediante el programa online "Google formularios". Encuestas enviadas vía e-mail y red social de comunicación whatsapp. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias y desviación típica para las variables cuantitativas. Para el estudio estadístico se utilizó el programa SSPS versión 24 para Windows.

Resultados:

- Contestaron la encuesta más madres que padres
- La edad media de la muestra era de 40 años con una desviación típica de +/- 7,87 años.
- La media del número de hijos por familia fue de 1,90+/- 0,67
- La media de frecuentación a los servicios de urgencias fue de 4,14 veces.
- Un 88,2 % de los niños no sufrían enfermedades crónicas (sí sufrían un 11,8%)

Sólo un 7,8% contestó que la enfermedad crónica fue la causante de acudir a urgencias (siendo el asma el causante de más consultas de urgencias pediátricas).

A la pregunta ¿Alguna vez ha presenciado alguno de los siguientes procedimientos que le realizaban al niño que acompañaba? Un 100% de los participantes contestaron que no habían presenciado en el niño que acompañaban ni punción lumbar, ni reanimación cardiopulmonar. Un 82,4% de la muestra si han presenciado la extracción de sangre y/o colocación de vía venosa. Entre un 12-14% los participantes habían presenciado técnicas como la aspiración de secreciones, sedoanalgesia y sondaje vesical.

En la pregunta referida a si el profesional que atendía al niño le ofreció la posibilidad de estar presente durante la realización de los procedimientos, las contestaciones más relevantes son la de que el profesional les ofreció estar presente en la extracción sanguínea y/o colocación de vía venosa en un 92,2% de los participantes. En cuanto a la sedoanalgesia, el porcentaje de pacientes que estuvieron presentes durante la técnica es el mismo que el del ofrecimiento por parte de profesional a permanecer durante el mismo.

La pregunta: ¿Le gustaría estar presente en el momento que se le realiza alguno de los siguientes procedimientos al niño? muestra que en todos los procedimientos las familias desearían estar presentes. El mayor porcentaje lo tiene la extracción de sangre y/o colocación de vía venosa (88,2%) y el menor porcentaje la RCP (27,5%). Aproximadamente la mitad de la muestra desearía estar presente en la sedoanalgesia del niño. El motivo por el que el familiar le gustaría estar presente en los procedimientos elegidos es para tranquilizar al niño en un 92,2%. Un 9,8% considera que quiere estar porque el niño tiene derecho, frente a un 15,7% que consideran que son los familiares los que tienen derecho a estar presente.

La extracción sanguínea y/o colocación de accesos venosos es el procedimiento que más presencian las familias.

Discusión:

Estudios con el de Gamell fullá y compañía obtuvieron como resultado que el motivo principal para restringir la PF era la ansiedad de los acompañantes, seguido del miedo a un peor rendimiento de los sanitarios.

La ansiedad es el principal síntoma de las familias que no están presentes como demuestran el estudio Patricia Jabre.

Las situaciones para permitir la PF es el estado emocional de la familia sea bueno, si no son conscientes de su presencia, porque no es una decisión que forme parte de sus funciones (según el SEMES de C. Vasca).

Los estudios más actuales de 2012-2018 tienen datos muy parecidos a los de nuestro estudio con respecto a que los profesionales permitan PF. Aunque se observa un incremento de PF en RCP mayor en otros países que en España.

Bibliografía:

B. De la Flor Magdaleno, I. Castelo Tarrío, I. Andetxaga Vivanco, N. Peláez Corres, F. J. Gil Martín, A. Aguirre Goitia. Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *emergencias* 2006;18:135-140. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado LI, Rojo Conejo P. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes? *Anales de Pediatría* 2009 March 2009;70(3):230- 234.

Pires Mekitarian FF, Angelo M. Family's presence in the pediatric emergency room: opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatría* 2015 -;33(4):460. Angel Solà J, Sagué Bravo S, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza,V., Luaces Cubells C. ¿Ha aumentado la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias en los últimos años? *Anales de Pediatría* 2015 January 2015;82(1):6-11.

Capítulo 178

Prevalencia de la lactancia materna

Bermejo Cruz, Sara

PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Están más que estudiados y demostrados los beneficios que la lactancia materna (LM) puede proporcionar tanto a la madre como al bebé. Sin embargo, aún estamos lejos de cumplir las recomendaciones de la OMS –no solo en España, sino en todo el mundo- de mantener la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y LM complementaria hasta los 2 años.

OBJETIVO

Determinar el grado de prevalencia de la lactancia materna, tanto a gran escala como concretamente en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica: 28 artículos seleccionados, en inglés y español.
- Bases de datos: Cuiden, Pubmed, Cochrane y Scielo.
- Palabras clave: lactancia materna (breastfeeding), prevalencia (prevalence), mundial (worldwide).

INTERNACIONAL

- LME hasta los 6 meses: 37% (36.3 millones de bebés no tuvieron LME).
- LM hasta los 2 años: 63% (64.8 millones de niños no tuvieron LM).
- ↑ riqueza → ↓ prevalencia.

	Hasta 6 meses.	6 – 23 meses.
Países subdesarrollados.	47%	82%
Países en vías de desarrollo.	39%	66%
Países desarrollados.	37%	45%

NACIONAL

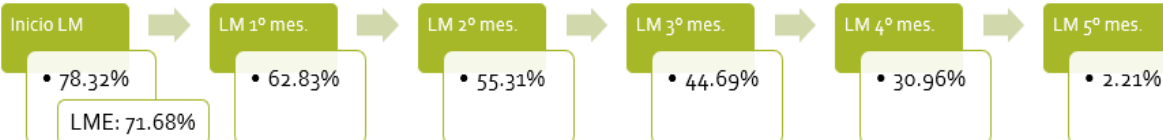
ESPAÑA

- El 53.1% de bebés mayores de 6 meses no son amamantados.

REGIONAL

Ejemplo: TOLEDO

- Duración media de la lactancia: 4.68 meses.
- Introducción alimentación complementaria (media): 3.09 meses.



CONCLUSIONES

Todavía hay mucho trabajo por delante para conseguir unas buenas cifras con respecto al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS. Dados los beneficios de la LM, resulta crucial utilizar todos los recursos que sean necesarios para su promoción. Ampliar la formación del equipo sanitario en este ámbito tendrá numerosas repercusiones positivas presentes y futuras.

Resumen: *Estamos lejos de cumplir las recomendaciones de la OMS –no solo en España, sino en todo el mundo- de mantener la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y LM complementaria hasta los 2 años.*

Todavía hay mucho trabajo por delante para conseguir unas buenas cifras con respecto al cumplimiento de dichas recomendaciones. Dados los beneficios de la LM, resulta crucial utilizar todos los recursos que sean necesarios para su promoción. Ampliar la formación del equipo sanitario en este ámbito tendrá numerosas repercusiones positivas presentes y futuras.

Palabras Clave: *Lactancia materna (breastfeeding) Prevalencia (prevalence) Mundial (worldwide)*

Introducción:

Están más que estudiados y demostrados los beneficios que la lactancia materna (LM) puede proporcionar tanto a la madre como al bebé. Sin embargo, aún estamos lejos de cumplir las recomendaciones de la OMS.

Objetivos:

Determinar el grado de prevalencia de la lactancia materna, tanto a gran escala como concretamente en nuestro país.

Material y Método:

- Búsqueda bibliográfica: 28 artículos seleccionados, en inglés y español.
- Bases de datos: Cuiden, Pubmed, Cochrane y Scielo.
- Palabras clave: lactancia materna (breastfeeding), prevalencia (prevalence), mundial (worldwide).

Resultado:

A nivel mundial, la prevalencia de LM es mayor en el África subsahariana, Asia y partes de Latinoamérica, mientras que en la mayoría de países desarrollados la prevalencia está por debajo del 20%, a excepción de unos pocos países como EEUU (27%) o Noruega (35%).

La prevalencia de LM disminuye con el aumento de la riqueza nacional. Pero esto también ocurre a nivel familiar. Dentro de un mismo país, al evaluar las tasas de LM a los 6 meses por grupos de renta per cápita, se vio que había una fuerte correlación inversa. Así, por cada duplicación en la renta per cápita de una familia, la prevalencia de amamantamiento a los 12 meses se reduce en un 10%.

En todos los países (excepto Francia, España y EEUU) más del 80% de madres comenzaron la lactancia en algún momento; sin embargo, las tasas de lactancia precoz y de LME fueron insatisfactorias en todo el mundo, incluyendo países subdesarrollados.

Si dividimos la población en grupos de países según la riqueza (subdesarrollados, en vías de desarrollo y desarrollados), los porcentajes de LM serían los siguientes:

- En bebés menores de 6 meses, el 63% no tuvo LME, esto es, 36'3 millones de niños en el mundo no tuvieron LME. Según la riqueza de los países:

- o En países subdesarrollados, el 53% no tuvo LME.

- o En países en vías de desarrollo, el 61% no tuvo LME.

- o En países desarrollados, el 63% no tuvo LME.

- En niños entre los 6 y los 23 meses, el 37% no tuvo LM; esto significa que 64'8 millones de niños de estas edades no estaban siendo amamantados con leche materna:

- o El 18% en países subdesarrollados.

- o El 34% en países en vías de desarrollo.

- o El 55% en países desarrollados.

Esto se traduce en que 101'1 millones de niños no fueron amamantados según las recomendaciones internacionales de la OMS.

Sin embargo, las cifras de LM en niños menores de 2 años han aumentado con el tiempo: ha pasado de un 24'9% en 1993 a un 35'7% en 2012. Este dato es alentador, ya que nos deja esperanzas de que en 2025 consigamos un 50% de LME a nivel mundial, de tal forma que se cumpliría el objetivo de la OMS.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, podemos deducir que España no tiene buenas tasas de LM. Para ser exactos, el 53'1% de bebés a partir de los 6 meses no son amamantados. Es por esto que se le da tanta importancia a la educación maternal antes y después del parto, ya que aumentando los conocimientos de las madres podemos mejorar su autoeficacia.

Conclusiones:

Así lo demostró el estudio de Suárez Gil P. et al, realizado en Asturias, en el que se vió que entre las madres que habían sido atendidas por una matrona (entre otros profesionales) durante el embarazo, había una mayor prevalencia de lactancia natural; sin embargo, el haber sido atendida por un ginecólogo presentó un efecto negativo. Si bien es cierto que en la consulta de la matrona se da una educación individualizada y hay un ambiente cercano para resolver dudas que en otros entornos es más difícil conseguir, absolutamente todos los profesionales deben implicarse en la promoción de la LM.

Además, según el estudio de Suárez Gil P. et al., el nivel educativo previo de la madre también influye en la probabilidad de lactar, hasta el punto de triplicarla en el caso de las mujeres con estudios universitarios, ya que estas mujeres serán más críticas frente a la promoción de lactancia artificial. También se encontró relación con el hábitat, de tal forma que la mayor prevalencia de lactancia se encontró en el hábitat semiurbano (79'2%) seguido por el rural (59%) y finalmente el urbano (42%). "Si bien las mujeres de mayor nivel educativo y social fueron las primeras en abandonar esta práctica en la década de los sesenta, hoy serían las pioneras en su recuperación".

En Murcia tampoco se consiguen unas buenas tasas de lactancia natural. Según el estudio de Olmo Navarro J.E. et al., la mitad de las lactantes finalizaron la técnica a los 5 meses, y la media de duración fue 4'3 meses. Aun estando por encima de otras regiones, sigue sin conseguirse que se cumplan las recomendaciones de la OMS. El grupo de madres que más prolongó la lactancia (12 meses) fue el de las que se encontraban en la tercera década de edad, tenían estudios universitarios y contaban con el apoyo familiar.

En nuestra región, concretamente en Toledo, el 78'32% de niños comenzaron la lactancia materna, pero solamente el 71'68% de forma exclusiva, ese porcentaje fue disminuyendo, de tal forma que en el primer mes se redujo al 62'83%, en el segundo 55'31%, en el tercero 44'69%, en el cuarto 30'97% y en

el quinto mes solo quedó el 2'21%. El tiempo medio de duración de los que comenzaron la lactancia fue de 4'68 meses, y la introducción de alimentación complementaria a la natural se hizo de media a los 3'09 meses.

Bibliografía:

1. Walters D et al. Breastfeeding in the 21st century. *The Lancet*. 2016; vol. 387: 2087.
2. Marco Alegría TD, Martínez Martínez D, Muñoz Gómez MJ, et al. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de la Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2014; vol. 37 (2): 203-211.
3. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, et al. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac. Sanit*. 2000; vol. 15 (2): 104-110.
4. Olmo-Navarro JE, Molina-Ruano MD, López Sánchez-Sánchez R, et al. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. *Matronas Prof*. 2008; vol. 9 (2): 12-16.
5. Soto García M, Pérez Villaverde N, Rivilla Marugán L, et al. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. *SEMERGEN*. 2003; vol. 29 (3): 121-124.

Capítulo 179

Prevalencia entre depresión y anciano institucionalizado

León Carrasco, Marina

Sánchez Hermoso, Lorena

Villalobos Martín-Moreno, Ana Belén

Carrasco Murcia, María José

Hidalgo Benítez, Beatriz

León Romero, María Jesús

PREVALENCIA ENTRE DEPRESIÓN Y ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

INTRODUCCION

DEPRESIÓN: Enfermedad mental. Trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria.

PACIENTE GERIÁTRICO. El anciano frágil según la OMS es aquel que se distingue por cumplir tres o más de los siguientes requisitos.

- Edad superior a 75 años.
- Pluripatología relevante,
- Proceso o enfermedad principal con carácter incapacitante.
- Patología mental.
- Con problemática social.

INSTITUCIÓN GERIÁTRICA: Es un lugar destinado al alojamiento de personas mayores que por motivos de salud o socio-económicos no pueden seguir permaneciendo en su domicilio habitual y se decide su ingreso en este tipo de institución, ya sea de forma temporal o permanente.

RESULTADO

-Una vez realizada la revisión bibliográfica podemos confirmar que existe una elevada proporción de ancianos institucionalizados que sufren depresión, por lo tanto la institucionalización es un factor de riesgo para desarrollar depresión en personas ancianas.



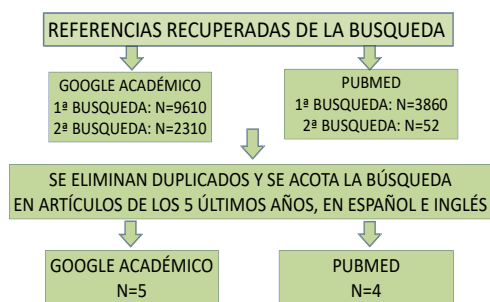
OBJETIVOS

Conocer la prevalencia existente entre los pacientes geriátricos institucionalizados diagnosticados de depresión.

MATERIAL Y METODO

-Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados) para localizar documentos publicados sobre la relación existente entre depresión y pacientes geriátricos institucionalizados.

-La búsqueda se realizó en los meses de enero y febrero de 2020. La fuente bibliográfica consultada Google Académico y Pubmed. Las palabras clave utilizadas "depresión" y "paciente geriátrico institucionalizado" en primera búsqueda, añadiendo "prevalencia" en la segunda. No se utilizó ningún termino clave para definir intervenciones, tratamientos, diagnósticos o resultados que pudieran acotar la búsqueda.



ESTUDIO	AÑO	PAIS	AUTOR	DISEÑO	MUESTRA	RESULTADO
DEPRESION EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS	2017 - 2018	ESPAÑA	NURIA ARRANZ LÓPEZ	ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL	30	PORCENTAJE DE PACIENTES ANCIANOS DEPRIMIDOS INSTITUCIONALIZADOS ES DEL 94%, FRENTE AL 20% NO INSTITUCIONALIZADOS
DEPRESIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.	2015	ESPAÑA	PAULA LARA RUIZ	ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL	27	EXISTE UN PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON SINTOMAS DEPRESIVOS DEL 33%
RIESGO DE DEPRESIÓN EN ANCIANOS MADRILEÑOS INSTITUCIONALIZADOS	2015	ESPAÑA	RAFAEL MUÑOZ CRUZ Y MARÍA RODRIGUE Z MARMOL	ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL	182	EL 80% ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS PRESENTARON RIESGO DE DEPRESIÓN
RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS	2015	COLOMBIA	ÁNGEL RAMÍREZ, LINA JULIET BEDOYA ECHEVERRI, EDISON ALEJANDRO CORREA LÓPEZ Y JHON SEBASTIÁN VILLADA VILLA	ESTUDIO TRANSVERSAL ANALÍTICO	644	EL 34,8% DE LOS ADULTOS MAYORES PRESENTAN RIESGO DE DEPRESIÓN.
COMPARATIVA EN DEPRESION EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS	2017 - 2018	ESPAÑA	NURIA ARRANZ LÓPEZ	ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL	30	EL PORCENTAJE DE ANCIANOS DEPRIMIDOS INSTITUCIONALIZADOS ES DEL 94%, FRENTE AL 20% DE LOS ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS
DEPRESIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.	2015	ESPAÑA	PAULA LARA RUIZ	ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL	27	EXISTE UN PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DEL 33%
DEPRESIÓN, SOCIALIZACIÓN Y AUTONOMIA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS	2019	ESPAÑA	ASA MUÑOZ	DESCRIPCIÓN TRANSVERSAL	80	ALTAS VARIABLES DE DEPENDENCIA UNIDAS A ALTAS VARIABLES DE DPRESIÓN. 25% DEPRESIÓN SEVERA
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN EL "ASILO HERMANOS DESAMPARADOS"	2019	PERÚ	M. SEPÚLVEDA S. JANET	DESCRIP. TRANSVERSAL APLICAT. CUANTITATIVO	50	52% DEPRESIÓN LEVE 26% DEPRESIÓN MODERDA
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL "ASILO SAN JOSÉ DE CISMA"	2018	PERÚ	W. SOMOTA BECERRA	DESCRIPTIVO TRANSVERSAL	98	64'70 % DEPRESIÓN MODERADA 11'18 % DEPRESIÓN SEVERA 23'50 % NO DEPRESIÓN

CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de depresión en paciente geriátricos institucionalizados, por lo tanto, es un tema de gran interés, debido al creciente envejecimiento de la población mundial, por lo que creemos que es imprescindible realizar trabajos de investigación con el fin de generar intervenciones para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Esta situación se podría prevenir estableciendo líneas de actuación para potenciar y desarrollar su autonomía y contacto social. La implementación de programas de ocio y tiempo libre en personas mayores institucionalizadas puede mejorar su estado físico, mental y emocional, aumentar sus intereses, iniciativa y habilidades sociales y disminuir la ansiedad y la depresión.

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo, el estudio de la relación entre estados de depresión que puedan sufrir los adultos mayores, a consecuencia de su institucionalización. Ya que ésta supone un cambio brusco en sus condiciones de vida.

Lo hemos realizado a partir de una búsqueda sistemática de la literatura científica, utilizando estrategias de búsqueda estructurada según el formato PICO.

La conclusión principal, es que existe una alta prevalencia de este problema, con lo que se debe tener en cuenta para su diagnóstico precoz y correcto tratamiento, así como para su prevención.

Palabras Clave: Depresión, Salud del anciano institucionalizado, Prevalencia

Desarrollo del trabajo:

La depresión es una enfermedad mental. Un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren en la vida diaria.

El paciente geriátrico: El anciano frágil, según la OMS, es aquel que se distingue por cumplir tres o más de los siguientes requisitos:

- Edad superior a 75 años.
- Pluripatología relevante.
- Proceso o enfermedad principal con carácter incapacitante.
- Patología mental.
- Con problemática social.

Una institución geriátrica: Es un lugar destinado al alojamiento de personas mayores, que por motivos de salud o socio-económicos, no pueden seguir permaneciendo en su domicilio habitual y se decide su ingreso en este tipo de institución, ya sea de forma temporal o permanente.

Así la depresión en adultos mayores, suele ser un proceso generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento.

Por ello, pensamos que llevar a cabo el ingreso del adulto mayor en una residencia geriátrica, puede tener repercusiones sobre su estado de salud, si no se maneja adecuadamente. Con un mayor riesgo de la aparición de depresión por diversos factores tales como: Sentimiento de abandono, cambio de su estado de vida, pérdida de libertad y capacidad de elección o mayor dependencia.

Para realizar este estudio, hemos realizado una revisión bibliográfica para localizar documentos publicados, sobre la relación existente entre depresión y pacientes geriátricos institucionalizados. La búsqueda se realizó en los meses de Enero y Febrero de 2020. Las fuentes bibliográficas consultadas Google Academics y Pubmed. Las palabras clave utilizadas "Depresión" y "paciente geriátrico institucionalizado" en primera búsqueda añadiendo "prevalencia" en la segunda.

Se eliminan los artículos duplicados y se acota la búsqueda en artículos de los últimos 5 años en español e inglés. Obteniendo un total de 9 artículos de tipo descriptivo transversal, significativos para nuestro estudio. En los que se usaron como método la entrevista y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, tanto la de 30 ítems, como la reducida de 15.

Se destaca en casi todos ellos, una prevalencia bastante significativa de depresión en los pacientes geriátricos institucionalizados, por lo que se podría afirmar que la institucionalización es un factor de riesgo para desarrollar depresión en personas ancianas.

Como conclusión, consideramos la importancia del estudio de este tema, dado el creciente envejecimiento de la población mundial, siendo imprescindible realizar trabajos de investigación con el fin de generar intervenciones para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Esta situación se podría prevenir estableciendo líneas de actuación para potenciar y desarrollar su autonomía y contacto social.

La implementación de programas de ocio y tiempo libre en personas mayores institucionalizadas, puede mejorar su estado físico, mental y emocional, aumentar sus intereses, iniciativa y habilidades sociales y disminuir la ansiedad y la depresión.

Bibliografía:

1. Arranz López, Nuria.

"Estudio comparativo de depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados" <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30391> Año: 2017-18

2. Lara Ruiz, Paula

"Depresión en ancianos institucionalizados"

Universidad de Zaragoza, Facultad de ciencias de la Salud, 2015

3. Asa Muñoz

"Depresión, socialización y autonomía en ancianos institucionalizados" Revista INFAD de psicología, 2019

4. Muñoz Cruz, Rafael y Rodríguez Mármol, María

"Riesgo de Depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Madrid" Metas de Enfermería, Vol.18, 2015

Capítulo 180

Prevención cardiovascular: hipertensión/obesidad.

*García Valenciano, Agustín
González Serrano, Juan Antonio
De Aguilar González, María José*

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: HIPERTENSIÓN/OBESIDAD

Autores: García Valenciano, Agustín. Gonzalez Serrano, Juan Antonio. De Aguilar Gonzalez, María José.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial primaria está provocada por la interacción de diversos factores genéticos y ambientales que alteran el funcionamiento de uno o de más de entre los sistemas participantes en la regulación de la presión arterial, lo que provoca que la presión arterial se mantenga en un nivel elevado.

La OMS define la HTA « como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente elevada, lo que puede dañar la salud»

El sobrepeso y la obesidad lo define la OMS como « una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.». Siendo una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes en la población aumentando la prevalencia a medida que se envejece.

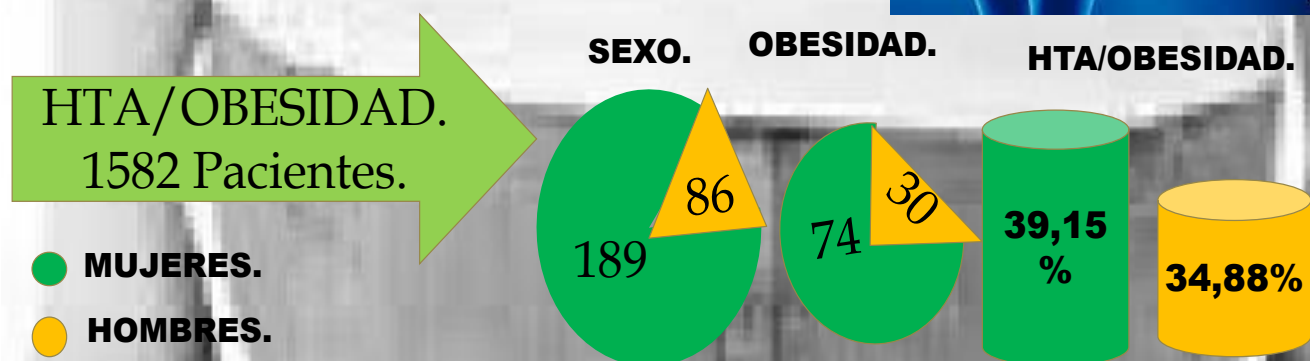
OBJETIVOS: 1. Características del paciente hipertenso.
2. Factores de riesgo en pacientes con obesidad.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal de los pacientes hipertensos en la consulta de enfermería de atención primaria del Zona VIII de Albacete (Sescam), con una población de 1582 de pacientes .
Revisión de la Historia Clínica de pacientes incluidos en protocolo: DESPISTAJE CARDIOVASCULAR: HTA \geq 40 a través del programa Turriano. Perteneciente a una consulta del centro de salud..
Revisión de H.C. de pacientes incluidos en protocolo: PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: OBESIDAD.

RESULTADOS: Pacientes incluidos en el programa....275. de los cuales 86 de ellos son hombres, con un 31,27% y 189 son mujeres con un 68,72%. Relacionando también que estén incluidos en el protocolo de « Obesidad» en su H.C, en seguimiento por su enfermero del zona de salud, obtenemos: del total de hombres en el estudio 30 de ellos son también obesos, suponiendo un 34,88% y del total de las mujeres



CONCLUSIONES:



El estudio nos lleva a concretar con un perfil de pacientes hipertensos y obesos con predominio en la mujer.

Existiendo múltiples factores que dificultan el control de la tensión arterial..

El enfermero de AP, dentro de sus pacientes con enfermedades cardiovasculares y a nivel individual; tiene las herramientas necesarias para proporcionar cuidados de calidad, educación para salud (hábitos alimentarios, fomento del ejercicio físico, dietas.) y así avanzar en la mejora de la calidad asistencial y reducir el porcentaje de pacientes con riesgo de obesidad e hipertensión.

BIBLIOGRAFIA:

OMS(Enfermedades Cardiovasculares, 2015),(Obesidad y sobrepeso, 2017). Sowera JR:Obesity as a cardiovascular risk factor. Am J Med 2003;115(Suppl 8):37S-41S. Schneider HJ: Glaesmer H; Klotsche J, Bohler S, et. Al. Accuracy of anthropometric indicators of obesity to predict cardiovascular risk, J Clin Endocrinol Metab 2007;92(2)589-594,

Resumen: *El estudio nos lleva a concretar con un perfil de paciente hipertenso mujer con obesidad.*

Existiendo múltiples factores que dificultan el control de la tensión arterial, como la edad avanzada de los pacientes, la imposibilidad de desplazamiento. El rol de la mujer cuidadora, de las tareas hogareñas impidiendo la asistencia a la consulta de Atención Primaria, para sus controles rutinarios. El enfermero de Atención Primaria, dentro de sus pacientes con enfermedades cardiovasculares y a nivel individual, tiene las herramientas necesarias para proporcionar cuidados de calidad, educación para salud y así avanzar en la mejora de la calidad asistencial.

Palabras Clave: HYPERTENSION OBESITY PREVENTION & CONTROL

Desarrollo del trabajo:

La hipertensión arterial primaria está provocada por la interacción de diversos factores genéticos y ambientales que alteran el funcionamiento de uno o de más de entre los sistemas participantes en la regulación de la presión arterial, lo que provoca que la presión arterial se mantenga en un nivel elevado.

La OMS define la hipertensión arterial “como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente elevada, lo que puede dañar la salud”.

Es unas de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes en la población, aumentando la prevalencia a medida que se envejece.

Vamos a estudiar las características del paciente hipertenso y los factores de riesgo en pacientes hipertensos, sobre todo el factor de la obesidad.

Se realiza un estudio descriptivo transversal de los pacientes hipertensos en la consulta de enfermería de atención primaria del Zona VIII de Albacete, con una población de 1250 pacientes.

Revisión de la Historia Clínica de los pacientes que pertenecen al protocolo denominado “Hipertensión Esencial” a través del programa Turriano (programa informático que se utiliza en el SESCAM, para trabajar en la Atención Primaria).

Resultados:

Pacientes incluidos en el programa... 235. De los cuales 85 de ellos son hombres, con un 35.71% y 150 son mujeres con un 63.82%. Relacionando también, que tengan incluidos el protocolo de “Obesidad” dentro de su H.C, encontrándose en seguimiento por su enfermero del centro de salud.

Del total de hombres en el estudio, 30 de ellos son también obesos, suponiendo un 35.29%, del total.

De las mujeres, 65 pertenecen al protocolo de obesidad con un 43.33%.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud (Enfermedades Cardiovasculares, 2015).
2. Organización Mundial de la Salud (Obesidad y sobrepeso, 2017)
3. Sowera JR: Obesity as a cardiovascular risk factor. Am J Med 2003;115(Suppl 8):375-415

Capítulo 181

Prevención de la infección urinaria en un paciente hospitalizado, según proyecto «ITU-zero».

*Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Monteagudo López-Lucendo, Purificación
Muñoz Cañas, Yolanda
Rozas Sánchez, María Pilar
Ruiz Núñez De Arenas, María Luisa
Laguna Sánchez, Mercedes*

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO, SEGÚN PROYECTO «ITU-ZERO».

Autores: Vázquez Rodríguez-Barbero I, Monteagudo López-Lucendo P, Muñoz Cañas Y, Rozas Sánchez MP, Ruiz Núñez-Arenas ML, Laguna Sánchez M.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) es una de las infecciones más frecuentes asociadas a la asistencia sanitaria mundial representando el 40% de todas las infecciones hospitalarias, ocasionando un aumento en la morbi-mortalidad y los costes sanitarios¹.

«ITU-Zero» es un proyecto para la prevención de la ITU-SU en pacientes críticos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), cuyos principales objetivos son:

- Reducir la media del sistema nacional de salud de la densidad de incidencia de la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral.
- Formación específica en el proyecto del personal asistencial.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica con enfermedad de 2 vasos revascularizada y estenosis aórtica severa sintomática, que ingresa programado para una implantación de Válvula aórtica transcaterter (TAVI).

Ingresa en planta de Cardiología donde se le inserta una sonda uretral como preparación para el procedimiento, presentando episodio de hematuria la misma noche de la inserción por lo que se le realiza un lavado vesical. A la mañana siguiente se le implanta la TAVI y tras ella pasa a la UCI donde presenta también episodio de hematuria precisando la realización de 2 lavados vesicales. Tras pasar un día sin complicaciones con un ritmo normal de diuresis se procede a la retirada de la sonda vesical para prevención de ITU-SU siguiendo Proyecto de «ITU Zero». El paciente orina espontáneamente, a las 24 horas pasa a planta y a los tres días alta domiciliaria.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Al paciente se le realizaron los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería requeridas siguiendo el Proyecto «ITU-Zero» (Tabla 1). Las medidas empleadas fueron (Tabla 2) Los 5 puntos claves para prevenir la ITU-SU (Tabla 3).

DOMINIO	NANDA ² DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	NOC ³ RESULTADOS	NIC ⁴ INTERVENCIONES
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	1902 Control del riesgo	6540 Control de infecciones.
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN	00016 Deterioro de la eliminación urinaria	0503 Eliminación urinaria.	0590 Manejo de la eliminación urinaria 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria 0620 Cuidados de la retención urinaria
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO	0008 Deterioro de la movilidad física r/c malestar, dolor, disminución de la masa muscular.	0208 Nivel de movilidad	1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación.
DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO	00126 Conocimientos deficientes	1805 Conocimiento: conductas sanitarias.	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA DEL ESTRÉS	00146 Ansiedad r/c cambio en el entorno y cambio en el estado de salud	1402 Autocontrol de la ansiedad.	5820 Disminución de la ansiedad. TABLA 1

TABLA 2



DISCUSIÓN

Los Proyectos como «ITU-Zero» incorporan a la práctica clínica de enfermería recomendaciones específicas y estandarizadas basadas en la evidencia científica.

CONCLUSIÓN

La aplicación del Proyecto «ITU-Zero» permitió una retirada precoz del sondaje uretral y minimizar las complicaciones asociadas a esta técnica enfermera

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis (GTEIS). Registro ENVIN. Datos publicados de los años 2001 al 2017. Disponible en: <http://hws.whebron.net/evin-helics/>.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2018-2020. Elsevier; 2018.
3. Morread S, Swanson E, Jonson M, Maas M L. Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 6ª ed. Elsevier; 2018
4. Butcher H K, Bulechek G M, Dochterman J, Wagner CM. Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7ª ed. Elsevier; 2018



Resumen: Los objetivos en pacientes críticos para prevenir la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral, según el Proyecto "ITU-Zero" son:

- * Reducir la media de incidencia de infección del tracto urinario asociada a sonda uretral.
- * Formación específica en el proyecto del personal asistencial.
- * Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral.

Al paciente se le realizaron los diagnósticos, resultados, intervenciones y medidas enfermeras para prevenir la infección del tracto urinario.

La aplicación del Proyecto "ITU-Zero" permite una retirada precoz del sondaje uretral y minimizar las complicaciones asociadas a esta técnica enfermera.

Palabras Clave: Cateterismo urinario Infección. Enfermería de Cuidados Críticos

Introducción:

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) es una de las infecciones más frecuentes asociadas a la asistencia sanitaria mundial representando el 40% de todas las infecciones hospitalarias, ocasionando un aumento en la morbi-mortalidad y los costes sanitarios.

"ITU-Zero" es un proyecto para la prevención de la ITU-SU en pacientes críticos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) llevado a cabo por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

Objetivos:

Los objetivos principales planteados en pacientes críticos para prevenir la ITU-SU son:

- Reducir la media del sistema nacional de salud de la densidad de incidencia de la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral.
- Formación específica en el proyecto del personal asistencial.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral.

Observación Clínica:

Varón de 79 años que ingresa en la planta de Cardiología del Hospital General Universitario de Ciudad Real para una intervención programada de implantación de Válvula Aórtica Transcatéter (TAVI). Como antecedentes de interés presentaba: no alergias conocidas, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica con enfermedad de dos vasos revascularizada y estenosis aórtica severa sintomática.

Estando en planta de Cardiología se le inserta una sonda uretral como preparación previa necesaria para el procedimiento quirúrgico del día posterior. Presentando episodio de hematuria esa misma noche de la inserción, por lo que se le realiza un lavado vesical.

A la mañana siguiente se le implanta la TAVI en quirófano del Servicio de Hemodinámica y tras esto pasa a la UCI para monitorización y vigilancia estrecha. El paciente presenta otro episodio de hematuria

precisando la realización de dos lavados vesicales adicionales. Tras pasar un día sin complicaciones con un ritmo normal de diuresis y sin ninguna incidencia que reseñar, se procede a la retirada de la sonda vesical para prevención de ITU-SU siguiendo Proyecto de «ITU Zero». El paciente orina espontáneamente y a las 24 horas del ingreso en UCI pasa a planta de Cardiología y a los tres días recibe el alta a su domicilio.

Plan de Cuidados:

Al paciente se le realizaron los dominios, diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería requeridas siguiendo el Proyecto "ITU-Zero"

* Dominio 11. Seguridad y protección.

- Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación (NANDA) 00004 Riesgo de infecciones relacionados con procedimientos invasivos.

- o Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 1902 Control del riesgo.

- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6540 Control de infecciones.

* Dominio 3: Eliminación.

- NANDA. 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

- o NOC. 0503 Eliminación urinaria.

- NIC. 0590 Manejo de la eliminación.

- NIC 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.

- NIC 0620 Cuidados de la retención urinaria.

* Dominio 4. Actividad/Reposo.

- NANDA. 0008 Deterioro de la movilidad física relacionado con malestar, dolor, disminución de la masa muscular.

- o NOC. 0208 Nivel de movilidad.

- NIC. 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación.

* Dominio 13. Crecimiento y Desarrollo.

- NANDA. 00126 Conocimientos deficientes.

- o NOC. 1805 Conocimiento: conducta sanitaria.

- NIC. 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad.

* Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia del Estrés.

- NANDA. 00146 Ansiedad relacionada con cambio en el entorno y cambio en el estado de salud.

- o NOC. 1402 Autocontrol de la ansiedad.

- NIC. 5820 Disminución de la ansiedad.

Las medidas empleadas para realizar el sondaje uretral fueron:

- Preguntarse: ¿está indicado el sondaje uretral en el paciente?

- Valorar diariamente la indicación.

- Se recomienda realizar la técnica con dos profesionales un ayudante y un operador. El ayudante será el encargado de cumplimentar el listado de verificación del procedimiento.
- Vaciar la bolsa colectora regularmente, evitando el contacto entre el recipiente y la llave del drenaje del sistema colector.
- Correcta higiene de manos antes y después de la inserción y de cualquier manipulación.
- Mantener siempre el sistema colector cerrado, sin permitir desconexiones.
- Mantener el flujo de orina libre sin obstáculos en el circuito.
- La bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga, evitando que toque el suelo.
- Fijar la sonda al muslo del paciente, para evitar traumatismos uretrales. Los cinco puntos claves para prevenir la ITU-SU:
 1. Utilizar sonda uretral solo cuando esté indicado.
 2. Utilizar técnica aséptica durante la intervención.
 3. Mantener siempre cerrado sistema.
 4. Mantener el flujo de orina sin obstáculos en el circuito, colocando la bolsa siempre por debajo de la vejiga.
 5. Retirar la sonda cuando sea necesario, valorando diariamente su indicación.

Discusión:

Los Proyectos como “ITU-Zero” incorporan a la práctica clínica de enfermería recomendaciones específicas y estandarizadas basadas en la evidencia científica

Conclusión:

La aplicación del Proyecto “ITU-Zero” permitió una retirada precoz del sondaje uretral y minimizar las complicaciones asociadas a esta técnica enfermera.

Bibliografía:

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis (GTEIS). Registro ENVIN. Datos publicados de los años 2001 al 2017. Disponible en: [http:// hws.whebron.net/evin-helics/](http://hws.whebron.net/evin-helics/).
2. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2018-2020. Elsevier; 2018.
3. Morread S, Swanson E, Jonson M, Maas M L. Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 6ª ed. Elsevier; 2018.
4. Butcher H K, Bulechek G M, Dochterman J, Wagner CM. Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7ª ed. Elsevier; 2018.

Capítulo 182

Prevención y manejo de la infección del tracto urinario recurrente con arándano rojo

Hidalgo Benítez, Beatriz

León Romero, María Jesús

Villalobos Martín-Moreno, Ana Belén

Carrasco Murcia, María José

León Carrasco, Marina

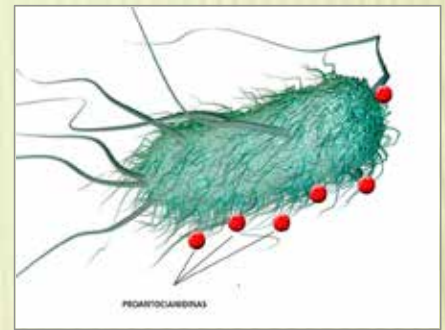
Sánchez Hermoso, Lorena

PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO RECURRENTE CON ARANDANO ROJO

INTRODUCCION

Las infecciones de las vías urinarias (ITU) son un problema de salud mundial. Con una proporción de 9 a 1 aparece más frecuentemente en la mujer respecto del hombre. En 90% de los casos la bacteria que la origina es la *Escherichia Coli*. Más del 50% de las mujeres presentan, al menos, un episodio de ITU en su vida, de las que 1/3 presentarán recurrencias, es decir, 2 o más infecciones en 6 meses. Durante la vida reproductiva, esta infección es motivo de gran cantidad de incapacidades laborales, de ahí la necesidad de insistir en su profilaxis.

El arándano rojo tiene acción antiinfecciosa urinaria y se utiliza como método terapéutico de recurrencias (coadyuvante o sinérgico de la antibioterapia). Disminuye la adherencia de la bacteria *E. Coli* a las paredes de la vía urinaria debido principalmente a un grupo de taninos presentes en el arándano, las proantocianidinas



MATERIAL Y METODOS

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados) para localizar documentos publicados sobre la utilización del arándano rojo en la ITU recurrente.

Los criterios de inclusión en la revisión han sido todos los estudios donde se utilizaran los términos de búsqueda: infecciones urinarias recurrentes, prevención y arándano rojo.

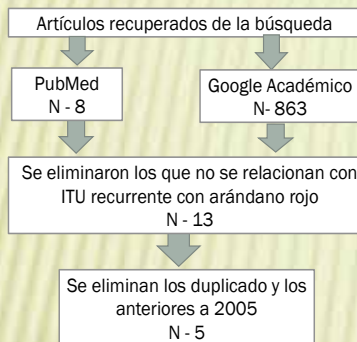
La búsqueda se realizó en el mes de febrero de 2020. Se ha usado el meta buscador google académico. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, The Cochrane Library Plus, Cuiden y PubMed

Hemos seleccionado 5 artículos en español a texto completo en los últimos 15 años. Los criterios de exclusión fueron artículos con graves defectos metodológicos y de opinión.

Las recomendaciones elaboradas están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda.

OBJETIVO

Conocer la evidencia científica que existe sobre los arándanos rojos en el manejo y prevención de la ITU recurrente.



ESTUDIO	PAIS	DISEÑO	MUESTRA	EDAD	INTERVENCION	RESULTADOS
V. Fernández-Puentes, J. Uberos, R. Rodríguez-Belmonte, M. Nogueiras-Ocaña, E. Blanca-Jover y E. Narbona-López. 2014	España	Ensayo clínico controlado doble ciego	200	Mayores de 1 mes	Consumo de arándano rojo	El arándano americano es seguro y eficaz en la profilaxis de infección urinaria recurrente
E. Morán, A. Budía, E. Broseta y F. Boronat. 2012	Argentina	Revisión sistémica	65		Lectura crítica	No existe evidencia
Liu H, Howell AB, Zhang DJ, Khoo C. 2019	Japón	Ensayo piloto aleatorizado, Doble ciego	20	Con ITU recurrente	Consumieron dos masticables de arándano o placebo	Ayudar a promover la salud del tracto urinario
Coleman CM, Auker KM, Killday KB, Azadi P, Black I, Ferreira D Marzo 2019	Alemania	Descriptivo analítico	327 Mujeres	Fértil	Utilizando un ensayo antihemaglutinación de glóbulos rojos (A+) humanos con <i>E. Coli</i> uropatógena fimbriada	El arándano puede contribuir a las propiedades antiadhesivas de la orina
Ruz EN, González CC, Jaen Sde L, Escoto PG, Urquiza EK, Rosenfield LO, Ortiz CS, Castellanos PV. 2009	España	Revisión sistémica	21		Lectura crítica	Jugo de arándano rojo es una opción para prevenir la infección del tracto urinario

RESULTADOS

Tras la revisión de las publicaciones científicas existentes, podemos afirmar que las propiedades y/o efectos beneficiosos del arándano rojo (*Vaccinium macrocarpon*) reside en:

- Actividad inhibitoria de la adherencia de las bacterias como *Escherichia Coli* a las células epiteliales de la vía urinaria. Este efecto se produce gracias a las proantocianidinas, más concretamente las de tipo A, presentes en el arándano rojo (grupo de los flavonoides).
- Ha demostrado ser efectivo y seguro en mujeres en edad reproductiva y en la profilaxis de infección urinaria recurrente en lactantes y niños. Si bien, los mejores resultados se obtienen por encima del año de edad.

- Los productos derivados del arándano rojo que reducen las infecciones bacterianas de la vejiga se venden en jugo, frutas deshidratadas y tabletas. De acuerdo con la mayor parte de las series publicadas, la dosis estándar recomendada es de 300ml de jugo de arándano al día en concentración de 25 a 30%, lo que puede reducir hasta en 50% la bacteriuria.



CONCLUSIONES

El jugo de arándano rojo ha demostrado ser eficaz como tratamiento adyuvante en la prevención de las infecciones urinarias. Este beneficio se produce gracias a la inhibición de la adherencia bacteriana de *Escherichia Coli* al urotelio. De acuerdo con la mayor parte de los estudios publicados, la dosis estándar recomendada es de 300 ml de jugo de arándano rojo al día, en concentración al 25-30%. Esta estrategia puede implicar una notable disminución del uso de antibióticos de la aparición de resistencia originadas por su uso excesivo o inadecuado

La enfermera juega un papel importante en el conocimiento y aplicación de este interesante efecto del jugo de arándano rojo en la población con riesgo de padecer infección urinaria recurrente desde su tarea de prevención y promoción de hábitos saludables.

Resumen: *Se ha realizado una búsqueda sistemática sobre la prevención y manejo de la infección de tracto urinario recurrente con arándano rojo, teniendo como objetivo conocer la evidencia científica que existe sobre los arándanos rojos en el manejo y prevención de la ITU recurrente. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO. Tras la revisión se llegó a la conclusión de que el jugo de arándano rojo ha demostrado ser eficaz como tratamiento adyuvante en la prevención de las infecciones urinarias*

Palabras Clave: *ITU recurrente - Arándano rojo - Prevención*

Introducción:

Las infecciones de las vías urinarias (ITU) son un problema de salud mundial. Con una proporción de 9 a 1 aparece más frecuentemente en la mujer respecto del hombre. En 90% de los casos la bacteria que la origina es la Escherichia Coli. Más del 50% de la mujeres presentan, al menos, un episodio de ITU en su vida, de las que 1/3 presentaran recurrencias, es decir, 2 o más infecciones en 6 meses. Durante la vida reproductiva, esta infección es motivo de gran cantidad de incapacidades laborales, de ahí la necesidad de insistir en su profilaxis.

El arándano rojo tiene acción antiinfecciosa urinaria y se utiliza como método terapéutico de recurrencias (coadyuvante o sinergizante de la antibioterapia). Disminuye la adherencia de la bacteria

E. Coli a las paredes de la vía urinaria debido principalmente a un grupo de taninos presentes en el arándano, las proantocianidina.

Por ello nos pusimos por objetivo conocer la evidencia científica que existe sobre los arándanos rojos en el manejo y prevención de la ITU recurrente, para ello, realizamos una búsqueda sistemática para localizar documentos publicados sobre la utilización del arándano rojo en la ITU recurrente. Los criterios de inclusión en la revisión han sido todos los estudios donde se utilizaran los términos de búsqueda: infecciones urinarias recurrentes, prevención y arándano rojo.

La búsqueda se realizó en el mes de febrero de 2020. Se ha usado el meta buscador google académico. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, The Cochrane Library Plus, Cuiden y PubMed Hemos seleccionado 5 artículos en español a texto completo en los últimos 15 años. Los criterios de exclusión fueron artículos con graves defectos metodológicos y de opinión.

Las recomendaciones elaboradas están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda.

Nuestros resultados fueron que tras la revisión de las publicaciones científicas existentes, podemos afirmar que las propiedades y/o efectos beneficiosos del arándano rojo (*Vaccinium macrocarpon*) reside en:

Actividad inhibidora de la adherencia de las bacterias como Escherichia Coli a las células epiteliales de la vía urinaria. Este efecto se produce gracias a las proantocianidinas, más concretamente las de tipo A, presentes en el arándano rojo (grupo de los flavonoides).

- Ha demostrado ser efectivo y seguro en mujeres en edad reproductiva y en la profilaxis de infección urinaria recurrente en lactantes y niños. Si bien, los mejores resultados se obtienen por encima del año de edad.

- Los productos derivados del arándano rojo que reducen las infecciones bacterianas de la vejiga se venden en jugo, frutas deshidratadas y tabletas. De acuerdo con la mayor parte de las series publicadas, la dosis estándar recomendada es de 300ml de jugo de arándano al día en concentración de 25 a 30%, lo que puede reducir hasta en 50% la bacteriuria.

Al final de trabajo realizado llegamos a una serie de conclusiones, siendo éstas: que el jugo de arándano rojo ha demostrado ser eficaz como tratamiento adyuvante en la prevención de las infecciones urinarias. Este beneficio se produce gracias a la inhibición de la adherencia bacteriana de *Escherichia Coli* al urotelio. De acuerdo con la mayor parte de los estudios publicados, la dosis estándar recomendada es de 300 ml de jugo de arándano rojo al día, en concentración al 25-30%. . Esta estrategia puede implicar una notable disminución del uso de antibióticos de la aparición de resistencia originadas por su uso excesivo o inadecuado

La enfermera juega un papel importante en el conocimiento y aplicación de este interesante efecto del jugo de arándano rojo en la población con riesgo de padecer infección urinaria recurrente desde su tarea de prevención y promoción de hábitos saludables.

Bibliografía:

1. V. Fernández-Puentes, J. Uberos, R. Rodríguez-Belmonte, M. Noguera-Ocaña, E. Blanca-Jover y E. Narbona-López. 2014 Efficacy and safety profile of cranberry in infants and children with recurrent urinary tract infection. E. Morán, A. Budía, E. Broseta y F. Boronat.. 2012
2. Liu H , Howell AB , Zhang DJ , Khoo C. A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study to assess bacterial anti-adhesive activity in human urine following consumption of a cranberry supplement. 2019
3. Coleman CM, Auker KM, Killday KB, Azadi P, Black I, Ferreira D Marzo. Oligosaccharides and Complex Carbohydrates: A New Paradigm for Cranberry Bioactivity. 2019

Capítulo 183

Problemas psicosociales de la Diabetes Mellitus tipo 1 en adolescentes y niños

*García Gallego, Marta
Arias Del Campo, Leticia*

1. Introducción.

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) constituye una de las enfermedades endocrinológicas y crónicas que más afecta a niños y adolescentes. El diagnóstico de esta patología repercute en su salud psicosocial debido a los cambios que deben hacer para adaptarse al nuevo estilo de vida (buena adherencia al tratamiento y un control metabólico óptimo).



2. Objetivos.

- ◆ Analizar y divulgar los efectos psicosociales de la DM1 en los niños y adolescentes.
- ◆ Fomentar cuidados de enfermería que incluyan la atención de estos problemas.

3. Material y método.

Para conseguir los objetivos propuestos se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Académico.

4. Resultados.

- ⇒ Los niños y adolescentes que cuentan con relaciones sociales sanas y con una alta autoestima, tienen menos síntomas psicosociales y se adaptan mejor a su enfermedad. Por el contrario, los que viven en una familia desestructurada, perciben menos apoyo y tienen más problemas para abordar su patología.
- ⇒ La preocupación por llevar un buen control de la enfermedad puede ocasionar estrés y ansiedad, que fomentan una pobre adherencia al tratamiento.
- ⇒ La alta tasa de hospitalización de este colectivo (3 veces superior que en la población general pediátrica) favorece el absentismo escolar de los pacientes y el laboral de su familia, auspiciando conflictos familiares.
- ⇒ Más del 30% de los pacientes pediátricos diagnosticados con DM1 presentan algún problema psicológico durante el primer año, como trastornos alimentarios, depresión o ansiedad.
- ⇒ Existe un alto riesgo de hipoglucemia y cetoacidosis en los jóvenes que consumen alcohol.
- ⇒ Algunas adolescentes no se administran la insulina prescrita para perder peso, contribuyendo a la aparición de complicaciones.

5. Conclusiones.

A la hora de tratar a los niños y adolescentes diagnosticados de DM1, debemos tener en cuenta los problemas psicosociales de la enfermedad, no solo para mejorar su bienestar psíquico, sino también para lograr un buen control metabólico y la adherencia al tratamiento prescrito.



Bibliografía.

- Lacomba Trejo L, Valero Moreno S, Montoya Castilla I. Adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1: Problemas emocionales, conductuales y de autoestima. Revista de psicología de la salud [revista en Internet].2019. [acceso 1 de marzo de 2020]; 7 (1): [22-44]. Disponible en: <http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path%5B%5D=1480&path%5B%5D=600>
- Pérez Marín, Gómez Rico I, Montoya Castilla I. Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2015. [acceso 1 de marzo de 2020]; 113 (2): [152-162]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n2a11.pdf>
- Henríquez Tejo R, Cartes Velázquez R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. Revista Chilena de Pediatría [revista en Internet]. 2018. [acceso 1 de marzo de 2020]; 89 (3): [391-398]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v89n3/0370-4106-rcp-00507.pdf>

Resumen: *La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es la patología endocrina crónica que más afecta a adolescentes y niños. Surgen con frecuencia problemas psicosociales en los pacientes pediátricos y su entorno debido a la necesidad de adaptarse a un nuevo estilo de vida. En este trabajo se ha visto cómo los infantes que no tienen relaciones sanas presentan una peor adherencia al tratamiento, que aparecen problemas como ansiedad y depresión ante el nuevo diagnóstico y que la alta tasa de ingresos hospitalarios contribuye al absentismo escolar y laboral.*

Palabras Clave: *Impacto psicosocial, Diabetes mellitus tipo 1, Adolescencia*

Introducción:

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) constituye una de las enfermedades endocrinológicas y crónicas que más afecta a niños y adolescentes. El diagnóstico de esta patología repercute en su salud psicosocial debido a los cambios que deben hacer para adaptarse al nuevo estilo de vida (buena adherencia al tratamiento y un control metabólico óptimo).

Objetivos:

Analizar y divulgar los efectos psicosociales de la DM1 en los niños y adolescentes.

Fomentar cuidados de enfermería que incluyan la atención de estos problemas.

Material y Método:

Para conseguir los objetivos propuestos se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Académico.

Resultados:

Los niños y adolescentes que cuentan con relaciones sociales sanas y con una alta autoestima tienen menos síntomas psicosociales y se adaptan mejor a su enfermedad. Por el contrario, los que viven en una familia desestructurada, perciben menos apoyo y tienen más problemas para abordar su patología.

La preocupación por llevar un buen control de la enfermedad puede ocasionar estrés y ansiedad, que fomentan una pobre adherencia al tratamiento.

La alta tasa de hospitalización de este colectivo (3 veces superior que en la población general pediátrica) favorece el absentismo escolar de los pacientes y el laboral de su familia, auspiciando conflictos familiares.

Más del 30% de los pacientes pediátricos diagnosticados con DM1 presentan algún problema psicológico durante el primer año, como trastornos alimentarios, depresión o ansiedad.

Existe un alto riesgo de hipoglucemia y cetoacidosis en los jóvenes que consumen alcohol.

Algunas adolescentes no se administran la insulina prescrita para perder peso, contribuyendo a la aparición de complicaciones.

En ocasiones, los hermanos de los niños con diabetes pueden desarrollar problemas de autoestima.

Los escolares suelen estar preocupados por cómo reaccionarán sus compañeros de clase al enterarse de su diagnóstico.

-Hay familias que, ante el diagnóstico de esta enfermedad de carácter crónico que precisa reajustar hábitos de vida, pueden tener sentimientos de miedo, ira y dolor.

Conclusiones:

A la hora de tratar a los niños y adolescentes diagnosticados de DM1, debemos tener en cuenta los problemas psicosociales de la enfermedad, no solo para mejorar su bienestar psíquico, sino también para lograr un buen control metabólico y la adherencia al tratamiento prescrito.

Bibliografía:

1. Lacomba Trejo L, Valero Moreno S, Montoya Castilla I. Adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1: Problemas emocionales, conductuales y de autoestima. Revista de psicología de la salud [revista en Internet]. 2019. [acceso 1 de marzo de 2020]; 7 (1): [22-44]. Disponible en: <http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path%5B%5D=1480&path%5B%5D=600>
2. Pérez Marín, Gómez Rico I, Montoya Castilla I. Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2015. [acceso 1 de marzo de 2020]; 113 (2): [152-162]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n2a11.pdf>
3. Henríquez Tejo R, Cartes Velázquez R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. Revista Chilena de Pediatría [revista en Internet]. 2018. [acceso 1 de marzo de 2020]; 89 (3): [391-398]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v89n3/0370-4106-rcp-00507.pdf>

Capítulo 184

Programa de educación del dolor y del ejercicio terapéutico en el dolor lumbar crónico

*López Castellano, Álvaro
Ruiz Mazoterías, Jorge Luis
Ruiz Mazoterías, Salvador*



XII Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia

PROGRAMA DE EDUCACIÓN DEL DOLOR Y DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN EL DOLOR CRÓNICO LUMBAR



Álvaro López Castellano, Jorge Luis Ruiz Mazoterías, Salvador Ruiz Mazoterías

INTRODUCCIÓN:

La lumbalgia es el dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura músculo-esquelética de la columna. El dolor lumbar es ampliamente prevalente en la población general.

El ejercicio terapéutico es una opción de tratamiento eficaz y de bajo riesgo para el dolor crónico que pueden utilizar todos los profesionales sanitarios.

Sin embargo, el ejercicio terapéutico por sí solo no aborda los aspectos psicosociales asociados con el dolor lumbar crónico. El ejercicio terapéutico en combinación con la educación sobre el dolor puede permitir un tratamiento más completo y efectivo para pacientes con dolor lumbar inespecífico crónico.



OBJETIVOS:

En este trabajo proponemos como tratamiento un programa de ejercicio terapéutico y educación en el dolor durante 8 semanas comparándolo con pacientes sedentarios.

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia de realizar ejercicio físico en patologías de dolor crónico lumbar.

MATERIAL Y MÉTODO:

Ensayo clínico aleatorizado realizado a 20 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 40 y 65 años, todos ellos diagnosticados de lumbalgia crónica. Se realiza una valoración inicial utilizando el cuestionario de McGill del dolor, distancia dedos suelo y E.V.A milimetrada.

Recibieron 1 sesión de educación sobre el dolor y una tabla de ejercicios domiciliarios, los cuales en esa sesión se enseñó a la persona como realizarlos adecuadamente, 10 recibieron la tabla ejercicio más la charla y 10 no la recibieron.

La dosis fue diariamente realizar la tabla con la intensidad marcada a cada persona. El tiempo de aplicación sería de 15 minutos.

Se vuelve a valorar a los pacientes al transcurrir 8 semanas.



CONCLUSIÓN:

En el estudio realizado se intenta demostrar como el ejercicio terapéutico puede llegar a inducir cambios en el sistema nervioso para modelar la información nociceptiva que sufre la persona con dolor lumbar crónico.

Es suficiente con una rutina muy simple de ejercicios domiciliarios, dando importancia a la adherencia al tratamiento por parte del paciente ya que le resultan ejercicios muy sencillos.

Es necesario seguir profundizando en el tema, con el trabajo de otros estudios con un número de muestras más elevados y siendo la muestra más específica.

RESULTADOS:

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas:

- Cuestionario de McGill del dolor crónico. 4 puntos ($p < 0,05$)
- E.V.A milimetrada. 2 puntos ($p < 0,05$)

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas:

- Test distancia dedos-suelo.

Emocional I: <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Inestabilidad <input type="checkbox"/> Intolerancia <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Preocupación <input type="checkbox"/> Tristeza	Emocional II: <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Inestabilidad <input type="checkbox"/> Intolerancia <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Preocupación <input type="checkbox"/> Tristeza	Miembros Superiores I: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Miembros Superiores II: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha
Localización I: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Localización II: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Miembros Inferiores I: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Miembros Inferiores II: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha
Postura: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Postura: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Signos Vegetativos: <input type="checkbox"/> Sudoración <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Cianosis	Signos Vegetativos: <input type="checkbox"/> Sudoración <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Cianosis
Intensidad: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Intensidad: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Comportamiento: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha	Comportamiento: <input type="checkbox"/> Codo izquierdo <input type="checkbox"/> Codo derecho <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho <input type="checkbox"/> Mano izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha

Indique la respuesta que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual

Nada
 Levemente
 Moderadamente
 Severamente
 Intolerable

Resumen: *Introducción: el dolor lumbar crónico (DLC) es un problema musculoesquelético que afecta a gran parte de la población (1,2). Se ha demostrado que los ejercicios destinados al fortalecimiento y estabilización del core mejoran el DLC (3).*

Objetivo: determinar la eficacia de realizar ejercicio físico en personas diagnosticadas de DLC.

Material y método: 10 pacientes recibieron una charla sobre dolor y una tabla de ejercicios, otros 10 recibieron la rutina de ejercicios sin tablas.

Resultados: diferencias estadísticamente significativas: cuestionario McGill y E.V.A milimetrada. No las hay en el test distancia dedos-suelo.

Conclusión: es efectivo el ejercicio físico terapéutico y educación en el DLC.

Palabras Clave: *physical therapy chronic low back pain physichal activity*

Introducción:

El dolor lumbar crónico (DLC) es un problema musculoesquelético que afectará a gran parte de la población en algún episodio de su vida. Esta patología tenemos que entenderla desde un componente multifactorial. El miedo y el desconocimiento del dolor conducen a la persona a disminuir la actividad física ya que la entiende como perpetuadora del dolor, en este punto se plantea la hipótesis de que esta falta de actividad puede conllevar a un ciclo continuo de miedo, percepción de discapacidad, disminución de la actividad y dolor (1,2). Se ha demostrado que los ejercicios que están orientados al fortalecimiento del core y la estabilización lumbar mejoran el dolor lumbar crónico (3). La disfunción de los músculos citados anteriormente puede provocar la pérdida del soporte de la columna lumbar y un aumento en la tensión de los ligamentos lumbares. El propósito de los ejercicios es recrear la función muscular normal para mejorar la propiocepción y la estabilidad lumbo-pélvica (4).

Objetivos:

En este trabajo proponemos como plan de tratamiento, un programa de ejercicio terapéutico formado por cuatro ejercicios básicos, los cuales buscan el fortalecimiento y consciencia de la musculatura abdominal, lumbar y suelo pélvico; además de una charla en educación del dolor crónico durante 8 semanas comparándolo con pacientes que no la recibieron.

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia de realizar ejercicio físico en personas diagnosticadas de dolor crónico lumbar. El objetivo secundario es observar la relevancia de si tener conocimientos acerca del dolor crónico puede ayudar en la mejoría de la sintomatología.

Material y Método:

Ensayo clínico aleatorizado realizado a 20 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 40 y 65 años, todos ellos diagnosticados de dolor lumbar crónico. Se realiza una valoración inicial utilizando el cuestionario de McGill del dolor, el test distancia dedos suelo y la escala E.V.A milimetrada.

De la muestra total: 10 pacientes recibieron una charla sobre el dolor crónico y una tabla de ejercicios domiciliarios, los otros 10 pacientes sólo se le enseñaron los ejercicios en una sesión sin entregar tablas

domiciliarias. En la primera sesión se enseñó a los pacientes a realizar correctamente los ejercicios (plancha frontal, plancha lateral, Wall-sit y puente de pelvis) y ajustar la dosificación de cada uno. La dosis fue diariamente realizar la tabla individualizada. El tiempo de aplicación fue de 15 minutos.

Se vuelve a valorar a los pacientes al transcurrir 8 semanas.

Resultados:

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas:

-Cuestionario de McGill del dolor crónico. 4 puntos ($p < 0,05$).

-E.V.A milimetrada. 2 puntos ($p < 0,05$)

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas:

-Test distancia dedos-suelo.

Conclusión:

En el estudio realizado se intenta demostrar cómo el ejercicio terapéutico puede llegar a inducir cambios en el sistema nervioso para modelar la información nociceptiva que sufre la persona con dolor lumbar crónico.

Este programa de ejercicios físicos se basa en una rutina simple de ejercicios domiciliarios, lo que a su vez fomenta la adherencia del paciente al tratamiento. Cabe destacar que otro factor de adherencia al tratamiento es entender qué es el dolor y cómo el ejercicio puede ayudar a mejorarlo.

En el estudio presentado se muestra que es efectivo el tratamiento complementario de ejercicio físico terapéutico y educación en el dolor crónico, pero se necesita de estudios clínicos aleatorizados con una muestra mayor para mejorar la calidad de la investigación.

Bibliografía:

1. Semrau J, Hentschke C, Peters S, Pfeifer K. Effects of behavioural exercise therapy on the effectiveness of multidisciplinary rehabilitation for chronic non-specific low back pain: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021; 22(1):500.
2. Brewer W, Swanson BT, Roddey TS, Adewale H, Ashmore C, Frerich J, et al. A pilot study to determine the effect of one physical therapy session on physical activity levels for individuals with chronic low back pain. *BMC Res Notes.* 2017; 10(1):691.
3. Sitges C, Velasco-Roldán O, Crespí J, García-Dopico N, Segur-Ferrer J, González-Roldán AM, et al. Acute effects of a brief physical exercise intervention on somatosensory perception, lumbar strength, and flexibility in patients with nonspecific chronic low-back pain. *J Pain Res.* 2021; 14:487–500.
4. Frizziero A, Pellizzon G, Vittadini F, Bigliardi D, Costantino C. Efficacy of core stability in non-specific chronic low back pain. *J Funct Morphol Kinesiol [Internet].* 2021; 6(2). Available from: <https://www.mdpi.com/resolver?pii=jfmk6020037>.

Capítulo 185

Programas de prevención de UPP y caídas

Mora Díaz, Ana Isabel

Cofrade Delgado, Ana

Rodríguez Ramírez, Laura

Nieto Calderón, Raquel

Laguna Morcillo, Gemma María

INTRODUCCIÓN:

La seguridad del paciente es un problema a nivel mundial, el ser humano tiene la facilidad de equivocarse y errar por accidente, provocando eventos adversos en el usuario, los mismos pueden conducir daños, incapacidad, secuelas físicas o psicológicas y en el peor de los casos, la muerte. Las úlceras por presión y caídas son temas muy importantes y de mucha trascendencia social, estos se originan durante la estancia hospitalaria; provocan un gran riesgo para la seguridad del paciente e implica cambios en la institución de salud, aumentan el coste económico debido a una atención deficiente y pueden prolongar los ingresos hospitalarios. Si hacemos hincapié en la seguridad del paciente se genera un aumento en la calidad asistencial y una disminución de los costes sanitarios. La prevención de upp y caídas son dos indicadores de calidad de los cuidados de enfermería. Los programas de prevención han demostrado una reducción del número de estas incidencias, por este motivo se justifica la elaboración de estos protocolos, de modo que ayuden a los profesionales sanitarios a identificar a todos los pacientes de riesgo.

OBJETIVOS:

- Bajar la incidencia de aparición de upp en pacientes hospitalizados.
- Intentar que los pacientes ingresados con UPP extrahospitalarias no empeoren.
- Ayudar a elevar la seguridad de los pacientes disminuyendo el número de caídas y sus secuelas.

METODOLOGÍA:

En nuestro servicio de Medicina Interna hemos creado un grupo interno de trabajo en el que actualizamos todos los protocolos presentes en nuestra planta y elaboramos protocolos nuevos necesarios. Como uno de nuestros objetivos era actualizar el protocolo de prevención de upp y elaborar un programa de prevención de caídas. Para ello hemos hecho una revisión bibliográfica empleando diferentes fuentes de información: MEDLINE, CUIDEN, FONDO EDITORIAL ELSELVIER, SCIELO ESPAÑA, BASE DE DATOS COCHRANE Y GOOGLE ACADEMICO.

Cuando consideramos el trabajo como realizado llevamos a cabo una serie de actividades para que el resto del personal lo conociera mediante:

- Póster informativos dirigidos al personal sanitario.
- Sesiones clínicas dirigidas a todo el personal.
- Un tríptico de recomendaciones de enfermería en el que se describen las medidas generales para la prevención de úlceras por presión y caídas y que se entregarán a todos los pacientes de riesgo.

De esta forma todo el personal podrá llevar a cabo el mismo programa de prevención, y podremos ofrecer una educación sanitaria adecuada tanto al paciente como al cuidador.

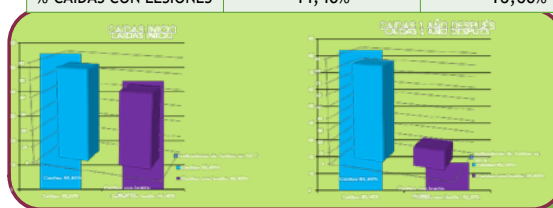
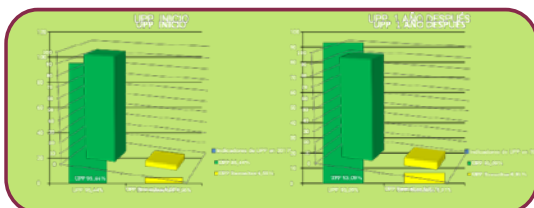
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Cada vez que un paciente ingrese en nuestra unidad, le realizaremos la valoración de ingreso para poder valorar el riesgo de sufrir upp o informarnos de si ya las presenta, mediante la escala de Braden, así como su movilidad y el riesgo de sufrir caídas con la escala de Downton.
- Todo lo averiguado lo registraremos en MAMBRINO XXI, en el que se identificarán todos los factores de riesgo relacionados con las upp y las caídas.
- Realizaremos la valoración de seguimiento del paciente para ver la evolución o cualquier modificación en ambos indicadores de calidad.
- Facilitaremos los tríptico informativos, en los que se describen las medidas generales a adoptar para evitar upp y caídas.
- Explicaremos las recomendaciones a todos los pacientes de riesgo y a sus cuidadores.

CONCLUSIONES:

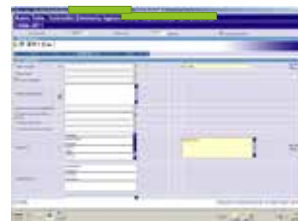
Desde que hemos iniciado estos programas de prevención en nuestro servicio, hemos podido observar una disminución importante tanto en el número de upp como de caídas.

Gracias al programa informático Mambriño XXI, hemos podido recoger los datos que se vuelcan al programa Montesinos, haciendo un corte de un año, obteniendo los siguientes datos.



BIBLIOGRAFÍA:

- Espinosa Brito A. Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriátría. Editorial Finlay. Cienfuegos 1990:
- García Fernández F, Pancorbo Hidalgo PL, Torra i Bou J, Blasco García C. Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J. Atención integral al paciente con heridas crónicas. Madrid: SPA, 2004. 20.
- Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriátría Formación Continuada en Atención Primaria. Editorial Idepsa (Internacional de Ediciones y Publicaciones S.A.) Madrid 1991:75-81.
- Ribera Casado JM. Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991: 192-207.
- Salgado Alba A. Guillen Llera F. Díaz L. Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica. Barcelona. 1986.
- Torra i Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala Braden. Rev ROL Enf 1997; (224): 23-30.



DATOS OBTENIDOS UPP Y CAIDAS EN UN AÑO

	INICIO	1 AÑO DESPUES	DIFERENCIA
% UPP>48H	3,17	2,63	-0,54
% UPP RESUELTA	4.56	6.91	2.35%
	INICIO	1 AÑO DESPUES	DIFERENCIA
% CAIDAS	0,49/1000 PACIENTES	0,27/1000 PACIENTES	-0,22
% CAIDAS CON LESIONES	44,40%	16,60%	-27,80%



Resumen: *El ser humano tiene la facilidad de equivocarse y errar por accidente, provocando efectos adversos en el usuario: daños, incapacidad, secuelas físicas o psicológicas y en el peor de los casos la muerte.*

Si hacemos hincapié en la seguridad del paciente aumentará la calidad asistencial y disminuirán los costes sanitarios.

La prevención de upp y caídas son dos indicadores de calidad de los cuidados de enfermería. Los programas de prevención han demostrado una reducción del número de estas incidencias,

justificando la elaboración de estos protocolos, de modo que ayuden a los sanitarios a identificar a los pacientes de riesgo.

Palabras Clave: *Úlcera por presión, Accidentes por caídas, Cuidado de enfermería*

Introducción:

En nuestro servicio de Medicina Interna hemos creado un grupo interno de trabajo en el que actualizamos todos los protocolos presentes en nuestra planta y elaboramos protocolos nuevos necesarios.

Entre nuestros objetivos estaba actualizar nuestro protocolo de prevención de úlceras por presión y elaborar un programa de prevención de caídas.

Hemos hecho una revisión bibliográfica empleando diferentes fuentes de información: MEDLINE, CUIDEN, FONDO EDITORIAL ELSELVIER, SCIELO ESPAÑA, BASE DE DATOS COCHRANE Y GOOGLE ACADÉMICO.

Llevamos a cabo una serie de actividades para que el resto del personal conociera nuestro trabajo:

- Poster informativo dirigido al personal sanitario.
- Sesiones clínicas dirigidas a todo el personal.
- Un tríptico con recomendaciones de enfermería en el que se describen las medidas generales para la prevención de úlceras por presión y caídas y que se entregarán a todos los pacientes de riesgo.

De esta forma todo el personal podrá llevar a cabo el mismo programa de prevención y podremos ofrecer una educación sanitaria adecuada tanto al paciente como al cuidador.

Las intervenciones que vamos a llevar a cabo son:

- Cada vez que un paciente ingresa en nuestra unidad le realizaremos la valoración de ingreso para poder valorar el riesgo de sufrir upp o nos informaremos de si ya las presenta, mediante la escala de Braden, así como su movilidad y el riesgo de sufrir una caída con la escala de Downton.
- Todo lo averiguado lo registraremos en MAMBRINO XXI, en el que se identificarán todos los factores de riesgo relacionados con las upp y las caídas.
- Realizaremos la valoración de seguimiento del paciente para ver la evolución o cualquier modificación en ambos indicadores de calidad.
- Facilitaremos los trípticos informativos, en los que se describen las medidas generales a adoptar para evitar upp y caídas.

- Explicaremos las recomendaciones a todos los pacientes de riesgo y a sus cuidadores.

Después de un año desde que iniciamos estos programas de calidad, gracias al programa informático Mambrino XXI, hemos recogido los datos que se vuelcan al programa Montesinos observando una disminución importante tanto en el número de upp como en el de caídas, por lo que valoramos que los programas de prevención funcionan aumentando la calidad del paciente y reduciendo los costes sanitarios.

Bibliografía:

1. Espinosa Brito A. Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriátría, Editorial Finlay, Cienfuegos 1990.
2. García Fernández F, Pancorbo Hidalgo PL, Torra i Bou J, Blasco García C. Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J. Atención integral al paciente con heridas crónicas. Madrid: SPA, 2004. 20.
3. Ribera Casado JM. Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991:192--207.

Capítulo 186

Registro de nutriciones enterales domiciliarias (NED) en la consulta de enfermería de la unidad de nutrición del HGUCR.

*Del Hoyo Serrano, María Jesús
Monescillo Ruedas, Alejandra
Gómez Espinosa, Amparo*

REGISTRO DE NUTRICIONES ENTERALES DOMICILIARIAS (NED) EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE NUTRICION DEL HGUCR.

INTRODUCCION

Dentro de la Unidad de Nutrición Clínica del HGUCR, existe una consulta de enfermería dedicada monográficamente al seguimiento de paciente con Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) y estructurada fundamentalmente con la finalidad de facilitar la accesibilidad de estos paciente a la unidad para la evolución de su evolución.

El registro de la actividad asistencial en los diferentes estamentos sanitarios permite un conocimiento de la situación real de éstos y es esencial para mejorar la calidad del servicio y, finalmente, para establecer políticas sanitarias eficientes.

OBJETIVO

Realizar un análisis descriptivo de las características de los pacientes del Área de Salud del HGUCR con NED que son controlados periódicamente de manera presencial o telefónica, desde la consulta de enfermería de la Unidad de Nutrición.

METODOLOGIA

Estudio observacional descriptivo de corte de todos los pacientes con NED revisados en la consulta de enfermería de Nutrición Enteral Domiciliaria entre el 01/04/2018 y el 31/10/2018 (7 meses).

Muestra poblacional: 118 pacientes de la consulta de nutrición con NED.

✓ **Criterios de inclusión:** todos los pacientes atendidos de forma presencial o telefónicamente en la consulta de enfermería de NED.

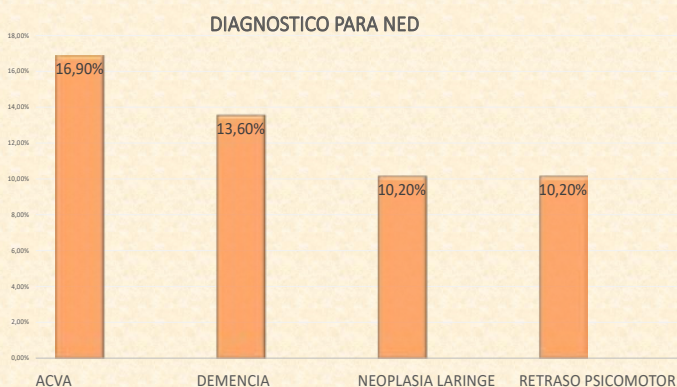
✓ **Criterios de exclusión:** aquellos pacientes que no acepten que sus datos sean utilizados, tras ser informados del objetivo del estudio y aquellos que el profesional que los atiende crea que no comprenden adecuadamente la información recibida.

✓ **Variables a evaluar:**

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico por el cual precisa de NED.
- Acceso enteral
- Formula enteral
- Tipo de infusión
- Complicaciones/incidencias.

RESULTADOS

Fueron valorados 118 pacientes de $64,8 \pm 14,5$ años, 76 de ellos varones (64,5%) y 42 mujeres (35,6%).

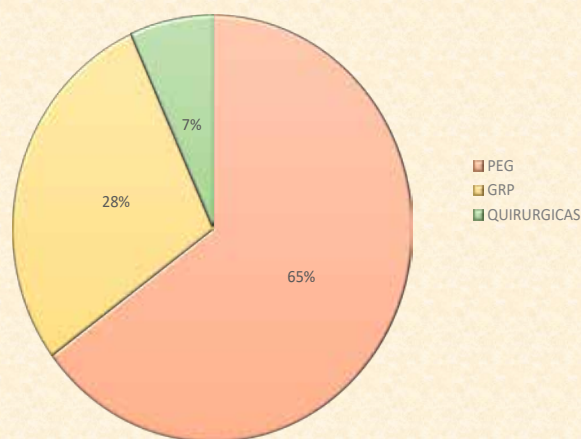


Las características generales de las fórmulas de nutrición enteral empleados fueron: 64,9% hipercalóricas (HC), 49,1% hiperproteicas (HP) y 42,8% con fibra (CF).

Las características específicas de las tres más utilizadas fueron: HC/HP SF (25,3%), HC/NP SF (14,2%) y HC/NP CF (12,69%).

El 71,2% de los pacientes tenían un acceso enteral invasivo y en sólo un 28,8%, en acceso era nasal.

ACCESO ENTERAL INVASIVO



El 17,8% (21 pacientes) portaban sondas postpilóricas, 3 pacientes sonda gastroeyunal, 7 sonda de yeyunostomía y 10 sonda nasoyeyunal. Las causas más frecuentes para la colocación de éstas fueron: en el 33,35 de los casos neoplasia gástrica y en el 28,6% enfermedad neurológica

En el 81% de los pacientes, la infusión de la nutrición fue en bolos. Se recogieron incidencias y complicaciones de importancia en 31 pacientes (26,7%): 17 de ellos fallecieron por diferentes causas y 9 precisaron ingreso hospitalario: 3 por vómitos, 3 por infección/sangrado del estoma y otros 3 por broncoaspiración.

CONCLUSION

Respecto al registro nacional del grupo NADYA-SENPE 2014-2015, los pacientes con NED de nuestra unidad fueron más jóvenes (64,8 vs 73 años), el porcentaje de varones fue mayor (64,5% vs 50%). El diagnóstico principal que motivó la necesidad de NED en ambas muestras fue la enfermedad neurológica, aunque en menor proporción en nuestra muestra (40,1% vs 60%). La vía principal de administración fue la gastrostomía en ambas, pero más frecuente entre nuestros pacientes (65,2% vs 51%).

Autores:

María Jesús del Hoyo Serrado
María del Prado Pérez Trenado
Alejandra Monescillo Ruedas
Amparo Gómez Espinosa



Resumen: El objetivo de la consulta de enfermería dentro del hospital, consiste en identificar los problemas surgidos en domicilio; problemas que pueden ser a nivel digestivo, respiratorio o endocrino.

Se realiza un análisis descriptivo de las características de los pacientes del área del HGUCR, estas consultas las realiza la enfermera de nutrición, junto con el endocrino de planta. La enfermera se encarga de las llamadas telefónicas a los domicilios de los pacientes, cada 15 días para ver la evolución e incidencias que pudieran surgir durante este periodo de tiempo, cuya finalidad es la de mejorar la calidad del paciente.

Palabras Clave: Nutrición, Asistencia, Endoscopia

Introducción:

Entendemos como nutrición, el conjunto de fenómenos psicoemocionales, biológicos, y socioculturales asociados con la obtención, asimilación y metabolismos de los nutrientes, su estudio es necesariamente interdisciplinario e individual, que ve afectado de manera particular en cada país, debido a los cambios socioeconómicos y políticos.

La nutrición enteral, consiste en un formula, constituida por una mezcla de macronutrientes y micronutrientes, que se utiliza para alimentar a una persona que no es capaz de ingerir los alimentos de forma natural; nutricionalmente son completas y se pueden administrar tanto vía oral como por vía enteral.

Los accesos por vía enteral son los siguientes: la gastrostomía endoscópica, vascular, cirugía; sondas nasogástricas, nasoyeyunal y yeyunostomía.

En el HGUCR esta instaurada la consulta de enfermería dedicada monográficamente al seguimiento y cuidado de los pacientes con nutrición enteral domiciliaria, cuyo objetivo es facilitar la accesibilidad de estos pacientes a la unidad para tener un seguimiento evolutivo del paciente.

El objetivo de esta consulta es realizar un análisis descriptivo de todas las características nutricionales del área del HGUCR, cuyos pacientes se encuentran con nutrición enteral domiciliaria y que son controlados periódicamente de manera presencial e incluso telefónica desde la consulta de enfermería de la unidad de nutrición.

Este estudio se realizó en un plazo de 7 meses, del 1/04/2018 al 31/10/2018, en el que se realizó un estudio observacional descriptivo de corte de todos los pacientes revisados en la consulta de enfermería de nutrición enteral domiciliaria del HGUCR.

La nutrición enteral es el soporte nutricional artificial, siempre que el tubo digestivo sea viable anatómica y funcionalmente cuando la ingesta oral es escasa para cubrir todas las necesidades. Para tomar una decisión de que vía de acceso es la adecuada tendremos en cuenta los diferentes puntos: estado nutricional, necesidades nutritivas, riesgo de aspiración, la enfermedad de base y la duración.

La elegida para administrar la nutrición enteral es la oral, pero en la mayoría de los casos cuando no es posible, recurren al acceso artificial (sonda o ostomía).

El acceso más utilizado es la sonda nasogástrica, que son unas sondas finas de diferentes materiales como puede ser, poliuretano o silicona, que se van alojar en el estómago; también existe otro tipo de vía que es la nasoenterica, que es menos fisiológica y que va a estar alojada en intestino.

Cuando la necesidades de soporte nutricional es superior a 4-6 semanas la elección de vía será gastrostomía o yeyunostomía, siendo la más utilizada la gastrostomía laparoscópica, debido a que su técnica es sencilla.

Muestra poblacional. Contamos con un total de 118 pacientes de la consulta de enfermería de nutrición enteral domiciliaria del HGUCR.

En los cuales se siguieron 2 criterios, que describimos a continuación, criterio de inclusión: todos los pacientes atendidos de manera presencial o telefónica en la consulta de enfermería de NED.

Criterio de exclusión: aquellos pacientes que no acepten que sus datos sean utilizados, tras ser informados del objetivo del estudio y aquellos que el profesional que los atienda crea que no comprender adecuadamente la información recibida.

Variables a evaluar: Se consideran las siguientes, edad, sexo, diagnostico por el cual precisa nutrición enteral, acceso enteral, formula enteral, tipo de infusión, complicaciones/incidencias.

Resultados: Fueron valorados, 118 pacientes, de $64,8 \pm 14,5$ años, 76 de ellos varones (64,5%) y 42 mujeres (35,6%).

El 17,8% (21 pacientes) portaban sondas postpilóricas, 3 pacientes sonda gastroyeyunal, 7 sondas de yeyunostomía y 10 sondas nasoyeyunal.

Las causas más frecuentes para la colocación de éstas fueron, en el 33,35% de los casos neoplasia gástrica y en el 28,6% enfermedades neurológicas.

En el 81% de los pacientes tratados la infusión de la nutrición fue en bolos. Se recogieron incidencias y complicaciones de importancia en 31 pacientes (26,7%): 17 de ellos fallecieron por diferentes causas, y 9 precisaron ingreso hospitalario: 3 por vómitos, 3 por infección/ sangrado del estoma y otros 3 por broncoaspiración.

Conclusión: Respecto al registro nacional del grupo NADYA-SENPE 2014-2015, los pacientes con NED de nuestra unidad fueron más jóvenes (64,8% vs 50%). El diagnostico principal que motivó la necesidad de NED en ambas muestras fue la enfermedad neurológica, aunque en menor proporción en nuestra muestra (40,1% vs 60%). La vía principal de administración fue la gastrostomía en ambas pero más frecuente entre nuestros pacientes (65,2% vs 51%)

Bibliografía:

1. Hernandez AG (drt). Tratado de nutricion / Nutrition Treatise: Nutricion Clinica / Clinical Nutrition. Ed. Médica Panamericana; 2010.
2. Scielo.cl. [citado el 5 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https:// www.scielo.cl/pdf/rchnut/v36n4/art10.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v36n4/art10.pdf)
3. Base de datos de pacientes del área de Nutrición del HGUCR
4. Cuellar Olmedo L, e-libro, Corp. Nutrición enteral vías de acceso. Madrid, Spain: Ediciones Díaz de Santos; 2012.

Capítulo 187

Relación entre dieta y rendimiento académico

Arribas Toldos, Jaime

Cerro López, Tania

Pérez Ruiz, Borja Eugenio

Molina Moreno, Auora

RELACIÓN ENTRE DIETA Y RENDIMIENTO ACADÉMICO



INTRODUCCIÓN

La OMS da una visión general de la importancia de llevar una dieta saludable a lo largo de la vida, ya que esto puede prevenir la malnutrición, diferentes enfermedades no transmisibles y múltiples trastornos. En las últimas décadas ha habido un aumento de la producción y consumo de alimentos procesados, considerados productos no saludables, dando lugar a un gran cambio en los hábitos alimentarios. Hoy en día es mucho mayor el consumo de alimentos hipercalóricos con gran contenido en grasas, azúcares libres y sodio, e insuficiente en el consumo de frutas, verduras y productos frescos. Se debe considerar la etapa escolar como una etapa fundamental para el establecimiento de una base sólida de hábitos saludables, de educación y de valores. El adoptar y mantener hábitos saludables es esencial para el proceso de aprendizaje y la evolución académica a lo largo de los años.

OBJETIVOS

Analizar resultados de estudios existentes sobre la relación entre la calidad de la dieta y el rendimiento académico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica usando estudios previos que analicen la relación entre la calidad de la dieta y el rendimiento escolar basándose en varios aspectos como la calidad o consumo de algunos grupos de alimentos o del consumo de tomas concretas como el desayuno. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos: Scielo, Medline y Scopus. Se utilizaron como palabras clave: dieta, calidad, nutrientes, hábitos alimenticios y rendimiento escolar. Se seleccionaron artículos posteriores a 2015 y en los idiomas inglés y en español.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un estudio llevado a cabo con 428 niños y niñas en edad escolar concluyó que una dieta de baja calidad está asociada a una peor cognición en niños, siendo esta evidencia más visible en el género masculino que en el femenino. Hacen un gran énfasis en una dieta con alto contenido en frutas, verduras para un buen desarrollo cognitivo durante la infancia (Haapala et al. 2015).

En otro estudio en que la muestra era un grupo de adolescentes se demostró que las calificaciones aumentan según aumenta la calidad del desayuno, y apuntan a que las calificaciones medias aumentan de manera significativa cuando la calidad del desayuno varía de mala o insuficiente a buena (Herrero Lozano & Fillat Ballesteros, 2006)

En una revisión sistemática donde se analizaron numerosos estudios se encontraron relación en la influencia de la calidad de la dieta en el rendimiento académico, destacando una asociación moderada en la ingesta regular de desayuno y una ingesta más baja de alimentos con alto contenido calórico y pobres en nutrientes (Burrows, Goldman, Pursey y Lim, 2017)

Otro de los estudios sobre la calidad de la dieta nos habla de cómo el consumo de productos ultra procesados con alto contenido en grasas saturadas y exceso de carbohidratos es común en los adolescentes y está relacionado con una merma de los procesos de aprendizaje y de la memoria, lo cual influye en el rendimiento académico (Correa-Burrows et al., 2016).

Tras revisar estos estudios se concluye que el mantener una dieta de baja calidad con alto contenido en alimentos ultra procesados, alto contenido en azúcares libre y grasas tiene relación con un rendimiento académico más bajo. Mientras que una dieta con alto contenido en frutas, verduras y alimentos considerados saludables tiene relación con un rendimiento académico más alto.

REFERENCIAS

- OMS. (2018). Alimentación sana. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Haapala, E. A., Eloranta, A. M., Venäläinen, T., Schwab, U., Lindi, V., & Lakka, T. A. (2015). Associations of diet quality with cognition in children—the Physical Activity and Nutrition in Children Study. *British Journal of Nutrition*, 114(7), 1080–1087. <https://doi.org/10.1017/S000711451500163>
- Herrero Lozano, R., & Fillat Ballesteros, J. C. (2006). Estudio sobre el desayuno y el rendimiento escolar en un grupo de adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 21(3), 346–352.
- Burrows, T., Goldman, S., Olson, R. K., Byrne, E., & Coventry, W. L. (2017). Associations between selected dietary behaviours and academic achievement: A study of Australian school aged children. *Appetite*, 116, 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.008>
- Correa-Burrows, P., Burrows, R., Blanco, E., Reyes, M., & Gahagan, S. (2016). Nutritional quality of diet and academic performance in Chilean students. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 185–192. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.161315>

AUTORES:

- AURORA MOLINA MORENO
- BORJA EUGENIO PÉREZ RUIZ
- TANIA CERRO LÓPEZ
- JAIME ARRIBAS TOLDOS

Resumen: *En las últimas décadas ha habido un aumento de consumo de alimentos considerados no saludables. La etapa escolar se considera una etapa fundamental para el establecimiento de una base sólida de hábitos saludables, de educación y de valores. El adoptar y mantener hábitos saludables es esencial para el proceso de aprendizaje y la evolución académica a lo largo de los años.*

Tras la revisión de varios estudios se conoce la evidencia de la relación entre una baja calidad de la dieta con un rendimiento académico más bajo respecto de los individuos que mantienen unos hábitos alimenticios considerados saludables.

Palabras Clave: *Dieta, Calidad, Rendimiento Escolar*

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud da una visión general de la importancia de llevar una dieta saludable a lo largo de la vida, ya que esto puede prevenir la malnutrición, diferentes enfermedades no transmisibles y múltiples trastornos. En las últimas décadas ha habido un aumento de la producción y consumo de alimentos procesados, considerados productos no saludables, dando lugar a un gran cambio en los hábitos alimentarios. Hoy en día es mucho mayor el consumo de alimentos hipercalóricos con gran contenido en grasas, azúcares libres y sodio, e insuficiente en el consumo de frutas, verduras y productos frescos. Se debe considerar la etapa escolar como una etapa fundamental para el establecimiento de una base sólida de hábitos saludables, de educación y de valores. El adoptar y mantener hábitos saludables es esencial para el proceso de aprendizaje y la evolución académica a lo largo de los años.

El objetivo de este trabajo es analizar resultados de estudios existentes sobre la relación entre la calidad de la dieta y el rendimiento académico.

Para ello se realiza una revisión bibliográfica usando estudios previos que analicen la relación entre la calidad de la dieta y el rendimiento escolar basándose en varios aspectos como la calidad o consumo de algunos grupos de alimentos o del consumo de tomas concretas como el desayuno. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos: Scielo, Medline y Scopus. Se utilizaron como palabras clave: dieta, calidad, nutrientes, hábitos alimenticios y rendimiento escolar. Se seleccionaron artículos posteriores a 2015 y en los idiomas inglés y en español.

Como resultados se destaca:

Un estudio llevado a cabo con 428 niños y niñas en edad escolar concluyó que una dieta de baja calidad está asociada a una peor cognición en niños, siendo esta evidencia más visible en el género masculino que en el femenino. Hacen un gran énfasis en una dieta con alto contenido en frutas, verduras para un buen desarrollo cognitivo durante la infancia.

En otro estudio en que la muestra era un grupo de adolescentes se demostró que las calificaciones aumentan según aumenta la calidad del desayuno, y apuntan a que las calificaciones medias aumentan de manera significativa cuando la calidad del desayuno varía de mala o insuficiente a buena.

En una revisión sistemática donde se analizaron numerosos estudios se encontraron relación en la influencia de la calidad de la dieta en el rendimiento académico, destacando una asociación moderada en la ingesta regular de desayuno y una ingesta más baja de alimentos con alto contenido calórico y pobres en nutrientes.

Otro de los estudios sobre la calidad de la dieta nos habla de cómo el consumo de productos ultra procesados con alto contenido en grasas saturadas y exceso de carbohidratos es común en los adolescentes y está relacionado con una merma de los procesos de aprendizaje y de la memoria, lo cual influye en el rendimiento académico.

Tras revisar estos estudios se concluye que el mantener una dieta de baja calidad con alto contenido en alimentos ultra procesados, alto contenido en azúcares libres y grasas tiene relación con un rendimiento académico más bajo. Mientras que una dieta con alto contenido en frutas, verduras y alimentos considerados saludables tiene relación con un rendimiento académico más alto.

Bibliografía:

1. OMS. Alimentación sana [Internet]. www.who.int. 2018. Available from: [https:// www.who.int/es/news- room/fact-sheets/detail/healthy-diet](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet)
2. Haapala EA, Eloranta A-M, Venäläinen T, Schwab U, Lindi V, Lakka TA. Associations of diet quality with cognition in children – the Physical Activity and Nutrition in Children Study. *British Journal of Nutrition*. Cambridge University Press; 2015;114(7):1080–7.
3. Herrero Lozano R., Fillat Ballesteros J. C. Estudio sobre el desayuno y el rendimiento escolar en un grupo de adolescentes. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2006 Jun; 21(3): 346-352. Disponible en: [http:/ scielo. isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000300009&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000300009&Ing=es).
4. Burrows T, Goldman S, Olson RK, Byrne B, Coventry WL. Associations between selected dietary behaviours and academic achievement: A study of Australian school aged children. 2017 Sep 1; Available from: [https:/ pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28487248/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28487248/)
5. Correa-Burrows P, Burrows R, Blanco E, Reyes M, Gahagan S. Nutritional quality of diet and academic performance in Chilean students. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016 Feb 3;94(3):185–92.

Capítulo 188

Revisión bibliográfica sobre el manejo de rotura prematura de membranas a término

*Carretero Cortés, Irene
Ortiz Esquinas, Inmaculada
Pastor De La Puente, Juan*

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL MANEJO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO

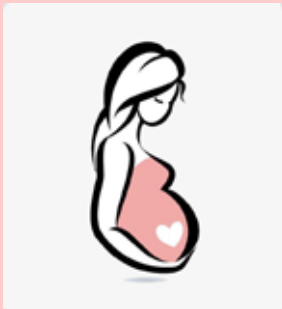
AUTORES: IRENE CARRETERO CORTÉS, INMACULADA ORTIZ ESQUINAS, JUAN PASTOR DE LA PUENTE

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) consiste en la rotura de la bolsa amniótica antes del inicio del parto. La mayoría se producen en gestaciones a término y el parto se desencadena en las 24-48h siguientes.

OBJETIVO

Conocer las recomendaciones de la literatura científica en referencia al manejo activo y expectante en la rotura prematura de membranas.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos: Medline, Scielo, Cochrane y Pubmed. Con las palabras clave: "rotura prematura de membranas", "manejo activo", "manejo expectante" e "inducción". Así como revisión de protocolos de los hospitales de tercer nivel.

RESULTADOS

MANEJO EXPECTANTE: alta tasa de partos espontáneos conforme pasan las horas de RPM.

Respecto al manejo expectante domiciliario algunos estudios no lo recomiendan por haber mayor riesgo de corioamnionitis, infección del recién nacido, necesidad de antibióticos en nulíparas y parto precipitado en múltiparas. En cambio, otros estudios, concluyen que si se puede pero siguiendo unos criterios estrictos: cefálica, registro cardiotocográfico reactivo, cultivo Streptococo agalactiae negativo, paciente responsable, domicilio a menos de 20 minutos del hospital y notar movimientos fetales.

MANEJO ACTIVO: el uso de antibióticos tras mas de 12 h de RPM reduce el riesgo de infección. La inducción con SGB positivo conlleva menor tasa de infección neonatal. La inducción de parto no parece aumentar el riesgo de cesárea incluso con cérvix desfavorable.

RESULTADOS

Los estudios revisados comparten la necesidad de revisar varios factores tras la RPM:

- edad gestacional
- posición fetal
- Streptococo agalactiae (SGB)
- control del bienestar fetal
- test de Bishop
- dinámica uterina
- estado materno

CONCLUSIONES

- El manejo expectante presenta alta tasa de partos espontáneos.
- Existen controversias entre el manejo expectante hospitalario/domiciliario.
- Se recomienda un manejo activo del parto en aquellas mujeres portadoras de SGB.
- En las mujeres no portadoras con < 12 horas de RPM se les ofrecerá manejo expectante hasta las 12 horas o manejo activo.

Resumen: La rotura prematura de membranas (RPM) consiste en la rotura de la bolsa amniótica antes del inicio del parto.

El objetivo del trabajo es conocer las recomendaciones en referencia al manejo activo y expectante. Los estudios revisados comparten la necesidad de revisar varios factores tras la RPM como edad gestacional, test de Bishop, dinámica uterina...

Respecto al manejo expectante, presenta alta tasa de partos espontáneos pero existen controversias entre el manejo expectante domiciliario/hospitalario. Y se recomienda un manejo activo del parto en aquellas mujeres portadoras de Streptococo agalactiae.

Palabras Clave: Rotura Prematura de Membranas Fetales manejo expectante Trabajo de Parto Inducido

Introducción:

La rotura prematura de membranas (RPM) consiste en la rotura de la bolsa amniótica antes del inicio del parto. La mayoría se producen en gestaciones a término y el parto se desencadena en las 24-48h siguientes.

Objetivo:

Conocer las recomendaciones de la literatura científica en referencia al manejo activo y expectante en la rotura prematura de membranas.

Materiales y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos: Medline, Scielo, Cochrane y Pubmed. Con las palabras clave: “rotura prematura de membranas fetales”, “manejo activo”, “manejo expectante” e “trabajo de parto inducido”. Así como revisión de protocolos de los hospitales de tercer nivel.

Resultados:

Los estudios revisados comparten la necesidad de revisar varios factores tras la RPM:

- edad gestacional
- posición fetal
- Streptococo agalactiae (SGB)
- control del bienestar fetal
- test de Bishop
- dinámica uterina
- estado materno

Manejo expectante:

Alta tasa de partos espontáneos conforme pasan las horas de RPM. Respecto al manejo expectante domiciliario algunos estudios no lo recomiendan por haber mayor riesgo de corioamnionitis, infección

del recién nacido, necesidad de antibióticos en nulíparas y parto precipitado en multíparas. En cambio, otros estudios, concluyen que sí se puede pero siguiendo unos criterios estrictos: cefálica, registro cardiotocográfico reactivo, cultivo Streptococo agalactiae negativo, paciente responsable, domicilio a menos de 20 minutos del hospital y notar movimientos fetales.

Manejo Activo:

El uso de antibióticos tras más de 12 h de RPM reduce el riesgo de infección. La inducción con SGB positivo conlleva menor tasa de infección neonatal. La inducción de parto no parece aumentar el riesgo de cesárea incluso con cérvix desfavorable.

Conclusiones:

- El manejo expectante presenta alta tasa de partos espontáneos.
- Existen controversias entre el manejo expectante hospitalario/domiciliario.
- Se recomienda un manejo activo del parto en aquellas mujeres portadoras de SGB.
- En las mujeres no portadoras con < 12 horas de RPM se les ofrecerá manejo expectante hasta las 12 horas o manejo activo.

Bibliografía:

1. Brandão AM, Domingues AP, Fonseca EM, Miranda TM, Belo A, Moura JP. Parto pré-termo com e sem rotura prematura de membranas: características maternas, obstétricas e neonatais [Premature labour with or without preterm premature rupture of membranes: maternal, obstetric and neonatal features]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015 Sep;37(9):428-33.
2. Besio M. Rotura prematura de membranas [Premature rupture of the membranes]. Rev Chil Obstet Ginecol. 1992;57(2):135.
3. Ochoa Prat A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis [Preterm labour. Premature rupture of membranes. Chorioamnionitis]. An Sist Sanit Navar. 2009;32 Suppl 1:105-19.

Capítulo 189

Revisión bibliográfica sobre la necesidad de la dieta y el ejercicio físico en la diabetes mellitus

Plaza Campos, Beatriz

Velázquez Peña, Manuel Jesús

Montes Mansilla, Marta

Rodríguez Montero, Ángel Antonio

Muñoz - Quirós Rodríguez - Manzaneque, Laura

Revisión bibliográfica sobre La necesidad de la dieta y el ejercicio físico en la diabetes Mellitus

AUTORES: Plaza Campos Beatriz, Velázquez Peña Manuel Jesús, Muñoz Quirós Rodríguez Manzanque Laura, Rodríguez Montero Ángel Antonio, Montes Mansilla Marta.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM), es una enfermedad que pertenece al grupo metabólico, y es la consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, esto se debe a que existe una alteración en la función endocrina del páncreas o también se puede deber a una alteración de los tejidos efectores que estos pierden su sensibilidad a la insulina.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la importancia que la dieta tienen en las personas que padecen DM.



Objetivos Específicos

Evaluar los estilos de vida insanos que promueven la aparición de la DM.

Analizar la importancia del ejercicio físico en personas que padecen DM.

Evaluar el impacto que tiene las charlas grupales en las personas que tienen DM.

METODOLOGÍA

Bases de datos científicas:
Pubmed
Enfispo.
Google académico.
Cochrane Library.

Se han obtenido gran variedad de resultados (1600 artículos encontrados), estos artículos debían cumplir una serie de requisitos; se utilizaron los artículos del 2015 hasta el 2020, deberían ser realizados en humanos, se utilizaron los artículos en inglés y español, se emplearon para la realización de este estudio; ECA, Revisiones sistemáticas y Revisiones bibliográficas, los textos debían estar completos, si no cumplían estos requisitos los artículos se excluían.

Palabras claves:
Diabetes Mellitus
Ejercicio Físico
Dieta Equilibrada

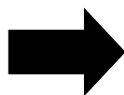


RESULTADOS

1600 Artículos encontrados

1176 Descartados por los criterios de inclusión
74 Incluidos finalmente en el estudio

200 Excluidos por no aportar información o no tener el texto completo.



Estudio	País	Diseño	n	Edad (años)	Intervención	Resultados
González y col., 2015	España	ECA	98	> 20	Mujeres y hombres que padecen la DM, se les pasa un cuestionario antes y después de asistir a una charla grupal sobre la enfermedad.	Se observó que los resultados eran mucho más eficaces después de realizar la charla en personas que padecían la enfermedad. Conocían mejor los alimentos que debían tomar (73%), los ejercicios que debían realizar (57'2%), que hacer en caso de hipoglucemias (89%).
Ochoa y col., 2017	España	Revisión Bibliográfica	68	> 18	Hombres y Mujeres que podían o no poseer la enfermedad, ambos grupos de personas se les dieron una serie de recomendaciones dietéticas y de ejercicio.	Se observó que las personas que padecían la enfermedad, las GB se encontraban más controladas (86%) y habían perdido peso (97%), y en las personas que no la padecían llevaban una vida más saludable (60'6%).
Ariza y coll., 2016	España	Revisión bibliográfica	108	> 18	Mujeres y Hombres que padecían la enfermedad y se encontraba descontrolada, se les realizó una intervención durante 6 meses, y asistieron a 8 talleres grupales y realizaron ejercicio monitorizado de forma moderada.	Los resultados obtenidos fueron positivos, puesto que la hemoglobina glucosilada disminuyó en estos pacientes, por lo tanto las GB se encontraban más controladas, perdieron peso, y gracias a las charlas conocían mucho mejor su enfermedad.
Cordero y col., 2018	España	ECA	80	Mujeres en edad fértil >18	Las mujeres tenían diabetes gestacional y acudían a sus revisiones correspondientes en sus centros de salud y realizaban ejercicios en tres sesiones semanales, el tipo de ejercicio que se llevaba a cabo era aeróbico.	Los resultados obtenidos fueron positivos, puesto que reducían el peso de la mujer y del niño, ya su vez mejoraban las GB y las unidades de insulina que se tenían que inyectar eran mucho menos, $r = 0,324$ y $p = 0,017$.

CONCLUSIONES

Los síndromes metabólicos crónicos cada vez se encuentran más presentes en nuestra sociedad, debido a los malos hábitos alimenticios, el estrés, los horarios del trabajo nos impiden comer de una forma adecuada, el sedentarismo, etc.

Es importante destacar del ejercicio físico, que al realizarlo de una forma rutinaria en nuestras vidas se encuentra lleno de beneficios, y más en las personas que poseen la enfermedad DM tanto del tipo 1 como del tipo 2.

Realizando sesiones de grupos, tanto las personas que padecen como las que no la padecen esta enfermedad, pero pueden tener riesgo de padecerla, se encuentran más conscientes del padecimiento de esta e intentan llevar una vida más saludable.

Se ha observado que en mujeres que se encuentran embarazadas con DM gestacional, la realización de ejercicio y realizar una dieta saludable y equilibrada mejora las glucemias basales.

Resumen: La diabetes mellitus (DM), se trata de una enfermedad que pertenece al grupo metabólico, y es la consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, esto se debe a que existe una alteración en la función endocrina del páncreas o también se puede deber a una alteración de los tejidos efectores que estos pierden su sensibilidad a la insulina.

Cuando una persona padece la enfermedad de diabetes mellitus, los valores de la glucemia en sangre se elevan a valores anormales.

Es importante destacar que gracias a la dieta y al ejercicio, mejorar la enfermedad o incluso llegar a prevenirla.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Dieta Equilibrada, Ejercicio Físico

Objetivo general:

Analizar la importancia que la dieta tienen en las personas que padecen DM.

Objetivo específico:

Evaluar los estilos de vida insanos que promueven la aparición de la DM.

- Analizar la importancia del ejercicio físico en personas que padecen DM.
- Evaluar el impacto que tiene las charlas grupales en las personas que tienen DM.

Metodología:

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se han consultado diferentes bases de datos relacionadas con la ciencia de la salud como son:

- Cochrane Library.
- PubMed.
- Up ToDate.
- Scielo.
- Enfispo.
- Google académico.

Para la realización de este trabajo se han empleado tanto artículos en inglés como en español. Se ha empleado una restricción temporal de 5 años y realizados en humanos.

Resultados:

Numerosos estudios comentan que, en la actualidad existe una epidemia conocida con el nombre de “Enfermedades crónicas no comunicables”, en este grupo podemos destacar la Diabetes Mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, etc.

En este mismo estudio, participaron 98 personas tanto hombres como mujeres con más de 20 años de edad, estos pacientes poseían la enfermedad crónica diabetes Mellitus (DM).

A los participantes se les paso un cuestionario con diferentes preguntas sobre la enfermedad que poseían y sobre sus hábitos, esta entrevista fue realizada dos veces, la primera de ellas no se había dado aún una charla para fomentar los hábitos favorables en personas que tienen esta enfermedad, y la segunda vez fue pasada una vez que ya habían recibido esa charla educativa, esta consistía en una charla semanal, hasta completar 5 clases.

Se observó que los resultados eran mucho más eficaces después de realizar la charla en personas que padecían la enfermedad. Conocían mejor los alimentos que debían tomar (73%), los ejercicios que debían realizar (57'2%), que hacer en caso de hipoglucemias (89%).

En el siguiente estudio, formaron parte del tanto 34 hombres y mujeres sin síndromes metabólicos y mayor de 18 años de edad, y también 34 hombres y mujeres mayores de 18 años que si tenían síndromes metabólicos, un total de 68 personas participaron en el estudio.

A los pacientes que no poseían síndromes metabólicos se les permitió realizar sus actividades cotidianas, en cambio a los pacientes que sí tenían síndromes metabólicos se les realizaron una serie de recomendaciones entre las cuales destacamos la dieta hipocalórica y se realizó un programa de ejercicios físicos aerobios de 30 semanas de duración.

Se observó que las personas que padecían la enfermedad, las GB se encontraban más controladas (86%) y habían perdido peso (97%), y en las personas que no la padecían llevaban una vida más saludable (60'6%).

En el siguiente estudio, participaron 108 personas tanto hombres como mujeres de 40 a 70 años de edad, con una hemoglobina glucosilada $\leq 8,5\%$, TA < 160/ 90 y un IMC < 45, en este estudio no formaron parte de él las personas que podían tener complicaciones crónicas y / o descompensación aguda, esta intervención se realizó durante 6 meses y se realizaron 8 talleres de educación grupal y se realizó ejercicio físico monitorizado con una intensidad moderada, (se realizaba 3 horas a la semana).

Los resultados de este estudio fueron los siguientes, en los pacientes que poseían una hemoglobina glucosilada bastante elevada se produjo una bajada RR: 1,93 (0,85-4,40), en cuanto al ejercicio físico también se obtuvieron beneficios RR: 1,56 (0,65-3,76), por otro lado, en los sujetos que poseían un IMC elevado, descendió RR: 1,61 (0,85-3,03), al igual que el colesterol que obtuvo una bajada. Se aumentó el cumplimiento dietético y se aumentó los hábitos saludables RR: 1,61 (0,85-3,03), y por último también se produjo una bajada en la TA sistólica y diastólica RR: 1,35 (0,72-2,52), 1,87 (0,72-4,84).

Por lo tanto, los resultados obtenidos fueron positivos, puesto que la hemoglobina glucosilada disminuyó en estos pacientes, por lo tanto, las GB se encontraban más controladas, perdieron peso, y gracias a las charlas conocían mucho mejor su enfermedad.

En el siguiente artículo participaron en el siguiente estudio 80 mujeres de edad comprendida entre 32 años a 39 años, las cuales participaron en un grupo de ejercicios, el resto de gestante que fueron excluidas fue por pertenecer a otro programa de ejercicio durante el embarazo, poseer algún tipo de contradicción médica durante la gestación.

En cuanto al ejercicio físico estas mujeres los realizaban en tres sesiones semanales, y el tipo de ejercicio realizado era aeróbico, se observó que los resultados obtenidos eran positivos puesto que se reducía el peso de la mujer gestante y a la vez también se reducía el peso del recién nacido que son datos estrechamente relacionados, los datos obtenidos fueron $r = 0,324$ y el valor de la $p = 0,017$.

Conclusiones:

El uso de antibióticos tras mas de 12 h de RPM reduce el riesgo de infección. La inducción con SGB positivo conlleva menor tasa de infección neonatal. La inducción de parto no parece aumentar el riesgo de cesárea incluso con cérvix desfavorable.

Conclusiones:

Los síndromes metabólicos crónicos cada vez se encuentran más presentes en nuestra sociedad, debido a los malos hábitos alimenticios, el estrés, los horarios del trabajo nos impiden encontrar tiempo para llevar una vida más saludable, y más en las personas que poseen la enfermedad DM tanto del tipo 1 como del tipo 2.

Realizando sesiones de grupos, tanto las personas que padecen como las que no la padecen esta enfermedad, pero pueden tener riesgo de padecerla, se encuentran más conscientes del padecimiento de esta e intentan llevar una vida más saludable.

Se ha observado que en mujeres que se encuentran embarazadas con DM gestacional, la realización de ejercicio y realizar una dieta saludable y equilibrada mejora las glucemias basales.

Bibliografía:

1. Gonzalez R, Cardentey J, Caridad M. Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2015. Vol 19 N 3.
2. Ochoa K, Rivas M, Miguel PE, Batista A, Leyva Y. Ensayo no aleatorizado: impacto de cambios en la dieta y ejercicio físico en pacientes adultos con síndromes metabólicos. 2015. Vol 19 N 3.
3. Hernández J, Licea E. Role of physical exercise in persons presenting with diabetes mellitus. 2017. Vol 21 N 2.
4. Ariza C, Gavarra V, Muñoz A, Aguera F, Soto M, Lorca JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. 2016. Vol 43; 398 – 406.
5. Cordero Y, Abad M, Perales M. Can moderate physical exercise during pregnancy act as a factor in preventing gestational Diabetes?. 2017. Vol 3; 3 – 19.

Capítulo 190

Revisión bibliográfica. Enfermedad rara: insomnio familiar fatal (IFF) y sus posibles herramientas diagnósticas en la actualidad.

*Botia Portero, Antonio
Rullo Sanchez, Ana María*

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. ENFERMEDAD RARA: INSOMNIO FAMILIAR FATAL (IFF) Y SUS POSIBLES HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS EN LA ACTUALIDAD.

Autores: Botia Portero, A; Rullo Sánchez, A.M.

INTRODUCCIÓN

El **insomnio familiar fatal** es una enfermedad hereditaria que afecta principalmente una parte del cerebro llamada tálamo, que controla el ciclo sueño-vigilia y que ayuda a las diferentes partes del cerebro a comunicarse entre sí. El insomnio familiar fatal pertenece al grupo de enfermedades producidas por priones. Se caracteriza por ser progresiva y neurodegenerativa, lo que significa que con el tiempo hay menos neuronas (células nerviosas) en el tálamo. Los primeros síntomas usualmente comienzan en los adultos de 50 años o más, e incluyen insomnio progresivo, pérdida de peso, falta de apetito, temperatura alta o baja y demencia rápidamente progresiva. Casi todos los casos son causados por cambios (mutaciones) en el gen **PRNP** y se heredan de forma autosómica dominante. Hay un número muy pequeño de reportes de casos esporádicos. Actualmente no hay tratamiento efectivo, aunque la investigación para un tratamiento y la cura están en curso. La sobrevida es de más o menos 12-18 años, desde el apareamiento de los primeros síntomas, pero las nuevas investigaciones quizás puedan mejorar el pronóstico.

Clínicamente se manifiesta como un gran desequilibrio viscerointerno con alteraciones significativas del sueño como síntomas predominantes. La mitad de los casos declarados en el mundo se encuentran en nuestro país (País Vasco y Navarra) por lo que se considera que en nuestro medio hay una agregación familiar de esta rara enfermedad. Los dos síntomas más comunes de presentación son el insomnio que empeora con el tiempo y/o demencia progresiva. Es importante señalar que no todo el mundo con la enfermedad tiene insomnio como el primer síntoma principal. Otros síntomas pueden incluir ataques de pánico, miedos inexplicados (fobias), pérdida de peso, falta de apetito, y tener una temperatura corporal demasiado baja o demasiado alta (hipotermia, hipertermia). A medida que la enfermedad progresa, la mayoría de las personas desarrollan movimientos anormales y descoordinados (ataxia), alucinaciones, confusión severa (delirium) y contracciones musculares y espasmos (mioclonías). Los primeros síntomas de demencia pueden ser el olvido y confusión frecuentes, pero después hay también incapacidad para caminar y hablar. La incapacidad total para dormir es común en el final del curso de la enfermedad.

Los seres humanos tienen 23 pares de cromosomas y en cada cromosoma hay muchos genes que tienen la información genética. Los genes, como los cromosomas, vienen en pares, un gen en cada par viene de la madre y el otro del padre. En una enfermedad autosómica dominante, si se hereda una copia del gen anormal la persona puede ser afectada. En general, la mutación es heredada de uno de los padres, que también tiene la enfermedad. Si una persona tiene una enfermedad autosómica dominante la probabilidad de tener un hijo o hija afectado (a) con esta enfermedad es de 50% para cada embarazo. El diagnóstico de insomnio familiar fatal se sospecha primero por el deterioro cognitivo rápidamente progresivo (demencia) junto con cambios de comportamiento o estado de ánimo, ataxia y trastornos del sueño. El diagnóstico adicional incluye el estudio del sueño y posiblemente un escáner de PET (PET scan) para confirmar el hipometabolismo talámico (lo que significa que el tálamo en el cerebro es menos activo de lo que debería ser). La tomografía de PET recomendada es la tomografía por emisión de positrones de fluorodesoxiglucosa (FDG-PET). En la actualidad no hay cura para el insomnio familiar fatal o un tratamiento que pueda retardar la progresión de la enfermedad. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y mantener a la persona lo más confortable posible. Sin embargo, hay varios estudios de investigación para evaluar una serie de posibles tratamientos.

OBJETIVOS

Como objetivo general se plantea una revisión bibliográfica acerca del conocimiento de la enfermedad del insomnio familiar fatal y sus posibles herramientas diagnósticas en la actualidad.

MATERIAL Y METODOS

Para ello se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED y MEDLINE publicados en los últimos 25 años, y búsqueda adicional en las principales páginas web referentes al insomnio familiar fatal y sus posibles herramientas diagnósticas.

Palabras clave: insomnio familiar fatal, enfermedad priónica, diagnóstico, herramientas, tratamiento

RESULTADOS

De los 22 resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 5 publicaciones donde se abarcan aspectos generales de las enfermedades priónicas y el insomnio familiar fatal, y sus posibles herramientas diagnósticas existentes.

Publicación

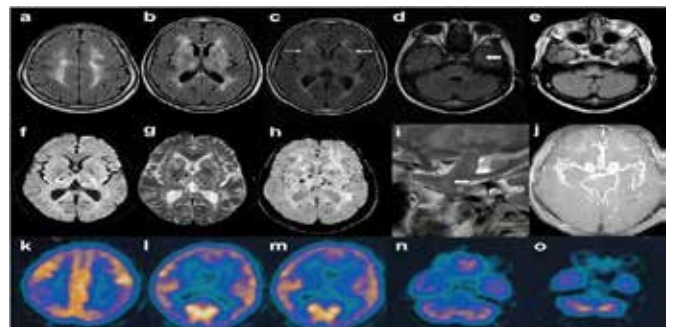
1- Gallassi R, Morreale A, Montagna P, Cortelli P, Avoni P, Castellani R, et al.
Fatal familial insomnia: behavioral and cognitive features.
Neurology, 46 (1996), pp. 935-9

2- Benarroch EE, Stotz-Potter EH.
Dysautonomia in fatal familial insomnia as an indicator of the potential role of the thalamus in autonomic control.
Brain Pathol, 8 (1998), pp. 527-30

3- Lugaresi E, Tobler I, Gambetti P, Montagna P.
The pathophysiology of fatal familial insomnia.
Brain Pathol, 8 (1998), pp. 521-6

4- Ferrillo F, Plazzi G, Nobili L, Beelke M, De Carli F, Cortelli P, et al.
Absence of sleep EEG markers in fatal familial insomnia healthy carriers: a spectral analysis study.
Clin Neurophysiol, 112 (2001), pp. 1888-92

5- Montagna P, Lugaresi E.
Agrypnia Excitata: a generalized overactivity syndrome and a useful concept in the neurophysiopathology of sleep.
Clin Neurophysiol, 113 (2002), pp. 552-60



Insomnio familiar fatal (IFF)

Autosómica dominante.

Aparece entre los 50 - 55 años.

El tiempo de vida media es de 1 año.



Ataque de pánico o TIA que preceden a la demencia y espasmos.

Sueño progresivo y trastornos autonómicos.

CONCLUSIONES

En la mayoría de pacientes con insomnio familiar fatal, y otras enfermedades priónicas, se diagnostican cuando el proceso está ya muy avanzado, aproximadamente en el tercio final del curso de la enfermedad. Aunque no existen actualmente tratamientos para la enfermedad, es necesario diagnosticar precozmente a estos pacientes, aplicar tratamiento paliativo y apoyar tanto al paciente como a sus familiares. Para este diagnóstico se han propuesto diferentes técnicas que aún deben validarse en muestras más amplias: el algoritmo clínico propuesto por Kranianski, el PET que detecta cambios en el tálamo unos 13 meses antes de la presentación clínica; la polisomnografía; el RT-QUIC para la detección de PRPSC en LCR y el estudio genético del codón 178 del gen PRNP. Como elemento final la biopsia cerebral confirmaría la degeneración talámica que caracteriza a la enfermedad.

Resumen: *El insomnio familiar fatal es una enfermedad hereditaria que afecta principalmente una parte del cerebro llamada tálamo y que controla el ciclo sueño-vigilia. Para este diagnóstico se han propuesto diferentes técnicas que aún deben validarse en muestras más amplias: el algoritmo clínico propuesto por Kranianski , el PET que detecta cambios en el tálamo unos 13 meses antes de la presentación clínica; la polisomnografía; el RT- QUIC para la detección de PRPSC en LCR y el estudio genético del codon 178 del gen PRNP. Como elemento final la biopsia cerebral confirmaría la degeneración talámica que caracteriza a la enfermedad.*

Palabras Clave: *Insomnio familiar fatal, Enfermedad priónica, Herramientas*

Introducción:

El insomnio familiar fatal pertenece al grupo de enfermedades producidas por priones. Se caracteriza por ser progresiva y neurodegenerativa, lo que significa que con el tiempo hay menos neuronas (células nerviosas) en el tálamo. Los primeros síntomas usualmente comienzan en los adultos de 50 años o más, e incluyen insomnio progresivo, pérdida de peso, falta de apetito, temperatura alta o baja y demencia rápidamente progresiva. Clínicamente se manifiesta como un gran desequilibrio viscero-interno con alteraciones significativas del sueño como síntomas predominantes. La mitad de los casos declarados en el mundo se encuentran en nuestro país (País Vasco y Navarra) por lo que se considera que en nuestro medio hay una agregación familiar de esta rara enfermedad.

Los dos síntomas más comunes de presentación son el insomnio que empeora con el tiempo y / o demencia progresiva. Los seres humanos tienen 23 pares de cromosomas y en cada cromosoma hay muchos genes que tienen la información genética. Los genes, como los cromosomas, vienen en pares, un gen en cada par viene de la madre y el otro del padre. En una enfermedad autosómica dominante, si se hereda una copia del gen anormal la persona puede ser afectada. En general, la mutación es heredada de uno de los padres, que también tiene la enfermedad. Si una persona tiene una enfermedad autosómica dominante la probabilidad de tener un hijo o hija afectado (a) con esta enfermedad es de 50% para cada embarazo. El diagnóstico de insomnio familiar fatal se sospecha primero por el deterioro cognitivo rápidamente progresivo (demencia) junto con cambios de comportamiento o estado de ánimo, ataxia y trastornos del sueño. El diagnóstico adicional incluye el estudio del sueño y posiblemente un escáner de PET (PET scan) para confirmar el hipometabolismo talámico (lo que significa que el tálamo en el cerebro es menos activo de lo que debería ser). La tomografía de PET recomendada es la tomografía por emisión de positrones de fluorodesoxiglucosa (FDG-PET). En la actualidad no hay cura para el insomnio familiar fatal o un tratamiento que pueda retardar la progresión de la enfermedad. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y mantener a la persona lo más confortable posible. Sin embargo, hay varios estudios de investigación para evaluar una serie de posibles tratamientos.

Objetivos:

Como objetivo general se plantea una revisión bibliográfica acerca del conocimiento de la enfermedad del insomnio familiar fatal y sus posibles herramientas diagnósticas en la actualidad.

Materiales y Métodos:

Para ello se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Medline publicados en los últimos 25 años, y búsqueda adicional en las principales páginas web referentes al insomnio familiar fatal y sus posibles herramientas diagnósticas.

Resultados:

De los 22 resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 5 publicaciones donde se abarcan aspectos generales de las enfermedades priónicas y el insomnio familiar fatal, y sus posibles herramientas diagnósticas existentes.

Conclusiones:

En la mayoría de pacientes con insomnio familiar fatal, y otras enfermedades priónicas, se diagnostican cuando el proceso está ya muy avanzado, aproximadamente en el tercio final del curso de la enfermedad. Aunque no existen actualmente tratamientos para la enfermedad, es necesario diagnosticar precozmente a estos pacientes, aplicar tratamiento paliativo y apoyar tanto al paciente como a sus familiares. Para este diagnóstico se han propuesto diferentes técnicas que aún deben validarse en muestras más amplias: el algoritmo clínico propuesto por Kranianski, el PET que detecta cambios en el tálamo unos 13 meses antes de la presentación clínica; la polisomnografía; el RT-QUIC para la detección de PRPSC en LCR y el estudio genético del codón 178 del gen PRNP. Como elemento final la biopsia cerebral confirmaría la degeneración talámica que caracteriza a la enfermedad.

Bibliografía:

- 1- Gallassi R, Morreale A, Montagna P, Cortelli P, Avoni P, Castellani R, et al.. Fatal familial insomnia: behavioral and cognitive features.. *Neurology*, 46 (1996), pp. 935-9
- 2- Benarroch EE, Stotz-Potter EH.. Dysautonomia in fatal familial insomnia as an indicator of the potential role of the thalamus in autonomic control.. *Brain Pathol*, 8 (1998), pp. 527-30
- 3- Lugaresi E, Tobler I, Gambetti P, Montagna P.. The pathophysiology of fatal familial insomnia.. *Brain Pathol*, 8 (1998), pp. 521-6

Capítulo 191

Revisión bibliográfica: coadyuvantes para la resección endoscópica de lesiones en el tracto gastrointestinal

Rabadán Arévalo, Marta

Lavín Expósito, Cristina

Jurado Monroy, Rosa María

Cortecero Sanz, María Cristina

Barrios Rubio, Laura

Céspedes Valero, María Ester

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: COADYUVANTES PARA LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL

AUTORES: Rabadán Arévalo, Marta; Lavín Expósito, Cristina ; Jurado Monroy, Rosa María; Barrios Rubio, Laura; Céspedes Valero, M^a Esther; Cortecero Sanz, M^a Cristina
 Hospital Santa Bárbara de Puertollano

INTRODUCCIÓN

La resección de mucosa endoscópica y la disección de submucosa endoscópica son dos procedimientos, mínimamente invasivos, para eliminar lesiones en el tracto intestinal. Las lesiones resecaadas pueden ser de carácter maligno, desde pólipos hasta lesiones planas.

La progresiva implementación de nuevas técnicas, y las cada vez más efectivas soluciones para inyección submucosa han facilitado la práctica diaria de estas intervenciones. Estas soluciones coadyuvantes elevan la mucosa produciendo un acolchamiento que facilita la intervención y reduce la tasa de complicaciones.

Las soluciones deben de reunir las siguientes características: un efecto de acolchamiento prolongado, ser fáciles de inyectar, carecer de toxicidad, fácil disponibilidad y bajo coste.

OBJETIVOS

Evaluar la solución de inyección submucosa más óptima como coadyuvante en la resección de lesiones del tracto gastrointestinal.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos científicos consultando las bases de datos Medline, Cochrane Plus, Dialnet, PubMed, Scielo, Google Académico, utilizado las palabras “resección endoscópica”, “inyección submucosa” y “soluciones”, en español, restringiendo la fecha desde 2015.

RESULTADOS

Dentro de las múltiples soluciones empleadas, la más común por su mayor disponibilidad y bajo coste es el SSF. En comparación con éste, las soluciones hipertónicas en general, inducen una elevación de la submucosa más prolongada y la glicerina ha demostrado mejorar la resección de lesiones menores de 2 cm.

El ácido hialurónico (AH) es uno de los mejores coadyuvantes, al combinar un prolongado efecto de acolchamiento con una baja toxicidad tisular; sin embargo, su coste es muy elevado. Una combinación de ácido hialurónico y glicerol o sulfato de condroitina han demostrado mejores resultados que ácido hialurónico con suero glucosado.

La hidroxipropilmetilcelulosa (HPMC) es muy viscosa y de fácil dilución pero puede producir reacción inflamatoria local. Un estudio aleatorio demostró que la gelafundina precisaba menor número de inyecciones que el suero.

Los compuestos con fibrinógeno permiten un menor número de inyecciones aunque sin diferencias en la tasa de resección en bloque. Aunque todavía existen pocos datos, los derivados del suero humano como el fibrinógeno y otros derivados sanguíneos autólogos pueden aumentar el riesgo de contaminación por virus.

Soluciones de inyección submucosa

Solución	Duración	Ventajas	Desventajas
SSF, PPE	+	Fácil de inyectar, barato, disponibilidad	Aborción rápida
Solución hipertónica CHa 2S	++	Fácil de inyectar, barato, disponibilidad	Daño tisular, inflamación local en punto de inyección
Dextrosa	++	Barato, gran disponibilidad	Daño tisular, inflamación local en punto de inyección
Gelatina	++++	Baja toxicidad	
AH	+++	Es la solución que proporciona mayor durabilidad.	Cara, puede inducir reacción inflamatoria
HPMC	+++	Habón duradero, relativamente barato	Daño tisular, inflamación local en punto de inyección
Glicerol	+++	Relativamente barato, facilita cicatrización	
Albumina	+++	Baja toxicidad	
Fibrinógeno	+++	Baja toxicidad	Riesgo de contaminación por virus
Derivados sanguíneos autólogos	+++	Baja toxicidad	Riesgo de contaminación por virus



CONCLUSIONES

El tipo de lesión, el tiempo estimado en la duración de la técnica y las características de las soluciones de inyección serán los determinantes en la elección de la solución más óptima.

Resumen: La resección de mucosa endoscópica y la disección de submucosa endoscópica son dos procedimientos para eliminar lesiones en el tracto intestinal. Las soluciones coadyuvantes elevan la mucosa produciendo un acolchamiento que facilita la intervención reduciendo la tasa de complicaciones.

Dentro de las múltiples soluciones, la más común por su mayor disponibilidad y bajo coste es el SSF. El ácido hialurónico es uno de los mejores coadyuvantes. Un estudio aleatorio demostró que la gelafundina precisaba menor número de inyecciones que el suero. El tipo de lesión y las características de las soluciones serán los determinantes en la elección de la solución.

Palabras Clave: Inyección, Submucosa, Soluciones Coadyudantes, Resección

Introducción:

La resección de mucosa endoscópica y la disección de submucosa endoscópica son dos procedimientos, mínimamente invasivos, para eliminar lesiones en el tracto intestinal. Las lesiones resegadas pueden ser de carácter maligno, desde pólipos hasta lesiones planas. La progresiva implementación de nuevas técnicas, y las cada vez más efectivas soluciones para inyección submucosa han facilitado la práctica diaria de estas intervenciones. Estas soluciones coadyuvantes elevan la mucosa produciendo un acolchamiento que facilita la intervención y reduce la tasa de complicaciones.

La principal característica que deben cumplir estas soluciones es tener la consistencia y viscosidad adecuada para producir una elevación adecuada de la mucosa y que esta se mantenga el tiempo necesario para llevar a cabo la extirpación de los pólipos sin necesidad de inyectar la solución más de una vez. Al mismo tiempo, al introducirse a través de un catéter, es necesario que la solución tenga una reología que permita el flujo a través de este sin dificultad. Por ello, la solución idónea debe encontrarse en un punto de equilibrio entre buenas propiedades de flujo y buena consistencia.

Objetivos:

Evaluar la solución de inyección submucosa más óptima como coadyuvante en la resección de lesiones del tracto gastrointestinal.

Materiales y Métodos:

Revisión bibliográfica de artículos científicos consultando las bases de datos Medline, Cochrane Plus, Dialnet, PubMed, Scielo, Google Académico, utilizando las palabras “resección endoscópica”, “inyección submucosa” y “soluciones”, en español, restringiendo la fecha desde 2015.

Resultados:

Dentro de las múltiples soluciones empleadas, la más común por su mayor disponibilidad y bajo coste es el SSF. En comparación con éste, las soluciones hipertónicas en general, inducen una elevación de la submucosa más prolongada y la glicerina ha demostrado mejorar la resección de lesiones menores de 2 cm. El ácido hialurónico (AH) es uno de los mejores coadyuvantes, al combinar un prolongado efecto de acolchamiento con una baja toxicidad tisular; sin embargo, su coste es muy elevado. Una combinación de ácido hialurónico y glicerol o sulfato de condroitina han demostrado mejores resultados que ácido hialurónico con suero glucosado. La hidroxipropilmetilcelulosa (HPMC) es muy viscosa y de fácil dilución

pero puede producir reacción inflamatoria local. Un estudio aleatorio demostró que la gelafundina precisaba menor número de inyecciones que el suero. Los compuestos con fibrinógeno permiten un menor número de inyecciones aunque sin diferencias en la tasa de resección en bloque. Aunque todavía existen pocos datos, los derivados del suero humano como el fibrinógeno y otros derivados sanguíneos autólogos pueden aumentar el riesgo de contaminación por virus.

Elevview y ORISE son agentes de elevación sintéticos recientemente introducidos. Se inyectan en la submucosa durante un procedimiento endoscópico para visualizar y resecar completamente las lesiones planas o sésiles, observándose con mayor frecuencia en la resección de pólipos colónicos sésiles.

Conclusiones:

El tipo de lesión, el tiempo estimado en la duración de la técnica y las características de las soluciones de inyección serán los determinantes en la elección de la solución más óptima.

Bibliografía:

1. VARELA-REY, I et al. Aspectos galénicos de las soluciones de inyección submucosa para su uso en polipectomía endoscópica. Rev. OFIL • ILAPHAR [en línea]. 2020, vol.30, n.2, pp.131-139. Publicación electrónica del 15 de marzo de 2021. ISSN 1699- Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200131

2. Gupta V, East JE. Optimal endoscopic treatment and surveillance of serrated polyps. Gut Liver [Internet]. 8 de octubre de 2019 [citado 20 de enero de 2020]; Disponible en:

<http://www.gutnliver.org/journal/view.html?doi=10.5009/gnl19202> .

3. Caracterización de nuevos agentes de elevación inyectables utilizados en la extirpación de pólipos colónicos: una mímica amiloide emergente. Enero de 2020. La revista estadounidense de patología quirúrgica 44 (6): 1DOI: 10.1097 / PAS.0000000000001435.

Disponible

https://www.researchgate.net/publication/338578333_Characterization_of_Novel_Injectable_Lifting_Agents_Used_in_Colonc_Polyp_Removal_An_Emerging_Amyloid_Mimic

4. Solución salina normal versus otras soluciones viscosas para inyección submucosa durante la resección endoscópica de la mucosa: revisión sistemática y metaanálisis

Endoscopia gastrointestinal

Volumen 85, Número 4 , abril de 2017 , páginas 693-699

Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016510716308161>

Capítulo 192

Revisión bibliográfica: conocimiento e importancia en la prevención de embolia aérea (EA) y otras complicaciones con la inserción y/o retirada del catéter venoso central (CVC)

*Botia Portero, Antonio
Rullo Sanchez, Ana María*

Revisión Bibliográfica: Conocimiento e importancia en la prevención de embolia aérea (EA) y otras complicaciones con la inserción y/o retirada del catéter venoso central (CVC)

Autores: Botia Portero, A; Rullo Sánchez, A.M.

INTRODUCCIÓN

La embolia aérea (EA) es una causa rara de embolismo pulmonar, aunque presenta una mortalidad aproximada del 50%. Las causas más frecuentes son las intervenciones neuroquirúrgicas y la cirugía ginecológica. Es un evento raro tras la retirada de una vía central, pero es importante conocerlo, pues la prevención o el diagnóstico precoz pueden disminuir esa alta morbimortalidad.

Es difícil determinar la incidencia real de Embolia Aérea (EA) relacionada a CVC pues la mayoría de las veces cursa en forma subclínica sin resultar en repercusiones severas y por lo tanto no es notificado. No obstante, la instalación o retiro de un CVC puede hacer que pequeñas cantidades de aire entren a la circulación venosa por lo que, de un punto de vista operativo, este procedimiento se considera con riesgo relativo alto para EA. El aire se distribuye según la posición del paciente, siguiendo el flujo de la sangre y la gravedad ubicándose en los lugares más altos, usualmente no causa mayores problemas, entra a la circulación pulmonar y allí se reabsorbe. La morbilidad y letalidad de la EA está directamente relacionada al volumen de aire y a la velocidad de acumulación. La EA ocurren en la inserción o al remover el catéter. Durante la inserción se puede producir entrada de aire por el trócar en el lapso de tiempo que transcurre antes de la instalación de la guía y posterior al retiro de la misma.



Un paciente en ventilación espontánea puede en forma inadvertida aspirar significativas cantidades de aire a la circulación venosa a través del orificio producido por un trócar o un dilatador, cuando la presión intra-torácica llega a ser menor que la atmosférica, por ejemplo, si el paciente tose, llora, ríe, o inspira profundo, el cambio en la presión intra-torácica genera un aspirado de 10 a 15 cc de aire resultando en embolia aérea. Es importante mantener la posición de Trendelenburg cuando se introduce o retira el CVC ya que al aumentar el llene aumenta la presión venosa y por consiguiente disminuye el gradiente a favor de la entrada de aire atmosférico.

OBJETIVOS

Como objetivo general de esta revisión bibliográfica se plantea conocer el manejo y prevención de la embolia aérea tras la inserción y/o retirada de un catéter venoso central, y otras posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (CUIDEN, PUBMED, MEDLINE ...), y búsqueda adicional en las principales paginas web relacionadas con prevención y cuidados de enfermería en la inserción y/o retirada de un catéter venoso central y sus posibles complicaciones.

Palabras clave: embolia aérea, cuidados de enfermería, catéter venoso central.

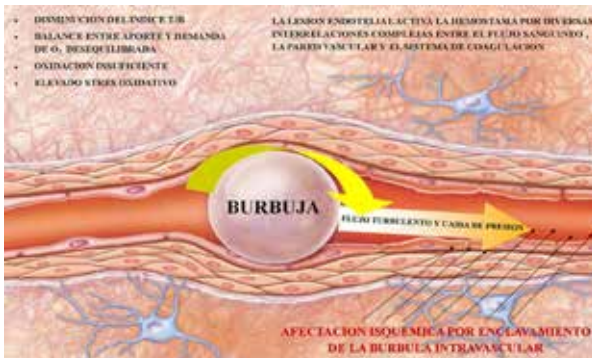
RESULTADOS

De los 28 resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 4 revisiones para la evaluación del conocimiento y manejo de enfermería del catéter venoso central y sus posibles complicaciones.

Se han incluido revisiones bibliográficas publicadas en los últimos 20 años.

Autor principal	Diseño	Revista y año de publicación	Lugar de estudio
ARROW INTERNATIONAL	Revisión bibliográfica	Guía de cuidados de enfermería. Editorial Arrow. Colombia; 2010. p. 6-59.	Colombia
ALTAMIRANO R, FLORES M y col	Revisión bibliográfica	El Nivel de Conocimientos y aplicación de Medidas para el Mantenimiento de Acceso Vasculares Centrales. México; 2009.	México
ESTEVE J	Revisión bibliográfica	Enfermería técnicas clínicas. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2001. p. 142-46, 164-70, 453-55.	España
KEHR J et al	Revisión bibliográfica	Cirugía al día. Complicaciones infecciosas asociadas a catéter venoso central. Rev Chilena de Cirugía; 2002; Vol 54 (3); p. 216-24	Chile

CONCLUSIONES



La aparición de embolismos gaseosos tras la retirada de un catéter de vía venosa central subclavia o yugular es una complicación poco frecuente. La tos, la bipedestación o la inspiración profunda favorecen la entrada de aire a través del trayecto que deja el catéter, pudiendo introducirse cantidades de aire mortales en tan solo un segundo. La clínica depende del volumen de aire, siendo bastante específica la sensación de burbujeo en el lugar de la punción. En ocasiones se presenta un edema agudo de pulmón o un síndrome de distrés respiratorio. En la exploración es bastante específica la presencia de un soplo cardíaco "en rueda de molino" por el paso de aire por cavidades derechas. El diagnóstico definitivo se realiza por ecografía o mediante TAC helicoidal. Como prevención se recomienda retirar las vías centrales en posición de Trendelenburg, mantener reposo en decúbito durante dos horas, tapar el lugar de punción con pasta antiséptica durante al menos un día y, en caso de sospechar esta entidad, colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la cabecera de la cama baja, para que el aire quede atrapado en ápex del ventrículo derecho y permitir el paso de la sangre a la circulación pulmonar.

Resumen: La embolia aérea (EA) es una causa rara de embolismo pulmonar, aunque presenta una mortalidad aproximada del 50%. Las causas más frecuentes son las intervenciones neuroquirúrgicas y la cirugía ginecológica. Es un evento raro tras la retirada de una vía central, pero es importante conocerlo, pues la prevención o el diagnóstico precoz pueden disminuir esa alta morbimortalidad. El diagnóstico definitivo se realiza por ecografía o mediante TAC helicoidal.

Palabras Clave: Embolia aérea, Catéter venoso central, Cuidados de enfermería

Introducción:

La embolia aérea (EA) es una causa rara de embolismo pulmonar, aunque presenta una mortalidad aproximada del 50%. Las causas más frecuentes son las intervenciones neuroquirúrgicas y la cirugía ginecológica. Es un evento raro tras la retirada de una vía central, pero es importante conocerlo, pues la prevención o el diagnóstico precoz pueden disminuir esa alta morbimortalidad. Es difícil determinar la incidencia real de Embolia Aérea (EA) relacionada a CVC pues la mayoría de las veces cursa en forma subclínica sin resultar en repercusiones severas y por lo tanto no es notificado. No obstante, la instalación o retirada de un CVC puede hacer que pequeñas cantidades de aire entren a la circulación venosa por lo que, de un punto de vista operativo, este procedimiento se considera con riesgo relativo alto para EA. El aire se distribuye según la posición del paciente, siguiendo el flujo de la sangre y la gravedad ubicándose en los lugares más altos, usualmente no causa mayores problemas, entra a la circulación pulmonar y allí se reabsorbe. La morbilidad y letalidad de la EA está directamente relacionada al volumen de aire y a la velocidad de acumulación. La EA ocurren en la inserción o al remover el catéter. Durante la inserción se puede producir entrada de aire por el trocar en el lapso de tiempo que transcurre antes de la instalación de la guía y posterior al retiro de la misma. Un paciente en ventilación espontánea puede en forma inadvertida aspirar significativas cantidades de aire a la circulación venosa a través del orificio producido por un trocar o un dilatador, cuando la presión intra-torácica llega a ser menor que la atmosférica, por ejemplo, si el paciente tose, llora, ríe, o inspira profundo, el cambio en la presión intra-torácica genera un aspirado de 10 a 15 cc de aire resultando en embolia aérea. Es importante mantener la posición de Trendelenburg cuando se introduce o retira el CVC ya que al aumentar el llene aumenta la presión venosa y por consiguiente disminuye el gradiente a favor de la entrada de aire atmosférico.

Objetivos:

Como objetivo general de esta revisión bibliográfica se plantea conocer el manejo y prevención de la embolia aérea tras la inserción y/o retirada de un catéter venoso central, y otras posibles complicaciones.

Materiales y Métodos:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (CUIDEN, PUBMED, MEDLINE ...), y búsqueda adicional en las principales páginas web relacionadas con prevención y cuidados de enfermería en la inserción y/o retirada de un catéter venoso central y sus posibles complicaciones.

Resultados:

De los 28 resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 4 revisiones para la evaluación del conocimiento y manejo de enfermería del catéter venoso central y sus posibles complicaciones. Se han incluido revisiones bibliográficas publicadas en los últimos 20 años.

Conclusiones:

La aparición de embolismos gaseosos tras la retirada de un catéter de vía venosa central subclavia o yugular es una complicación poco frecuente. La tos, la bipedestación o la inspiración profunda favorecen la entrada de aire a través del trayecto que deja el catéter, pudiendo introducirse cantidades de aire mortales en tan solo un segundo. La clínica depende del volumen de aire, siendo bastante específica la sensación de burbujeo en el lugar de la punción. En ocasiones se presenta un edema agudo de pulmón o un síndrome de distrés respiratorio. En la exploración es bastante específica la presencia de un soplo cardíaco "en rueda de molino" por el paso de aire por cavidades derechas. El diagnóstico definitivo se realiza por ecografía o mediante TAC helicoidal.

Como prevención se recomienda retirar las vías centrales en posición de Trendelenburg, mantener reposo en decúbito durante dos horas, tapar el lugar de punción con pasta antiséptica durante al menos un día y, en caso de sospechar esta entidad, colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la cabeza de la cama baja, para que el aire quede atrapado en ápex del ventrículo derecho y permitir el paso de la sangre a la circulación pulmonar.

Bibliografía:

1- ARROW INTERNATIONAL

Guía de cuidados de enfermería. Editorial Arrow. Colombia; 2010. p. 6-59.

2- ALTAMIRANO R, FLORES M y col

El Nivel de Conocimientos y aplicación de Medidas para el Mantenimiento de Acceso Vasculares Centrales. México; 2009.

3- ESTEVE J

Enfermería técnicas clínicas. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2001. p. 142-46, 164-70, 453-55.

Capítulo 193

Revisión bibliográfica: consulta preconcepcional en mujeres con SOP

Álvarez Lozano, Eva María

Nieto Díaz, Rut

Bórnez García de la Plaza, Cristina

Sánchez Díaz, María Cristina

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN MUJERES CON SOP

ALVAREZ LOZANO, EVA¹. NIETO DÍAZ, RUT¹; SÁNCHEZ DÍAZ, M^a CRISTINA¹;
BÓRNEZ GARCÍA DE LA PLAZA, CRISTINA¹;

¹Enfermera obstétrico-ginecológica

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es el trastorno endocrinometabólico más prevalente en mujeres en edad fértil, estimándose que afecta a un 4-15 % de esta población.

Sus principales consecuencias son las alteraciones del ciclo menstrual, signos masculinizantes como alopecia e hirsutismo y anovulación.

En algunas mujeres con SOP se encuentra resistencia a la insulina, no estando aún claro si esta resistencia es causa o consecuencia indirecta del síndrome.

La anovulación que padecen estas mujeres va ligada en muchas ocasiones a una mayor dificultad en el momento de la concepción siendo el SOP actualmente la primera causa de infertilidad femenina por anovulación.

El cambio en el estilo de vida es el pilar fundamental del tratamiento.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es conocer los tratamientos que se emplean en estas mujeres para mejorar sus tasas de embarazo natural.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en estudios relacionados con el síndrome de ovario poliquístico y la fertilidad de los años 2010-2020 en base de datos Pubmed y Cochrane.

Se ha revisado la guía de la SEGO.

RESULTADOS

El cambio en el estilo de vida es el pilar fundamental del tratamiento. Muchas de estas mujeres asocian al SOP alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y obesidad. Por tanto es necesario realizar una valoración de su peso, su alimentación y su nivel de actividad física. Se recomienda que realicen una alimentación equilibrada, limitando especialmente el consumo de hidratos de carbono simples. También es recomendable que la actividad física sea realizada de forma regular al menos 3 veces por semana.

Si la paciente presenta sobrepeso u obesidad la disminución del índice de masa corporal se asocia con mejores tasas de embarazo.

Una vez modificados los hábitos de vida de la paciente se plantea el abordaje farmacológico.

Siguiendo el protocolo de la SEGO los inductores de la ovulación siguen siendo la primera línea de tratamiento en las pacientes con SOP para reestablecer el ciclo ovárico (citrato de clomifeno, inhibidores de la aromatasas).

En este caso, es fundamental conocer si la paciente presenta resistencia a la insulina, lo cual puede comprobarse mediante una analítica de sangre. Se calcula que la mitad de las mujeres con SOP tienen resistencia a la insulina, especialmente las mujeres con obesidad asociada.

En casos de sop en los que haya presente resistencia a insulina puede ser eficaz el uso de metformina para inducir la ovulación y aumentar de esta la tasa de gestaciones espontáneas. La dosis habitual a emplear es 1500- 2000 mg diarios.

Para mejorar la reistencia a la insulina existen también complementos de inositol (mio-inositol y el D-chiro-inositol), no cuenta con una evidencia científica que abale su eficacia pero sí se usa como tratamiento coadyuvante en muchos casos debido a que está exento de efectos secundarios.

CONCLUSIONES

Todos los artículos revisados destacan como primera medida a tomar con estas pacientes el cambio en sus hábitos de vida: alimentación y ejercicio físico.

La consulta preconcepcional puede ser el escenario ideal para que las mujeres reciban un correcto asesoramiento sobre cómo mejorar su hábitos de vida.

La matrona está capacitada para dar recomendaciones dietéticas a las mujeres con SOP y puede aconsejar el uso de suplementos de inositol. No está capacitada para recetar metformina ni citrato de clomifeno pero si debe conocer su uso extendido en estas pacientes.

Los estudios al respecto son escasos y en muchos casos tienen una baja calidad metodológica, siendo necesario realizar estudios con mayor rigor científico

BIBLIOGRAFIA

1. Síndrome de ovario poliquístico en la mujer adulta. Andrés E. Ortiz-Flores, Manuel Luque-Ramírez, Héctor F. Escobar-Morreale. Medicina Clínica (English Edition), Volume 152, Issue 11, 7 June 2019, Pages 450-457
2. Estudio y tratamiento de la anovulación en el síndrome de ovario poliquísticos. Guía de Asistencia práctica. Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol. 2017;60(5):505-516
3. Opray N, Grivell R, Deussen A, Dodd J. Programas e intervenciones de salud antes de la concepción para mejorar los resultados del embarazo en pacientes con sobrepeso u obesas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 7. Art. No.: CD010932. DOI: 10.1002/14651858.CD010932
4. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Opciones de tratamiento. Mejías Quintero M.E. Rev Obstet Ginecol Venez 2015;75(4):269-279
5. Síndrome de ovario poliquístico. Escobar Gónima, C.E. XVII CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: UNA VISIÓN INTEGRAL DE LA MUJER
6. Insulino resistencia en mujeres infértiles. José Urdaneta Machado, MSc 1, Jimys Vera Cabana 1, José García Ildefonso, PhD 2, Nasser Babel Zambrano, PhD 2, Alfí Contreras Benitez. 3 Rev. chil. obstet. ginecol. v.75 n.3 Santiago 2010 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000300003>

Resumen: *El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es el trastorno endocrino-metabólico más prevalente en mujeres en edad fértil, afectando a un 4-15 % de esta población.*

Sus principales consecuencias son las alteraciones del ciclo menstrual, signos masculinizantes como alopecia e hirsutismo y anovulación.

En algunas mujeres con SOP se encuentra resistencia a la insulina, siendo el estilo de vida pilar fundamental del tratamiento.

La anovulación que padecen estas mujeres va ligada en muchas ocasiones a una mayor dificultad en el momento de la concepción siendo el SOP actualmente la primera causa de infertilidad femenina por anovulación.

Palabras Clave: *Preconcepcional – SOP - Estilo de vida*

Introducción:

El objetivo de este trabajo es conocer los tratamientos que se emplean en estas mujeres para mejorar sus tasas de embarazo natural.

Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en estudios relacionados con el síndrome de ovario poliquístico y la fertilidad de los años 2010-2020 en base de datos Pubmed y Cochrane.

También se ha revisado la guía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

El cambio en el estilo de vida es el pilar fundamental del tratamiento. Muchas de estas mujeres asocian al SOP alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y obesidad. Por tanto es necesario realizar una valoración de su peso, su alimentación y su nivel de actividad física. Se recomienda que realicen una alimentación equilibrada, limitando especialmente el consumo de hidratos de carbono simples. También es recomendable que la actividad física sea realizada de forma regular al menos 3 veces por semana.

Si la paciente presenta sobrepeso u obesidad la disminución del índice de masa corporal se asocia con mejores tasas de embarazo.

Una vez modificados los hábitos de vida de la paciente se plantea el abordaje farmacológico. Siguiendo el protocolo de la SEGO los inductores de la ovulación siguen siendo la primera línea de tratamiento en las pacientes con SOP para reestablecer el ciclo ovárico (citrato de clomifeno, inhibidores de la aromataasa).

En este caso, es fundamental conocer si la paciente presenta resistencia a la insulina, lo cual puede comprobarse mediante una analítica de sangre. Se calcula que la mitad de las mujeres con SOP tienen resistencia a la insulina, especialmente las mujeres con obesidad asociada.

En casos de SOP en los que haya presente resistencia a insulina puede ser eficaz el uso de metformina para inducir la ovulación y aumentar de esta la tasa de gestaciones espontáneas. La dosis habitual a emplear es 1500- 2000 mg diarios.

Para mejorar la resistencia a la insulina existen también complementos de inositol (mio-inositol y el D- chiro-inositol), no cuenta con una evidencia científica que abale su eficacia pero sí se usa como tratamiento coadyuvante en muchos casos debido a que está exento de efectos secundarios.

Conclusión:

En conclusión todos los artículos revisados destacan como primera medida a tomar con estas pacientes el cambio en sus hábitos de vida: alimentación y ejercicio físico.

La consulta preconcepcional puede ser el escenario ideal para que las mujeres reciban un correcto asesoramiento sobre cómo mejorar su hábitos de vida.

La matrona está capacitada para dar recomendaciones dietéticas a las mujeres con SOP y puede aconsejar el uso de suplementos de inositol. No está capacitada para recetar metformina ni citrato de clomifeno pero si debe conocer su uso extendido en estas pacientes.

Los estudios al respecto son escasos y en muchos casos tienen una baja calidad metodológica, siendo necesario realizar estudios con mayor rigor científico.

Bibliografía:

1. Ortiz-Flores AE, Luque-Ramírez M, Escobar-Morreale HF. Síndrome de ovario poliquístico en la mujer adulta. Medicina Clínica (English Edition)2019;152 (11):450-457
2. Opray N, Grivell R, Deussen A, Dodd J. Programas e intervenciones de salud antes de la concepción para mejorar los resultados del embarazo en pacientes con sobrepeso u obesas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 7. Art. No.: CD010932. DOI: 10.1002/14651858.CD010932
3. Mejías Quintero ME. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Opciones de tratamiento. Rev Obstet Ginecol Venez 2015;75(4):269-279
4. Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Estudio y tratamiento de la anovulación en el síndrome de ovarios poliquísticos. Guía de asistencia práctica. Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Prog Obstet Ginecol. 2017;60(5):505-516

Capítulo 194

Revisión sistemática en la prevención y manejo en el uso de sondas PEG

Ponce Cañizares, Elisabet

Revisión sistemática en la prevención y manejo en el uso de sondas PEG

SATSE

Autora: Elisabet Ponce Cañizares

Introducción:

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) consiste en la inserción de una sonda de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago, mediante una cirugía endoscópica. Este método es conveniente, ya que requieren menos tiempo de estancia hospitalaria, es menos costoso y es mucho más rápido que la inserción quirúrgica de la sonda de gastrostomía. Se suele colocar en pacientes mayores con enfermedades crónicas o degenerativas y nos garantiza nutrición enteral a largo plazo. Sin embargo este tipo de dispositivo tiene riesgos y se genera controversia.

Objetivo:

El objetivo es resumir la mejor evidencia disponible acerca de la prevención y manejo de las complicaciones asociadas con las sondas PEG en adultos. Estas complicaciones incluyen obstrucción, infección de la zona de inserción, excoriación de la zona del estoma y retirada accidental de la sonda

Material y Método:

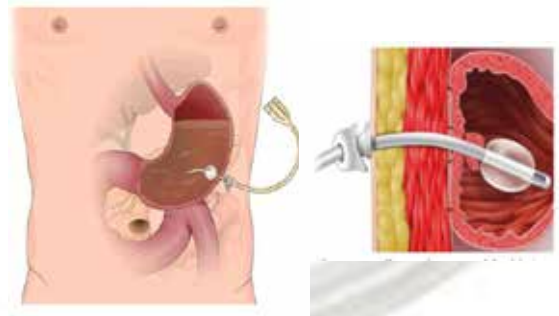
Búsqueda basada en las evidencias científicas publicadas por el instituto Joanna Briggs, Cuiden, Cuidatge y Bireme, entre otras. Con el fin de actualizar los conocimientos y revisar las mejores evidencias científicas disponibles.

Resultados:

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs.

- **Grado A:** Recomendación demostrada para su aplicación
- **Grado B:** Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación
- **Grado C:** Recomendación no demostrada



PREVENCIÓN

- Proporcionar al paciente y / o cuidador(es) instrucciones verbales antes del alta, junto con material escrito sobre el cuidado de la sonda PEG, la zona de inserción y qué hacer en caso de cualquier complicación. **(Grado B)**



MANEJO

- Aclarar la sonda PEG entre las comidas, así como antes y después de administrar medicamentos, puede reducir al mínimo la posibilidad de obstrucción. **(Grado B)**
- Para manejar la obstrucción, pueden emplearse técnicas de aclarado, enzimas o alambres. No está claro si estas soluciones deben emplearse de forma individual, secuencial o simultánea. **(Grado B)**
- El uso de sulfadiazina de plata micronizada puede tener algún beneficio en el manejo de la infección de la zona de inserción de la sonda GEP. **(Grado B)**

Conclusiones:

Se pretende incorporar las nuevas evidencias científica de sondas PEG, con el fin de prevenir y hacer un buen manejo en caso de complicaciones. Siendo demostrada la efectividad de la incorporación de estas actuaciones mediante ensayos clínicos con resultados positivos para el paciente. Aun así hay necesidad de seguir haciendo estudios comparativos que nos garanticen una mejor eficacia de las intervenciones.

Resumen: Nos encontramos con una revisión sistemática para incorporar las nuevas evidencias en ensayos clínicos con resultados positivos para el paciente. Se realiza una búsqueda de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) la cual consiste en la inserción de una sonda de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago, mediante una cirugía endoscópica y se recoge los diferentes grados de recomendación en dicha intervención y cuidados.

Palabras Clave: Gastrostomía, Estómago, Sonda

Introducción:

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) consiste en la inserción de una sonda de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago, mediante una cirugía endoscópica.

Este método es conveniente, ya que requieren menos tiempo de estancia hospitalaria, es menos costoso y es mucho más rápido que la inserción quirúrgica de la sonda de gastrostomía. Se suele colocar en pacientes mayores con enfermedades crónicas o degenerativas y nos garantiza nutrición enteral a largo plazo. Sin embargo, este tipo de dispositivo tiene riesgos y se genera controversia.

Objetivo:

El objetivo es resumir la mejor evidencia disponible acerca de la prevención y manejo de las complicaciones asociadas con las sondas PEG en adultos. Estas complicaciones incluyen obstrucción, infección de la zona de inserción, excoriación de la zona del estoma y retirada accidental de la sonda.

Material y Método:

Búsqueda basada en las evidencias científicas publicadas por el instituto Joanna Briggs, Cuiden, Cuidatge y Bireme, entre otras. Con el fin de actualizar los conocimientos y revisar las mejores evidencias científicas disponibles.

Resultados:

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs.

- Grado A: Recomendación demostrada para su aplicación
- Grado B: Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación
- Grado C: Recomendación no demostrada

PREVENCIÓN

- Proporcionar al paciente y / o cuidador(es) instrucciones verbales antes del alta, junto con material escrito sobre el cuidado de la sonda PEG, la zona de inserción y qué hacer en caso de cualquier complicación. (Grado B)

MANEJO

- Aclarar la sonda PEG entre las comidas, así como antes y después de administrar medicamentos, puede reducir al mínimo la posibilidad de obstrucción. (Grado B)

- Para manejar la obstrucción, pueden emplearse técnicas de aclarado, enzimas o alambres. No está claro si estas soluciones deben emplearse de forma individual, secuencial o simultánea. (Grado B)
- El uso de sulfadiazina de plata micronizada puede tener algún beneficio en el manejo de la infección de la zona de inserción de la sonda GEP. (Grado B)

Conclusiones:

Se pretende incorporar las nuevas evidencias científica de sondas PEG, con el fin de prevenir y hacer un buen manejo en caso de complicaciones. Siendo demostrada la efectividad de la incorporación de estas actuaciones mediante ensayos clínicos con resultados positivos para el paciente. Aun así, hay necesidad de seguir haciendo estudios comparativos que nos garanticen una mejor eficacia de las intervenciones.

Bibliografía:

1. Prevención y manejo de las complicaciones asociadas con sondas [Internet]. studylib.es. <https://studylib.es/doc/5888145/prevenci%C3%B3n-y-manejo-de-las-complicaciones-asociadas-con-s...>
2. Cuidados de Enfermería en la gastrostomía endoscópica percutánea. PEG - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. www.revista-portalesmedicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-gastrostomia-endoscopica-percutanea-peg/>
3. La sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) [Internet]. <https://www.rchsd.org/documents/2017/10/percutaneous-endoscopic-gastrostomy-tube-peg-spanish.pdf/>

Capítulo 195

Revisión sistemática: vaginosis bacteriana y parto pretérmino

Nieto Díaz, Rut

Bórnez García de la Plaza, Cristina

Sánchez Díaz, María Cristina

Álvarez Lozano, Eva María

REVISIÓN SISTEMÁTICA: VAGINOSIS BACTERIANA Y PARTO PRETÉRMINO

INTRODUCCIÓN

Se define parto pretérmino (PP) como aquel que tiene lugar entre las semanas 22+0 y 36+6. Es por tanto una amenaza de parto pretérmino (APP) la situación en la que la gestante tiene signos y/o síntomas de tener un PP, es decir, el riesgo de que aconteciera el nacimiento de un neonato prematuro.

La prematuridad es la principal causa de mortalidad neonatal y una de las más importantes causantes de severa morbilidad. La probabilidad de PP se encuentra entre un 5 a 18% de los nacimientos en todo el mundo, tasa que coincide con la española, mientras que en Europa desciende al 6%, y sube hasta el 11% en EE.UU. La mitad de las veces se producen por dinámica uterina espontánea, la cuarta parte por rotura prematura de membranas (RPM), y otro 25% por yatrogenia.

Las causas son muy variadas y son muchos los factores de riesgo relacionados: embarazo múltiple, placenta previa, polihidramnios, drogas (tabaquismo, cocaína), PP previo, abortos tardíos, conización, malformación uterina, pielonefritis, desprendimiento de placenta, y otros... Múltiples estudios han informado una asociación entre el PP y varias infecciones del tracto genital incluida la vaginosis bacteriana (VB), ya que un cultivo positivo se asocia con la presencia de corioamnionitis histológica.

OBJETIVOS

- Determinar la relación entre parto pretérmino y vaginosis bacterianas.
- Describir la necesidad de un screening en el embarazo de vaginosis bacterianas.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática durante enero y febrero de 2020, en bases de datos Pubmed y Cochrane.

Criterios de inclusión: estudios que valoran la relación entre parto pretérmino y vaginosis bacterianas que pueden afectar a la seguridad de la gestante y el feto, publicados a partir del 2013.

Criterios de exclusión: se excluyen las publicaciones anteriores al 2013.

Palabras clave: parto pretérmino, vaginosis bacteriana, parto prematuro.



RESULTADOS

La vaginosis bacteriana supone un desequilibrio en la microbiota vaginal que por sí mismo ya que consideraría una infección y que además aumenta la predisposición de padecer entre otras complicaciones, entre ellas, ITS y parto pretérmino. Es una de las causas más comunes de vaginitis en mujeres en edad fértil (primera causa en EEUU y segunda en Europa) aunque entre un 50-75 % son asintomáticas. La clínica más característica consiste en un aumento del flujo vaginal homogéneo, blanquecino y con "olor a pescado" que se suele hacer más evidente tras el coito y la menstruación.

Dado que aproximadamente un tercio de las VB remiten de forma espontánea en unos meses, solo estaría indicado tratar aquellas VB sintomáticas, ya sea en mujeres embarazadas o fuera de la gestación.

Las mujeres embarazadas con VB tienen un riesgo aumentado de parto prematuro pero no se recomienda un screening poblacional a todas las embarazadas con el objetivo de detectarla, ya que no evidencia de que la detección y tratamiento de la infección asintomática reduzcan ese riesgo. Algunos expertos recomiendan tratar las VB asintomáticas en embarazadas con un alto riesgo de parto pretérmino, pero tanto el alcance de los beneficios obtenidos con ese tratamiento, como las características de las mujeres que se podrían beneficiar de él, actualmente son una línea de estudio en curso.

Cuando se efectúa el tratamiento, éste consiste en antibioterapia, bien con metronidazol o con clindamicina, y durante el periodo gestacional se suele preferir la vía oral. Las pautas que se aconsejan en embarazadas consisten en 300 mg de clindamicina o 500 mg de metronidazol, vía oral, dos veces al día, durante 7 días.

CONCLUSIONES

La identificación de los factores de riesgo de PP espontáneo antes de la concepción del embarazo idealmente conduciría a intervenciones que podrían ayudar a prevenir ésta y otras complicaciones. Algunas de estas intervenciones que tienen beneficios generales para la salud y pueden reducir el riesgo de PP incluyen el abandono del hábito de fumar y otras drogas, medicaciones crónicas, el tratamiento de la bacteriuria asintomática y encontrarse en un índice de masa corporal normal, entre otras.

En base a esto y en la relación entre el PP y VB en los estudios publicados a día de hoy, el tratamiento va encaminado a aliviar los síntomas, aunque como observábamos, muchas mujeres son asintomáticas. Por lo tanto, no debemos olvidar que la educación en hábitos higiénico dietéticos son la base de la prevención y puede evitar una VB y las consecuencias que de esta podrían dar lugar.

BIBLIOGRAFIA

1. Yamashita M, Hayashi S, Endo M, et al. Incidence and risk factors for recurrent spontaneous preterm birth: A retrospective cohort study in Japan. *J ObstetGynaecol Res* 2015; 41:1708.
2. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med* 2000; 342:534.
3. Hay PE, Morgan DJ, Ison CA, et al. A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy. *Br J ObstetGynaecol* 1994; 101:1048.
4. Haahr T, Ersbøll AS, Karlsen MA, et al. Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy in order to reduce the risk of spontaneous preterm delivery - a clinical recommendation. *Acta ObstetGynecolScand* 2016; 95:850.
5. Leitlich H, Brunbauer M, Bodner-Adler B, et al. Antibiotic treatment of bacterial vaginosis in pregnancy: a meta-analysis. *Am J ObstetGynecol* 2003; 188:752.
6. Klebanoff MA, Hauth JC, MacPherson CA, et al. Time course of the regression of asymptomatic bacterial vaginosis in pregnancy with and without treatment. *Am J ObstetGynecol* 2004; 190:363.
7. Kiss H, Petricevic L, Husslein P. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. *BMJ* 2004; 329:371.

Resumen: Se define parto pretérmino (PP) como aquel que tiene lugar entre las semanas 22+0 y 36+6. La prematuridad es la principal causa de mortalidad neonatal y una de las más importantes causantes de severa morbilidad. La probabilidad de PP se encuentra entre un 5 a 18% de los nacimientos en todo el mundo, tasa que coincide con la española, mientras que en Europa desciende al 6% y sube hasta el 11% en EE.UU. La mitad de las veces se producen por dinámica uterina espontánea, la cuarta parte por rotura prematura de membranas, y otro 25% por yatrogenia.

Palabras Clave: Vaginosis Bacteriana, Parto Prematuro, Parto Pretérmino

Introducción:

Se define parto pretérmino (PP) como aquel que tiene lugar entre las semanas 22+0 y 36+6. Es por tanto una amenaza de parto pretérmino (APP) la situación en la que la gestante tiene signos y/o síntomas de tener un PP, es decir, el riesgo de que aconteciera el nacimiento de un neonato prematuro.

La prematuridad es la principal causa de mortalidad neonatal y una de las más importantes causantes de severa morbilidad. La probabilidad de PP se encuentra entre un 5 a 18% de los nacimientos en todo el mundo, tasa que coincide con la española, mientras que en Europa desciende al 6%, y sube hasta el 11% en EE.UU. La mitad de las veces se producen por dinámica uterina espontánea, la cuarta parte por rotura prematura de membranas (RPM), y otro 25% por yatrogenia.

Las causas son muy variadas y son muchos los factores de riesgo relacionados: embarazo múltiple, placenta previa, polihidramnios, drogas (tabaquismo, cocaína), PP previo, abortos tardíos, conización, malformación uterina, pielonefritis, desprendimiento de placenta, y otros... Múltiples estudios han informado una asociación entre el PP y varias infecciones del tracto genital incluida la vaginosis bacteriana (VB), ya que un cultivo positivo se asocia con la presencia de corioamnionitis histológica.

Objetivo:

- Determinar la relación entre parto pretérmino y vaginosis bacterianas.
- Describir la necesidad de un screening en el embarazo de vaginosis bacterianas.

Metodología:

Revisión sistemática durante enero y febrero de 2020, en bases de datos Pubmed y Cochrane.

Criterios de inclusión: estudios que valoran la relación entre parto pretérmino y vaginosis bacterianas, que pueden afectar a la seguridad de la gestante y el feto, publicados a partir del 2013.

Criterios de exclusión: se excluyen las publicaciones anteriores al 2013.

Palabras clave: parto pretérmino, vaginosis bacteriana, parto prematuro.

Resultados:

La vaginosis bacteriana supone un desequilibrio en la microbiota vaginal que por sí mismo ya que consideraría una infección y que además aumenta la predisposición de padecer entre otras complicaciones, ITS y parto pretérmino.

Es una de las causas más comunes de vaginitis en mujeres en edad fértil (primera causa en EEUU y segunda en Europa) aunque entre un 50-75 % son asintomáticas. La clínica más característica consiste

en un aumento del flujo vaginal homogéneo, blanquecino y con “olor a pescado” que se suele hacer más evidente tras el coito y la menstruación.

Dado que aproximadamente un tercio de las VB remiten de forma espontánea en unos meses, solo estaría indicado tratar aquellas VB sintomáticas, ya sea en mujeres embarazadas o fuera de la gestación.

Las mujeres embarazadas con VB tienen un riesgo aumentado de parto prematuro, pero no se recomienda un screening poblacional a todas las embarazadas con el objetivo de detectarla, ya que no hay evidencia de que la detección y tratamiento de la infección asintomática reduzcan ese riesgo. Algunos expertos recomiendan tratar las VB asintomáticas en embarazadas con un alto riesgo de parto pretérmino, pero tanto el alcance de los beneficios obtenidos con ese tratamiento, como las características de las mujeres que se podrían beneficiar de él, actualmente son una línea de estudio en curso.

Cuando se efectúa el tratamiento, éste consiste en antibioterapia, bien con metronidazol o con clindamicina, y durante el periodo gestacional se suele preferir la vía oral. Las pautas que se aconsejan en embarazadas consisten en 300 mg de clindamicina o 500 mg de metronidazol, vía oral, dos veces al día, durante 7 días.

Conclusiones:

La identificación de los factores de riesgo de PP espontáneo antes de la concepción del embarazo pueden reducir el riesgo de PP incluyen el abandono del hábito de fumar y otras drogas, medicaciones crónicas, el tratamiento de la bacteriuria asintomática y encontrarse en un índice de masa corporal normal, entre otras.

En base a esto y en la relación entre el PP y VB en los estudios publicados a día de hoy, el tratamiento va encaminado a aliviar los síntomas, aunque como observábamos, muchas mujeres son asintomáticas. Por lo tanto, no debemos olvidar que la educación en hábitos higiénicos dietéticos, es la base de la prevención y puede evitar una VB y las consecuencias que de esta podrían dar lugar.

Bibliografía:

1. Yamashita M, Hayashi S, Endo M, et al. Incidence and risk factors for recurrent spontaneous preterm birth: A retrospective cohort study in Japan. *J ObstetGynaecol Res* 2015; 41:1708.
2. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med* 2000; 342:534.
3. Hay PE, Morgan DJ, Ison CA, et al. A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy. *Br J ObstetGynaecol* 1994; 101:1048.
4. Haahr T, Ersbøll AS, Karlsen MA, et al. Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy in order to reduce the risk of spontaneous preterm delivery - a clinical recommendation. *Acta ObstetGynecolScand* 2016; 95:850.
5. Leitich H, Brunbauer M, Bodner-Adler B, et al. Antibiotic treatment of bacterial vaginosis in pregnancy: a meta-analysis. *Am J ObstetGynecol* 2003; 188:752.

Capítulo 196

Riesgos para enfermería en la exposición a fármacos citostáticos

Calatrava Muñoz, Rosa María

Notario Galán, Cristina María

Mora Hidalgo, María Reyes

RIESGOS PARA ENFERMERÍA EN LA EXPOSICIÓN A FÁRMACOS CITOSTÁTICOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SATSE Ciudad Real

Autores: Aparicio Hernández C, Mora Hidalgo MR, Notario Galan CM, Calatrava Muñoz RM

SATSE

INTRODUCCIÓN

Los fármacos citostáticos son sustancias citotóxicas diseñadas y utilizadas para causar disfunción celular, inhibiendo el crecimiento de células cancerosas mediante la alteración del metabolismo y el bloqueo de la división y la reproducción celular.

Se consideran residuos citostáticos: los restos de medicamentos citostáticos generados en la preparación y administración; el material utilizado en la preparación y administración (agujas, jeringas, frascos, bolsas y sistemas de infusión); el material de protección de los manipuladores (ropa protectora desechable, guantes y mascarillas); el material utilizado en la limpieza de las zonas donde se lleva a cabo la manipulación, especialmente la preparación y administración; y el material procedente del tratamiento de derrames accidentales. Los citostáticos se pueden clasificar:

Según su mecanismo de acción.

- Agentes alquilantes
- Derivados o complejos del platino
- Antimetabolitos
- Antibióticos citostáticos o antitumorales
- Inhibidores de las topoisomerasas y de la mitosis

Según su agresividad tisular.

- Cuando el medicamento citostático se extravasa. Tabla 1.

NO AGRESIVOS	IRRITANTES	VESICANTES
Anticuerpos monoclonales	Daunorubicina	Amsacrina
Asparaginasa Bortezomib	Docetaxel	Cisplatino >0,4mg/ml
Carboplatino	Doxorubicina	Dactinomicina
Citarabina	Bendamustina	Daunorubicina
Cladribina	Busulfán	Epirubicina
Fludarabina	Ciclosfamida	Ibritumomab
Ifosfamida	Cisplatino <0,4mg/ml	Idarubicina tiuxetan
Irinotecán	Estramustina	Mecloretamina
Metotrexato	Fluorouracilo	Mitomicina
Pegaspargasa	Gemcitabina	Mitoxantrona
Pemetrexed	Tenipósido	Paclitaxel
Pentostatina	Oxaliplatino	Trabectedina
Raltitrexed	Bleomicina	Vinblastina
	Carmustina	Vincristina
	Dacarbacina	Vindesina
	Estreptozocina	Vinflumina
	Fotemustina	Vinorelbina
	Melfalán	
	Tiotepa	

Tabla 1

OBJETIVOS

- Describir los riesgos y evaluar el nivel de toxicidad que tienen las enfermeras relacionado con la preparación y manejo de citostáticos.
- Valorar los efectos tóxicos que provocan la exposición a fármacos citostáticos, basándonos en las pruebas realizadas en los distintos estudios.
- Conocer las medidas de bioseguridad llevadas a cabo identificando los cuidados que se pueden ofrecer dentro de La Salud Laboral y los accidentes laborales más frecuentes.
- Identificar la educación sanitaria respecto al adecuado manejo de citostáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica sobre los medicamentos citostáticos, los riesgos para enfermería y las medidas de prevención en su uso. Esta búsqueda se ha desarrollado a través de diferentes medios (bases de datos, revistas, protocolos y libros).

La revisión del material tanto electrónico como en papel se realizó desde principios del mes de diciembre de 2019 hasta principios del mes de Marzo de 2020.

Revisión bibliográfica consultando bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane Plus, Cuiden y Web of Science, en base a los estudios realizados en los últimos años, atendiendo a los descriptores con los operadores booleanos "AND" y "OR". Se establecieron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para poder adecuar el vocabulario común consiguiendo términos más específicos. Se consultaron las siguientes palabras para poder afinar la búsqueda y dirigirla hacia el objetivo del trabajo: "Enfermería", "manejo", "citostáticos", "efectos tóxicos", "riesgos", "extravasación", "métodos preventivos", "educación sanitaria", "cytostatic agents", "nursing", "toxic effects", "antineoplastic agents", "management", "education".

Además, se emplearon recursos electrónicos como la revista Scielo de habla hispana, la revista Enfermería Global y el portal bibliográfico Dialnet, guías de manejo de citostáticos disponibles en los portales de salud online de distintas comunidades autónomas y de la página del Ministerio de Seguridad e Higiene del Trabajo. Para dar más rigor a la búsqueda bibliográfica se accedió a fuentes oficiales a nivel nacional y a organismos relacionados con la enfermería para revisar los protocolos y guías asistenciales. También se accedió al buscador Google Académico utilizando la secuencia "manejo de citostáticos en el personal de enfermería".

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Contener las palabras claves en la búsqueda.	Artículos redundantes
Estudios que describan la relación entre la manipulación de citostáticos relacionados con el personal y la exposición laboral.	Se descartaron los artículos que hubieran sido publicados antes del 2006.
Humanos.	Todas aquellas publicaciones que tratasen solo sobre efectos o reacciones adversas en pacientes, y no mencionasen los riesgos para el personal.
Artículos científicos	Documentos vinculados con personal no sanitario.
Artículos publicados en inglés y español.	

RESULTADOS

Se obtuvo una colección de 91 artículos, de la cual se eliminaron los duplicados o redundantes y se procedió a realizar un análisis de pertinencia revisando los títulos de los resúmenes de los artículos, quedando seleccionado un total de 30 artículos que conforman la información obtenida que se ha clasificado en 5 grupos: primero medidas de prevención en trabajadores (8 artículos), segundo monitorización (6 artículos), tercero riesgos en la manipulación y administración (8 artículos), cuarto riesgos sobre la salud (10 artículos) y quinto formación continuada (6 artículos). En esta revisión se puede decir que se observa en la literatura más reciente la existencia de contaminación superficial en diferentes espacios y por diferentes fármacos citostáticos. Existen un número menor de estudios donde se ha hallado presencia de citostáticos en orina de manipuladores. La contaminación de los espacios de trabajo se produce en numerosos y diferentes sitios, tanto en la preparación como en la administración, siendo habitualmente mayor en la preparación.

A destacar un artículo de Scielo de la salud reproductiva, en un meta-análisis se encontraron datos de abortos espontáneos, fetos muertos, malformaciones congénitas. En estudios posteriores se encontraron datos de partos prematuros y bajo peso al nacer.

CONCLUSIONES

- El manejo de los medicamentos citostáticos constituye una actuación que debe de ser precisa y segura por parte de los trabajadores para disminuir los riesgos de la salud tanto en los profesionales de enfermería como en los pacientes. Para que el personal de enfermería desarrolle su trabajo con seguridad es recomendable la asistencia a programas de educación sanitaria y formación continuada. En el caso de embarazadas, se reubicarán y no pueden trabajar con dichos medicamentos.
- La sala de preparación deberá cumplir con todos los estándares de seguridad y tener el material correctamente certificado para minimizar los riesgos potenciales que se derivan de la manipulación de los citostáticos. Si no se emplean correctamente los equipos de protección individual los citostáticos producen efectos mutagénicos, carcinogénicos, teratogénicos sobre el personal de enfermería.
- Los datos establecen que la exposición ocupacional se asocia a un riesgo potencial de cáncer, lo que nos sugiere que los métodos de prevención actuales no eliminan por completo los niveles de exposición, por lo que es necesario mejorar el apoyo a las prácticas de seguridad actuales. Las pruebas que más se utilizaron, para evaluar los efectos tóxicos ante la exposición laboral a estos medicamentos, fueron las referidas a monitorización biológica, relacionadas con el análisis de micronúcleos en células exfoliadas y en linfocitos en sangre, seguidas de las de presencia de metabolitos en orina.

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos preseleccionados	Artículos definitivos
Cochrane Plus	45	15	2
Dialnet	66	25	5
Scielo	31	7	5
Pubmed	90	10	6
Medline	89	20	5
Cuiden	65	13	7

Resumen: Los fármacos citostáticos son sustancias citotóxicas diseñadas y utilizadas para causar disfunción celular y residuos citostáticos son: restos de medicamentos citostáticos generados en preparación y administración; el material utilizado en la preparación y administración; material de protección de los manipuladores; material utilizado en la limpieza de las zonas donde se lleva a cabo la manipulación; material de derrames accidentales.

Los objetivos son:

- Describir los riesgos y evaluar el nivel de toxicidad que tienen las enfermeras.
- Valorar los efectos tóxicos que provocan la exposición a fármacos citostáticos, basándonos en los distintos estudios.
- Conocer las medidas de bioseguridad.
- Identificar la educación sanitaria

Palabras Clave: Citostáticos, Riesgos, Enfermería

Introducción:

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica sobre los medicamentos citostáticos, los riesgos para enfermería y las medidas de prevención en su uso. Esta búsqueda se ha desarrollado a través de diferentes medios (bases de datos, revistas, protocolos y libros).

La revisión del material tanto electrónico como en papel se realizó desde principios del mes de diciembre de 2019 hasta principios del mes de Marzo de 2020.

Revisión bibliográfica consultando bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane Plus, Cuiden y Web of Science, en base a los estudios realizados en los últimos años, atendiendo a los descriptores con los operadores booleanos "AND" y "OR". Se establecieron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para poder adecuar el vocabulario común consiguiendo términos más específicos. Se consultaron las siguientes palabras para poder afinar la búsqueda y dirigirla hacia el objetivo del trabajo: "Enfermería", "manejo", "citostáticos", "efectos tóxicos", "riesgos", "extravasación", "métodos preventivos", "educación sanitaria", "cytostatic agents", "nursing", "toxic effects", "antineoplastic agents", "management", "education".

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: Contener las palabras claves en la búsqueda; Estudios que describan la relación entre la manipulación de citostáticos relacionados con el personal y la exposición laboral; Humanos; Artículos científicos; Artículos publicados en inglés y español.

Y los criterios de exclusión: Artículos redundantes; Se descartaron los artículos que hubieran sido publicados antes del 2006; Todas aquellas publicaciones que trataran solo sobre efectos o reacciones adversas en pacientes, y no mencionasen los riesgos para el personal; Documentos vinculados con personal no sanitario.

Además, se emplearon recursos electrónicos como la revista Scielo de habla hispana, la revista Enfermería Global y el portal bibliográfico Dialnet, guías de manejo de citostáticos disponibles en los portales de salud online de distintas comunidades autónomas y de la página del Ministerio de Seguridad e Higiene del Trabajo. Para dar más rigor a la búsqueda bibliográfica se accedió a fuentes oficiales a nivel nacional y a organismos relacionados con la enfermería para revisar los protocolos y guías asistenciales.

También se accedió al buscador Google Académico utilizando la secuencia “manejo de citostáticos en el personal de enfermería”.

Se obtuvo una colección de 91 artículos, de la cual se eliminaron los duplicados o redundantes y se procedió a realizar un análisis de pertinencia revisando los títulos de los resúmenes de los artículos, quedando seleccionado un total de 30 artículos que conforman la información obtenida que se ha clasificado en 5 grupos: primero medidas de prevención en trabajadores (8 artículos), segundo monitorización (6 artículos), tercero riesgos en la manipulación y administración (8 artículos), cuarto riesgos sobre la salud (10 artículos) y quinto formación continuada (6 artículos). En esta revisión se puede decir que se observa en la literatura más reciente la existencia de contaminación superficial en diferentes espacios y por diferentes fármacos citostáticos. Existen un número menor de estudios donde se ha hallado presencia de citostáticos en orina de manipuladores. La contaminación de los espacios de trabajo se produce en numerosos y diferentes sitios, tanto en la preparación como en la administración, siendo habitualmente mayor en la preparación.

A destacar un artículo de Scielo de la salud reproductiva, en un meta-análisis se encontraron datos de abortos espontáneos, fetos muertos,, malformaciones congénitas. En estudios posteriores se encontraron datos de partos prematuros y bajo peso al nacer.

Conclusiones:

- El manejo de los medicamentos citostáticos constituye una actuación que debe de ser precisa y segura por parte de los trabajadores para disminuir los riesgos de la salud tanto en los profesionales de enfermería como en los pacientes. Para que el personal de enfermería desarrolle su trabajo con seguridad es recomendable la asistencia a programas de educación sanitaria y formación continuada. En el caso de embarazadas, se reubicarán y no pueden trabajar con dichos medicamentos.

- La sala de preparación deberá cumplir con todos los estándares de seguridad y tener el material correctamente certificado para minimizar los riesgos potenciales que se derivan de la manipulación de los citostáticos. Si no se emplean correctamente los equipos de protección individual los citostáticos producen efectos mutagénicos, carcinogénicos, teratogénicos sobre el personal de enfermería.

- Los datos establecen que la exposición ocupacional se asocia a un riesgo potencial de cáncer, lo que nos sugiere que los métodos de prevención actuales no eliminan por completo los niveles de exposición, por lo que es necesario mejorar el apoyo a las prácticas de seguridad actuales. Las pruebas que más se utilizaron, para evaluar los efectos tóxicos ante la exposición laboral a estos medicamentos, fueron las referidas a monitorización biológica, relacionadas con el análisis de micronúcleos en células exfoliadas y en linfocitos en sangre, seguidas de las de presencia de metabolitos en orina.

Bibliografía:

1. ARANA, D., BLANCO, C., CALDES, A., GALLEGU, E., GÓMEZ, F.J., MARTÍN, P. et al.

Agentes Químicos en el Ámbito Sanitario [monografía en Internet]. Escuela Nacional de Medicina del trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid, 2010. [consulta: 10 de enero de 2020]. Disponible en: www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/ENMT_Monografia_Guia_Agentes_Quimicos.pdf

2. MARROQUI, C., RIESCO, M. I. Valoración del riesgo de exposición a medicamentos

citostáticos en el Hospital General de Ciudad Real. Med. segur. trab. [en línea]. 2009, vol.55,n.215 [consulta: 9 de enero de 2020], pp.82-85. Disponible en: ISSN 1989-7790.

3. SOTTANI, C., PORRO, B., IMBRIANI, M., MINOIA, C. Occupational exposure to antineoplastic drugs in four Italian health care settings. [En línea]. *Toxicology Letters*, 2012, 213 (1), pp. 107-115. [consulta: 10 de Mayo de 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2011.03.028>
5. Leitch H, Brunbauer M, Bodner-Adler B, et al. Antibiotic treatment of bacterial vaginosis in pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:752.

Capítulo 197

Riesgos para la salud de fumar en pipas de agua

Martín-Portugués Muñiz, Jorge

Tabasco Ceca, Milagros

Fernández Camacho, Cristina

RIESGOS PARA LA SALUD DE FUMAR EN PIPAS DE AGUA

Martín-Portugués Muñiz, Jorge; Tabasco Ceca Milagros; Fernández Camacho, Cristina



INTRODUCCIÓN

En la última década las restricciones en el consumo de tabaco de forma tradicional en forma de cigarrillos, ha sufrido un descenso gracias en parte a la legislación vigente y a la educación sanitaria; si bien ha llevado a que se instalen en nuestra sociedad instrumentos como las pipas de agua, con los cuales se pueda fumar sin que sea cuestionado por la sociedad. El desconocimiento sobre sus efectos perjudiciales es una de las claves de su auge y de la existencia de una legislación más flexible.

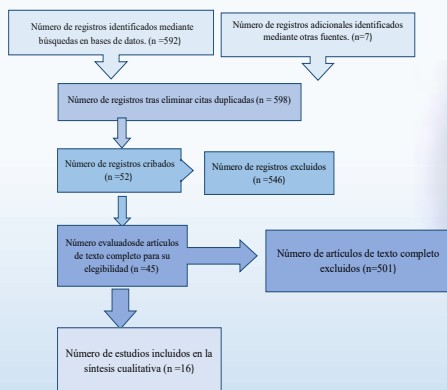
El **narguile** o narguilé, más conocido como shisha, au shisha o también hookah, pipa de agua, pipa oriental o cachimba es un **dispositivo para fumar tabaco** compuesto de 3 partes fundamentalmente: La **cazoleta**: en la parte superior, en la que se coloca el tabaco, tapado por una lámina de papel de aluminio agujereada y sobre la cual se coloca el carbón que prende el tabaco. **La manguera**: conectada a la base que sirve para aspirar el vapor; en el extremo se coloca una boquilla desechable. Por último, la **base** donde se encontrará el líquido filtrante, normalmente agua, aunque puede contener otros como alcohol.

El Eurobarómetro sobre actitudes de los europeos frente al tabaco y los cigarrillos electrónicos de 2017 señala que al menos **uno de cada tres europeos de entre 15 y 24 años** (el 28%) **afirma haber probado fumar en pipa de agua** alguna vez; y un 13% de los fumadores europeos utilizan las pipas de agua y en España representan un 2% de consumidores. Su consumo se relaciona con la diversión y el entretenimiento, la asociación social con amigos y familiares, la presión de grupo y la imitación. Actualmente, la legislación vigente (RD 579/2017) no deja clara la regulación de este producto. El tabaco de pipa de agua es un producto del tabaco, con las mismas reseñas en cuanto al etiquetado de los cigarrillos. La ley permite su uso en el interior de restaurantes, bares y discotecas siempre que las pipas no contengan nicotina, es decir que no quemem tabaco.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo fueron:

- Conocer los efectos de los diferentes componentes de las pipas de agua sobre el organismo.
- Comparar los efectos perjudiciales de fumar en pipa de agua con respecto a cigarrillos.
- Explorar los motivos por los que la gente fuma en narguile.



MATERIAL Y MÉTODO

Criterios de Inclusión

- Estudios que analicen los efectos sobre la salud de fumar en pipa de agua, tanto con contenido en tabaco, como sin tabaco.
- Fechas de publicación de los últimos 10 años.
- Estudios comparativos entre fumar cigarrillos y pipas de agua.
- Artículos en español e inglés.

Criterios de Exclusión

- Estudios sobre animales.
- Estudios fuera de las fechas de interés.

Estrategia de búsqueda

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed y Cochrane) entre los meses de Mayo a Junio de 2021 en español e inglés o traducciones al inglés usando operadores booleanos “and”.

Palabras clave: tabaquismo, pipa de agua / shisha / pipa de agua, cigarrillo electrónico/ Carcinógenos/ Prevención/ Epidemiología/ Nicotina.

ESTUDIO	DISEÑO	RESULTADO
Hanan Q, y col. 2019	Revisión sistemática.	Los usuarios de la cachimba y fumadores pasivos están expuestos a muchos de los tóxicos a los que están expuestos los consumidores de cigarrillos.
Fawad Javed y col. 2017	Revisión sistemática.	La mayoría de los tóxicos de las pipas de agua, están presentes en el humo del cigarrillo de manera similar al tabaquismo convencional.
Almedawar MM, Y col. 2016	Revisión sistemática.	Existen similitudes entre fumar en pipa de agua y otras formas de tabaquismo: asociación con la enfermedad de las arterias coronarias, efectos hemodinámicos y respuestas inflamatorias.
Kim, K y col. 2016.	Revisión sistemática	La concentración de CO en el aire expirado de narguile fue significativamente alta, aproximadamente cinco veces mayor que la de un solo cigarrillo. Aumentos de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial. Aumento de la carboxihemoglobina, bronquitis y enfermedad periodontal
Montazeri, Z., y col. 2016.	Revisión sistemática. Y Metaanálisis.	Asociaciones entre el consumo de pipas de agua y enfermedades crónicas como el cáncer de pulmón, vejiga, enfermedades respiratorias, bajo peso al nacer y enfermedades periodontales, pero la calidad de la evidencia se evaluó baja.
Reem Waziry y col. 2017	Revisión sistemática y metaanálisis.	El consumo de tabaco en pipa de agua probablemente se asocia con cáncer oral y cáncer de pulmón. También es probable que se asocie con enfermedades respiratorias, bajo peso al nacer, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y salud mental. El consumo de tabaco en pipas de agua probablemente no esté asociado con cáncer de esófago, carcinoma gástrico, cáncer de vejiga o cáncer de próstata. También es probable que no esté asociado con infección por hepatitis C, enfermedad periodontal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, infertilidad o mortalidad. Heterogeneidad en los estudios.
Brian A. Primack, y col. 2016	Revisión sistemática y metaanálisis.	Cada sesión de narguile está asociada con la inhalación de dos o tres cigarrillos de nicotina, e incluso adicción en los jóvenes. El nivel de nicotina en sangre de un individuo después de una sesión narguile fue similar al de una persona con un hábito de 10 cigarrillos por día. Niveles sustanciales en sangre y orina de otros tóxicos y sus metabolitos así como alquitrán y CO.
Alan Shihadeh 2015.	Revisión sistemática.	La nicotina solo está presente en el humo de los productos a base de tabaco, todos los demás tóxicos medidos con los productos sin tabaco igualaron o excedieron a los medidos con los productos a base de tabaco.
Ziad M El-Zaatari y col. 2015.	Revisión sistemática.	Tras sesiones de narguile de 30-60 minutos, se observaron aumentos significativos en la frecuencia, tensión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria y del CO en sangre. A largo plazo: bronquitis crónica, el enfisema y la exacerbación del asma, cardiopatía isquémica, cáncer gástrico, de pulmón, de esófago...
Aboaziza E y col. 2015.	Revisión sistemática.	Se produce dependencia de la nicotina / tabaco por abstinencia.
N. Kassem y col. 2014.	Revisión sistemática.	Aparición en orina de fumadores pasivos de nicotina, acroleína y 4- (metilnitrosamino) -1- (3-piridil) -1-butanona (NNK).
Wasim Maziak y col. 2012	Revisión sistemática.	Fumar pipa de agua implica un aumento del riesgo de cáncer.
Caroline Cobb y col. 2010	Revisión sistemática.	Un sólo episodio de uso de pipas de agua contiene aproximadamente 8 veces el CO, 36 veces el alquitrán y más de 50 veces la cantidad de algunos hidrocarburos aromáticos policíclicos cancerígenos, así como metales pesados como el plomo y el cobalto en relación a un solo cigarrillo.
Al Ali R, y col. 2015	Estudio de Cohortes.	Fumadores habituales de pipas de agua están expuestos a cantidades de nitrosaminas de 5 a 10 veces mayores que los no fumadores, y a cantidades similares a las de los fumadores de cigarrillos de un paquete diario.
Jun She, y col. 2014.	Estudio Transversal multicéntrico.	Mayor riesgo de EPOC en personas fumadoras de pipa de agua incluso en comparación con los fumadores de cigarrillos.
Hang T. y col. 2016.	Estudio de	Fumar en Pipa de agua se relacionó con mayor riesgo de Cáncer gástrico.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los tóxicos de los cigarrillos, están presentes en el humo de las pipas de agua.
- La mayor duración de una sesión de pipa de agua, hace que los niveles de nicotina, CO y demás tóxicos inhalados, sean mayores en comparación a un cigarrillo.
- Los efectos adversos también afectan a fumadores pasivos.
- El consumo de tabaco en pipa de agua, puede producir diferentes enfermedades físicas (enfermedades respiratorias y reagudizaciones, enfermedades cardiovasculares, cáncer...) y mentales similares a los cigarrillos.
- Los tóxicos de las pipas de agua sin tabaco son los mismos que aquellas con tabaco, a excepción de la nicotina del tabaco; si bien, hay pocos estudios sobre los efectos perjudiciales de las pipas de agua sin nicotina.
- Hace falta una revisión más exhaustiva de la legislación ante estos dispositivos dado los efectos perjudiciales que pueden provocar, aún sin tabaco, y que están permitidas en recintos cerrados pudiendo haber personas vulnerables alrededor.
- Se desconocen sus efectos a largo plazo y los efectos de estos productos sin tabaco, habiendo encontrado sólo un estudio en la revisión.

Resumen: *En la última década las restricciones en el consumo de tabaco de forma tradicional en forma de cigarrillos, ha sufrido un descenso; si bien ha llevado a que se instalen en nuestra sociedad instrumentos como las pipas de agua, con los cuales se pueda fumar sin que sea cuestionado por la sociedad. El desconocimiento sobre sus efectos perjudiciales es una de las claves de su auge y de la existencia de una legislación flexible. La ley permite su uso en el interior de restaurantes, bares y discotecas siempre que las pipas no contengan nicotina, es decir que no quemem tabaco.*

Palabras Clave: *Carcinógenos, Prevención, Narguile*

Introducción:

El narguile o narguilé, más conocido como shisha, o hookah, pipa de agua, o cachimba es un dispositivo para fumar tabaco compuesto de 3 partes. El Eurobarómetro sobre actitudes de los europeos frente al tabaco y los cigarrillos electrónicos de 2017 señala que al menos uno de cada tres europeos de entre 15 y 24 años (el 28%) afirma haber probado fumar en pipa de agua alguna vez; y un 13% de los fumadores europeos utilizan las pipas de agua y en España representan un 2% de consumidores. Su consumo se relaciona con la diversión y el entretenimiento, la asociación social con amigos y familiares, la presión de grupo y la imitación. Actualmente, la legislación vigente (RD 579/2017) no deja clara la regulación de este producto. El tabaco de pipa de agua es un producto del tabaco, con las mismas reseñas en cuanto al etiquetado de los cigarrillos.

Objetivos:

1. Conocer los efectos de los diferentes componentes de las pipas de agua sobre el organismo.
2. Comparar los efectos perjudiciales de fumar en pipa de agua con respecto a cigarrillos.
3. Explorar los motivos por los que la gente fuma en narguile.

Material y Método:

Criterios de Inclusión:

- A. Estudios que analicen los efectos sobre la salud de fumar en pipa de agua, tanto con contenido en tabaco, como sin tabaco.
- B. Fechas de publicación de los últimos 10 años.
- C. Estudios comparativos entre fumar cigarrillos y pipas de agua.
- D. Artículos en español e inglés. Criterios de Exclusión
- E. Estudios sobre animales.
- F. Estudios fuera de las fechas de interés.

Estrategia de búsqueda: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (PubMed y Cochrane) entre los meses de Mayo a Junio de 2021 en español e inglés o traducciones al inglés usando operadores booleanos "and".

Resultados:

1) Hanan Q. y col. 2019. Los usuarios de la cachimba y fumadores pasivos están expuestos a muchos de los tóxicos a los que están expuestos los consumidores de cigarrillos.

2) Fawad Javed y col. 2017. La mayoría de los tóxicos de las pipas de agua, están presentes en el humo del cigarrillo de manera similar al tabaquismo convencional.

3) Almedawar MM. Y col. 2016. Asociación con la enfermedad de las arterias coronarias, efectos hemodinámicos y respuestas inflamatorias.

4) Kim, K y col. 2016. La concentración de CO en el aire expirado de narguile fue significativamente alta, aproximadamente cinco veces mayor que la de un solo cigarrillo. Aumentos de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.

5) Montazeri, Z., y col. 2016. Asociaciones entre el consumo de pipas de agua y enfermedades crónicas como el cáncer de pulmón, vejiga, enfermedades respiratorias, bajo peso al nacer y enfermedades periodontales, pero la calidad de la evidencia se evaluó baja.

6) Reem Waziry y col. 2017. El consumo de tabaco en pipa de agua probablemente se asocia con cáncer oral y cáncer de pulmón. El consumo de tabaco en pipas de agua probablemente no esté asociado con cáncer de esófago, carcinoma gástrico, cáncer de vejiga o cáncer de próstata. También es probable que no esté asociado con infección por hepatitis C, enfermedad periodontal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, infertilidad o mortalidad. Heterogeneidad en los estudios.

7) Brian A. Primack y col. 2016. Cada sesión de narguile está asociada con la inhalación de dos o tres cigarrillos de nicotina, e incluso adicción en los jóvenes. El nivel de nicotina en sangre de un individuo después de una sesión narguile fue similar al de una persona con un hábito de 10 cigarrillos por día.

8) Alan Shihadeh 2015. Los tóxicos medidos con los productos sin tabaco igualaron o excedieron a los medidos con los productos a base de tabaco.

9) Ziad M El-Zaatari y col. 2015. Tras sesiones de narguile de 30-60 minutos, se observaron aumentos significativos en la frecuencia, tensión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria y del CO en sangre. A largo plazo: bronquitis crónica, el enfisema y la exacerbación del asma, cardiopatía isquémica, cáncer gástrico, de pulmón, de esófago...

10) Aboaziza E y col. 2015. Se produce dependencia de la nicotina / tabaco por abstinencia. 11) N. Kassem y col. 2014. Aparición en orina de fumadores pasivos de nicotina, acroleína y 4- (metilnitrosamino) -1- (3-piridil) -1-butanona (NNK).

12) Caroline Cobb y col. 2010. Un sólo episodio de uso de pipas de agua contiene aproximadamente 8 veces el CO, 36 veces el alquitrán y más de 50 veces la cantidad de algunos hidrocarburos aromáticos policíclicos cancerígenos.

13) Al Ali R, y col. 2015. Fumadores habituales de pipas de agua están expuestos cantidades similares de nitrosaminas a las de los fumadores de un paquete diario.

14) Jun She, y col. 2014. Mayor riesgo de EPOC en personas fumadoras de pipa de agua incluso en comparación con los fumadores de cigarrillos.

15) Hang T. y col. 2016. Estudio de Fumar en Pipa de agua se relacionó con mayor riesgo de Cáncer gástrico.

Conclusiones:

- La mayoría de los tóxicos de los cigarrillos, están presentes en el humo de las pipas de agua.
- La mayor duración de una sesión de pipa de agua, hace que los niveles de nicotina, CO..., sean mayores en comparación a un cigarrillo.
- Los efectos adversos también afectan a fumadores pasivos.
- El consumo de tabaco en pipa de agua puede producir diferentes enfermedades físicas y mentales.
- Los tóxicos de las pipas de agua sin tabaco son los mismos que aquellas con tabaco, a excepción de la nicotina del tabaco.
- Hace falta una revisión más exhaustiva de la legislación ante estos dispositivos.
- Se desconocen sus efectos a largo plazo y los efectos de estos productos sin tabaco.

Bibliografía:

1. Javed,F. Kellesarian, SV. Recent updates on electronic cigarette aerosol and inhaled nicotine effects on periodontal and pulmonary tissues. Oral diseases. Volume 23. November 2017. Pages 1052-1057.
2. Reem Waziry , Mohammed Jawad y Col. Los efectos del tabaquismo en pipa de agua sobre los resultados de salud: una revisión sistemática actualizada y un metaanálisis. International Journal of Epidemiology , Volumen 46, Número 1, febrero de 2017, páginas 32–43, Disponible en: [https:// doi.org/10.1093/ije/dyw021](https://doi.org/10.1093/ije/dyw021)
3. Primack A. Brian. Carrol, Mary. Y Col. Revisión sistemática y metaanálisis de sustancias tóxicas inhaladas por el consumo de pipas de agua y cigarrillos. Sage Journals. Volumen: 131 número: 1, 2016. página (s): 76-85.

Capítulo 198

Segunda etapa del parto prolongada y su relación con la aparición de complicaciones neonatales. Revisión sistemática y metaanálisis

Infante Torres, Nuria

Segunda etapa del parto prolongada y su relación con la aparición de complicaciones neonatales

REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Nuria Infante Torres

Matrona, Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real)

Introducción

- La segunda etapa del parto es el periodo de tiempo que transcurre entre la dilatación cervical completa y el nacimiento del feto.
- La evidencia sobre su **duración ideal** es baja y no está claro si existe un punto temporal a partir del cual aumentan las complicaciones neonatales.
- Ciertas intervenciones obstétricas para reducir su duración y evitar complicaciones neonatales pueden aumentar por sí mismas el riesgo de morbilidad neonatal.

Objetivo

Evaluar la evidencia científica disponible sobre la asociación entre la duración de la segunda etapa del parto prolongada y el riesgo de resultados neonatales adversos

Metodología

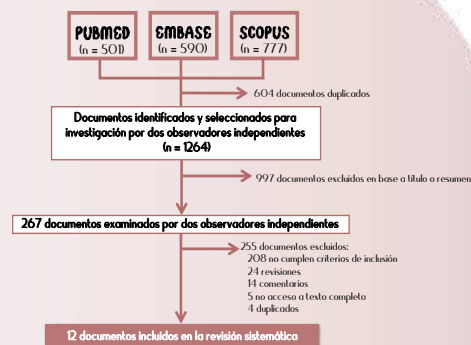
- Fuentes de información:** "Labor Stage, Second" (Mesh) AND (length OR duration OR prolonged OR abnormal OR excessive) / Pubmed, Scopus y Embase.
- Crterios de selección:**
 - Segunda etapa del parto > 4 h en nuliparas.
 - Segunda etapa del parto > 3 h en multiparas.
 - Resultados neonatales relacionados con duración segunda etapa del parto.
 - Resultados por paridad.
- Variables resultado principales:** Apgar < 7 a los 5 min / Ingreso en UCIN / Sepsis neonatal / Muerte neonatal
- Síntesis de datos:**
 - Para calcular el OR, se utilizaron los modelos de efectos fijos de Mantel-Haenszel o de efectos aleatorios de Der Simonian-Laird.
 - Heterogeneidad:** Prueba I² y Q de Cochran.
 - Sesgo de publicación:** Prueba de asimetría de Egger.
 - Significancia estadística:** 0,05
 - Software estadístico StatsDirect, versión 2.7.9.

Tabla 1. Características de los estudios analizados

AÑO DE PUBLICACIÓN / AUTOR	PAIS	DISEÑO DEL ESTUDIO	POBLACION OBJETO DE ESTUDIO	DURACION DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO n (%)					TIPO DE PARTO n (%)			USO DE AP n (%)
				0-1h	1-2h	2-3h	3-4h	>4h	Parto eutócico	Parto instrumental	Cesárea	
1995 / Menticoglou	Canadá	Estudio de cohortes	6041	2622	1805	927	379	308	4942	932	167	NR
2009 / Rouse	EEUU	Análisis secundario a un ECA	4126	1901	1251	614	217	143	3054	765	307	3916
2011 / Li	China	Estudio de cohortes	307	206	29	60	12	NR	NR	NR	NR	NR
2012 / Bleich	EEUU	Estudio de cohortes	21991	13736	4933	1833	1062	427	19326	1367	1298	13676
2015 / Altman	Suecia	Estudio de cohortes	32796	10731	9491	5856	3898	2820	NR	6728	NR	19417
2015 / Hunt	Canadá	Estudio de cohortes	1515	NC	NC	NC	629	886	615	662	238	NR
2017 / Sandström	Suecia	Estudio de cohortes	42539	13558	12225	7710	5238	3808	NR	NR	NR	NR
2018 / Souler	EEUU	Estudio de cohortes	20029	16682			3347		14942	3015	2072	20029
2007 / Cheng	EEUU	Estudio de cohortes	5158	4112	550	239	257	4480	414	263	2274	
2019 / Infante	España	Estudio de cohortes	2145	1589	327	165	64	2070	75	NR	1675	
2009 / Allen	Canadá	Estudio de cohortes	55936 N 65554 M	38790 59227	7832 4171	4406 1188	4908 968	101897	15865	3734	61077	
2017 / Ogunyemi	Estados Unidos	Póster	10487*	NC	NC	NC	NC	NC	NR	NR	NR	NR

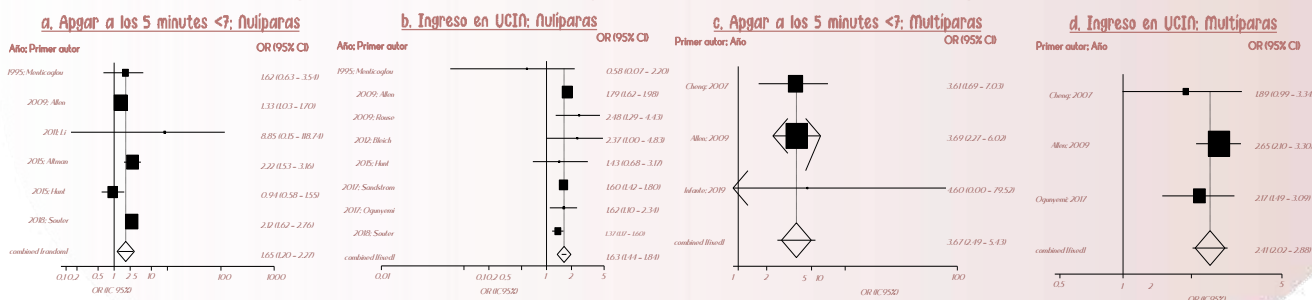
N: nuliparas / M: multiparas / NC: No calculado / NR: No reportado

Gráfico 1. Proceso de selección de estudios



Resultados

Gráfico 2. Forest plot para Apgar < 7 a los 5 min en nuliparas (a), ingreso en UCIN en nuliparas (b), Apgar < 7 a los 5 min en multiparas (c) e ingreso en UCIN en multiparas (d)



Conclusiones

- En gestantes nuliparas, una segunda etapa del parto prolongada no se relaciona con un mayor riesgo de muerte neonatal. Sin embargo, se relaciona con un mayor riesgo de Apgar < 7 a los 5 min, ingreso en UCIN, sepsis neonatal e intubación.
- En gestantes multiparas, una segunda etapa del parto prolongada se relaciona con un mayor riesgo de Apgar < 7 a los 5 min, ingreso en UCIN, liquido amniótico meconial y morbilidad neonatal compuesta.
- Estos potenciales riesgos deberían servir para que los profesionales involucrados en la atención al parto aumenten la supervisión en madres cuya duración de la segunda etapa del parto sea prolongada.

Resumen: En la última década las restricciones en el consumo de tabaco de forma tradicional en forma de cigarrillos, ha sufrido un descenso; si bien ha llevado a que se instalen en nuestra sociedad instrumentos como las pipas de agua, con los cuales se pueda fumar sin que sea cuestionado por la sociedad. El desconocimiento sobre sus efectos perjudiciales es una de las claves de su auge y de la existencia de una legislación flexible. La ley permite su uso en el interior de restaurantes, bares y discotecas siempre que las pipas no contengan nicotina, es decir que no quemem tabaco.

Palabras Clave: Carcinógenos, Prevención, Narguile

Introducción:

El narguile o narguilé, más conocido como shisha, o hookah, pipa de agua, o cachimba es un dispositivo para fumar tabaco compuesto de 3 partes. El Eurobarómetro sobre actitudes de los europeos frente al tabaco y los cigarrillos electrónicos de 2017 señala que al menos uno de cada tres europeos de entre 15 y 24 años (el 28%) afirma haber probado fumar en pipa de agua alguna vez; y un 13% de los fumadores europeos utilizan las pipas de agua y en España representan un 2% de consumidores. Su consumo se relaciona con la diversión y el entretenimiento, la asociación social con amigos y familiares, la presión de grupo y la imitación. Actualmente, la legislación vigente (RD 579/2017) no deja clara la regulación de este producto. El tabaco de pipa de agua es un producto del tabaco, con las mismas reseñas en cuanto al etiquetado de los cigarrillos.

Objetivos:

1. Conocer los efectos de los diferentes componentes de las pipas de agua sobre el organismo.
2. Comparar los efectos perjudiciales de fumar en pipa de agua con respecto a cigarrillos.
3. Explorar los motivos por los que la gente fuma en narguile.

Material y Método:

Criterios de Inclusión:

- A. Estudios que analicen los efectos sobre la salud de fumar en pipa de agua, tanto con contenido en tabaco, como sin tabaco.
- B. Fechas de publicación de los últimos 10 años.
- C. Estudios comparativos entre fumar cigarrillos y pipas de agua.
- D. Artículos en español e inglés. Criterios de Exclusión
- E. Estudios sobre animales.
- F. Estudios fuera de las fechas de interés.

Estrategia de búsqueda: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed y Cochrane) entre los meses de Mayo a Junio de 2021 en español e inglés o traducciones al inglés usando operadores booleanos “and”.

Resultados:

1) Hanan Q. y col. 2019. Los usuarios de la cachimba y fumadores pasivos están expuestos a muchos de los tóxicos a los que están expuestos los consumidores de cigarrillos.

2) Fawad Javed y col. 2017. La mayoría de los tóxicos de las pipas de agua, están presentes en el humo del cigarrillo de manera similar al tabaquismo convencional.

3) Almedawar MM. Y col. 2016. Asociación con la enfermedad de las arterias coronarias, efectos hemodinámicos y respuestas inflamatorias.

4) Kim, K y col. 2016. La concentración de CO en el aire expirado de narguile fue significativamente alta, aproximadamente cinco veces mayor que la de un solo cigarrillo. Aumentos de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.

5) Montazeri, Z., y col. 2016. Asociaciones entre el consumo de pipas de agua y enfermedades crónicas como el cáncer de pulmón, vejiga, enfermedades respiratorias, bajo peso al nacer y enfermedades periodontales, pero la calidad de la evidencia se evaluó baja.

6) Reem Waziry y col. 2017. El consumo de tabaco en pipa de agua probablemente se asocia con cáncer oral y cáncer de pulmón. El consumo de tabaco en pipas de agua probablemente no esté asociado con cáncer de esófago, carcinoma gástrico, cáncer de vejiga o cáncer de próstata. También es probable que no esté asociado con infección por hepatitis C, enfermedad periodontal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, infertilidad o mortalidad. Heterogeneidad en los estudios.

7) Brian A. Primack y col. 2016. Cada sesión de narguile está asociada con la inhalación de dos o tres cigarrillos de nicotina, e incluso adicción en los jóvenes. El nivel de nicotina en sangre de un individuo después de una sesión narguile fue similar al de una persona con un hábito de 10 cigarrillos por día.

8) Alan Shihadeh 2015. Los tóxicos medidos con los productos sin tabaco igualaron o excedieron a los medidos con los productos a base de tabaco.

9) Ziad M El-Zaatari y col. 2015. Tras sesiones de narguile de 30-60 minutos, se observaron aumentos significativos en la frecuencia, tensión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria y del CO en sangre. A largo plazo: bronquitis crónica, el enfisema y la exacerbación del asma, cardiopatía isquémica, cáncer gástrico, de pulmón, de esófago...

10) Aboaziza E y col. 2015. Se produce dependencia de la nicotina / tabaco por abstinencia.

11) N. Kassem y col. 2014. Aparición en orina de fumadores pasivos de nicotina, acroleína y 4- (metilnitrosamino) -1- (3-piridil) -1-butanona (NNK).

12) Caroline Cobb y col. 2010. Un sólo episodio de uso de pipas de agua contiene aproximadamente 8 veces el CO, 36 veces el alquitrán y más de 50 veces la cantidad de algunos hidrocarburos aromáticos policíclicos cancerígenos.

13) Al Ali R, y col. 2015. Fumadores habituales de pipas de agua están expuestos cantidades similares de nitrosaminas a las de los fumadores de un paquete diario.

14) Jun She, y col. 2014. Mayor riesgo de EPOC en personas fumadoras de pipa de agua incluso en comparación con los fumadores de cigarrillos.

15) Hang T. y col. 2016. Estudio de Fumar en Pipa de agua se relacionó con mayor riesgo de Cáncer gástrico.

Conclusiones:

- La mayoría de los tóxicos de los cigarrillos, están presentes en el humo de las pipas de agua.
- La mayor duración de una sesión de pipa de agua, hace que los niveles de nicotina, CO..., sean mayores en comparación a un cigarrillo.
- Los efectos adversos también afectan a fumadores pasivos.
- El consumo de tabaco en pipa de agua puede producir diferentes enfermedades físicas y mentales.
- Los tóxicos de las pipas de agua sin tabaco son los mismos que aquellas con tabaco, a excepción de la nicotina del tabaco.
- Hace falta una revisión más exhaustiva de la legislación ante estos dispositivos.
- Se desconocen sus efectos a largo plazo y los efectos de estos productos sin tabaco.

Bibliografía:

1. Javed,F. Kellesarian, SV. Recent updates on electronic cigarette aerosol and inhaled nicotine effects on periodontal and pulmonary tissues. Oral diseases. Volume 23. November 2017. Pages 1052-1057.
2. Reem Waziry , Mohammed Jawad y Col. Los efectos del tabaquismo en pipa de agua sobre los resultados de salud: una revisión sistemática actualizada y un metaanálisis. International Journal of Epidemiology , Volumen 46, Número 1, febrero de 2017, páginas 32–43, Disponible en:
[https:// doi.org/10.1093/ije/dyw021](https://doi.org/10.1093/ije/dyw021)
3. Primack A. Brian. Carrol, Mary. Y Col. Revisión sistemática y metaanálisis de sustancias tóxicas inhaladas por el consumo de pipas de agua y cigarrillos. Sage Journals. Volumen: 131 número: 1, 2016. página (s): 76-85.

Capítulo 199

Sí, a la enfermería escolar

Rodrigo Sánchez, María del Pilar

Antón Ruano, Noelia

Cámara Sevilla, María del Carmen

Lobero Gurriarán, Verónica

Ortega Abengozar, María

Polo Camacho, Jesús Antonio



SÍ, A LA ENFERMERÍA ESCOLAR

Rodrigo Sánchez, M. Pilar; Antón Ruano, Noelia; Cámara Sevilla, Carmen; Lobero Gurriaran, Verónica; Ortega Abengozar, María; Polo Camacho, Jesús Antonio

INTRODUCCIÓN

En la actualidad están aumentando el número de enfermedades tanto metabólicas, alérgicas, asmáticas, etc, en los niños en edad preescolar y escolar. Además se ha advertido un aumento en la adicción a videojuegos, casas de apuestas y sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, drogas). Se ha reducido el conocimiento y prevención con respecto a la educación sexual, existiendo un incremento tanto en las enfermedades de transmisión sexual como de embarazos no deseados.

OBJETIVOS

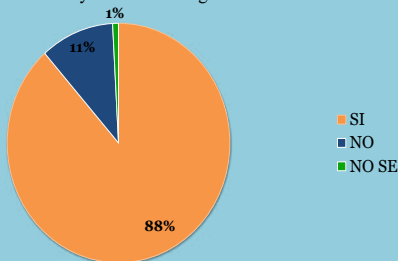
- Conocer la opinión de las familias en relación con la implantación de la enfermería escolar.
- Averiguar si es reconocido por parte de los padres, el trabajo inclusivo que realiza la enfermería escolar, en todas las facetas biopsicosociales del niño.
- Reconocer las limitaciones por parte del personal docente, al no estar preparados para el cuidado sanitario de los niños y por tanto el papel tan importante de la enfermería escolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

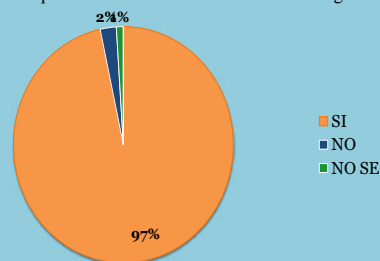
- Estudio observacional descriptivo transversal.
- Muestra del estudio: 600 familias de Ciudad Real, Málaga, Barcelona, Tenerife, Madrid, Menorca, Cádiz, Valladolid, Ávila, Palencia, País Vasco, Segovia ...
- Técnica de recolección de datos: Observación indirecta de un cuestionario sí, no, no sé, con preguntas múltiples.

RESULTADOS

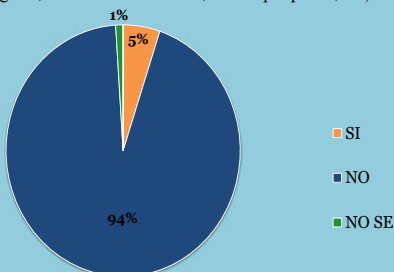
- El 90,17% de las personas encuestadas NO tienen niños con necesidades especiales frente al 8,8% que SI los tiene y un 1,02% no contestan.
- El 81,19% de las personas encuestadas indica que la presencia de la enfermera escolar NO sólo es necesaria en colegios de necesidades especiales, frente al 17,62% que indica que SI y el 1,19% indica que NO SABEN.
- La enfermería escolar ayudaría a la integración.



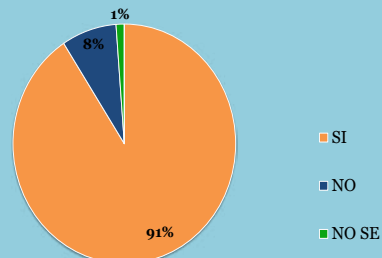
- Les produciría tranquilidad tener una enfermera en los colegios.



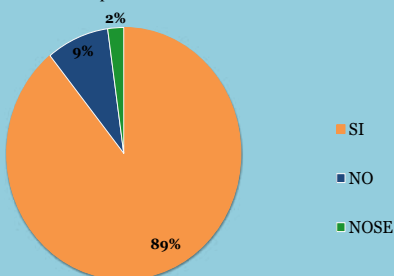
- Los profesores están preparados para resolver los problemas que puedan presentarse en el colegio (fiebres, vómitos, caídas, reacciones alérgicas, reacciones asmáticas, crisis epilépticas, etc)



- La enfermería escolar ayudaría a reducir el absentismo laboral y ayudaría en la conciliación familiar, al estar los niños cuidados y no tener que abandonar con urgencia el trabajo si la situación lo permite



- SI consideran a la enfermera escolar como una buena educadora sanitaria para reducir la obesidad infantil y las enfermedades de transmisión sexual el 89,49% frente al 9,32% que indica que NO y el 1,19% indica que NO SABE.
- Para el 58,98% la enfermera escolar SI ayudaría a reducir el bullying frente al 38,82% que indica que NO y el 2,20% NO SABE.
- Para el 78,64% la enfermera escolar SI reduciría las adicciones (tabaco, alcohol, drogas, videojuegos, casas de apuestas, etc) frente al 20,17% que indica que NO y el 1,19% NO SABE.
- Elegiría un centro escolar que contase con una enfermería escolar frente a un colegio convencional.



CONCLUSIONES

- Con este estudio queda de manifiesto que la enfermería en el medio escolar, es totalmente necesaria tanto para los niños como familias y profesores, no solo en el ámbito asistencial, sino que es esencial para una buena educación sanitaria.
- Pone de manifiesto, tanto las preferencias como la tranquilidad de las familias respecto al cuidado de sus hijos por parte de la enfermera escolar.

BIBLIOGRAFÍA <http://diarioenfermero.es>; <http://www.consejogeneralenfermeria.org>; <http://www.esuelacienciassalud.com>; <http://www.consalud.es>; www.revistaenfermeriacyl.com

Resumen: Existe un aumento del número de enfermedades metabólicas, alergias, adicciones a videojuegos, móviles, sustancias tóxicas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseado.

La enfermería escolar ayuda a los niños que tienen alguna enfermedad o patología a sentirse aceptado y da seguridad al niño a los padres y profesores. Además la enfermera escolar imparte educación para salud desde el propio colegio, apoyando a los alumnos.

Los resultados de este estudio han dado a conocer que los padres están muy interesados en que haya una enfermera escolar apoyando a sus hijos y la ven muy necesaria.

Palabras Clave: Enfermería, Enfermedades, Colegio

Introducción:

La enfermería escolar es una rama de la enfermería que aún no es muy visible en nuestro país ya que pocos son los colegios e institutos que cuentan con una dentro de su plantilla.

A veces se ve solo como aquella persona que está si hay que curar alguna pequeña herida o traumatismo leve, pero la enfermera escolar es más que eso, ella cuida, cuida en todos los ámbitos de desarrollo de los niños (biopsicosocial) y educa, imparte educación para salud desde el propio colegio, apoyando a los alumnos y reforzando esa educación de forma individual si fuera necesario, aconsejando sobre adicciones y como salir de ellas o dándoles a conocer prácticas de sexo seguro.

Quedémonos con la idea de que la enfermera escolar educa, cuida y ayuda a desarrollarse en todos los ámbitos al alumno y además proporciona cuidados cuando se hace una herida, sufre un traumatismo etc.

Sabiendo la importancia de la enfermera escolar y el poco reconocimiento que tiene hoy en día, hicimos un estudio para conocer la opinión de las familias en relación con la implantación de la enfermería escolar, ver si era reconocido el trabajo que realizan y saber si son conscientes de las limitaciones, a veces, del personal docente frente algunas situaciones sanitarias.

Para la recogida de datos se hizo una encuesta de la cual se obtuvo los datos utilizando la técnica de observación indirecta de dicho cuestionario de si, no, no sé, y con preguntas múltiples, con estos datos se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 600 personas de diferentes provincias de España (Ciudad Real, Málaga, Barcelona, Tenerife, Madrid, Menorca, Cádiz, Valladolid, Ávila, Palencia, País Vasco, Segovia..)

Resultados:

El 90,17% de las personas encuestadas NO tienen niños con necesidades especiales frente al 8,8% que SÍ los tiene y un 1,02% no contestan.

- El 81,19% de las personas encuestadas indican que la presencia de la enfermera escolar NO sólo es necesaria en colegios con necesidades especiales, frente al 17,62% que indican SÍ y el 1,19% NO SABEN.

- La enfermería escolar ayudaría en la integración, según la encuesta el 88% SÍ están de acuerdo, el 11% NO lo están y el 1% NO SABE.

Ahora más que nunca con la Investigación en enfermería y fisioterapia

- Al 97% de los encuestados Sí les produciría tranquilidad tener una enfermera en los colegios, al 2% NO y al 1% NO SABE.

- Los profesores están preparados para resolver los problemas que puedan presentarse en el colegio (fiebres, vómitos, caídas, reacciones alérgicas, asmáticas, crisis epilépticas, etc.) según el 5% Sí lo estarían, el 94% piensan que NO están preparados y el 1% NO SABE.

- La enfermería escolar ayudaría a reducir el absentismo laboral y ayudar en la conciliación familiar, al estar los niños cuidados y no tener que abandonar con urgencias el trabajo si la situación lo permite. El 91% han contestado que SI, el 8 % NO creen que con una enfermera escolar se pueda reducir el absentismo laboral y el 1% NO SABE.

- Sí consideran a la enfermera escolar como una buena educadora sanitaria para reducir la obesidad infantil y las enfermedades de transmisión sexual el 89,49% frente al 9,32% que indica que NO y el 1,19% indica que NO SABE.

- Para el 58,98% la enfermera escolar Sí ayudaría a reducir el bullying frente al 38,82% que indica que NO y el 2,20% NO SABE.

- Para el 78,64% la enfermera escolar Sí reduciría las adicciones (tabaco, alcohol, drogas, videojuegos, casas de apuestas, etc.) frente al 20,17% que indica que NO y el 1,19% NO SABE.

- EL 89% Sí Elegiría un centro escolar que contase con una enfermera escolar frente a un colegio convencional, el 9% NO y un 2% NO SABE.

Con este estudio llegamos a la conclusión de lo necesaria que es la enfermería escolar para niños, adolescentes, padres y profesores. Pone en manifiesto la tranquilidad que les daría a las familias contar con una enfermera dentro del ámbito escolar que ayude a sus hijos tanto cuando se hacen una pequeña herida o tienen una alergia como para solucionar dudas sobre su salud o la salud de los que le rodean.

Bibliografía:

1. Enfermería escolar: las ventajas de tener una enfermera en el cole [Internet]. Aserhco.com. 2015 Disponible en: [https:// www.aserhco.com/enfermeria-escolar-ventajas/](https://www.aserhco.com/enfermeria-escolar-ventajas/)
2. Diario Enfermero - Noticias de enfermería y salud [Internet]. Diarioenfermero.es. 2014 Disponible en: [https:// diarioenfermero.es/](https://diarioenfermero.es/)
3. CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA [Internet]. ConsejoGeneralenfermeria.org. Disponible en: [http:// www.consejogeneralenfermeria.org](http://www.consejogeneralenfermeria.org)
4. ConSalud.es [Internet]. Consalud.es. Disponible en: [http:// consalud.es](http://consalud.es)
5. Metis Enfermería [Internet]. Revistaenfermeriacyl.com. Disponible en: [http:// revistaenfermeriacyl.com](http://revistaenfermeriacyl.com)

Capítulo 200

Síndrome de burnout en el personal de enfermería de quirófano

Carrasco Ortiz, Consuelo

González Naranjo, Soledad

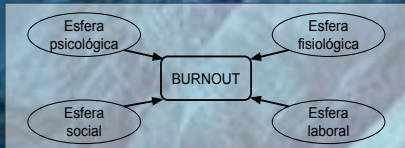
Novalvo Ruiz, Estefanía

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Consuelo Carrasco Ortiz, Soledad González Naranjo, Estefanía Novalvo Ruiz

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés laboral crónico que tiene importantes consecuencias fisiológicas, psicológicas, sociales y laborales. Entre el personal sanitario se observa una elevada prevalencia, siendo determinados servicios más propensos a la aparición de nuevos casos.



OBJETIVO

El propósito principal será estudiar el estado actual de la relación de este síndrome con los profesionales de enfermería del sector quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados en: Pubmed, Scielo y Dialnet. Además se consultaron revistas especializadas (Nure Investigación y Enfermería del Trabajo).

Criterios de inclusión:

- Tipo de publicación: revisiones sistemáticas, metaanálisis, artículos de revistas científicas, investigaciones cualitativas y cuantitativas.
- Fecha de publicación: 01/01/2015 - 31/12/2020.
- Idiomas: español e inglés.
- Términos de búsqueda: surgical burnout, burnout en quirófano, burnout nursing profession, burnout en enfermería.

Criterios de exclusión:

- Trabajos focalizados en personal no enfermero.
- Artículos o estudios centrados únicamente en el estrés laboral.
- Literatura gris, comunicaciones, ponencias, cartas al director, entrevistas o artículos de reflexión.
- Artículos centrados en otros servicios no quirúrgicos.

RESULTADOS

Tras una primera búsqueda, no se encontró ningún artículo con la temática específica del burnout dentro del área quirúrgica. Ante esta dificultad, se redujeron los términos de búsqueda a "burnout en enfermería" y "burnout nursing profession". Los artículos obtenidos tras aplicar los criterios de inclusión fueron 203; tras la aplicación de los criterios de exclusión se redujeron a 17.

CONCLUSIONES

- **Prevalencia.** Es cada vez más elevada. Suelen presentar niveles elevados de estrés y, un porcentaje considerable, desarrolla desgaste ocupacional.
- **Variables predictoras.** Tienen mayor peso las variables organizacionales. Destacan la alta demanda y la sobrecarga laboral, teniendo una importancia considerable la falta de apoyo organizacional percibido.
- **Manifestaciones clínicas.** Se observan elevadas puntuaciones en la dimensión de despersonalización, seguida de agotamiento emocional. También existen síntomas de agotamiento físico manifestados por dolores generalizados, contracturas, cansancio y cefalea.
- **Medidas de prevención.** No se han descrito medidas específicas, han sido estudiadas las mismas que para el afrontamiento del estrés y de la ansiedad.
- **Estrategias de intervención.** Se basan en terapias cognitivas como mindfulness y terapias de aceptación y compromiso.



CONCLUSIÓN FINAL

Resulta llamativa la escasez de estudios sobre el Burnout dentro de área quirúrgica en los últimos años, más aún, cuando por las especificaciones propias del servicio, se dan todas las variables predictoras para su desarrollo. En cambio, sí se encuentran disponibles diferentes estudios en otros servicios. También destaca la falta de evidencia sobre medidas de prevención específicas eficaces.

Resumen: *El síndrome de Burnout es una respuesta poco adaptativa e inadecuada a un estrés laboral crónico que tiene importantes consecuencias fisiológicas, psicológicas, sociales y laborales. El objetivo de esta revisión es conocer la prevalencia, factores predisponentes, manifestaciones clínicas, estrategias de prevención y de afrontamiento en el personal de enfermería dentro del área quirúrgica. Tras la revisión de los datos obtenidos se puede establecer la relevancia y las consecuencias de este síndrome dentro del sector quirúrgico así como la falta de estudios al respecto.*

Palabras Clave: *Burnout, Enfermería, Quirófano*

Introducción:

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional, es el reflejo de cómo el mantenimiento crónico de circunstancias adversas en el trabajo, pueden llegar a ocasionar consecuencias altamente negativas en el individuo. Actualmente nos encontramos cada vez con más sujetos que lo padecen y con entornos laborales donde se da una mayor incidencia. El trabajo en el ámbito sanitario puede llegar a presentar en muchas ocasiones las condiciones idóneas para el desarrollo de burnout. Si a esto le añadimos las exigencias que demanda un quirófano para estos profesionales, nos encontramos con todos los factores necesarios para su desarrollo.

Dada la importancia de las consecuencias que arrastra esta patología tanto para el trabajador como para la empresa, es interesante intentar desarrollar este campo para poder establecer su etiología, sintomatología y repercusiones a corto y largo plazo en estos profesionales. Sería interesante poder llegar a plantear posibles medidas de prevención, de cara a la organización, en el centro de trabajo. Así mismo, una vez instaurado este síndrome, se debería poder contar con las estrategias de intervención necesarias para poder combatirlo de una forma eficaz.

Objetivo:

Estudiar el estado actual de la relación que guarda el síndrome de Burnout con los profesionales sanitarios dentro del campo quirúrgico. Se realizará para ello una revisión bibliográfica sobre la literatura publicada en los últimos cinco años.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados en las siguientes bases de datos electrónicas de ciencias de la salud: Pubmed, Scielo y Dialnet. También se consultaron revistas especializadas como Nure Investigación y Enfermería del trabajo. Se utilizaron las publicaciones comprendidas entre el año 2016 y el año 2020.

Resultados:

Tras una primera búsqueda, no se encontró ningún artículo con la temática específica del burnout dentro del área quirúrgica. Ante esta dificultad, se redujeron los términos de búsqueda a “burnout en enfermería” y “burnout nursing profession”. Los artículos obtenidos tras aplicar los criterios de inclusión fueron 203; tras la aplicación de los criterios de exclusión se redujeron a 17

Conclusiones:

La prevalencia de este síndrome entre los profesionales sanitarios es cada vez más elevada. Estos trabajadores por lo general presentan niveles elevados de estrés y un porcentaje considerable, desarrolla desgaste ocupacional, más en concreto entre la enfermería.

Resulta llamativa la escasez de estudios realizados sobre el Burnout en el personal de enfermería dentro del área quirúrgica en los últimos años, más aún, cuando por las especificaciones propias del servicio, es un lugar donde se dan todas las variables predictoras necesarias para su desarrollo. En cambio, sí se encuentran diferentes estudios sobre el síndrome en otros servicios como oncología, urgencias, unidades de cuidados intensivos e incluso en atención primaria.

En la mayor parte de los trabajos analizados sobre la influencia de las variables en el desarrollo del síndrome, tienen mayor peso las variables organizacionales. Destacan la alta demanda y la sobrecarga laboral, teniendo también un peso importante la falta de apoyo organizacional percibido.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se observa por lo general una elevada puntuación en la dimensión de despersonalización, seguida de agotamiento emocional. También se observan síntomas físicos de agotamiento manifestados por dolores en diferentes zonas, contracturas, cansancio y cefalea.

Como medidas de prevención, han sido estudiadas las mismas que para el afrontamiento del estrés y la ansiedad. No se han descrito medidas específicas que capaciten a estos profesionales para evitar la aparición. Sí existen estrategias de intervención, utilizadas mayormente en otros países, basadas en terapias cognitivas como mindfulness y terapias de aceptación y compromiso.

Se extrae como conclusión la falta de estudios centrados en el área quirúrgica. Además, existe poca evidencia sobre medidas de prevención eficaces así como pocos estudios sobre las posibles estrategias de intervención y su eficiencia.

Bibliografía:

1. Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, De la Fuente EI. (2014) Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol.* 2014; 46(1): 44-52.
2. Hamson W.D.A. (2005) social competence model or Burnout. *Stress and Burnout in the human services professions. The New England Journal* 31: 29-31
3. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. (2011) Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int.* 108:781–7.
4. McKnight, J. D., & Glass, D. C. (1995). Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 490–494
5. Weber, A., Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, v. 50, n°7, p. 512-517.

Capítulo 201

Síndrome de Lowe. Reporte de un caso.

Madueño Moreno, Silvia

Madueño Moreno, José Luis

Síndrome de Lowe. Reporte de un caso.

Silvia Madueño Moreno y Jose Luis Madueño Moreno

Introducción

El síndrome de Lowe está causado por una actividad muy reducida de la inositol polifosfato 5-fosfatasa, también llamada OCRL-1 o PIP2, una proteína con actividad de enzima que está codificada por el gen OCRL (cromosoma X), que afecta generalmente a varones en la primera infancia. Descrito en 1952 por Lowe y Cols. También es designado descriptivamente como distrofia oculo- cerebro-renal. Sus manifestaciones clínicas se corresponden con un síndrome de Falconi asociado a retraso psicomotor, hipotonía y alteraciones oculares varias (cataratas, glaucoma u opacidades corneales). Puede cursar con convulsiones de inicio antes de los 6 años.

El tratamiento incluye: cirugía de catarata, control de glaucoma, terapia física y de lenguaje, medicamentos para manejo de la conducta y la corrección de la acidosis tubular y alteraciones óseas mediante la utilización de bicarbonato, fosfato y potasio.

Tiene un pronóstico de vida que ronda los 40 años.



Observación clínica

EMM es un varón de 2 años y 11 meses. Fue parto a término (41+5), controlado por polihidramnios. Nacido por cesárea por desproporción y sospecha de pérdida del bienestar fetal. Peso al nacer: 4940 g. Apgar: 1/5/7. Trasladado a UCI neonatal del hospital de Ciudad Real por hipoxia-isquemia. (Atrofia cerebral cortico-subcortical)

Diagnosticado de SD de Lowe con Tubulopatía de Falconi, aminoaciduria y acidosis metabólica, macrocefalia, portador de VDVP, hipotonía generalizada, retraso global del desarrollo severo. Disminución de la agregación en ADP. Raquitismo hipofosfatémico (fracturas bilaterales en los antebrazos y osteopenia severa). En seguimiento por RHB. En la actualidad está intervenido de catarata bilateral, criptorquidia bilateral, fimosis, hernia inguinal y desprendimiento de retina del OI del que ha perdido la visión.

Come bien, deposiciones a diario y bebe abundante agua. A nivel psicomotor, buen control cefálico, comienza a mantenerse sentado, durante aproximadamente 1 minuto. Diversas esterotipias. Es capaz de articular algunos sonidos y palabras por imitación.

Tratamiento: Bicarbonato sódico 2.5g/24h, Phosphate NM 500 g repartidos en 5 tomas., hidrocortiacida 25 mg: 1/2 comp de y 1/4 comp cena, vitamina D 1200 UI /24h, Ethalpa: 5 gotas/12h, cloruro potásico 1 molar: 90 ml/24h, glutaferró 1 ml/24h, Indometacina 5 mg/dl: 1 ml c/6h, Predforte 1 gota c/24h en OI, atropina 0.5% 1 gota c/24h en OI, lagrimas artificiales en ambos ojos.

Plan de cuidados de enfermería

Diagnostico	NOC	NIC
Deterioro de la movilidad física (00085)	Movimiento articular activo (206) Nivel de movilidad (208) Capacidad cognitiva (0900)	Terapia de ejercicios: movilidad articular (224) Terapia de actividad (4310) Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito (5612) Apoyo al cuidador principal (7040)
Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)	Equilibrio electrolítico y acido base (0600) Estado nutricional ingestión de nutrientes (1009)	Manejo de electrolitos (2080) Manejo de la nutrición (1100)
Riesgo de traumatismo r/c disminución de la visión (00038)	Estado de seguridad: lesión física(1913) Control de riesgo (1902) Estado de seguridad: caídas (1912)	Enseñanza actividad / ejercicio prescrito (5612) Sujeción física (6580) Contacto (5460)
Riesgo de sequedad ocular (00219)	Control del riesgo: ojo seco (1927).	Administración de medicación (2310)
Trastorno de la percepción sensorial: visual (00122)	Orientación cognitiva (901) Conducta de compensación visual (1611)	Fomento de la comunicación: déficit visual (4978) Prevención de caídas (6490) Vigilancia: seguridad (6654)
00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo	Desarrollo infantil: 3 años (105) Crecimiento (10)	Fomento del desarrollo del niño(7050) Identificación de riesgos (6610)

Discusión y conclusiones

La calidad de vida depende de la magnitud de las manifestaciones renales y neurológicas, raramente supera los 40 años y el deceso ocurre entre los 20-40 años por la enfermedad renal, la hipotonía, el incremento de la susceptibilidad a enfermedades infecciosas, las convulsiones y la muerte súbita.

Los adultos en su mayoría viven con sus familias y muy pocos llegan a ser independientes como para vivir en una casa con una ayuda y guía apropiada.

En el caso de nuestro paciente, las intervenciones domiciliarias van encaminadas a fomentar el desarrollo de la movilidad, conservación de la visión, control de los desajustes metabólicos y renales y potenciar el desarrollo físico e intelectual del niño.

Bibliografía

- Nadia Luz Casillas-Chavarín, Victor Manuel Villar-Calvo y Alfredo Lizárraga-Corona. Síndrome de Lowe: reporte de caso. Rev Mex Oftalmol. 2016;90(6):305---308
- M.J. Coma, S. Pascual, S. Razquin, y G. Torres. Síndrome de Lowe en una mujer adulta. Nefrología. Vol. IX. Núm. 2. 1989.
- Arnolfo de Carvalho-Neto, Sergio Eiji Ono, Georgina de Melo Cardoso1, Mara Lucia Schmitz Ferreira Santos, Izabela Celidonio. Oculocerebrorenal síndrome of Lowe. Magnetic resonance imaging findings in the first six years of life. Arq Neuropsiquiatr 2009;67(2-A):305-307

Resumen: El síndrome de Lowe está causado por una actividad muy reducida de la inositol polifosfato 5- fosfatasa, una proteína con actividad de enzima que está codificada por el gen OCRL, afecta generalmente a varones en la primera infancia. Sus manifestaciones clínicas se corresponden con un síndrome de Falconi, asociado a retraso psicomotor, hipotonía y alteraciones oculares. Puede cursar con convulsiones. El tratamiento incluye: cirugía de catarata, control de glaucoma, terapia física y de lenguaje, medicamentos para manejo de la conducta y la corrección de la acidosis tubular y alteraciones óseas mediante la utilización de bicarbonato, fosfato y potasio.

Palabras Clave: síndrome de Lowe, Síndrome de Falconi, Cataratas Congénitas

Introducción:

EMM es un varón de 2 años y 11 meses. Fue parto a término (41+5), controlado por polihidroamnios. Nacido por cesárea por desproporción y sospecha de pérdida del bienestar fetal. Peso al nacer: 4940 g. Apgar: 1/5/7. Trasladado a UCI neonatal del hospital de Ciudad Real por hipoxia-isquemia. (Atrofia cerebral cortico-subcortical)

Diagnosticado de SD de Lowe con tubulopatía de Falconi, aminoaciduria y acidosis metabólica, macrocefalia, portador de VDVP, hipotonía generalizada, retraso global del desarrollo severo.

Disminución de la agregación en ADP. Raquitismo hipofosfatémico (fracturas bilaterales en los antebrazos y osteopenia severa). En seguimiento por RHB.

En la actualidad está intervenido de catarata bilateral, criptorquidia bilateral, fimosis, hernia inguinal y desprendimiento de retina del OI del que ha perdido la visión.

Come bien, deposiciones a diario y bebe abundante agua. A nivel psicomotor, buen control cefálico, comienza a mantenerse sentado, durante aproximadamente 1 minuto. Diversas estereotipias. Es capaz de articular algunos sonidos y palabras por imitación.

Tratamiento:

Bicarbonato sódico 2.5g/24h, Phosphate NM 500 g repartidos en 5 tomas., hidrocortiacida 25 mg: ½ comp de y ¼ comp cena, vitamina D 1200 UI /24h, Ethalpa: 5 gotas/12h, cloruro potásico 1 molar: 90 ml/24h, glutaferro 1 ml/24h, Indometacina 5 mg/dl: 1 ml c/6h, Predforte 1 gota c/24h en OI, atropina 0.5% 1 gota c/24h en OI, lagrimas artificiales en ambos ojos.

Plan de Ciudadanos:

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física (00085)

NOC: Movimiento articular activo (206)

Nivel de movilidad (208)

Capacidad cognitiva (0900)

NIC: Terapia de ejercicios: movilidad articular (224)

Terapia de actividad (4310)

Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito (5612)

Apoyo al cuidador principal (7040)

Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)

NOC: Equilibrio electrolítico y ácido base (0600)

Estado nutricional ingestión de nutrientes (1009)

NIC: Manejo de electrolitos (2080)

Manejo de la nutrición (1100)

Diagnóstico: Riesgo de traumatismo r/c disminución de la visión (00038)

NOC: Estado de seguridad: lesión física (1913)

Control de riesgo (1902) Estado de seguridad: caídas (1912)

NIC: Enseñanza actividad / ejercicio prescrito (5612)

Sujeción física (6580)

Contacto (5460)

Diagnóstico: Riesgo de sequedad ocular (00219)

NOC: Control del riesgo: ojo seco (1927).

NIC: Administración de medicación (2310)

Diagnóstico: Trastorno de la percepción sensorial: visual (00122)

NOC: Orientación cognitiva (901)

Conducta de compensación visual (1611)

NIC: Fomento de la comunicación: déficit visual (4978) Prevención de caídas (6490)

Vigilancia: seguridad (6654)

Diagnóstico: Retraso en el crecimiento y desarrollo (00111)

NOC: Desarrollo infantil: 3 años (105)

Crecimiento (10)

NIC: Fomento del desarrollo del niño (7050) Identificación de riesgos (6610)

Discusión y Conclusiones:

La calidad de vida depende de la magnitud de las manifestaciones renales y neurológicas, raramente supera los 40 años y el deceso ocurre entre los 20-40 años por la enfermedad renal, la hipotonía, el incremento de la susceptibilidad a enfermedades infecciosas, las convulsiones y la muerte súbita.

Los adultos en su mayoría viven con sus familias y muy pocos llegan a ser independientes como para vivir en una casa con una ayuda y guía apropiada.

En el caso de nuestro paciente, las intervenciones domiciliarias van encaminadas a fomentar el desarrollo de la movilidad, conservación de la visión, control de los desajustes metabólicos y renales y potenciar el desarrollo físico e intelectual del niño

Bibliografía:

1. Nadia Luz Casillas-Chavarín, Victor Manuel Villar-Calvo y Alfredo Lizárraga-Corona. Síndrome de Lowe: reporte de caso. Rev Mex Oftalmol. 2016;90(6):305---308
2. M.J. Coma, S. Pascual, S. Razquin, y G. Torres. Síndrome de Lowe en una mujer adulta. Nefrología. Vol. IX. Núm. 2. 1989.
3. Arnolfo de Carvalho-Neto, Sergio Eiji Ono, Georgina de Melo Cardoso¹, Mara Lucia Schmitz Ferreira Santos, Izabela Celidonio. Oculocerebrorenal síndrome of Lowe. Magnetic resonance imaging findings in the first six years of life. Arq Neuropsiquiatr 2009;67(2-A):305-307

Capítulo 202

Síndrome del bastón de caramelo

Ponce Cañizares, Elisabet

SINDROME DEL BASTÓN DE CAMELO

Autora: Elisabet Ponce Cañizares

SATSE

Introducción

La obesidad ha alcanzado niveles de epidemia, y cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Es por ello que han surgido diferentes métodos de tratamiento, tanto médicos como quirúrgicos, los cuales estos últimos tienen una gran eficacia. Una de las técnicas utilizadas es la **derivación gástrica en Y de Roux**. Con esta técnica el estómago se divide en un reservorio proximal y pequeño y en un remanente distal grande no funcional. El reservorio pequeño se anastomosa con el yeyuno proximal a través de una gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. Como cualquier intervención quirúrgica no está exenta de complicaciones, siendo el **síndrome de bastón de caramelo o candy cane** una complicación tardía de este tipo de cirugía.

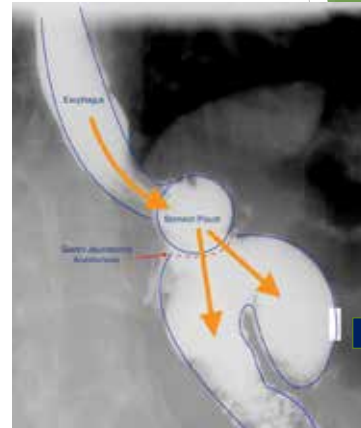
Observación clínica

Paciente mujer de 47 años de edad, la cual describe dolor abdominal superior acompañado de náuseas y en ocasiones vómitos que empeoran con la ingesta de alimentos y bebidas gaseosas.

Antecedentes: hipertensión, dislipemia, obesidad mórbida con Bypass Gástrico en Y de Roux en 2018.

Es ingresada en planta para valoración y tratamiento. Tras varias pruebas diagnósticas sin resultados, se le realiza la prueba del tránsito intestinal con contraste donde se observó el extremo "ciego" de la anastomosis del intestino delgado demasiado largo y dilatado, este asa se correspondía con la zona de más dolor y esto hace que los alimentos se asienten en el gancho de la caña de caramelo.

Se le realizó laparoscopia exploradora y se procedió a la resección de esta.



Plan de cuidados enfermeros

Toma de constantes vitales	
Control del dolor	
Tolerancia oral	
Administración de tratamiento	
Cura herida de laparoscopia	
Analítica	
Peristaltismo y deposición	
Cuidados del drenaje	

Discusión

En los pacientes con antecedente de cirugía bariátrica, es importante realizar un estudio extenso para determinar las posibles causas que pueden originar el dolor crónico, incluyendo la laparoscopia exploradora. El dolor abdominal está relacionado con la predilección del tránsito intestinal hacia el asa ciega y los movimientos peristálticos para su vaciamiento, así como con el sobrecrecimiento bacteriano en su comportamiento ciego. La prueba diagnóstica de elección es el tránsito intestinal y el tratamiento es la resección laparoscópica del asa.

Conclusión

La seguridad y la recuperación del paciente es una responsabilidad de todo el personal sanitario. La enfermera tiene un rol fundamental en la atención y protección de la salud tras dicha intervención quirúrgica. Durante el ingreso también se dio educación para la salud de cara al alta y ofrecimos acceso a su enfermera de atención primaria para llevar un seguimiento de su proceso y reforzar la adherencia a los nuevos hábitos ya que no estaba llevando hábitos saludables tras la intervención anterior por problemas de ansiedad, baja autoestima.

Resumen: La obesidad ha alcanzado niveles de epidemia, y cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad. Es por ello que han surgido diferentes métodos de tratamiento, como la derivación gástrica en Y de Roux. Como cualquier intervención quirúrgica no está exenta de complicaciones, siendo el síndrome de bastón de caramelo una complicación tardía de este tipo de cirugía. A continuación, se expone un caso clínico de la complicación descrita, en el que se detalla la situación del paciente, el plan de cuidados enfermeros, la discusión y conclusión a la que se llega.

Palabras Clave: Cirugía bariátrica y de Roux Obesidad

Introducción:

La obesidad ha alcanzado niveles de epidemia, y cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Es por ello que han surgido diferentes métodos de tratamiento, tanto médicos como quirúrgicos, los cuales estos últimos tienen una gran eficacia. Una de las técnicas utilizadas es la derivación gástrica en Y de Roux. Con esta técnica el estómago se divide en un reservorio proximal y pequeño y en un remanente distal grande no funcional. El reservorio pequeño se anastomosa con el yeyuno proximal a través de una gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. Como cualquier intervención quirúrgica no está exenta de complicaciones, siendo el síndrome de bastón de caramelo o candy cane una complicación tardía de este tipo de cirugía.

Observación Clínica:

Paciente mujer de 47 años, la cual describe dolor abdominal superior acompañado de náuseas y en ocasiones vómitos que empeoran con la ingesta de alimentos y bebidas gaseosas.

Antecedentes: hipertensión, dislipemia, obesidad mórbida con Bypass Gástrico en Y de Roux en 2018. Es ingresada en planta para valoración y tratamiento. Tras varias pruebas diagnósticas sin resultados, se le realiza la prueba del tránsito intestinal con contraste donde se observó el extremo "ciego" de la anastomosis del intestino delgado demasiado largo y dilatado, esta asa se correspondía con la zona de más dolor y esto hace que los alimentos se asienten en el gancho de la caña de caramelo.

Se le realizó laparoscopia exploradora y se procedió a la resección de esta.

Plan de Cuidados enfermeros:

- Toma de constantes vitales
- Control del dolor
- Tolerancia oral
- Administración de tratamiento
- Cura herida de laparoscopia
- Analítica
- Peristaltismo y deposición
- Cuidados del drenaje

Discusión:

En los pacientes con antecedente de cirugía bariátrica, es importante realizar un estudio extenso para determinar las posibles causas que pueden originar el dolor crónico, incluyendo la laparoscopia exploradora. El dolor abdominal está relacionado con la predilección del tránsito intestinal hacia el asa ciega y los movimientos peristálticos para su vaciamiento, así como con el sobrecrecimiento bacteriano en su comportamiento ciego. La prueba diagnóstica de elección es el tránsito intestinal y el tratamiento es la resección laparoscópica del asa.

Conclusión:

La seguridad y la recuperación del paciente es una responsabilidad de todo el personal sanitario. La enfermera tiene un rol fundamental en la atención y protección de la salud tras dicha intervención quirúrgica. Durante el ingreso también se dio educación para la salud de cara al alta y ofrecimos acceso a su enfermera de atención primaria para llevar un seguimiento de su proceso y reforzar la adherencia a los nuevos hábitos ya que no estaba llevando hábitos saludables tras la intervención anterior por problemas de ansiedad, baja autoestima.

Bibliografía:

1. Khan K, Rodriguez R, Saeed S, Persaud A, Ahmed L. A Case series of candy cane limb syndrome after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Journal of surgical case reports [Internet]. 2018;

<https://www.semanticscholar.org/paper/A-Case-series-of-candy-cane-limb-syndrome-after-Khan-Rodriguez/e7ffad578b280a206b8dda360e2dbceecd7e5529>

2. Comunicación OBESIDAD MÓRBIDA | Cirugía Española | Cirugía Española [Internet]. www.elsevier.es. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-33-congreso-nacional-cirugia-114-sesion-obesidad-morbida-6200-comunicacion-sindrome-del-candy-cane-complicacion-74025>

3. De Paz U, Contreras, Je P. Late Complications in Bariatric Surgery. Rev Guatem Cir [Internet]. 2015;21. <http://pp.centramerica.com/pp/bancofotos/1519-28767.pdf>

4. Resección Laparoscópica de Colon: Información Para el Paciente de Parte de Su Médico y de SAGES - Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons [Internet]. SAGES.

<https://www.sages.org/publications/patient-information/reseccion-laparoscopica-de-colon-informacion-para-el-paciente-de-parte-de-su-medico-y-de-sages/>

5. Romero-Mejía C, Camacho-Aguilera JF, Paipilla-Monroy O. Síndrome del “bastón de caramelo” en derivación gástrica por laparoscopia. Cirugía y Cirujanos [Internet]. 2010;78(4):347–51.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66219078010>

Capítulo 203

Síndrome Fosfolipídico primario en varón de 44 años

Gijón Ruiz, María de Gracia

Cruz Moreno, Encarnación

Rodríguez Escudero, Cristina

Núñez Jiménez, María del Pilar

Solís Montes, José Enrique

Solís Montes, Paloma

SÍNDROME FOSFOLÍPIDICO PRIMARIO EN VARÓN DE 44 AÑOS

GIJÓN RUIZ, MG, SOLÍS MONTES, P. SOLÍS MONTES, J. E. NÚÑEZ JIMÉNEZ, MP. RODRÍGUEZ ESCUDERO, CRUZ MORENO, E.



Introducción

El síndrome antifosfolípido (SAF), ó Síndrome de Hughes(1983) es un estado trombofílico (arterial y/o venoso) y/o de pérdidas fetales recurrentes en presencia de anticuerpos antifosfolípido (aFL), como el anticuerpo lúpico (AL) o anticardiolipina (aCL), acompañado en ocasiones de trombocitopenia (30%). Es una de las causas más frecuentes en pacientes con trombofilia adquirida y accidente cerebro vascular (ACV) en menores de 50 años. Hay dos tipos: - SAF primario: no asociado a Lupus Eritomatoso (LES) u otras enfermedades autoinmunes. - SAF secundario: asociado a enfermedades autoinmunes (principalmente a LES y artritis reumatoide). Otro subtipo es el SAF catastrófico (<1% de los casos) de curso fulminante, con fallo multiorgánico secundario a trombosis masiva y con una tasa de mortalidad del 50%, a pesar del tratamiento. La prevalencia de aFL es 1-5% y una minoría desarrolla el SAF, con una incidencia de 5 casos nuevos cada 100.000 hab/año y la prevalencia de SAF es de 40-50 casos por cada 100.000 hab., con una ratio mujer: hombre en torno a 5:1. Los aFL son positivos en 13% de pacientes con ACV, 11% con infarto agudo de miocardio (IAM), 9.5% de los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) y 6% de los pacientes con morbilidad del embarazo. También destacar que los pacientes con LES suelen presentar SAF entre un 40-50%. La etiología del SAF no se conoce con exactitud, aunque se plantean dos causas posibles: una etiología infecciosa y una etiología trombogénica. El tratamiento, por tanto es difícil de establecer, debido a la ausencia de una orientación clara sustentada en la evidencia científica, pero se basa principalmente en anticoagulantes y antiagregantes. Además, se considera que un 10% de los pacientes con SAF pueden tener factores de trasmisión hereditaria. Actualmente existe una investigación a nivel europeo, para identificar su posible base genética. Los criterios diagnósticos de muestran en el cuadro I

Observación Clínica

Varón de 44 años, NAMC, no fumador, bebedor social esporádico, deportista, asintomático, sin antecedentes de fenómenos trombóticos ni enfermedad autoinmune, con tratamiento actual para la ansiedad (motivam). En julio del 2018 por reconocimiento de empresa se observan hallazgos en ECG (frecuentes extrasístoles). Es remitido al Médico de Atención Primaria (MAP), el cual manda analítica completa e interconsulta a Cardiología y Hematología (por alteración en la coagulación con Tiempo de Tromboplastina(ATTP) alargado y aL positivo).

Cardiología se le pide:

1.- Holter-ECG: cuyas conclusiones son Extrasistolia supraventricular de alta densidad con varias salvas cortas auriculares no sostenidas. Extrasistolia ventricular de moderada densidad, de dos morfologías, la más común de posible origen en TSVD. Posible fenómeno R sobre Ten 3 ocasiones detectados en este registro.

2.- Ecocardiograma: cuyas conclusiones es un estudio dentro de la normalidad, con la nota aclaratoria que durante la exploración presenta abundantes extrasístoles.

Hematología: se repite estudio analítico, donde se repite el resultado positivo de aL. Se deriva a Medicina Interna para valoración y control por riesgo de SAF.

Medicina Interna: se le diagnostica SAF de alto riesgo, se descarta LES, se pide aCL y da positivo. Revisión en un año con control analítico.

Plan de Cuidados Enfermeros

- Se recomienda a antiagregación plaquetaria a dosis bajas de aspirina: adiro 100 mg c/24 h de forma indefinida.
- En caso de reposo mantenido HBPM (clexane 40 mg c/24h) a dosis profilácticas mientras permanezca en reposo.
- Vida sana con dieta equilibrada y ejercicio físico habitual.
- En caso de tumefacción en miembros inferiores o disnea súbita con dolor torácico, acudir al servicio de urgencias hospitalarias.
- Vigilar periódicamente cualquier nueva alteración en el paciente para poder tratarlo con la máxima celeridad.

Discusión

- La presencia de aL es el factor de riesgo más importante para que se produzcan episodios trombóticos en pacientes con aCL.
- Más del 50% de los pacientes lúpicos con anticuerpos antifosfolípidos (IG M positivo en nuestro paciente), acaban desarrollando SAF, cuyo diagnóstico y tratamiento es un reto médico debido al poco conocimiento de su etiología y etiopatología. El pronóstico a largo plazo no es muy optimista, ya que la mayoría de estos pacientes acaban desarrollando daño orgánico y afectación de su funcionalidad.
- Se recomienda un seguimiento de 5 años como mínimo para el diagnóstico de SAF primario, sobre todo por la posibilidad de que algunos casos cumplan requisitos de LES.
- La anticoagulación oral a largo plazo, es el tratamiento recomendado para prevenir trombosis en pacientes con SAF.

Conclusiones

Muchos de los pacientes con SAF no son diagnosticados correctamente. Aunque se está investigando exhaustivamente, no se conoce con claridad su etiología ni mecanismos patogénicos, con un conocimiento parcial de su mecanismo de acción. Ni siquiera se puede afirmar que los aFL sean patogénicos en el ser humano, ni que sean la causa de los fenómenos trombóticos y abortos de repetición. Por lo que el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad no se basa en una evidencia sólida. Se están efectuando indudables avances analíticos, para incrementar la especificidad y la sensibilidad analítica y clínica mediante la estandarización de la determinación de los aFL.

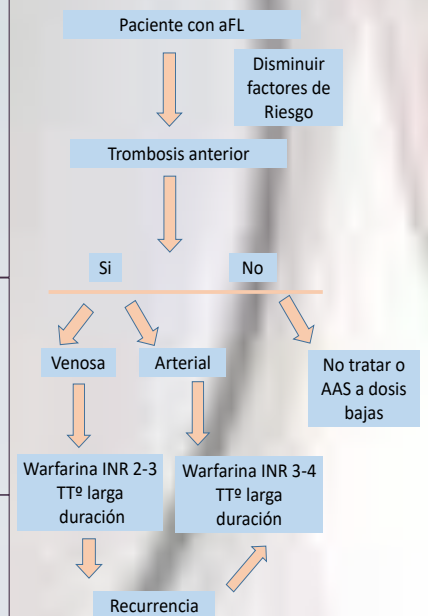
Esto conlleva a múltiples contradicciones en los resultados, ya que los pacientes no se ajustan, en muchas ocasiones, (como es en nuestro caso), a los criterios diagnósticos.

Por todo ello, se reclama la instauración de tratamientos individualizados según el riesgo trombótico que presente el paciente. En definitiva y pese a lo avanzado estamos lejos de conocer en profundidad esta enfermedad, que ofrece, pese al tratamiento y a los avances para obtener un diagnóstico temprano, un pronóstico comprometido.

Cuadro I. Criterios diagnósticos

Al menos un criterio clínico y uno de laboratorio	
Clínico	<ul style="list-style-type: none"> Trombosis vascular: uno o más episodios de trombosis arterial o venosa en cualquier tejido u órganos(sin otra posible causa encontrada) Elevada morbilidad materna: <ul style="list-style-type: none"> Una o más muertes fetales inexplicables sin anomalías anatómicas y después de la décima semana de gestación o Uno o más partos prematuros con anomalía neonatal normal, después de la semana 34 de gestación, secundario a eclampsia o preeclampsia severa o datos de insuficiencia placentaria o Tres o más abortos espontáneos antes de la semana 10 de gestación
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Anticoagulante lúpico en plasma en dos o más ocasiones en al menos 12 semanas de diferencia Anticuerpo anticardiolipina (Ig G y/o Ig M) en suero o plasma en dos ocasiones con al menos 12 semanas de diferencia y con medición mediante ELISA. Anticuerpos anti-β-2-glicoproteína con al menos 12 semanas de diferencia y con medición con ELISA.

Cuadro 2.- Manejo del SAF



Resumen: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un estado trombofílico y/o de pérdidas fetales recurrentes, presentando anticuerpos antifosfolípidos (aFL), como el anticuerpo lúpico o anticardiolipina, y trombocitopenia (30%). Suele aparecer en pacientes con trombofilia adquirida y accidente cerebro vascular. Puede ser primario, que no está asociado a Lupus eritematoso (LES) o secundario asociado principalmente a LES.

Su prevalencia es de 40-50 casos/100.000 hab., con una ratio mujer: hombre de 5:1 y con incidencia de 5 casos nuevos/100.000 hab/año.

Se desconoce su etiología exacta, aunque van encaminados en una etiología infecciosa, etiología trombogénica o hereditaria (10%). El tratamiento principalmente es con anticoagulantes y antiagregantes.

Palabras Clave: Síndrome antifosfolípido, Anticuerpos antifosfolípidos, Anticuerpos anticardiolipina

Introducción:

Varón de 44 años, no alergias medicamentosas conocidas (NAMC), no fumador, bebedor social esporádico, asintomático, sin antecedentes de fenómenos trombóticos ni enfermedad autoinmune, con tratamiento actual para la ansiedad (motivam). Hace deporte una vez en semana (bici)

En julio del 2018 y en un reconocimiento de empresa se observan hallazgos en ECG (frecuentes extrasístoles), por lo que es remitido al Médico de Atención Primaria (MAP), el cual manda analítica completa e interconsulta a Cardiología y Hematología (alteración en la coagulación con Tiempo de Tromboplastina(ATTP) alargado y aL positivo).

Consulta de Cardiología se le pide:

1.- Holter-ECG: cuyas conclusiones son Extrasistolia supraventricular de alta densidad con varias salvas cortas auriculares no sostenidas. Extrasistolia ventricular de moderada densidad, de dos morfologías, la más común de posible origen en taquicardia supraventricular de ventrículo derecho (TSVD). Posible fenómeno R sobre T en 3 ocasiones detectados en este registro.

2.- Ecocardiograma: cuyas conclusiones es un estudio dentro de la normalidad, con la nota aclaratoria que durante la exploración presenta abundantes extrasístoles.

Consulta Hematología: se repite estudio analítico para confirmar o descartar aL (anticuerpo lúpico) en un par de meses, donde se repite el resultado positivo. Se deriva a Medicina Interna para valoración y control por riesgo de SAF.

Consulta de Medicina Interna: se le diagnostica SAF de alto riesgo, se descarta LES, se pide aCL (anticuerpo anticardiolipina) y da positivo. Revisión en un año con control analítico.

Plan de Cuidados Enfermeros:

- Se recomienda la antiagregación plaquetaria a dosis bajas de aspirina: adiro 100 mg c/24 h de forma indefinida.

- En caso de reposo mantenido HBPM (heparina de bajo peso molecular) (clexane 40 mg c/24h) a dosis profilácticas mientras permanezca en reposo.

- Vida sana con dieta equilibrada y ejercicio físico habitual.
- En caso de tumefacción en miembros inferiores o disnea súbita con dolor torácico, acudir al servicio de urgencias hospitalarias.
- Vigilar periódicamente cualquier nueva alteración en el paciente para poder tratarlo con la máxima celeridad.

Discusión Planteada:

- La presencia de aL es el factor de riesgo más importante para que se produzcan episodios trombóticos en pacientes con aCL.
- Más del 50% de los pacientes lúpicos con anticuerpos antifosfolípidos (IG M positivo en nuestro paciente), acaban desarrollando SAF, cuyo diagnóstico y tratamiento es un reto médico debido al poco conocimiento de su etiología y etiopatología. El pronóstico a largo plazo no es muy optimista, ya que la mayoría de estos pacientes acaban desarrollando daño orgánico y afectación de su funcionalidad.
- Se recomienda un seguimiento de 5 años como mínimo para el diagnóstico de SAF primario, sobre todo por la posibilidad de que algunos casos cumplan requisitos de LES.
- La anticoagulación oral a largo plazo, es el tratamiento recomendado para prevenir trombosis en pacientes con SAF.

Conclusiones:

Muchos de los pacientes con SAF no son diagnosticados correctamente. Aunque se está investigando exhaustivamente, no se conoce con claridad su etiología ni mecanismos patogénicos, con un conocimiento, por tanto, parcial de su mecanismo de acción. Ni siquiera se puede afirmar que los aFL sean patogénicos en el ser humano, ni que sean la causa de los fenómenos trombóticos y abortos de repetición. Por lo que el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad no se basa en una evidencia sólida.

Esto conlleva a múltiples contradicciones en los resultados de los estudios, ya que los pacientes no se ajustan, en muchas ocasiones, (como es en nuestro caso), a los criterios diagnósticos.

Se están efectuando indudables avances analíticos, para incrementar la especificidad y la sensibilidad analítica y clínica mediante la estandarización de la determinación de los aFL.

Por todo ello, se reclama la instauración de tratamientos individualizados según el riesgo trombótico que presente el paciente.

En definitiva, pese a lo avanzado y al gran interés internacional sobre esta patología, estamos lejos de conocer en profundidad esta enfermedad, que ofrece, pese al tratamiento y a los avances para obtener un diagnóstico temprano, un pronóstico comprometido.

Bibliografía:

1. Calvo Romero JM. Síndrome antifosfolípido. Revista Clínica Española 1999; 199: 596-602.
2. Barquinero J, Ordi J, Vilardell M, Jordana R, Tolosa C, Selva A et al. Síndrome antifosfolípido primario: estudio de 27 pacientes. Med Clin (Barc) 1990; 94: 41-5.
3. Martínez-Vázquez C, Albo C, Rivera A, Bordón J, Rodríguez A, Sopeña B et al. Síndrome antifosfolípido primario. Aspectos clínico-evolutivos de 24 casos. Rev Clin Esp 1994; 194: 164-9.
4. Font J, Cervera R, Ramos-Casals M, Espinosa G, Jimenez S, Ingelmo M. Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades autoinmunes sistémicas, 3.a ed. Barcelona: Caduceo Multimedia; 2006.

Capítulo 204

Sobrecarga del rol del cuidador. Medición con la escala Zarit

Amores Lizcano, Ester

“SOBRECARGA DEL ROL DEL CUIDADOR. MEDICIÓN CON LA ESCALA ZARIT”.

AMORES LIZCANO, E. Enfermera especialista en Atención Familiar y Comunitaria

INTRODUCCIÓN

- La demanda de cuidados para personas dependientes, ha aumentado como consecuencia del envejecimiento de la población.
- El apoyo informal consiste en “el cuidado y atención de manera altruista y gratuita a las personas, que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente, por sus familiares y allegados”.
- El cuidado de una persona dependiente, supone un exceso de trabajo, pudiendo aparecer una sobrecarga física y emocional que en algunas ocasiones, desemboca en el abandono del cuidador.
- Esto se conoce como “síndrome del cuidador” o “sobrecarga del cuidador”.

OBJETIVOS

- Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador principal de pacientes dependientes en diferentes familias del municipio de Campo de Criptana.
- Conocer el perfil de los cuidadores informales y de los pacientes dependientes.
- Establecer la relación entre demandas del cuidador informal y las respuestas del sistema de salud.
- Conocer cómo influyen ciertas variables dependientes del paciente y del cuidador en la sobrecarga de este último.

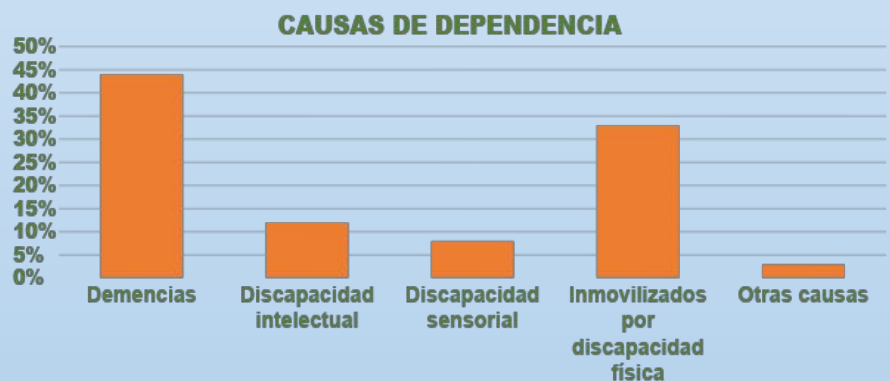
MATERIAL Y MÉTODOS

- **DISEÑO:** Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.
- **MUESTRA:** 50 cuidadores principales obtenidos a partir del Servicio de Ayuda a Domicilio del municipio de Campo de Criptana.
- **INSTRUMENTO:** El cuestionario empleado fue elaborado a partir de una serie de preguntas sobre la historia cuidador-paciente, pasando a los cuidadores principales la escala Zarit.
- **PROCEDIMIENTO:** Se hizo llegar a los cuidadores principales dicha encuesta para rellenar en papel.
- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se realizó análisis descriptivo de las variables y pruebas de contraste de hipótesis (Chi-Cuadrado, Kruskal-Wallis, T-Student, U de Mann-Withney y Kolmogorov-Smirnov) para determinar la asociación. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.
- **ASPECTOS ÉTICOS:** Los individuos recibieron información sobre la importancia y objetivos del estudio, así como del carácter anónimo, voluntario y confidencial del cuestionario.

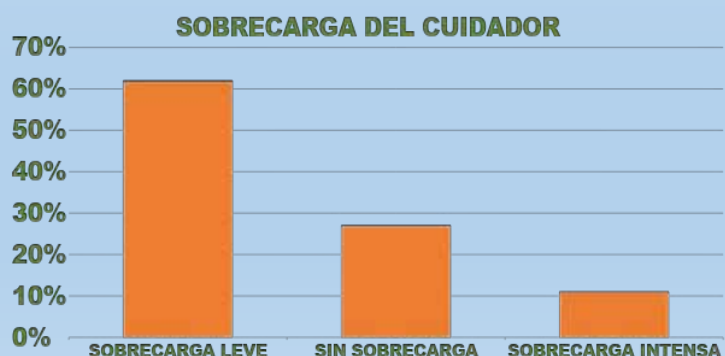
RESULTADOS

- Del total de pacientes dependientes estudiados, un 43% fueron hombres frente a un 57% de mujeres.
- El rango etario más frecuente osciló entre los 75-90 años (el 83%). Un 17% restante englobó a personas más jóvenes, la mayoría dependientes por discapacidad intelectual o sensorial.

- Entre las causas de dependencia más comunes, encontramos las siguientes:



- La media de puntuaciones se encuentra en 45 puntos, de lo que se deduce que, en término medio, los cuidadores principales de los pacientes dependientes a estudio, sufren sobrecarga leve.



CONCLUSIONES

- ✓ Por lo general, los cuidadores de pacientes dependientes tienden a la sobrecarga. En este estudio parece ser una sobrecarga leve aunque debe tenerse en cuenta que se trata de pacientes que cuentan con la colaboración de personas dedicadas a la ayuda a domicilio.
- ✓ Los cuidadores más afectados son los de pacientes inmovilizados o padecedores de demencia, así como aquellos dedicados al cuidado de su familiar desde hace más de 5 años.
- ✓ Se repite el rol del cuidador en mujeres, mayores de 55 años, amas de casa.

Resumen: Dado el envejecimiento de la población, las necesidades de cuidados dependientes van creciendo. En un gran número de ocasiones, estos cuidados se delegan en cuidadores principales que muchas veces, quedan en segundo plano. Es por esto, que este trabajo tiene el objetivo de medir el cansancio del rol del cuidador principal por medio de la escala cuantitativa Zarit.

Para ello, se cuenta con una muestra de 50 cuidadores principales obtenidos a partir del Servicio de Ayuda a Domicilio del municipio manchego de Campo de Criptana.

Palabras Clave: Carga del Cuidador, Dependencia, Sobrecarga

Introducción:

La demanda de cuidados para personas dependientes ha aumentado como consecuencia del envejecimiento de la población.

El apoyo informal consiste en "el cuidado y atención de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún grado de dependencia o discapacidad, fundamentalmente por sus familiares y allegados.

El cuidado de una persona dependiente, supone un exceso de trabajo, pudiendo acarrear una sobrecarga física y emocional que en algunas ocasiones, desemboca en el abandono del cuidador. Esto es lo que se conoce como "síndrome del cuidador" o "sobrecarga del cuidador".

Objetivos:

- Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador principal de pacientes dependientes en diferentes familias del municipio de Campo de Criptana.
- Conocer el perfil de los cuidadores informales y de los pacientes dependientes.
- Establecer relación entre las demandas del cuidador informal y las respuestas del sistema de salud.
- Conocer cómo influyen ciertas variables dependientes del paciente y del cuidador en la sobrecarga de este último.

Material y Métodos:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra está compuesta por 50 cuidadores principales a partir del Servicio de Ayuda a Domicilio del municipio manchego de Campo de Criptana.

El cuestionario empleado se ha elaborado a partir de una serie de preguntas sobre la historia cuidador paciente, pasando a los cuidadores principales la escala Zarit. Dicha encuesta, se hizo llegar a los cuidadores para rellenar en papel.

A continuación, se realizó un análisis descriptivo de las variables y pruebas de contraste de hipótesis (Chi cuadrado, T de students, Kruskal-Wallis, U de Mann Whitney y Kolmogorov-Smirnov), para determinar la asociación entre variables.

El nivel de significación estadística se estableció en una $p < 0.5$.

Los individuos recibieron información sobre la importancia y objetivos del estudio, así como del carácter anónimo, voluntario y confidencial del cuestionario.

Resultados:

Una vez analizados los datos, se observó que del total de los pacientes estudiados, un 43% fueron hombres, frente a un 57% que eran mujeres.

El rango etario más frecuente osciló entre los 75-90 años (un 63%). Un 17% restante englobó a personas más jóvenes, la mayoría dependientes por discapacidades físicas o intelectuales.

Entre las causas generales de dependencia más comunes, encontramos: demencias, discapacidad intelectual, discapacidad sensorial, inmovilizados por discapacidad física y otras causas.

La media de puntuaciones se encuentra en 45 puntos, de lo que se deduce que, en término medio, los cuidadores principales de los pacientes dependientes a estudio, sufren sobrecarga leve.

Conclusiones:

Por lo general, los cuidadores de los pacientes dependientes, tienden a la sobrecarga. En este estudio parece ser una sobrecarga leve, aunque debe tenerse en cuenta que se trata de pacientes que cuentan con la colaboración de trabajadores de ayuda a domicilio.

Los cuidadores más afectados son aquellos que atienden a pacientes con demencia o inmovilizados, así como aquellos dedicados al cuidado de su familiar desde hace más de 5 años.

Se repite el rol del cuidador en mujeres mayores de 55 años y amas de casa.

Bibliografía:

1. Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile. Estudio situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. Chile. Informe final. [Internet]. Portal Mayores: España; 2007 [citado 20 octubre 2009]. Disponible en

<http://www.imsersomayores.csic.es>.

2. Pérez A. Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento [Tesis Doctoral]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca, 2008. [Internet] Portal Mayores. [citado 20 octubre 2009]. Disponible en

<http://www.imsersomayores.csic.es>.

3. Waldow VR, Borges RF. The caregiving process in the vulnerability perspective. Rev Lat Am Enfermagem. 2008; 16(4): 765-771. [Links]

Capítulo 205

Tatuajes: riesgos y complicaciones

Ortiz Patricio, Patricia

Ortiz Rodrigo, Javier

Carabella García, Mónica

Díaz Suárez, Marta

Adrian Vera, Esther

Sánchez Serrano, Ana María

TATUAJES: RIESGOS Y COMPLICACIONES

INTRODUCCIÓN

Definición (RAE): "grabar dibujos en la piel humana, introduciendo materias colorantes bajo la epidermis, por las punzadas o picaduras previamente dispuestas".

El hecho de tatuarse no es algo nuevo, su origen es ancestral. Hasta hace poco estaban asociados a delincuencia, pero en la actualidad es una práctica muy frecuente, llegándose a considerar un arte (body art).

Tatuarse conlleva riesgos que la población desconoce, es importante mostrar, a través de la educación sanitaria, los efectos secundarios para prevenir las complicaciones.

Palabras clave: tatuaje, riesgos, complicaciones.

OBJETIVOS

- Definir riesgos y complicaciones asociados a la práctica de tatuarse.
- Proponer intervenciones de enfermería en educación para la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica sobre tatuajes, riesgos y consecuencias en bases de datos como SciELO, Dialnet y PubMed.

- Criterios de inclusión: -publicados entre 2018-2018.
-relacionados con riesgos y complicaciones médicas.

Motores de búsqueda: tatuaje, riesgos, complicaciones.

RESULTADOS

Tipos de tatuaje:

- Traumáticos: involuntarios
- Cosméticos: delinear ojos, labios, cejas...
- Médicos
- Decorativos:
- ~Temporales: no perforan la piel (henna).
- ~Permanentes: inyección de pigmentos en la piel (dermis).

Complicaciones:

- Temporales: dermatitis alérgicas
- Permanentes:
 - ~Reacciones inflamatorias: inmediatas o retardadas.
 - ~Reacciones alérgicas: dermatitis, fotodermatosis, urticaria.
 - ~Reacciones granulomatosas: granuloma a cuerpo extraño y sarcoideo.
 - ~Reacciones pseudofilamentosas: nódulos eritematovioláceos indurados en el tatuaje.
 - ~Infecciones: localizadas o sistémicas.
 - ~Tumores: tumor cutáneo dentro del tatuaje.

CONCLUSIONES

- Se desconocen los riesgos asociados a la realización de tatuajes.
- Tatuarse no es una práctica inocua pueden darse reacciones inflamatorias. Infecciones y tumores.
- La enfermera de atención primaria puede informar sobre riesgos y complicaciones, ya que por su trabajo es la más cercana a la población que más reclama esta práctica, los adolescentes

Resumen: Definición (RAE): "grabar dibujos en la piel humana, introduciendo materias colorantes bajo la epidermis, por las punzadas o picaduras previamente dispuestas".

El hecho de tatuarse no es algo nuevo, su origen es ancestral. Hasta hace poco estaban asociados a delincuencia, pero en la actualidad es una práctica muy frecuente, llegándose a considerar un arte (body art).

Tatuarse conlleva riesgos que la población desconoce, es importante mostrar, a través de la educación sanitaria, los efectos secundarios para prevenir las complicaciones.

Palabras Clave: Tatuaje, Riesgo, Complicaciones

Objetivos:

- Definir riesgos y complicaciones asociados a la práctica de tatuarse.
- Proponer intervenciones de enfermería en educación para la salud

Material y Métodos:

Se realiza una revisión bibliográfica sobre tatuajes, riesgos y consecuencias en bases de datos como SciELO, Dialnet y PubMed.

- Criterios de inclusión: -publicados entre 2010-2018.
- relacionados con riesgos y complicaciones médicas.

Motores de búsqueda: tatuaje, riesgos, complicaciones.

Resultados:

Tipos de tatuaje:

- Traumáticos: involuntarios
- Cosméticos: delinear ojos, labios, cejas...
- Médicos
- Decorativos: ~Temporales: no perforan la piel (henna).
- ~Permanentes: inyección de pigmentos en la piel (dermis).

Complicaciones:

- Temporales: dermatitis alérgicas
- Permanentes:~Reacciones inflamatorias: inmediatas o retardadas.
- ~Reacciones alérgicas: dermatitis, fotodermatosis, urticaria.
- ~Reacciones granulomatosas: granuloma a cuerpo extraño y sarcoideo.
- ~Reacciones pseudofilamentosas:nódulo eritematovioláceo indurado en el tatuaje.
- ~Infecciones: localizadas o sistémicas.
- ~Tumores: tumor cutáneo dentro del tatuaje.

Conclusiones:

- Se desconocen los riesgos asociados a la realización de tatuajes.
- Tatuarse no es una práctica inocua pueden darse reacciones inflamatorias. Infecciones y tumores.
- La enfermera de atención primaria puede informar sobre riesgos y complicaciones, ya que por su trabajo es la más cercana a la población que más reclama esta práctica, los adolescentes.

Bibliografía:

1. Cossio TML, Giesen FL, Araya G, Pérez-Cotapos SML. Asociación entre tatuajes, perforaciones y conductas de riesgo en adolescentes. Rev Méd Chile [Internet]. 2012 Feb [citado 12 Abr 2019];140(2):198-206. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000200008&lng=es
2. Carbajosa Martínez J. Efectos indeseables de la aplicación de piercings y tatuajes. Dermatología Rev Mex [Internet]. 2009 Sep-Oct [citado 15 Nov 2018];53(5):219-24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2009/rmd095c.pdf>
3. Conejo-Mir J. Los grandes tatuajes: un adorno peligroso. Med Cutan Iber Lat Am [Internet]. 2017 [citado 18 May 2018];45(1):5-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73068>
4. Vásquez-Chirinos M, Sánchez M, Brizuela A, Rivera I. Tatuajes: de la tinta a la dermatología. Dermatol Venez [Internet]. 2017 [citado 18 May 2018];55(1):9-18. Disponible en: <http://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/1390/1375>

Capítulo 206

Terapia de presión negativa (VAC) para el manejo de heridas.

López Muñoz, María del Prado

Castellanos Franco, Sara

Castellanos Rosell, Francisco José

Castellanos Franco, Julia

Martin Mañas, Emma

Muñoz Delgado, María del Prado

Terapia de presión negativa (VAC) para el manejo de heridas.

INTRODUCCION: la terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo que promueve la cicatrización de la herida gracias al uso de una presión negativa activa, controlada y localizada.

Está formada por una esponja de poliuretano porosa fijada con un apósito y unida a una bomba de vacío con contenedor colector para el exudado.



METODOLOGIA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de las siguientes bases de datos: CUIDEN, Scielo, PubMed, Medline y Elsevier. También se visitó revista médica Portalesmedicos.com y biblioteca virtual Murciasalud.

Objetivos

- Explicar su mecanismo de acción
- Ver en qué casos estaría indicado el uso de la terapia de vacío VAC
- Ver contraindicaciones del uso de la terapia de vacío VAC



Resultados:

PRECAUCIONES EN:

- Pacientes con sangrado activo
- Pacientes con tratamiento anticoagulante
- Periferia de órganos intervenidos o con suturas

- Pacientes con tejido maligno
- Paciente con osteomielitis sin tratar
- Heridas con tejido necrótico
- Fístulas no entericas o sin explorar

CONTRAINDICACIONES

- Heridas agudas o crónicas
- Heridas traumáticas
- Heridas vasculares
- Quemaduras de espesor parcial
- Heridas diabéticas
- Heridas por radiodermatitis
- Ulceras por presión
- Injertos o colgajos

INDICACIONES

Autores:

María del Prado López Muñoz
Sara Castellanos Franco
Julia Castellanos Franco
Francisco José Castellanos Rosell
Emma Martín Mañas
María del Prado Muñoz Delgado

Conclusiones: La terapia VAC debe ser considerada una terapia útil para la cura de heridas debido a su eficacia para reducir el tamaño de la herida disminuyendo su tiempo de curación.

Resumen: La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo que promueve la cicatrización de la herida gracias al uso de una presión negativa activa, controlada. Esta terapia crea un entorno de curación único que promueve el crecimiento de tejido de granulación mejorando la cicatrización.

Con dicha técnica se pueden tratar heridas agudas, úlceras por presión, heridas traumáticas, diabéticas, quemaduras, dehiscencias, heridas vasculares e incluso, heridas infectadas. Esta terapia también es útil en heridas que van a recibir un injerto.

Puede utilizarse de forma convencional o incluyendo apósitos impregnados en plata o fármacos activos como antisépticos, antibióticos o anestésicos tópicos

Palabras Clave: Terapia de presión negativa. Vacuum Assisted Closure System. Heridas.

Introducción:

Se ha visto que la terapia por presión negativa VAC es una alternativa al tratamiento de heridas tanto agudas como crónicas que fracasan con curas convencionales. Suelen ser heridas cuyo proceso de curación se alarga en el tiempo.

Esta terapia actúa ejerciendo una presión subatmosférica provocando una succión continua en la herida que produce a su vez el drenado y la estimulación de cambios en el tejido. Esto da lugar a una mayor activación del tejido de granulación que promueve a su vez una cicatrización más rápida de los tejidos si la comparamos con técnicas convencionales.

Los mecanismos que facilitan esta cicatrización son la retracción de los bordes de la herida y la reducción del edema intersticial junto a una limpieza continua de la misma.

Existen varios dispositivos que llevan a cabo este tipo de terapia. El más conocido es el Vacuum Assisted Closure (V.A.C.)

Este dispositivo está formado por:

- Un colector de secreciones.
- Esponja o espuma de poliuretano poroso o alcohol polivinílico.
- Bomba productora de presión negativa.
- Película adhesiva transparente y semi oclusiva
- Tubo colector o de drenaje:

Las principales indicaciones de esta terapia: Heridas agudas o crónicas.

Heridas traumáticas. Heridas vasculares.

Quemaduras de espesor parcial. Heridas diabéticas

Heridas por radiodermatitis

Úlceras por presión.

Injertos o colgajos.

Contraindicaciones de la terapia:

1. Neoplasia localizada en la herida.
2. Osteomielitis no tratada.
3. Órganos vitales expuestos.
4. Fístulas no entéricas o sin explorar.
5. Nervios, órganos y vasos sanguíneos expuestos.
6. Heridas con tejido necrótico.
7. Anastomosis.

Precauciones para su uso:

1. Pacientes con sangrado activo.
2. Pacientes con tratamiento anticoagulante.
3. Periferia de órganos intervenidos o con suturas.

Antes de su utilización:

1. La herida a tratar debe ser desbridada para disminuir el riesgo de sepsis.
2. La herida debe estar bien vascularizada, pero nunca sobre vasos sensibles o tejido necrótico.

Ventajas de su utilización:

- Elimina el exceso de líquido intersticial gracias a la presión negativa que utiliza. Elimina detritus y reduce el edema local disminuyendo el riesgo de infección
- Provoca un aumento del riego sanguíneo ayudando y estimulando la producción de tejido de granulación
- Remueve metaloproteinasas y enzimas estimulando la proliferación de tejido
- Disminuye los niveles bacterianos disminuyendo el riesgo de infección

Con este tipo de terapia se disminuye el coste anual respecto a las curas convencionales, así como, un ahorro del tiempo de curación en comparación con otro tipo de curas. Por ello debe ser considerada una terapia útil para la cura de heridas.

Bibliografía:

1. Bermúdez A, Daroca T, García N, Martín M de LÁ, Vignau JM, Carmona C, et al. Impacto de la terapia de vacío en el tratamiento de las infecciones profundas y mediastinitis tras esternotomía media en los últimos 10 años. *Cir cardiovasc.* 2017;24(5):293–7
2. Aportaciones de la terapia de presión negativa en la calidad de vida del paciente y en el uso eficiente de los recursos sanitarios [Internet]. *Revistamedica.com.* 2018 [citado el 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/terapia-de-presion-negativa-calidad-de-vida/>
3. Rojas Zambrano AF. Beneficios de la terapia de presión negativa asistida al vacío (VAC) en el manejo de heridas complejas que se presentan en pacientes del Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil No. 2 desde septiembre 2016 hasta enero 2017. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017

Capítulo 207

Terapia electroconvulsiva en el síndrome depresivo mayor.

*García Fernández, María Gema
García Fernández, María del Carmen
Rubio Serrano, María Pilar
Ayuso Rivas, Rosa María
Espinar Ochoa, Ana
Del Olmo Montero, Óscar*

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN EL SÍNDROME DEPRESIVO MAYOR.

Autores: García Fernández MG, García Fernández MC, Rubio Serrano MP, Ayuso Rivas RM. Espinar Ochoa AM, Del Olmo Montero O.



Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



INTRODUCCIÓN

La Terapia ElectroConvulsiva (TEC) fue incorporada por Cerletti y Bini en 1938, llamada inicialmente terapia de electrochoque. En 1963 se introduce la sedación y relajación reduciendo el número de complicaciones y efectos adversos.

La TEC consiste en la aplicación de un estímulo eléctrico controlado superior al umbral convulsivo en la zona craneal, para desencadenar una crisis convulsiva tónico-clónica, con fin terapéutico¹.

Las indicaciones del TEC:

- * Depresión psicótico y/o melancólica.
- * Manía con intensa agitación psicomotriz.
- * Catatonia.
- * Esquizofrenia resistente a tratamiento antipsicótico.
- * Episodios depresivos/psicóticos en el embarazo.
- * Alto riesgo de suicidio.
- * Resistencia o contraindicación a fármacos.

Las contraindicaciones relativas:

- * Patología cerebral que aumenta la presión intracraneal.
- * Hemorragia cerebral reciente.
- * Malformaciones vasculares.
- * Aneurismas cerebrales inestables.
- * Infarto agudo de miocardio recientemente diagnosticado.
- * Glaucoma.
- * Desprendimiento de retina.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 58 años fumador de 10 cigarrillos diarios, anosmia de origen idiopático, con síndrome depresivo con empeoramiento anímico que se había cronicado. Con apatía, anhedonia, sentimientos de inutilidad y minusvalía. Ansiedad anticipada por evitación. Escasa reactividad al miedo agradable.

Paciente ingresado en la Unidad de Psiquiatría para tratamiento hospitalario de 6 sesiones de TEC realizadas en días alternos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). (Foto 1)

La TEC se realiza con monitorización continua, soporte ventilatorio con balón resucitador conectado a una toma de oxígeno externa. Siendo sedado el paciente con tiopental, relajado con succinilcolina, analgesiado previamente con ketorolaco y posteriormente con paracetamol intravenoso. El paciente se le coloca un protector bucodental de silicona para mantener vía aérea permeable y garantizar su seguridad en el momento de las crisis convulsivas. (Foto 2)

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Al paciente se le realizaron los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería requeridas en la UCI en las 6 sesiones que requiere de TEC. (Tabla 1)

NANDA ² DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	NOC ³ RESULTADOS	NIC ⁴ INTERVENCIONES
00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c: • Cantidad de tareas de cuidados. • Enfermedad grave del receptor de los cuidados.	2208 Factores estresantes del cuidador familiar. 2506 Salud emocional del cuidador principal	7040 Apoyo al cuidador principal. 7110 Fomentar la implicación familiar.
00078 Gestión ineficaz de la propia salud.	1813 Conocimiento: Régimen terapéutico	44 20 Acuerdo con el paciente 5616 Enseñanza medicamentos prescritos 7140 Apoyo a la Familia
00119 Baja autoestima crónica	1614 Autonomía personal	5230 Fomentar la adaptación 4700 Reestructuración cognitiva 5110 Potenciar la socialización
00126 Conocimientos deficientes	1805 Conocimiento: conductas sanitarias.	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
00146 Ansiedad r/c cambio en el entorno y cambio en el estado de salud	1402 Autocontrol de la ansiedad.	5820 Disminución de la ansiedad.



FOTO 1



FOTO 2

TABLA 1

DISCUSIÓN

La TEC realizada en una UCI en condiciones de seguridad clínica para los pacientes con un número de sesiones adecuadas y adaptadas a la patología del paciente, según valoración psiquiatra pueden mejorar la calidad de vida y supervivencia

CONCLUSIÓN

La TEC es una terapia eficaz sobre todo en trastornos depresivos mayores con cambios especulares en la vida diaria y social. Tras 6 sesiones el paciente recuperó progresivamente la memoria, la reactividad, la anhedonia y mejoró su sentimiento de inutilidad y su estado anímico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de valoración de indicación de TEC (Terapia ElectroConvulsiva). HGU CR Hospital General Universitario de Ciudad Real. Última revisión diciembre 2013.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2018-2020. Elsevier; 2018.
3. Morread S, Swanson E, Jonson M, Maas M L. Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 6ª ed. Elsevier; 2018
4. Butcher H K, Bulechek G M, Dochterman J, Wagner CM. Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7ª ed. Elsevier; 2018



Resumen: La Terapia Electroconvulsiva consiste en la aplicación de un estímulo eléctrico controlado superior al umbral convulsivo en la zona craneal, para desencadenar una crisis convulsiva tónico-clónica, con fin terapéutico.

El objetivo planteado es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica necesarios en un paciente sometido a Terapia Electroconvulsiva.

Esta terapia es eficaz sobre todo en trastornos depresivos mayores con cambios especulares en la vida diaria y social. Tras seis sesiones el paciente recuperó progresivamente la memoria, la reactividad, la anhedonia y mejoró su sentimiento de inutilidad y su estado anímico

Palabras Clave: Terapia Electroconvulsiva; Trastorno Depresivo Mayor; Atención de Enfermería

Introducción:

La Terapia Electro-Convulsiva (TEC) fue incorporada por Cerletti y Bini en 1938, llamada inicialmente terapia de electrochoque. En 1963 se introduce la sedación y relajación reduciendo el número de complicaciones y efectos adversos.

La TEC consiste en la aplicación de un estímulo eléctrico controlado superior al umbral convulsivo en la zona craneal, para desencadenar una crisis convulsiva tónico-clónica, con fin terapéutico.

Las indicaciones del TEC:

- Depresión psicótica y/o melancólica.
- Manía con intensa agitación psicomotriz.
- Catatonia.
- Esquizofrenia resistente a tratamiento antipsicótico.
- Episodios depresivos/psicóticos en el embarazo.
- Alto riesgo de suicidio.
- Resistencias o contraindicaciones de fármacos.

Las contraindicaciones relativas:

- Patología cerebral que aumenta la presión intracraneal.
- Hemorragia cerebral que aumente la presión intracraneal.
- Malformaciones vasculares.
- Aneurismas cerebrales inestables.
- Infarto agudo de miocardio recientemente diagnosticado.
- Glaucoma.
- Desprendimiento de retina.

Objetivos:

El objetivo planteado con este trabajo es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica necesarios en un paciente sometido a Terapia Electro-Convulsiva con el fin de mejorar su calidad de vida.

Metodología y Observación clínica:

Varón de 58 años que presenta como antecedentes de interés:

- No alergias conocidas.
- Fumador de 10 cigarrillos diarios.
- Anosmia de origen idiopático
- Síndrome depresivo con empeoramiento anímico que se había cronificado.
- Con apatía.
- Anhedonia, (incapacidad de experimentar placer).
- Sentimientos de inutilidad y minusvalía.
- Ansiedad anticipada por evitación.
- Escasa reactividad al miedo agradable.

Paciente ingresado en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Ciudad Real, para tratamiento hospitalario programado de seis sesiones de TEC realizadas en días alternos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La TEC se debe realizar en la UCI, ya que, se requiere unos cuidados de enfermería específicos con personal cualificado para ello, como son:

- Una monitorización continua de electrocardiograma, presión arterial, respiración y saturación de oxígeno.
 - Soporte ventilatorio con balón resucitador conectado a una toma de oxígeno externa.
 - Sedación profunda del paciente con tiopental de sodio
 - Relajación muscular con succinilcolina
 - Analgesia previamente a la terapia con ketorolaco y posteriormente con paracetamol intravenoso.
- El paciente se le debe colocar un protector bucodental de silicona para mantener vía aérea permeable y garantizar su seguridad en el momento de las crisis convulsivas.

Plan de cuidados Enfermeros:

Se realizó un Plan de Cuidados Enfermero de los diagnósticos, intervenciones y resultados necesarios que requería el paciente durante su ingreso en la Unidad de Psiquiatría y en las seis sesiones que se le realizó en la UCI.

- Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación (NANDA)2 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con cantidad de tareas de cuidados y enfermedad grave del receptor de los cuidados

- o Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)3 2208 Factores estresantes del cuidador principal.
- o NOC Salud emocional del cuidador principal.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)4 7040 Apoyo del cuidador principal.
- NIC Fomentar la implicación familiar.
- NANDA 00078 Gestión ineficaz de la propia salud.
- o NOC 1813 Conocimiento del régimen terapéutico.
- NIC 4420 Acuerdo con el paciente.
- NIC 5616 Enseñanza de los medicamentos prescritos.
- NIC 7140 Apoyo a la familia.
- NANDA 00119 Baja autoestima crónica.
- o NOC 1614 Autonomía personal
- NIC 5230 Fomentar la adaptación.
- NIC 4700 Reestructuración cognitiva.
- NIC 5110 Potenciar la socialización.
- NANDA 00126 Conocimientos deficientes.
- o NOC 1805 Conocimientos conductas sanitarias.
- NIC 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.
- NANDA 00146 Ansiedad relacionado con cambio en el entorno y cambio en el estado de salud.
- o NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad.
- NIC 5820 Disminución de la ansiedad.

Discusión:

La TEC realizada en una UCI en condiciones de seguridad clínica para los pacientes con un número de sesiones adecuadas y adaptadas a la patología del paciente, según valoración psiquiatra, pueden mejorar la calidad de vida y supervivencia.

Conclusión:

La TEC es una terapia eficaz sobre todo en trastornos depresivos mayores con cambios especulares en la vida diaria y social de los enfermos que la padecen.

Tras recibir seis sesiones programadas, el paciente recuperó progresivamente la memoria, la reactividad, la anhedonia y mejoró su sentimiento de inutilidad y su estado anímico, mejorando con ello, su calidad de vida.

Bibliografía:

1. Protocolo de valoración de indicación de TEC (Terapia Electro-Convulsiva). HGU CR Hospital General Universitario de Ciudad Real. Última revisión diciembre 2013.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2018-2020. Elsevier; 2018.

3. Morread S, Swanson E, Jonson M, Maas M L. Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 6ª ed. Elsevier; 2018.

4. Butcher H K, Bulechek G M, Dochterman J, Wagner CM. Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7ª ed. Elsevier; 2018.

Capítulo 208

Terapia intravenosa. Catéter PICC, una nueva alternativa.

Molina Moreno, Aurora

Cerro López, Tania

Pérez Ruiz, Borja Eugenio

Arribas Toldos, Jaime

TERAPIA INTRAVENOSA. CATÉTER PICC, UNA NUEVA ALTERNATIVA.



XII Congreso de Investigación en Enfermería y Fisioterapia; Ciudad Real, 1 al 8 de Octubre de 2021.

INTRODUCCIÓN:
Un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados son portadores de algún tipo de dispositivo de acceso vascular (DAV), que permite el acceso al torrente sanguíneo. Según los datos el estudio EPINE de 2016, el 72% de los pacientes hospitalizados son portadores de un catéter vascular periférico (CVP) y el 11,2% son portadores de un catéter venoso central. Existen numerosos tipos de catéter vasculares con diferentes características, según material, calibre y longitud, localización, número de luces... Los catéteres venosos centrales tradicionales han sido los CVC no tunelizados para corta duración o tunelizados para larga duración. El PICC supone un avance en la terapia intravenosa de larga permanencia y su uso actualmente está aumentando. Su uso supone una mayor comodidad para el paciente, menor tasa de complicaciones y una reducción de costes; además, su inserción puede ser realizada por una enfermera cualificada a pie de cama.
OBJETIVOS:
<ul style="list-style-type: none"> - Formar y capacitar a los enfermeros para la elección del DAV adecuado. - Evitar complicaciones en la inserción y mantenimiento de los DAV. - Evitar el sufrimiento continuo del enfermo por las continuas venopunciones.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Amplia consulta bibliográfica sobre el tema elegido, seleccionando artículos y datos de rigor científico y considerados relevantes en el tema expuesto.

¿ CÚAL ES EL CATÉTER MÁS ADECUADO?



Para seleccionar el dispositivo de acceso central más adecuado para la administración de un tratamiento, se deben tener en cuenta varios criterios como la duración del tratamiento, las características del paciente, de la infusión y del catéter.



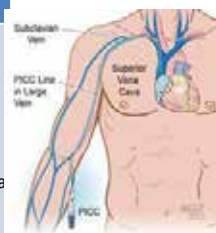
TIPO DE CATÉTER DAV	LUGAR DE INSERCIÓN	ZONA DE INYECCIÓN	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	PUNTA DEL CATÉTER
CVC no tunelizado	Central	No quirúrgico	Corta duración (1-3 días)	La punta del catéter termina en la inserción central	La punta del catéter termina en la inserción central
CVC tunelizado (Hickman, Broviac)	Central	Quirúrgico	Larga duración (1-30 días)	La punta del catéter termina en la inserción central	La punta del catéter termina en la inserción central
PICC	Periférico	No quirúrgico	Corta y larga duración	La punta del catéter termina en la inserción central	La punta del catéter termina en la inserción central

INDICACIONES DE PICC

Población de pacientes crónicos, dependientes de un catéter venoso central, con tratamiento intravenoso prolongado, superior a 6 días de necesidad de vía venosa, administración de sustancias vesicantes, de elevada osmolaridad, y/o con un pH radicalmente ácido o básico

COLOCACIÓN DEL CATÉTER PICC

- Informar al paciente y obtener el consentimiento.
- Con el material preparado, colocar al paciente en supino con el brazo en abducción a 90°.
- Valorar las venas ecográficamente, siendo de primera elección la vena basilica por encima de la flexura.
- Medir la longitud del catéter.
- Colocarse mascarilla, gorro, bata y guantes estériles.
- Desinfectar la zona y administrar anestésico intradérmico.
- Prepara el PICC y el material (purgar con SSF el PICC y la guía, extraer el fiador del catéter para liberar la zona del catéter a cortar, cortar el catéter).
- Cubrir la sonda con funda estéril y aplicar gel estéril.
- Colocar compresor a 10-15 cm de la zona elegida.
- Puncionar la zona mientras observamos ecográficamente hasta que refluya sangre.
- Introducir la guía (3-4 cm) y retirar la aguja.
- Realizar una pequeña incisión con el bisturí por encima de la guía.
- Introducir el dilatador con la cánula plegable sobre la guía.
- Retirar el compresor tras introducir el dilatador.
- Retirar el dilatador y el fiador dejando solo la cánula plegable.
- A través de la cánula plegable se introducirá suavemente el catéter ya cortado a la medida seleccionada.
- Retirar el plegable e insertar el catéter completo.
- Retirar fiador y comprobar el reflujo sanguíneo y lavar la luz con SSF (técnica push-stop-push).
- Heparinizar y colocar el tapón conector dejando clampada la luz.
- Fijar el catéter.
- Realizar radiografía de tórax para comprobar la colocación de la punta.



COMPLICACIONES

- La bacteriemia es la complicación más importante y grave de los catéteres intravenosos.
- En un estudio realizado por Cotogni et al. se estudiaron las complicaciones de los PICC en 250 pacientes ambulatorios; un 3,3% sufrieron infección (6 infección local y 3 bacteriemia), en un estudio similar en pacientes hospitalizados sobre 923 PICC, un 3,4% sufrieron infecciones, de las cuáles el 87,1% eran bacteriemia.
- En el estudio por Cotogni, concluyeron que las complicaciones más frecuentes tras la infección son la trombosis venosa sintomática y las complicaciones mecánicas.

CONCLUSIONES

- En los análisis de costes realizados en la Organización Sanitaria Integrada Áraha Hospital Universitario se observó la reducción de costes ya que es una técnica basada en la inserción, mantenimiento y retirada por enfermería, asociada a pocas complicaciones; en el estudio realizado en el Hospital Clínico San Carlos se observó un ahorro comparando el uso de PICC sobre catéteres Hickman y Reservorio venoso subcutáneo, observando menos complicaciones y menor estancia hospitalaria.
- El PICC supone una forma relativamente fácil y poco agresiva para disponer de un acceso venoso central, todo ello asociado a pocas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio EPINE-EPPS 2016. Hospital Vall D'Hebron. N.p. 2016. Disponible en <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202016%20Informe%20Global%20de%20Espana%20C3%b1a%20Resumen.pdf>
2. Elena PG, Magdalena LC, Pedro Luis JV. Catéteres venosos de inserción periférica (PICC): un avance en las terapias intravenosas de larga permanencia. Nutrición Clínica en Medicina. 2017. Volumen XI. Número 2 páginas 114 - 127
3. María MS. Accesos vasculares centrales: Catéteres tunelizados y catéter central de inserción periférica (PICC). Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica. 2018. Volumen 20. Nº1. páginas 26 - 30
4. Chopra V, Flanders S, Saint S. "The Michigan Appropriateness Guide For Intravenous Catheters (MAGIC): Results From A Multispecialty Panel Using the RAND/UCLA Appropriateness Method". Annals of Internal Medicine 163.6_Supplement (2015): S1.
5. Cotogni P, Barbero C, Garrino C. "Peripherally Inserted Central Catheters in Non-Hospitalized Cancer Patients: 5-Year Results of A Prospective Study". Supportive Care in Cancer 23.2 (2014): 403 - 409.
6. Blázquez Navarro R, Fernández Pérez R, Lázaro Castañer C. "PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN, MANTENIMIENTO Y USO DE LA VÍA VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO (PICC)". Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. N.p., 2015. Disponible en <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/7b72ed75007c5aec6820db82cb7a41fe.pdf>
7. Boscá Mayans MR, Carrero Caballero MC, Río Pisabarro MC. Inserción ecoguiada del catéter venoso central de inserción periférica (PICC). Asociación Española de Enfermería de Equipos de Terapia Intravenosa ETI. 2013

Resumen: *Un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados son portadores de algún tipo de dispositivo de acceso vascular (DAV).*

Según el estudio EPINE de 2016, el 72% de los pacientes hospitalizados son portadores de un catéter vascular periférico (CVP), y el 11,2 son portadores de un catéter venoso central (CVC).

Existen diferentes tipos de catéter vasculares con diferentes características según material, calibre y longitud, localización, número de luces...

El PICC supone un avance en la terapia intravenosa de larga permanencia y su uso actualmente está aumentando; supone mayor comodidad para el paciente, menor tasa de complicaciones y reducción de costes.

Palabras Clave: *Infusiones intravenosas, Cateterismo periférico, Administración del tratamiento farmacológico*

Desarrollo del trabajo:

El catéter PICC es un dispositivo central de acceso periférico; la primera elección para su inserción es la vena basílica colocando la punta del catéter en vasculatura central (vena cava superior cerca de la unión con la aurícula derecha).

Esta INDICADO en población de pacientes crónicos, dependientes de un CVC, con tratamiento intravenoso prolongado, superior a 6 días de necesidad de vía venosa, administración de sustancias vesicantes de elevada osmolaridad, y/o con un pH radicalmente ácido o básico.

Está CONTRAINDICADO en:

- Capital venoso agotado.
- Alteraciones anatómicas que impidan la colocación del catéter (calibre reducido y venas tortuosas).
- Infección local de la piel o quemaduras severas.
- Vaciamiento ganglionar reciente.
- Historia reciente de trombosis.
- Contraindicaciones relativas son el fallo renal avanzado con necesidad de mantener el sistema venoso profundo en

buenas condiciones para la realización de una fístula arteriovenosa, valorar rigurosamente anticoagulados, edematosos y obesidad mórbida.

Para la INSERCIÓN del catéter PICC:

- Informar al paciente y obtener el consentimiento.
- Con el material preparado, colocar al paciente en supino con el brazo en abducción a 90º.
- Valorar las venas ecográficamente, siendo de primera elección la vena basílica por encima de la flexura.
- Medir la longitud del catéter.

- Colocarse mascarilla, gorro, bata y guantes estériles.
- Desinfectar la zona y administrar anestésico intradérmico.
- Prepara el PICC y el material (purgar con SSF el PICC y la guía, extraer el fiador del catéter para liberar la zona del catéter a cortar, cortar el catéter).
- Cubrir la sonda con funda estéril y aplicar gel estéril.
- Colocar compresor a 10-15 cm de la zona elegida.
- Puncionar la zona mientras observamos ecográficamente hasta que refluya sangre.
- Introducir la guía (3-4 cm) y retirar la aguja.
- Realizar una pequeña incisión con el bisturí por encima de la guía.
- Introducir el dilatador con la cánula pelable sobre la guía.
- Retirar el compresor tras introducir el dilatador.
- Retirar el dilatador y el fiador dejando solo la cánula pelable.
- A través de la cánula plegable se introducirá suavemente el catéter ya cortado a la medida seleccionada.
- Retirar el pelable e insertar el catéter completo.
- Retirar fiador y comprobar el reflujo sanguíneo y lavar la luz con SSF (técnica push-stop-push).
- Heparinizar y colocar el tapón conector dejando clampada la luz.
- Fijar el catéter.
- Realizar radiografía de tórax para comprobar la colocación de la punta.

La bacteriemia es la complicación más importante y grave de los catéteres intravenosos.

En un estudio realizado por Cotogni et al. se estudiaron las complicaciones de los PICC en 250 pacientes ambulatorios; un 3,3% sufrieron infección (6 infección local y 3 bacteriemia), en un estudio similar en pacientes hospitalizados sobre 923 PICC, un 3,4% sufrieron infecciones, de las cuales el 87,1% eran bacteriemia. En el estudio por Cotogni, concluyeron que las complicaciones más frecuentes tras la infección son la trombosis venosa sintomática y las complicaciones mecánicas.

Bibliografía:

1. Estudio EPINE-EPPS 2016. Hospital Vall D´Hebron. N.p. 2016. Disponible en <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202016%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>
2. Elena PG, Magdalena LC, Pedro Luis JV. Catéteres venosos de inserción periférica (PICC): un avance en las terapias intravenosas de larga permanencia. *Nutrición Clínica en Medicina*. 2017. Volumen XI- Número 2 páginas 114 - 127
3. María MS. Accesos vasculares centrales: Catéteres tunelizados y catéter central de inserción periférica (PICC). *Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica*. 2018. Volumen 20. Nº1. páginas 26 - 30
4. Chopra V, Flanders S, Saint S. "The Michigan Appropriateness Guide For Intravenous Catheters (MAGIC): Results From A Multispecialty Panel Using the RAND/UCLA appropriateness Method". *Annals of Internal Medicine* 163.6_Supplement (2015): S1.
5. Cotogni P, Barbero C, Garrino C. "Peripherally Inserted Central Catheters In Non-Hospitalized Cancer Patients: 5-Year Results Of A Prospective Study". *Supportive Care in Cancer* 23.2 (2014): 403 – 409.

Capítulo 209

Transfusión de hemocomponentes a pacientes de extrema urgencia

Molina Romero, Pedro

Villaseñor Martín-Portugués, Cristina

Castellanos Rosell, Francisco José

Oviedo Rubio, Enrique

Rojas González, Ángel Luis

González Murcia, Fátima

TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES A PACIENTES, DE EXTREMA URGENCIA

AUTORES: PEDRO MOLINA ROMERO, CRISTINA VILLASEÑOR MARTIN-PORTUGUES, FRANCISCO JOSE CASTELLANOS ROSELL, ENRIQUE OVIEDO RUBIO, ANGEL LUIS ROJAS GONZALEZ, FATIMA GONZALEZ MURCIA



INTRODUCCIÓN: La Transfusión de Hemocomponentes, debe ser el tratamiento de procesos específicos cuando no existe tratamiento alternativo. La indicación debe establecerse en función de unos objetivos básicos como mantener/aumentar la oxigenación de los tejidos, frenar una hemorragia y normalizar trastornos de la coagulación. Aunque la transfusión proporciona beneficios clínicos incuestionables, no está exenta de riesgos e implica el consumo de un recurso (hemocomponentes) de difícil sustitución y escaso. Por estos motivos es imprescindible adecuar las transfusiones que se realicen a las necesidades reales en cada caso. El acto transfusional debe apoyarse en tres pilares fundamentales: 1. La correcta indicación. 2. La elección del hemocomponente más idóneo. 3. La elección de una dosis correcta.

Existe una relación inversa entre el grado de urgencia de la solicitud de hemocomponentes y el nivel de seguridad de la transfusión. Además, los grados de urgencia más inaplazables interrumpen el funcionamiento normal del Servicio de Transfusión, retrasando el resto de transfusiones. Además se consume un recurso escaso, como son los Concentrados de Hematíes de grupo O Rh Negativo. Por todo ello, el grado de urgencia de la solicitud de transfusión deberá ser el menos perentorio que permita la situación clínica del paciente. Existen los siguientes grados de urgencia cuando se cursa una petición: - Extrema urgencia, "transfusión urgente sin estudio pretransfusional". - Transfusión urgente "con estudio trasfusional realizado". - Transfusión en el día. - Transfusión en reserva. - Reserva para intervención quirúrgica.

La Transfusión de Extrema Urgencia Implica la transfusión de hemocomponente isogrupo, si conocemos el grupo ABO y Rh del paciente, en caso contrario los concentrados de hematíes serán O negativos. En ambos casos serán administrados sin realización de pruebas de compatibilidad. El médico responsable o solicitante debe ser consciente del riesgo que implica, pues no se puede descartar una reacción hemolítica al no haberse realizado los estudios pre transfusionales, teniendo que valorar si el grado de urgencia compensa el riesgo. La solicitud, excepcionalmente, podrá hacerse por vía telefónica, si bien la solicitud por escrito debe ser rellenada por el médico solicitante a la mayor brevedad posible y remitirla al servicio de transfusión. En cuanto sea posible se extraerán las muestras del paciente correctamente filiadas para realizar a posteriori los estudios pre transfusionales (normalmente por el personal del Servicio de Transfusión).

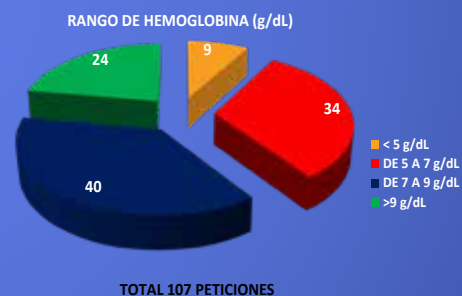
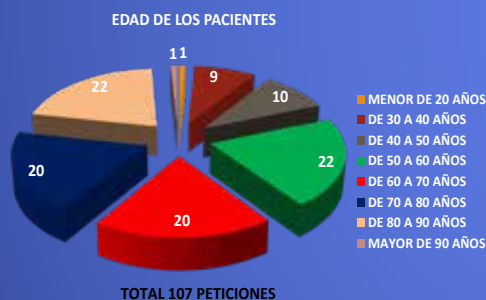
Nos hemos marcado como Objetivo Principal el de cuantificar la razón de la indicación (motivo), la edad del paciente transfundido y el rango de hemoglobina en el momento de la petición en las Trasfusiones de Extrema Urgencia durante el periodo de tiempo que vamos a estudiar 01-01-2019 al 31-12-2019.



METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODO): Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de las peticiones recibidas durante el año 2019 (01-01-2019 al 31-12-2019) para transfundir de Extrema Urgencia. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Igualmente hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

RESULTADOS:

El número total de Peticiones de Transfusión de Extrema Urgencia durante el periodo estudiado ha sido de 107.



CONCLUSIONES: Estudiados los resultados, concluimos que la edad del paciente no influye ni es relevante en la petición de Sangre de Extrema Urgencia, aunque vemos que el segmento comprendido entre 40 a 90 años es donde se concentra la mayor parte de las Trasfusiones de Extrema Urgencia.

Con respecto al rango de hemoglobina, comprobamos que en el segmento de 7-9 g/dL la Transfusión de Extrema Urgencia, supone el 37.3% del total de las transfusiones. Nos parece significativo y susceptible de estudio que en el segmento de >9g/dL, las peticiones para la administración de sangre de Extrema Urgencia, supone el 22.5% del total.

Con respecto al motivo de la transfusión, 52 de 107, el 48.5% (la mitad de las peticiones) el motivo es la Anemia Aguda. No viene explicitado la patología por la que se produce esa Anemia Aguda. El 24.3% el motivo que refleja la petición es la Cirugía, no explicitando qué tipo de Cirugía es.

A tenor de los resultados, sería interesante averiguar de manera exhaustiva si realmente todas las peticiones de Transfusión de Extrema Urgencia, eran necesarias y adecuadas, sabiendo que el médico responsable o solicitante debe ser consciente del riesgo que implica, pues no se puede descartar una reacción hemolítica al no haberse realizado los estudios pre transfusionales, teniendo que valorar si el grado de urgencia compensa el riesgo.

Resumen: La transfusión de hemocomponentes, debe ser el tratamiento de procesos específicos cuando no existe tratamiento alternativo. La indicación

debe establecerse en función de unos objetivos básicos como mantener/aumentar la oxigenación de los tejidos, frenar una hemorragia y normalizar trastornos de la coagulación. Aunque la transfusión proporciona beneficios clínicos incuestionables, no está exenta de riesgos e implica el consumo de un recurso (hemocomponentes) de difícil sustitución y escaso. Por estos motivos es imprescindible adecuar las transfusiones que se realicen a las necesidades reales en cada caso.

Palabras Clave: Transfusión, Hemoglobina, Hemorragia

Desarrollo del trabajo:

El acto transfusional

debe apoyarse en tres pilares fundamentales:

1. La correcta indicación.
2. La elección del hemocomponente mas idóneo.
3. La elección de una dosis correcta.

Existe una relación inversa entre el grado de urgencia de la solicitud de hemocomponentes y el nivel de seguridad de la transfusión. Además, los grados de urgencia mas inaplazables interrumpen el funcionamiento normal del Servicio de Transfusión, retrasando el resto de transfusiones. Además se consume un recurso escaso, como son los concentrados de hematíes de grupo O Rh Negativo. Por todo ello, el grado de urgencia de la solicitud de transfusión deberá ser el menos perentorio que permita la situación clínica del paciente. Existen los siguientes grados de urgencia cuando se cursa una petición:

- Extrema urgencia, “transfusión urgente sin estudio pretransfusional”.
- Transfusión urgente “con estudio trasfusional realizado”.
- Transfusión en el día.
- Transfusión en reserva.
- Reserva para intervención quirúrgica.

La transfusión de extrema urgencia Implica la transfusión de hemocomponentes isogrupo, si conocemos el grupo ABO y Rh del paciente, en caso contrario los concentrados de hematíes serán O negativos. En ambos casos serán administrados sin realización de pruebas de compatibilidad. El médico responsable o solicitante debe ser consciente del riesgo que implica, pues no se puede descartar una reacción hemolítica al no haberse realizado los estudios pre transfusionales, teniendo que valorar si el grado de urgencia compensa el riesgo.

La solicitud, excepcionalmente, podrá hacerse por vía telefónica, si bien la solicitud por escrito debe ser rellenada por el medico solicitante a la mayor brevedad posible y remitirla al servicio de transfusión. En cuanto sea posible se extraerán las muestras del paciente correctamente filiadas para realizar a posteriori los estudios pre transfusionales (normalmente por el personal del Servicio de Transfusión).

Nos hemos marcado como objetivo principal el de cuantificar la razón de la indicación (motivo), la edad del paciente trasfundido y el rango de hemoglobina en el momento de la petición en las transfusiones de extrema urgencia durante el periodo de tiempo que vamos a estudiar 01-01-2019 al 31-12-2019.

Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de las peticiones recibidas durante el año 2019 (01-01-2019 al 31-12-2019) para transfundir de Extrema Urgencia. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Igualmente hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

El número total de peticiones de transfusión de extrema urgencia durante el periodo estudiado ha sido de 107.

Estudiados los resultados, concluimos que la edad del paciente no influye ni es relevante en la petición de sangre de extrema urgencia, aunque vemos que el segmento comprendido entre 40 a 90 años es donde se concentra la mayor parte de las Trasfusiones de Extrema Urgencia.

Con respecto al rango de hemoglobina, comprobamos que en el segmento de 7-9 g/dL la transfusión de extrema urgencia, supone el 37.3% del total de las transfusiones. Nos parece significativo y susceptible de estudio que en el segmento de >9g/dL, las peticiones para la administración de sangre de extrema urgencia, supone el 22.5% del total.

Con respecto al motivo de la transfusión, 52 de 107, el 48.5% (la mitad de las peticiones) el motivo es la Anemia Aguda. No viene explicitado la patología por la que se produce esa Anemia Aguda. El 24.3% el motivo que refleja la petición es la cirugía, no explicitando qué tipo de cirugía es.

A tenor de los resultados, sería interesante averiguar de manera exhaustiva si realmente todas las peticiones de transfusión de extrema urgencia eran necesarias y adecuadas, sabiendo que el médico responsable o solicitante debe ser consciente del riesgo que implica, pues no se puede descartar una reacción hemolítica al no haberse realizado los estudios pre transfusionales, teniendo que valorar si el grado de urgencia compensa el riesgo.

Bibliografía:

1. Gómez Ramos MJ, González Valverde FM. Mejora de la calidad en el consentimiento informado. *Acta Bioeth.* 2012;18(2):247–56.
2. Cortina Rosales LD, López De Roux M del R. Terapia transfusional en la hemorragia obstétrica mayor: Síndrome de transfusión masiva. *Rev cuba obstet ginecol.* 2007;33(3):0–0.
3. Zunini-Fernandez G, Rando-Huluk K, Martínez-Pelayo FJ, Castillo-Trevizo AL. Transfusión masiva y manejo del paciente traumatizado: enfoque fisiopatológico del tratamiento. *Cir Cir.* 2011;79(5):473–80.

Capítulo 210

Transfusión de los diferentes hemocomponentes en el servicio de urgencias según motivo o diagnóstico

Molina Romero, Pedro

Oviedo Rubio, Enrique

Villaseñor Martín-Portugués, Cristina

Rojas González, Ángel Luis

González Murcia, Fátima

López Rivas, Sergio

TRANSFUSIÓN DE LOS DIFERENTES HEMOCOMPONENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN MOTIVO O DIAGNÓSTICO



AUTORES: PEDRO MOLINA ROMERO, ENRIQUE OVIEDO RUBIO, CRISTINA VILLASEÑOR MARTIN-PORTUGUES, ANGEL LUIS ROJAS GONZALEZ, FATIMA GONZALEZ MURCIA, SERGIO LOPEZ RIVAS

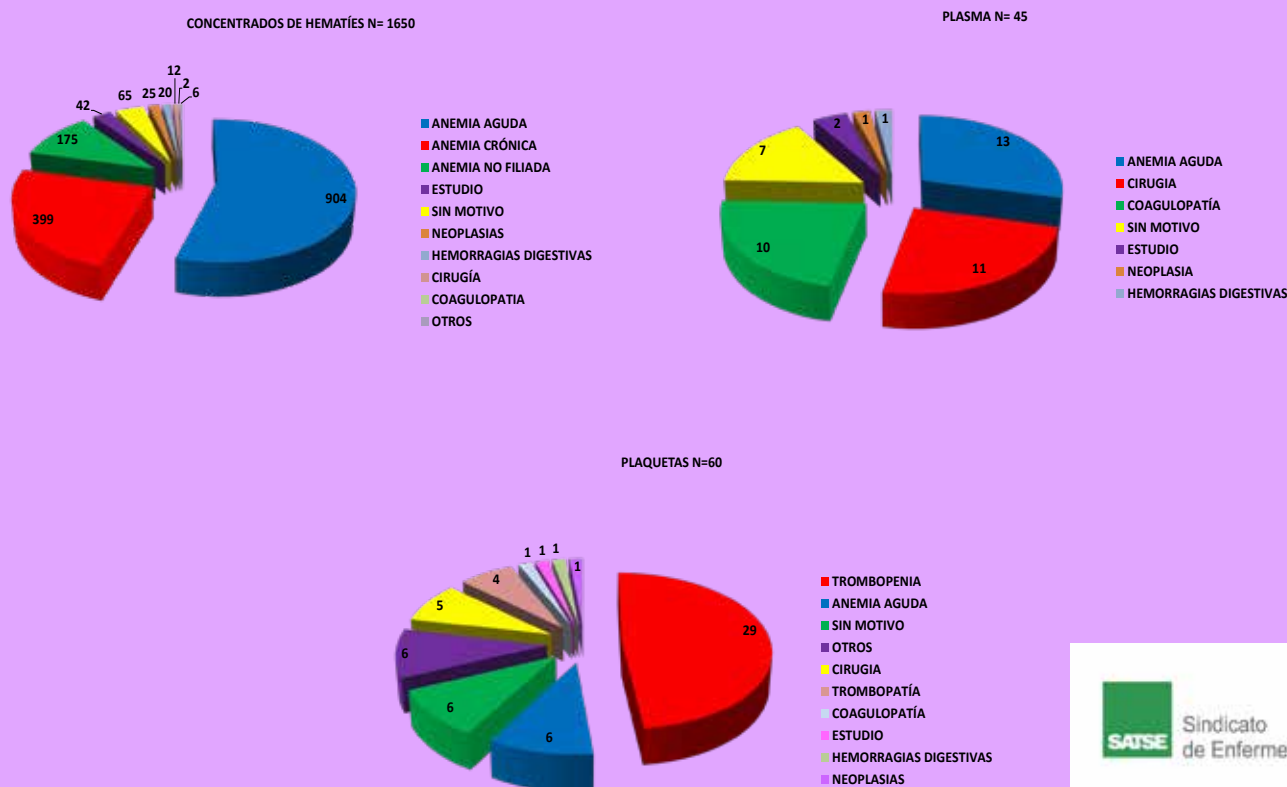
INTRODUCCIÓN: La Sangre es un Tejido Humano a la vez que un recurso preciado y escaso. Muchos países tienen dificultades para que la oferta satisfaga a la demanda. La disponibilidad de componentes sanguíneos depende en gran medida del apoyo de los donantes voluntarios. En Urgencias, la utilización de Hemocomponentes es muy frecuente (Politraumatismos, Hemorragias Digestivas Activas, Hematurias con repercusión hemodinámica, Anemias mal toleradas, etc.) y de hecho en nuestro Hospital es el Servicio que anualmente más trasfunde, por lo que la necesidad de que exista un Protocolo de transfusión que tenga en cuenta una serie de premisas como por ejemplo la Patología, rango de hemoglobina, edad, etc. del paciente es imprescindible para posibilitar que la administración de Hemocomponentes sea la adecuada consiguiendo así una buena gestión de este recurso.

La decisión clínica para la indicación de una transfusión de Hemocomponentes debe de seguir un proceso como, - evaluar el estado del paciente, - si está indicada la transfusión, decidir los componentes adecuados y el número de Unidades, - hablarlo con el paciente, - obtener el Consentimiento Informado, - Registrar la indicación de la transfusión y la conformidad del paciente. Además esta decisión clínica debe evitar unos posibles errores para que no haya una mala gestión de los Hemocomponentes, como, - una mala decisión clínica, - una transfusión innecesaria, - error en el componente administrado, - error en la dosis administrada, etc.

Nos hemos marcado como Objetivo principal del estudio, cuantificar el número de Hemocomponentes trasfundidos en el Servicio de Urgencias Generales basadas en el motivo o diagnóstico durante el año 2019.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODO): Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo del total de Hemocomponentes trasfundidos en el Servicio de Urgencias Generales durante el año 2019 según sea la patología o motivo de la transfusión. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

RESULTADOS: Siendo "T" = 1755 el total de Unidades de Hemocomponentes trasfundidos en 2019 en el Servicio de Urgencias Generales:



CONCLUSIONES: Estudiados los resultados, concluimos que el número total de transfusiones de hemocomponentes en el Servicio de Urgencias Generales a lo largo del año 2019 ha sido de 1755. Es el Servicio que más transfusiones de hemocomponentes ha trasfundido en nuestro Hospital, sobre un total de 10228.

El número de Concentrados de Hematíes ha sido de 1650, predominando como motivo, la Anemia Aguda, la Anemia Crónica y la Anemia no filiada con un total de 1478. Llama la atención por su relevancia que 65 concentrados de hematíes han sido trasfundidos sin un motivo reflejado en la Petición y 42, el motivo reflejado en la Petición haya sido "Estudio".

El número de unidades de Plasma ha sido de 45, predominando como motivo principal la Anemia Aguda, Casos Quirúrgicos y las Coagulopatías con un total de 34. Así mismo, como dato relevante vemos que 7 transfusiones de Plasma han sido trasfundidos sin un motivo reflejado en la Petición.

Por último, el número de Pooles de Plaquetas trasfundidas ha sido de 60, predominando como motivo principal la Trombopenia con un total de 29.

Concluimos haciendo referencia y recalando la importancia de que se refleje claramente en la Petición el "motivo" y el "diagnóstico probable" por lo que es necesario dicha transfusión. La correcta realización de la petición de transfusión será clave en la administración de los hemocomponentes, siendo importante especificar en ella el motivo y el diagnóstico, ya que posibilitara la detección, por parte del Servicio de Transfusión, de posibles errores en la cumplimentación de dicha petición por la concordancia con los hemocomponentes solicitados, ahorrando un tiempo que en estos casos es de vital importancia, y garantizando la seguridad transfusional del paciente. Por todo ello, recomendamos la formación de todos los profesionales que intervienen en la Transfusión, poniendo en valor la adecuada cumplimentación de las Peticiones de Transfusión, así como la correcta interpretación por parte del personal que intervendrá en todo el proceso.

Resumen: *La sangre es un Tejido Humano a la vez que un recurso preciado y escaso. En Urgencias, la utilización de hemocomponentes es muy frecuente y de hecho en nuestro hospital es el servicio que anualmente más trasfunde, por lo que la necesidad de que exista un protocolo de transfusión que tenga en cuenta una*

serie de premisas como por ejemplo la patología, rango de hemoglobina, edad, etc. del paciente es imprescindible para posibilitar que la administración de hemocomponentes sea la adecuada consiguiendo así una buena gestión de este recurso.

Palabras Clave: *Transfusión, Diagnóstico, Urgencias*

Desarrollo del trabajo:

La decisión clínica para la indicación de una transfusión de hemocomponentes debe de seguir un proceso como:

- Evaluar el estado del paciente
- Si está indicada la transfusión, decidir los componentes adecuados y el número de unidades
- Hablarlo con el paciente
- Obtener el consentimiento informado
- Registrar la indicación de la transfusión y la conformidad del paciente.

Además esta decisión clínica debe evitar unos posibles errores para que no haya una mala gestión de los hemocomponentes, como:

- Una mala decisión clínica
- Una transfusión innecesaria
- Error en el componente administrado
- Error en la dosis administrada, etc.

Nos hemos marcado como objetivo principal del estudio, cuantificar el número de hemocomponentes trasfundidos en el Servicio de Urgencias Generales basadas en el motivo o diagnóstico durante el año 2019.

Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo del total de hemocomponentes trasfundidos en el Servicio de Urgencias Generales durante el año 2019 según sea la patología o motivo de la transfusión.

Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

Estudiados los resultados, concluimos que el número total de transfusiones de hemocomponentes en el Servicio de Urgencias Generales a lo largo del año 2019 ha sido de 1755. Es el Servicio que más transfusiones de hemocomponentes ha trasfundido en nuestro hospital, sobre un total de 10228.

El número de concentrados de hematíes ha sido de 1650, predominando como motivo, la Anemia Aguda, la Anemia Crónica y la Anemia no filiada con un total de 1478. Llama la atención por su relevancia que 65 concentrados de hematíes han sido trasfundidos sin un motivo reflejado en la petición y 42, el motivo reflejado en la petición haya sido “Estudio”.

El número de unidades de plasma ha sido de 45, predominando como motivo principal la Anemia Aguda, Casos Quirúrgicos y las Coagulopatías con un total de 34.

Así mismo, como dato relevante vemos que 7 transfusiones de Plasma han sido trasfundidos sin un motivo reflejado en la Petición.

Por último, el número de Pooles de Plaquetas trasfundidas ha sido de 60, predominando como motivo principal la Trombopenia con un total de 29.

Concluimos haciendo referencia y recalando la importancia de que se refleje claramente en la petición el “motivo” y el “diagnóstico probable” por lo que es necesario dicha transfusión. La correcta realización de la petición de transfusión será clave en la administración de los hemocomponentes, siendo importante especificar en ella el motivo y el diagnóstico, ya que posibilitara la detección, por parte del Servicio de Transfusión, de posibles errores en la cumplimentación de dicha petición por la concordancia con los hemocomponentes solicitados, ahorrando un tiempo que en estos casos es de vital importancia, y garantizando la seguridad transfusional del paciente. Por todo ello, recomendamos la formación de todos los profesionales que intervienen en la Transfusión, poniendo en valor la adecuada cumplimentación de las Peticiones de Transfusión, así como la correcta interpretación por parte del personal que intervendrá en todo el proceso.

Bibliografía:

1. Quintana-Díaz M, Andrés-Esteban EM, Sánchez-Serrano J, Martínez-Virto A, Juárez-Vela R, García-Erce JA. Transfusión en Urgencias: algo más que una transfusión de sangre. Rev Clin Esp (Barc). 2020;220(7):393–9.
2. Rodríguez MVC, Samaniego LI, Ruíz RD, Cristóbal MR. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva en Urgencias. Medicine. 2015;11(90):5389–93.
3. Portero Sánchez I, Collado Yurrita L. Características clínicas y manejo de los pacientes con anemia en el servicio de urgencias de un hospital general. Universidad Complutense de Madrid; 2016.
4. Ramírez Zaldívar M, Cruz Portelles A, Jardines González E, Rodríguez García SM, Fernández Chelala B. Incidencia y mortalidad por anemia en pacientes gravemente enfermos. Medisan. 2012;16(9):1408–15.

Capítulo 211

Tratamiento caso clínico con apósitos antimicrobianos seguidos de espuma aceleradora del proceso de cicatrización

*Fernández Luna, Celia
Luna Naranjo, Petra
Cervantes Torres, Laura*

TRATAMIENTO DE CASO CLINICO CON APOSITO ANTIMICROBIANO SEGUIDO DE ESPUMA ACELERADORA DEL PROCESO DE CICATRIZACION

AUTORES::1ºCELIA FERNANDEZ LUNA, PETRA LUNA NARANJO,,LAURA CERVANTES TORRES

INTRODUCCIÓN: El pie diabético es una de las complicaciones que mayor impacto provoca por su repercusión en la calidad de vida y el riesgo de amputación. Se acompaña de una afectación nerviosa (neuropatía) que conlleva una pérdida de la sensibilidad protectora del pie, favoreciendo la aparición de lesiones que derivarán en úlceras por una alteración en la cicatrización debido a años de evolución de la diabetes y/o mal control metabólico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Paciente varón de 81 años . Presenta necrosis en 1º, 2º y 3er dedo de pie izquierdo en zona plantar producida por contacto de fuente de calor (brasero eléctrico).

Antecedentes: No RAMC, HTA, DLP, DM II Insulinodependiente, FA, EPOC, Obesidad, Inmovilizado y ACV en 2007.

Paciente diabético de larga evolución con mal control metabólico, presenta **neuropatía diabética** (pérdida de sensibilidad profunda y pérdida parcial de sensibilidad superficial), sin afectación vascular periférica (**ITB = 1 en pie izquierdo**).

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

- Patrón 1: Riesgo de Infección r/c destrucción tisular.
 - NOC asociados:
 - Control del riesgo. Indicador: Modificación del estilo de vida.
 - NIC:
 - Cuidados de las heridas.
 - Vigilancia de la piel. Actividades: Observar si hay infecciones, Observar si hay enrojecimiento, pérdida de la piel.
- Patrón 2: Deterioro de la integridad cutánea r/c Agentes térmicos (extremos de temperatura) m/p lesión de los tejidos subcutáneos.
 - NOC asociados:
 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicador: Necrosis
 - Perfusión tisular periférica. Indicador: sensibilidad, dolor localizado en extremidades
 - Curación de la herida por segunda intención. Indicadores: Granulación, disminución del tamaño de la herida.
 - NIC:
 - Cuidado de las heridas. Actividades: Administrar cuidados de la úlcera dérmica.
 - Enseñanza: Cuidado de los pies: Dar información verbal y escrita de las pautas del cuidado de los pies.
 - Control de Infecciones: Asegurar una técnica de cuidados adecuada, fomentar ingesta nutricional adecuada.



DISCUSIÓN:

Se inicia tratamiento de cura en ambiente húmedo el día 11 de abril de 2018 con Urgoclean Ag junto con desbridamiento cortante de placa necrótica con cureta más desbridamiento autolítico con hidrogel.

Se valora evolución de herida c/ 4 días. Cura con el mismo procedimiento.

Tras 10 días de tratamiento, se elimina totalmente la placa necrótica, iniciando a continuación a fecha 28 de abril de 2018, tratamiento con apósito acelerador del proceso de cicatrización (urgostart malla).

Se realiza cambio de apósito c/ 4-5 días presentando buena evolución con presencia de tejido de granulación hasta la completa cicatrización de la herida el día 15 de Junio de 2018.

CONCLUSIÓN:

En menos de 2 meses la combinación de apósitos Urgoclean Ag y Urgostart Malla han sido capaces de cicatrizar totalmente las lesiones de origen neuropático en un pie diabético. Ambos productos han funcionado correctamente tanto en la fase de desbridamiento como en la fase de granulación – epitelización. Se ha permitido espaciar el cambio de apósito con beneficio profesional de enfermería y al mismo tiempo reportando bienestar al paciente en el proceso de cicatrización de la herida disminuyendo el dolor que pudiera derivar en el proceso de cura.

Resumen: *Las heridas crónicas es una de las tareas que más tiempo y recursos consumen a enfermería; la elección del método de cura es fundamental para optimizar su eficacia.*

En nuestro caso, tuvimos que hacer elección del tipo de cura a realizar; cura seca tradicional (antisépticos, desbridantes y gasas) o cura en ambiente húmedo (con apósitos que mantienen nivel de humedad).

Nuestra elección de cura en ambiente húmedo fue todo un éxito con el uso del apósito antimicrobiano seguido de espuma aceleradora del proceso de cicatrización cerramos la herida en tiempo récord con el consiguiente beneficio para el paciente - profesional.

Palabras Clave: *Diabetes, Úlcera, Extremidad Inferior Extremidad Inferior*

Desarrollo del trabajo:

El pie diabético es una de las complicaciones que mayor impacto provoca por su repercusión en la calidad de vida y el riesgo de amputación. Se acompaña de una afectación nerviosa (neuropatía) que conlleva una pérdida de la sensibilidad protectora del pie, favoreciendo la aparición de lesiones que derivarán en úlceras por una alteración en la cicatrización debido a años de evolución de la diabetes y/o mal control metabólico.

En nuestro caso clínico, nos planteamos qué tipo de cura realizar a nuestro paciente en un pie diabético con necrosis en varios dedos:

- cura seca tradicional: la técnica consiste en mantener la herida limpia y seca para prevenir infecciones, aunque se retrase la cicatrización. Este tipo de cura es indicado frecuentemente en nuestro Hospital por el servicio de cirugía vascular.

- O bien arriesgarnos a realizar cura en ambiente húmedo, cuya evidencia científica demuestra una mayor eficacia de estos apósitos basados en CAH frente a los apósitos tradicionales o cura de ambiente seco. Las heridas necesitan un aporte permanente, ininterrumpido y equilibrado de humedad.

En nuestro caso clínico ha tenido una gran importancia La tecnología aplicada en el lecho de la herida basada en cura en ambiente húmedo, ya que aporta unas condiciones fisiológicas adecuadas y la elección del apósito correcto en función de la tipología de herida.

Es importante la aceleración del proceso de cicatrización mediante apósitos de espuma de poliuretano que combinen tecnología lípido coloidal y factores aceleradores del proceso de cicatrización altamente efectivos.

En menos de 2 meses la combinación de apósitos Urgoclean Ag y Urgostart Malla han sido capaces de cicatrizar totalmente las lesiones de origen neuropático en un pie diabético.

Ambos productos han funcionado correctamente tanto en la fase de desbridamiento como en la fase de granulación – epitelización.

Se ha permitido espaciar el cambio de apósito con beneficio profesional de enfermería y al mismo tiempo reportando bienestar al paciente en el proceso de cicatrización de la herida disminuyendo el dolor que pudiera derivar en el proceso de cura.

Bibliografía:

1. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones.
2. GNEAUPP-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas(Internet).(cited 2021 Jul 2)Available from: [https:// gneaupp.info/](https://gneaupp.info/).
3. Manejo y tratamiento de úlceras de extremidades inferiores: Díaz Herrera MA, Baltà Domínguez L, Blasco García MC, Fernández Garzón M, Fuentes Camps EM, Gayarre Aguado R, et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors. Disponible En;https://iics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/guia_ulceras_extrenitats_inferiors.pdf.
4. Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad del pie diabético.

Capítulo 212

Tratamiento de fisioterapia en fractura de tercio próximo de húmero

García Domínguez, Pedro Javier



TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN FRACTURA DE TERCIO PRÓXIMAL DE HÚMERO

SATSE

Autor: Pedro Javier García Domínguez

I. Introducción

El **húmero** es el hueso más largo de la extremidad superior. Se articula con la escápula por medio del hombro y con el cúbito y el radio por medio de la articulación del codo. La lesión más común de este hueso es la **fractura de húmero**, que representan el 5% en la población adulta. El 75%, se localizan en el tercio superior y son muy frecuentes en ancianos, favorecidas por la osteoporosis. Son tres veces más frecuentes en mujeres.

II. Observación clínica

→Valoración y exploración física:

- Mujer de 85 años que refiere dolor en hombro derecho tras caída. Sufre fractura de húmero y se le coloca una prótesis de hombro.
- Miembro superior (MS) derecho rotado internamente y en aducción (debido a uso prolongado de cabestrillo). Ligera pérdida de fuerza en todo el brazo, sobre todo deltoides. Limitación de la flexión y abducción de hombro por prótesis. Sin dolor a la movilización. Sensibilidad conservada.
- Índice de Barthel: 100 puntos. (independencia total).
- Compensación de movimientos para ganar recorrido articular.

→Antecedentes y signos de alerta:

- Antihipertensivo por aumento de presión arterial desde hace años.
- Artroplastia de rodilla derecha.

→Diagnóstico de fisioterapia:

- Prótesis de hombro tras fractura de tercio proximal de húmero:
 - Disminución de funcionalidad de MS derecho.
 - Ligera pérdida de fuerza muscular de MS derecho.
 - Disminución del recorrido articular de MS derecho sobre todo en abducción y flexión.

III. Plan de cuidados

→Objetivos:

- Evitar la aparición de dolores por sobreesfuerzo.
- Aumentar fuerza muscular y resistencia MS derecho.
- Ampliar recorrido articular tanto de forma activa como pasiva.
- Evitar compensaciones.
- Realizar ejercicios para adaptarlos a las actividades de la vida diarias (AVDs).
- Trabajar la ergonomía postural y mantener el mayor grado de independencia para las AVDs.

→Tratamiento:

- Calor superficial en hombro derecho para relajar y prepararlo.
- Masaje de la cicatriz para regenerar tejido y evitar adherencias.
- Masoterapia en hombro derecho.
- Decoaptación de cabeza humeral y movilización de cintura escapular.
- Movilización activo- asistida y resistida de MS derecho en decúbito supino y decúbito lateral izquierdo.
- Movilización autopasiva con bastón de miembros superiores.
- Ejercicios: elongación de hombro con rodillo/ autopasivos con poleas.
- Escalera de dedos.
- Trabajo del esquema corporal frente al espejo.

IV. Discusión

→30 días después de colocación de prótesis, tras 10 sesiones de tratamiento:

- La cicatriz de la intervención se encuentra en buenas condiciones salvo una pequeña zona que está más retráctil.
- Realiza compensaciones elevando el hombro cuando realizamos flexión y abducción de hombro. Debido a las compensaciones presenta hipertonía en ambos trapecios por lo que se comienza a trabajar para disminuir el tono de los mismos.
- Refiere solo molestias al final de los movimientos y fatiga muscular cuando está finalizando la sesión, buena resistencia.
- Consigue llegar a la mitad de la escalera de dedos sin compensaciones.

→45 días después de colocación de prótesis, tras 16 sesiones de tratamiento:

- la cicatriz se encuentra en perfectas condiciones.
- La movilidad del miembro superior derecho es cada vez mejor y realiza menos compensaciones.
- Se comienza a trabajar el esquema corporal frente al espejo, ella sola y junto a fisioterapeuta realizando ejercicios de imitación y ayudando a corregir la postura buscando minimizar aún más las compensaciones.
- Puede realizar las actividades de la vida diaria sin ningún tipo de problema.

Los objetivos planteados se cumplen, aunque de manera lenta. La actitud colaboradora es imprescindible para conseguir un buen resultado. Se observa una limitación de tipo duro que impide aumentar grados de movimiento al realizar movilizaciones articulares en MS derecho.

V. Conclusiones

Existen numerosos ensayos clínicos que analizan diferentes métodos o protocolos de rehabilitación de hombro y sugieren que un abordaje precoz mejora los resultados a corto plazo; y que la rehabilitación con ejercicios aprendidos por el paciente ofrece los mismos resultados que la rehabilitación guiada.

En fisioterapia se debe tener muy claro que no es la fractura o la prótesis lo que se ha de tratar, sino todo lo que está relacionado, lesión de partes blandas y sobre las posibles complicaciones. También habrá que prever las derivadas de la misma inmovilización (rigidez articular, atrofia muscular, consideración, dolor, edema).

Resumen: Tratamiento de una fractura de tercio proximal de húmero en paciente de avanzada edad tras sufrir una caída. Se realiza una valoración exhaustiva y se plantean objetivos de fisioterapia a corto y largo plazo. Se valoran los resultados del tratamiento de elección y se observa la evolución la cual es buena, recuperando el paciente la movilidad del miembro y siendo independiente en las actividades básicas de la vida diaria.

Palabras Clave: Rehabilitación, Prótesis de Hombro, Fracturas del Húmero

Desarrollo del trabajo:

El húmero es el hueso más largo de la extremidad superior. La lesión más común de este hueso es la fractura, que representan el 5% en la población adulta. Son tres veces más frecuentes en mujeres.

Observación clínica:

Valoración y exploración física:

- Mujer de 85 años que refiere dolor en hombro derecho tras caída. Sufre fractura de húmero y se le coloca una prótesis de hombro.

- Miembro superior (MS) derecho rotado internamente y en aducción (debido a uso prolongado de cabestrillo). Ligera pérdida de fuerza en todo el brazo, sobre todo deltoides. Limitación de la flexión y abducción de hombro por prótesis. Sin dolor a la movilización. Sensibilidad conservada.

- Índice de Barthel: 100 puntos (independencia total).
- Compensa movimientos con el hombro para ganar recorrido articular.

Antecedentes y signos de alerta:

- Antihipertensivo por aumento de presión arterial.
- Artroplastia de rodilla derecha.

Diagnóstico de fisioterapia:

- Prótesis de hombro tras fractura de tercio proximal de húmero.
- Disminución de la funcionalidad del miembro.
- Ligera pérdida de fuerza muscular.
- Disminución del recorrido articular del MS derecho sobre todo en abducción y flexión.

Plan de Cuidados:

Objetivos:

- Evitar la aparición de dolores por sobreesfuerzo.
- Aumentar fuerza muscular y resistencia MS derecho.
- Ampliar recorrido articular tanto de forma activa como pasiva.

- Evitar compensaciones.
- Realizar ejercicios para adaptarlos a las actividades de la vida diarias (AVDs).
- Trabajar la ergonomía postural y mantener el mayor grado de independencia para las AVDs.

Tratamiento:

- Calor superficial en hombro derecho para relajar y prepararlo.
- Masaje de la cicatriz para regenerar tejido y evitar adherencias.
- Masoterapia en hombro derecho.
- Decoaptación de cabeza humeral y movilización de cintura escapular.
- Movilización activo-asistida y resistida de MS derecho en decúbito supino y decúbito lateral izquierdo.
- Movilización autopasiva con bastón de miembros superiores.
- Ejercicios: elongación de hombro con rodillo/ autopasivos con poleas.
- Escalera de dedos.
- Trabajo del esquema corporal frente al espejo.

Discusión:

30 días después de colocación de prótesis, tras 10 sesiones de tratamiento:

- La cicatriz de la intervención se encuentra en buenas condiciones salvo una pequeña zona que está más retráctil.
- Realiza compensaciones elevando el hombro cuando realizamos flexión y abducción de hombro. Debido a las compensaciones presenta hipertonia en ambos trapecios por lo que se comienza a trabajar para disminuir el tono de los mismos.
- Refiere solo molestias al final de los movimientos y fatiga muscular cuando está finalizando la sesión, buena resistencia.
- Consigue llegar a la mitad de la escalera de dedos sin compensaciones.

45 días después de colocación de prótesis, tras 16 sesiones de tratamiento:

- La cicatriz se encuentra en perfectas condiciones.
- La movilidad del miembro superior derecho es cada vez mejor y realiza menos compensaciones.
- Se comienza a trabajar el esquema corporal frente al espejo, ella sola y junto a fisioterapeuta realizando ejercicios de imitación y ayudando a corregir la postura buscando minimizar aún más las compensaciones.
- Puede realizar las actividades de la vida diaria sin ningún tipo de problema.

Los objetivos planteados se cumplen, aunque de manera lenta. La actitud colaboradora es imprescindible para conseguir un buen resultado.

Se observa una limitación de tipo duro que impide aumentar grados de movimiento al realizar movilizaciones articulares en MS derecho.

Conclusiones:

Existen numerosos ensayos clínicos que analizan diferentes métodos o protocolos de rehabilitación de hombro y sugieren que un abordaje precoz mejora los resultados a corto plazo; y que la rehabilitación con ejercicios aprendidos por el paciente ofrece los mismos resultados que la rehabilitación guiada.

En fisioterapia se debe tener muy claro que no es la fractura o la prótesis lo que se ha de tratar, sino todo lo que está relacionado, lesión de partes blandas y sobre las posibles complicaciones.

Bibliografía:

1. Cabana F, Pagé C, Svtelis A, Langlois-Michaud S, Tousignant M. Is an in-home telerehabilitation program for people with proximal humerus fracture as effective as a conventional face-to face rehabilitation program? A study protocol for a noninferiority randomized clinical trial. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2016 Aug 26;8(1):27.
2. Lefevre-Colau MM, Babinet A, Fayad F, Fermanian J, Anract P, Roren A, Kansao J, Revel M, Poiraudreau S. Immediate mobilization compared with conventional immobilization for the impacted nonoperatively treated proximal humeral fracture. A randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2007 Dec;89(12):2582-90.
3. Tousignant M, Giguère AM, Morin M, Pelletier J, Sheehy A, Cabana F. In-home telerehabilitation for proximal humerus fractures: a pilot study. Int J Telerehabil. 2015 Jan 29;6(2):31-7.

Capítulo 213

Tratamiento de fisioterapia en lesionado medular secundario a mielitis longitudinal cervicodorsal

García Domínguez, Pedro Javier

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LESIONADO MEDULAR SECUNDARIO A MIELITIS LONGITUDINAL CERVICODORSAL

Autor: Pedro Javier García Domínguez

I. Introducción

La **lesión medular** es una alteración de la médula espinal, por causa traumática o por enfermedad. La mielitis es una enfermedad inflamatoria que produce una lesión en la médula, siendo la mielitis longitudinal la que implica tres o más segmentos medulares contiguos.

II. Observación clínica

→Valoración y exploración física:

- Postura correcta en la silla de ruedas, con ligera inclinación hacia delante, que ocasiona compensación con lumbares y dolor.
- Miembros inferiores hipotónicos y disminución de la fuerza, así como limitación articular en todos los movimientos. Compensa para conseguir aumentar rangos de movimiento activos, los cuales están limitados. El rango articular pasivo conservado sin dolor.
- Sensibilidad alterada (más en miembro inferior derecho). Sensibilidad térmica conservada.
- No camina. No mantiene por sí sola la posición de pie.
- Equilibrio en sedestación alterado. Se cansa pronto.
- Capaz de realizar ella sola las actividades de la vida diaria aunque necesita supervisión para algunas. Capaz de sondarse.

→Antecedentes y signos de alerta:

- Sin patologías anteriores ni antecedentes familiares.
- Sin alergias a medicamentos.
- Tres días antes de la resonancia medular que confirma su patología comienza a tener fiebre, pasando después a la incapacidad de orinar y por no poder mover las piernas.

→Diagnóstico de fisioterapia:

- Síndrome del lesionado medular nivel T6 Asia C con zonas de preservación parcial T8-T9 derecho y T7-T8 izquierdo. Escasa movilidad de miembros inferiores (MMII), alteración de sensibilidad y pérdida de fuerza. Poco equilibrio en sedestación. Incapacidad para la marcha y dependiente de silla de ruedas.

III. Plan de cuidados

→OBJETIVOS

- Mantener y aumentar los recorridos articulares.
- Flexibilizar, dar estabilidad al tronco.
- Potenciar la musculatura global del cuerpo.
- Prevenir la aparición de problemas circulatorios y úlceras por presión.
- Evitar retracciones y deformidades.
- Mejorar el retorno venoso.
- Conseguir independencia en silla de ruedas.
- Mejorar drenaje urinario y tránsito intestinal.
- Trabajar actividades de la vida diaria (AVDs) y reeducar la marcha.

→TRATAMIENTO

- Cinesiterapia MMII. Movilizaciones activo-asistidas.
- Estiramiento de isquiotibiales y gemelos.
- Flexo- extensión de cadera con rodillas flexionadas.
- Abdominales. Fisioterapeuta estabiliza rodillas.
- Estiramiento, flexión y rotación de tronco.
- Equilibrio en sedestación larga. Brazos en cruz y desequilibramos. Regresa a posición inicial.
- Potenciación de tríceps con pulsores.
- Flexo- extensión de rodilla en sedestación corta: activo- asistida.
- Flexiones en decúbito prono para potenciar miembros superiores (MMSS) y tronco.
- pesas para potenciar MMSS. Decúbito supino.
- Suspensionterapia: en decúbito supino.
- Bipedestación en STANDING.
- Bicicleta eléctrica asistida.
- Electroterapia: interferenciales para potenciar musculatura glútea y cuádriceps.
- Cuadrupedia: estabilizaciones y control de la musculatura pélvica.
- Equilibrio en sedestación sobre talones.
- Bipedestación en paralelas: Se controla y ayuda a mantener la posición, ayudar a mantener extensión de rodillas y cadera.
- Hidroterapia: marcha y volteos.

IV. Discusión

Se observa una clara mejoría en el control de tronco en sedestación y en cuadrupedia. Se aprecia actividad contráctil en musculatura de MMII, sobretodo cuádriceps, por lo que comienza trabajo de bipedestación en barras paralelas, que realiza satisfactoriamente. Aquí debemos bloquear la rodilla derecha la cual tiende a flexionarse. Con el paso de las sesiones mejora su control en bipedestación y se siente más segura.

Refiere ligera recuperación de la sensibilidad de los MMII y aumento de la espasticidad, ocasionada por la aparición de tono en la musculatura.

Se sigue con los objetivos trabajando el equilibrio y la bipedestación, a la vez que se sigue potenciando la musculatura tanto por encima como por debajo de la lesión. Evolución de la marcha en el agua con mayor equilibrio (disminuye espasticidad por propiedades del medio acuático).

V. Conclusiones

La paciente evoluciona favorablemente de su lesión, los objetivos planteados están cumpliéndose. La actitud colaboradora, con ánimo y ganas de seguir mejorando, es imprescindible para lograr un buen resultado. Seguir trabajando como hasta ahora y evitar compensaciones que lleguen a ocasionar dolores. La hidroterapia le viene muy bien para andar en el agua y como efecto psicológico.

Las personas que sufren una lesión medular se enfrentan a una situación vital grave, que les obliga a intentar adaptarse y afrontar una serie de limitaciones y cambios excepcionales.

“Si no puedes volar entonces corre, si no puedes correr entonces camina, si no puedes caminar entonces arrástrate, pero sea lo que hagas, sigue moviéndote hacia delante.”

Martin Luther King Jr.



Resumen: Caso clínico en el cual se realiza tratamiento de fisioterapia en paciente diagnosticado de lesión medular secundario a una mielitis. Se hace una valoración exhaustiva y se plantean los objetivos de fisioterapia para finalmente realizar el tratamiento de elección en base a la evidencia. Se observa la evolución y la eficacia del tratamiento

Palabras Clave: Mielitis; Rehabilitación; Espasticidad Muscular

Introducción:

La lesión medular es una alteración de la médula espinal, por causa traumática o por enfermedad. La mielitis es una enfermedad inflamatoria que produce una lesión en la médula, siendo la mielitis longitudinal la que implica tres o más segmentos medulares contiguos.

Observación clínica:

- Postura correcta en la silla de ruedas, con ligera inclinación hacia delante, que ocasiona compensación con lumbares y dolor.
- Miembros inferiores hipotónicos y disminución de la fuerza, así como limitación articular en todos los movimientos. Compensa para conseguir aumentar rangos de movimiento activos, los cuales están limitados. El rango articular pasivo conservado sin dolor.
- Sensibilidad alterada (más en miembro inferior derecho). Sensibilidad térmica conservada.
- No camina. No mantiene por sí sola la posición de pie.
- Equilibrio en sedestación alterado. Se cansa pronto.
- Capaz de realizar ella sola las actividades de la vida diaria, aunque necesita supervisión para algunas. Capaz de sondarse.

Antecedentes y signos de alerta:

- Sin patologías anteriores ni antecedentes familiares.
- Sin alergias a medicamentos.
- Tres días antes de la resonancia medular que confirma su patología comienza a tener fiebre, pasando después a la incapacidad de orinar y por no poder mover las piernas.

□ Diagnóstico de fisioterapia:

• Síndrome del lesionado medular nivel T6 Asia C con zonas de preservación parcial T8-T9 derecho y T7-T8 izquierdo. Escasa movilidad de miembros inferiores (MMII), alteración de sensibilidad y pérdida de fuerza. Poco equilibrio en sedestación. Incapacidad para la marcha y dependiente de silla de ruedas.

Plan de Cuidados:

Objetivos

- Mantener y aumentar los recorridos articulares.
- Flexibilizar, dar estabilidad al tronco.

- Potenciar la musculatura global del cuerpo.
- Prevenir la aparición de problemas circulatorios y úlceras por presión.
- Evitar retracciones y deformidades.
- Mejorar el retorno venoso.
- Conseguir independencia en silla de ruedas.
- Mejorar drenaje urinario y tránsito intestinal.
- Trabajar actividades de la vida diaria (AVDs) y reeducar la marcha.

Tratamiento

- Cinesiterapia MMII. Movilizaciones activoasistidas.
- Estiramiento de isquiotibiales y gemelos.
- Flexo- extensión de cadera con rodillas flexionadas.
- Abdominales. Fisioterapeuta estabiliza rodillas.
- Estiramiento, flexión y rotación de tronco.
- Equilibrio en sedestación larga. Brazos en cruz y desequilibramos. Regresa a posición inicial.
- Potenciación de tríceps con pulsores.
- Flexo- extensión de rodilla en sedestación corta: activo- asistida.
- Flexiones en decúbito prono para potenciar miembros superiores (MMSS) y tronco.
- Pesas para potenciar MMSS. Decúbito supino.
- Suspensionterapia: en decúbito supino.
- Bipedestación en STANDING.
- Bicicleta eléctrica asistida.
- Electroterapia: interferenciales para potenciar musculatura glútea y cuádriceps.
- Cuadropedia: estabilizaciones y control de la musculatura pélvica.
- Equilibrio en sedestación sobre talones.
- Bipedestación en paralelas: Se controla y ayuda a mantener la posición, ayudar a mantener extensión de rodillas y cadera.
- Hidroterapia: marcha y volteos.

Discusión:

Se observa una clara mejoría en el control de tronco en sedestación y en cuadrupedia. Se aprecia actividad contráctil en musculatura de MMII, sobre todo cuádriceps, por lo que comienza trabajo de bipedestación en barras paralelas, que realiza satisfactoriamente. Aquí debemos bloquear la rodilla derecha la cual tiende a flexionarse. Con el paso de las sesiones mejora su control en bipedestación y se siente más segura. Refiere ligera recuperación de la sensibilidad de los MMII y aumento de la espasticidad, ocasionada por la aparición de tono en la musculatura. Se sigue con los objetivos trabajando el equilibrio y la bipedestación, a la vez que se sigue potenciando la musculatura tanto por encima como por debajo de la lesión. Evolución de la marcha en el agua con mayor equilibrio (disminuye espasticidad por propiedades del medio acuático).

Conclusiones:

La paciente evoluciona favorablemente de su lesión, los objetivos planteados están cumpliéndose. La actitud colaboradora, con ánimo y ganas de seguir mejorando, es imprescindible para lograr un buen

resultado. Seguir trabajando como hasta ahora y evitar compensaciones que lleguen a ocasionar dolores. La hidroterapia le viene muy bien para andar en el agua y como efecto psicológico.

Las personas que sufren una lesión medular se enfrentan a una situación vital grave, que les obliga a intentar adaptarse y afrontar una serie de limitaciones y cambios excepcionales.

Bibliografía:

1. Nas K, Yazmalar L, Sah V, Aydin A, Öneç K. Rehabilitation of spinal cord injuries. World J Orthop 2015; 6(1): 8-16.
2. Schroeder ST, LaBarbera J, McDowell S, et al. Physical therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. J Spinal Cord Med 2011; 34(2): 149-161.
3. Sezer N, Akkuş S, Uğurlu FG. Chronic complications of spinal cord injury. World J Orthop 2015; 6(1): 24-33.

Capítulo 214

Tratamiento de fisioterapia en paciente con cervicodorsalgia

García Domínguez, Pedro Javier



TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTE CON CERVICODORSALGIA

SATSE

Autor: Pedro Javier García Domínguez

I. Introducción

La dorsalgia o dolor dorsal es una sensación dolorosa que afecta a lo que comúnmente conocemos como la zona media de la espalda. Aparece frecuentemente asociado a molestias en otras regiones, por lo que no es extraño padecer dolores combinados con zonas cervical (como en este caso clínico) o lumbar, o incluso hacia el tórax. La gran mayoría de estos casos se debe a un desequilibrio postural que ocasiona un mal funcionamiento mecánico del raquis. Para obtener resultados a largo plazo es esencial un abordaje global.

II. Observación clínica

→Valoración y exploración física:

- Mujer de 40 años que refiere dolor en la zona dorsal y cervical (más en cara anterior del cuello). Dolor las 24 horas del día.
- Refiere pérdida de sensibilidad en zona paravertebral dorsal.
- Observación en bipedestación: desde una vista lateral se aprecian hombros y cabeza adelantados y aumento de la cifosis dorsal. Desde una visión dorsal escápulas aladas.
- Puntos gatillos miofasciales dolorosos en ambos trapecios y esternocleidomastoideo (ECOM) derecho.
- Barestesia en zona dorsal.

→Antecedentes y signos de alerta:

- Hace un año diagnosticada de "cervicodorsalgia", resuelta.
- Tratamiento farmacológico actual: naxopreno, paroxetina y valium.
- Prótesis mamaria implantada hace 5 años.
- El dolor le produce mareos y vértigos.
- Sedentaria. No realiza nada de ejercicio físico.

→Diagnóstico de fisioterapia:

- Cervicodorsalgia con aumento de cifosis dorsal, disminución de la sensibilidad en dicha región, presencia de puntos gatillos miofasciales en trapecios y ECOM derecho los cuales producen dolor y alteración de la postura.

III. Plan de cuidados

→Objetivos:

- Disminuir dolor en zona cervical y dorsal.
- Eliminar puntos gatillos miofasciales de ECOM derecho y trapecios.
- Mejorar la postura fisiológica para producir un nuevo patrón postural y evitar problemas futuros.
- Mejorar la funcionalidad y ergonomía postural para la vuelta al trabajo y las actividades de la vida diaria (AVDs).

→Tratamiento:

- Corrientes interferenciales. Fr base: 2500Hz, Fr: 4Hz, t:15min, i: umbral de tolerancia.
- Infrarrojos en zona cervical.
- Ultrasonidos. Cabezal 3Hz, t: 3-4 min al 80%.
- Masoterapia. En zona dorsal y cervical durante 15 min.
- Punción seca en puntos gatillo miofasciales.
- Corrección postural frente a espejo. Ejercicios de movilización.
- Estiramientos de musculatura de espalda.
- Aprendizaje de ejercicios para domicilio.

IV. Discusión

- Las corrientes interferenciales disminuyen el dolor (por estimulación de fibras mielínicas de grueso diámetro, según la teoría de la compuerta de Melzack y Wall), normalizan el balance neurovegetativo y producen relajación y mejora de la circulación.
- Infrarrojos solo en zona cervical. En la zona dorsal, por disminución de la sensibilidad corremos el riesgo (mínimo) de hacer una quemadura.
- Debido a prótesis mamaria, tomamos la precaución de no tener a la paciente demasiado tiempo en decúbito prono ya que refiere molestias.
- Evolución tras 5 sesiones de fisioterapia:
 - paciente sigue refiriendo dolor pero únicamente en zona dorsal, aunque también ha disminuido.
 - palpación: no se aprecian puntos gatillos miofasciales en trapecios ni ECOM. Presenta mejor movilidad de la zona cervical.
 - la postura no sigue siendo la correcta pero se observa un avance, con hombros mas posteriores al igual que la cabeza.
 - a partir de aquí se recomienda trabajo domiciliario frente al espejo, de corrección postural y estiramientos.
- Evolución tras 10 sesiones de fisioterapia:
 - ligero dolor en zona dorsal. Sin dolor cervical.
 - aumento de la sensibilidad en zona dorsal. Ya no refiere mareos ni vértigos.
 - mayor concienciación sobre su cuerpo y la postura. Hombros alineados aunque se adelantan y pierde la postura con la fatiga.
 - finaliza tratamiento en centro. Continúa tratamiento domiciliario con tabla de movilización, estiramientos y corrección postural.
 - Se recomienda la práctica de ejercicio físico regular.

V. Conclusiones

La dorsalgia o cervicodorsalgia es una dolencia que tiene buen pronóstico y recuperación desde el ámbito de la fisioterapia. Un buen planteamiento del tratamiento y la colaboración del paciente son fundamentales para un buen resultado. El trabajo domiciliario y la concienciación y trabajo de la postura son indispensables para lograr una mayor evolución.

Está demostrado que la punción seca acelera la recuperación de lesiones musculares y reduce el dolor, ya que al ser una técnica invasiva actúa directamente en el foco de dolor con buenos resultados, sobre todo cuando se combina con otros métodos de tratamiento fisioterápicos.

Resumen: Tratamiento de fisioterapia en paciente que presenta dolor en la zona cervicodorsal, el cual es constante durante todo el día. Se le realiza una valoración y exploración completa y comienza con el tratamiento de fisioterapia. Con el paso de las sesiones el paciente refiere gran mejoría de los síntomas, siendo eficaz el tratamiento propuesto. Uno de esos tratamientos, la punción seca en puntos dolorosos resulta eficaz al tratar directamente el foco de dolor.

Palabras Clave: Punción Seca, Rehabilitación, Dolor de Cuello

Introducción:

La dorsalgia o dolor dorsal es una sensación dolorosa que afecta a lo que comúnmente conocemos como la zona media de la espalda. Aparece frecuentemente asociado a molestias en otras regiones, por lo que no es extraño padecer dolores combinados con zonas cervical (como en este caso clínico) o lumbar, o incluso hacia el tórax. La gran mayoría de estos casos se debe a un desequilibrio postural que ocasiona un mal funcionamiento mecánico del raquis. Para obtener resultados a largo plazo es esencial un abordaje global.

Observación clínica:

Valoración y exploración física:

- Mujer de 40 años que refiere dolor en la zona dorsal y cervical (más en cara anterior del cuello). Dolor las 24 horas del día.
- Refiere pérdida de sensibilidad en zona paravertebral dorsal.
- Observación en bipedestación: desde una vista lateral se aprecian hombros y cabeza adelantados y aumento de la cifosis dorsal. Desde una visión dorsal escápulas aladas.
- Puntos gatillos miofasciales dolorosos en ambos trapecios y esternocleidomastoideo (ECOM) derecho.
- Barestesia en zona dorsal.

Antecedentes y signos de alerta:

- Hace un año diagnosticada de "cervicodorsalgia", resuelta.
- Tratamiento farmacológico actual: naxopreno, paroxetina y valium.
- Prótesis mamaria implantada hace 5 años.
- El dolor le produce mareos y vértigos.
- Sedentaria. No realiza nada de ejercicio físico.

Diagnóstico de fisioterapia:

- Cervicodorsalgia con aumento de cifosis dorsal, disminución de la sensibilidad en dicha región, presencia de puntos gatillos miofasciales en trapecios y ECOM derecho los cuales producen dolor y alteración de la postura.

Plan de cuidados:

Objetivos:

- Disminuir dolor en zona cervical y dorsal.
- Eliminar puntos gatillos miofasciales de ECOM derecho y trapecios.
- Mejorar la postura fisiológica para producir un nuevo patrón postural y evitar problemas futuros.
- Mejorar la funcionalidad y ergonomía postural para la vuelta al trabajo y las actividades de la vida diaria (AVDs).

Tratamiento:

- Corrientes interferenciales. Fr base: 2500Hz, Fr: 4Hz, t:15min, i: umbral de tolerancia.
- Infrarrojos en zona cervical.
- Ultrasonidos. Cabezal 3Hz, t: 3-4 min al 80%.
- Masoterapia. En zona dorsal y cervical durante 15 min.
- Punción seca en puntos gatillo miofasciales.
- Corrección postural frente a espejo. Ejercicios de movilización.
- Estiramientos de musculatura de espalda.
- Aprendizaje de ejercicios para domicilio.

Discusión

- Las corrientes interferenciales disminuyen el dolor (por estimulación de fibras mielínicas de grueso diámetro, según la teoría de la compuerta de Melzack y Wall), normalizan el balance neurovegetativo y producen relajación y mejora de la circulación.
- Infrarrojos solo en zona cervical. En la zona dorsal, por disminución de la sensibilidad corremos el riesgo (mínimo) de hacer una quemadura.
- Debido a prótesis mamaria, tomamos la precaución de no tener a la paciente demasiado tiempo en decúbito prono ya que refiere molestias.
- Evolución tras 5 sesiones de fisioterapia:
 - paciente sigue refiriendo dolor pero únicamente en zona dorsal, aunque también ha disminuido.
 - palpación: no se aprecian puntos gatillos miofasciales en trapecios ni ECOM. Presenta mejor movilidad de la zona cervical.
 - la postura no sigue siendo la correcta pero se observa un avance, con hombros mas posteriores al igual que la cabeza.
 - a partir de aquí se recomienda trabajo domiciliario frente al espejo, de corrección postural y estiramientos.
- Evolución tras 10 sesiones de fisioterapia:
 - ligero dolor en zona dorsal. Sin dolor cervical.

- aumento de la sensibilidad en zona dorsal. Ya no refiere mareos ni vértigos.
- mayor concienciación sobre su cuerpo y la postura. Hombros alineados, aunque se adelantan y pierde la postura con la fatiga.
- finaliza tratamiento en centro. Continúa tratamiento domiciliario con tabla de movilización, estiramientos y corrección postural.
- Se recomienda la práctica de ejercicio físico regular.

Conclusiones:

La dorsalgia o cervicodorsalgia es una dolencia que tiene buen pronóstico y recuperación desde el ámbito de la fisioterapia. Un buen planteamiento del tratamiento y la colaboración del paciente son fundamentales para un buen resultado. El trabajo domiciliario y la concienciación y trabajo de la postura son indispensables para lograr una mayor evolución. Está demostrado que la punción seca acelera la recuperación de lesiones musculares y reduce el dolor, ya que al ser una técnica invasiva actúa directamente en el foco de dolor con buenos resultados, sobre todo cuando se combina con otros métodos de tratamiento fisioterápicos.

Bibliografía:

1. Kazemi A, Muñoz-Corsini L, Martín-Barallat J, Pérez-Nicolás M, Henche, M. Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física. Rev Soc Esp Dolor. 2000; 7(4): 220-4
2. Kazemi A, Muñoz-Corsini L, Martín-Barallat J, Pérez-Nicolás M, Henche, M. Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física. Rev Soc Esp Dolor. 2000; 7(4): 220-4
3. ESCORTELL MAYOR, Esperanza, et al. Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con cervicalgia mecánica en atención primaria: terapia manual frente a electroestimulación nerviosa transcutánea. Atención primaria, 2008, vol. 40, no 7, p. 337-343.

Capítulo 215

Tratamiento de úlceras de pie diabético con terapia de presión negativa

López Muñoz, María del Prado

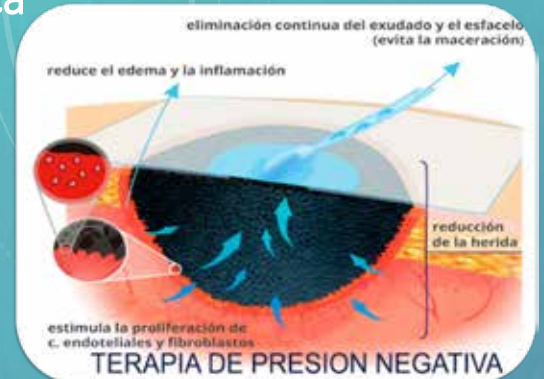
Castellanos Franco, Julia

Franco Valero, Julia

Tratamiento de úlceras de pie diabético con terapia de presión negativa: Revisión bibliográfica

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es uno de los principales problemas de salud. Esta patología tiene un elevado riesgo de padecer complicaciones, entre ellas la conocida como pie diabético. Hay multitud de técnicas para realizar las curas de estas heridas, pero una de estas técnicas más innovadoras es la Terapia de Presión Negativa (TPN). Entre sus ventajas encontramos que mejora el flujo sanguíneo local, ayuda a la contracción de la herida reduciendo su tamaño e induce la granulación y la angiogénesis. Además que reduce el edema y la colonización bacteriana, ya que ayuda a eliminar el exceso de exudado, evitando la proliferación bacteriana.



OBJETIVO

Analizar los resultados de varios estudios y revisiones, para ver si existe evidencia que apoye el uso de la Terapia de Presión Negativa en el tratamiento de heridas de pie diabético.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión bibliográfica.
- Búsquedas realizadas en el mes de octubre de 2019.
- Bases de datos: Dialnet, PubMed, Biblioteca Cochrane plus y otros recursos electrónicos de interés (Proquest).
- Criterios de búsqueda: (“negative pressure wound therapy” OR “vacuum assisted closure” OR “vacuum sealing drainage”) AND (“diabetic foot”).

Criterios de inclusión

- Sólo artículos con texto completo disponible.
- Todos los artículos que puedan aportar más información que respalde el estudio, a pesar de poseer menor relevancia científica.
- Intervención: relacionado con la terapia de presión negativa y su uso en el tratamiento de las úlceras de pie diabético.
- Artículos con fecha de publicación entre 2009 y la actualidad (octubre de 2019)

360 artículos
revisados con
título y
resumen

29 artículos
revisados con
texto completo

14 artículos
válidos

RESULTADOS

- ❖ Reduce el edema.
- ❖ Aumenta la perfusión sanguínea.
- ❖ Mayor superficie de tejido de granulación en la mitad de tiempo, reduciendo el tiempo de cicatrización.
- ❖ Disminuye significativamente del dolor general y en el cambio de apósitos.
- ❖ Disminuye la carga bacteriana.
- ❖ Reduce el número de amputaciones.
- ❖ Mejora de la calidad de vida de los pacientes.
- ❖ Reduce los días de hospitalización.
- ❖ Tiene un menor coste-efectividad.

CONCLUSIONES

La Terapia de Presión Negativa, es una técnica que:

- Ayuda a la curación de la herida o a alcanzar el tejido óptimo para realizar un injerto.

En comparación con curas con apósitos convencionales disminuye:

- El tiempo de cicatrización.
- La toma de antibióticos.
- El dolor.
- El coste final.

Resumen: Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en: Medline (PubMed), la Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet y Proquest. Se seleccionaron finalmente 14 artículos.

Aunque la evidencia existente es limitada, la mayoría de los estudios llegan a conclusiones similares. La terapia ayuda a que la curación de la herida pues aumenta la vascularización, lo que conlleva que el tejido de granulación aparezca antes, ayuda a reducir el edema, la carga bacteriana y el dolor, disminuyendo mucho antes el tamaño de la herida que al realizar curas con apósitos convencionales y disminuye el coste total del tratamiento de estas heridas hasta su curación.

Palabras Clave: Terapia de Presión negativa para Heridas, Pie Diabético, Úlcera

Introducción:

La Diabetes Mellitus (DM) es uno de los principales problemas de salud de la sociedad llegando a ser considerada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las personas que padecen DM tienen un elevado riesgo de padecer también complicaciones asociadas a esta patología, afectando especialmente a las arterias oculares, los riñones, los nervios y las arterias en general, pero hay que resaltar que la mayor parte de las complicaciones acaban viéndose reflejadas en los pies, lo que da lugar a la aparición de lo que conocemos como pie diabético. Este conjunto de factores reduce la vascularización del pie y su sensibilidad y, con un leve traumatismo o mismamente el roce del calzado, puede dar lugar a heridas que se cronifican y que pueden poner en peligro el miembro inferior e incluso la vida de los pacientes.

En cuanto a las complicaciones más frecuentes de estas heridas son infección, osteomielitis y celulitis, que pueden poner en peligro el miembro inferior del paciente terminando en una amputación. Las amputaciones, aparte de ser muy agresivas, tienen consecuencias sociales y psicológicas para el paciente, aumentando su morbilidad. Hay que destacar que, este problema, además, supone un elevado coste económico para el sistema sanitario.

Para el cuidado de estas lesiones, existen multitud de procedimientos, técnicas y materiales, pero se ha visto que en los últimos años está adquiriendo cada vez más fuerza llevar a cabo estas curas con Terapia de Presión Negativa (TPN).

La TPN es una de las técnicas más innovadoras para el tratamiento de heridas complejas y crónicas. Ayuda a la contracción de la herida reduciendo su tamaño e induce a la granulación y la angiogénesis. Gracias a la TPN se reduce el edema y la colonización bacteriana, ya que ayuda a eliminar el exceso de exudado que produce la herida eliminando, así, el medio para la proliferación de las bacterias.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar los resultados de varios estudios y revisiones, para ver si existe evidencia que apoye el uso de la Terapia de Presión Negativa en el tratamiento de heridas de pie diabético.

Material y Método:

Este estudio consiste en una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la efectividad de la terapia de presión negativa para el tratamiento de las úlceras de pie diabético. Las búsquedas de bibliografía se han realizado durante el mes de octubre de 2019 por medio de distintas fuentes de información: bases de datos nacionales (Dialnet), internacionales (PubMed), de evidencia (Biblioteca Cochrane plus) y otros recursos electrónicos de interés (Proquest).

Se ha realizado una búsqueda con las palabras clave mostradas a continuación y combinándolas con operadores booleanos “OR” y “AND”, de límite y de agrupamiento, estableciendo las siguientes fórmulas de búsqueda:

“negative pressure wound therapy” OR “vacuum assisted closure” OR “vacuum sealing drainage”) AND (“diabetic foot”)

Para obtener los artículos con mayor relevancia para el estudio, mayor calidad metodológica y mayor relevancia científica, a la hora de realizar la selección, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Sólo artículos con texto completo disponible.
- El artículo debe estar relacionado con la TPN y su uso en el tratamiento de las úlceras de pie diabético.
- Artículos con fecha de publicación entre 2009 y octubre de 2019

Criterios de exclusión:

- Cualquier intervención diferente a la planteada en los criterios de inclusión.
- Fecha de publicación anterior a 2009

Tras realizar la búsqueda de las diferentes bases de datos se encontraron un total de 1199 artículos. Se descartaron aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión apoyándonos en los filtros de búsqueda disponibles en cada base de datos. Esto nos dejó con un total de 360 artículos, de los resultados obtenidos, se omitieron los resultados repetidos. Después, se llevó a cabo una lectura del abstract para realizar una primera criba de aquellos artículos que no fueran de nuestro interés, con lo que nos quedamos con un total de 29 artículos. Por último, se hizo una lectura en detalle de los artículos completos con el fin de excluir aquellos que no fueran finalmente de interés para esta revisión bibliográfica y obteniendo definitivamente un total de 14 artículos válidos.

Discusión y Conclusión:

Tras el análisis de los diferentes artículos podemos concluir que, las úlceras de pie diabético son heridas de origen multifactorial, que en la mayoría de las ocasiones se cronifican alargándose en el tiempo, lo que afecta negativamente en la calidad de vida del paciente. Hoy en día ha aumentado mucho su incidencia, llegándose a convertir en un problema de salud pública.

Los estudios que hay al respecto avalan la TPN, como un medio para alcanzar la curación, o la situación óptima, para realizar un injerto reduciendo así el tiempo de cicatrización.

Todos ellos están de acuerdo en que, en comparación con curas con apósitos convencionales, esta terapia disminuye el tiempo de cicatrización pues aumenta la vascularización generando antes tejido de granulación. Como ayuda a la eliminación del tejido infectado, requiere de menos antibióticos.

También disminuye el dolor, entre otras cosas, porque necesita menos cambios de apósitos. También ayuda a disminuir el número de amputaciones necesarias, que son tan traumáticas para el paciente y su entorno.

Bibliografía:

1. González-Ruiz M, Torres-González JI, Pérez-Granda MJ, Leñero-Cirujano M, Corpa-García A, Jurado-Manso J, et al. Efectividad de la terapia de presión negativa en la cura de úlceras de pie diabético: revisión sistemática. *Rev Int Ciencias Podol.* 2018;12(1):1–13.
2. Postigo Mota S, Muñoz Bermejo L. Pie diabético: aspectos generales. In: *Úlceras y heridas crónicas.* DAE Editorial, Grupo Paradigma; 2019. p. 197–218.
3. Hasan MY, Teo R, Nather A. Negative-pressure wound therapy for management of diabetic foot wounds: A review of the mechanism of action, clinical applications, and recent developments. *Diabet Foot Ankle.* 2015;6(3).
4. Merino B, González-Fajardo JA, Revilla A, Taylor J, Estévez I VC. Nuevos Avances En El Tratamiento Del Pie Diabético. *Rev Española Investig Quir [Internet].* 2012;15(2):95–101. Available from: [http:// www.reiq.es/REIQ15.2.2012.pdf](http://www.reiq.es/REIQ15.2.2012.pdf)
5. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Murillo Escutia A, Moreno Hernández A, Díez Fornes P, et al. Evaluación de la terapia con presión negativa tópica en la cicatrización de heridas agudas y úlceras cutáneas tratadas en un hospital valenciano. *Enfermería Dermatológica.* 2015;9(24):17–33.

Capítulo 216

Tratamiento durante el embarazo y la lactancia con antidepresivos: una elección certera y segura

*Maján Sesmero, Antonio
Gómez Gutiérrez, María José*

TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA CON ANTIDEPRESIVOS: UNA ELECCIÓN CERTERA Y SEGURA

ANTONIO MAJÁN SESMERO (HUVV); MARIA JOSE GÓMEZ PÉREZ (H6UCR)

INTRODUCCIÓN

La depresión antenatal afecta a un 8-11% de las mujeres en los países desarrollados, mientras que la depresión general durante el embarazo alcanza el 13%, y es la segunda causa de incapacidad de las mujeres. La proporción de mujeres embarazadas con prescripción de antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas.

Algunos estudios han demostrado que la depresión en el embarazo, aumenta el riesgo de trabajo de parto pretérmino, neurodesarrollo fetal alterado, Apgar con baja puntuación y bajo peso al nacer.

Además, se ha evidenciado el aumento en las tasas de abuso de sustancias y escasa participación en programas de control prenatal durante el embarazo.

Los antidepresivos (ADT) se excretan, por lo general, en la leche materna, por lo que su uso se limita a la relación riesgo/beneficio. Por eso, la elección del fármaco ideal debe suponer una base fundamental durante las diferentes fases de embarazo, puerperio y episodios anteriores al mismo, así como la dependencia que pudiera generar la elección inequívoca.



OBJETIVOS

- Analizar el uso del tratamiento con ADT durante la gestación y el puerperio y evaluar las diferencias estadísticas significativas debido a su empleo.
- Justificar la importancia de una salud mental favorable complementaria durante el periodo perinatal.



MATERIAL Y MÉTODOS

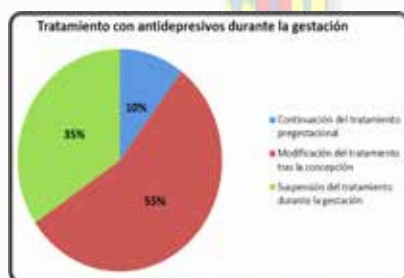
Se trata de un estudio descriptivo transversal en una muestra de 58 mujeres en el periodo comprendido entre mayo 2020 y junio 2021, realizando métodos de exclusión e inclusión.

Se hace una revisión bibliográfica en los buscadores de PUBMED, COCHRANE y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario autoadministrado de 7 ítems.

La realización del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización con consentimiento verbal. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP 1.0.

RESULTADOS

- ✓ Se obtuvieron 58 cuestionarios válidos, donde se recogieron datos de los ítems más significativos.
- ✓ La sertralina fue el antidepresivo más usado por las gestantes (60%), seguido de la fluoxetina (34%) y el escitalopram (5%).
- ✓ La mirtazapina fue el antidepresivo más usado por las puerperas (34%), seguido del escitalopram (22%), la sertralina (18%) y la fluoxetina (18%).
- ✓ El cambio del tratamiento una vez acabada la gestación, evidencia el riesgo beneficio del tratamiento con estos fármacos antes, durante y después del embarazo.
- ✓ Por último, se observó la mayor incidencia de estos medicamentos después de la gestación.



CONCLUSIONES

La elección de un buen tratamiento y/o medicamento, se ha visto que es imprescindible. La introducción de nuevos ADT como el SPRAVATO, intranasal y que actúa por otras vías diferentes, aumentan la seguridad de estos fármacos durante el periodo gestante.

Estos resultados sugieren reconsiderar si se trata de una patología que pueda conllevar adicción o si estamos ante un problema novedoso de explicación ambiental, física y psicológica.

Además, empatizar con las mujeres, que quieren iniciar un periodo y elección importante en su vida, así como la escucha activa y la regulación emocional en las mismas; sería la base fundamental de una buena complementación como la de otras terapias no farmacológicas, y la de una buena gestión previa al embarazo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Kvhbl Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Rev Colomb Psiquiat. 2019; 48 (1): 58-65.
2. Malo P, Prieto M, Orad R, Zardoya MJ et al. Uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia. Psig Biol. 2018; 25 (1): 20-25.
3. SADOCK, B.; KAPLAN, Sadock V. Sadock sinopsis de psiquiatría. 2015.
4. JANSSEN. Spravato (esketamina). Ficha técnica del medicamento (1-18). 2021.

Resumen: *Introducción: la depresión durante la gestación supone un problema de salud en 1:10 mujeres, siendo la segunda causa de incapacidad.*

Objetivos: analizar el uso de antidepresivos durante gestación y puerperio, evaluando las diferencias estadísticas significativas de su empleo.

Metodología: estudio descriptivo transversal durante mayo 2020 y junio 2021, realizando un cuestionario en 58 mujeres.

Resultados: la sertralina fue el antidepresivo más usado por las gestantes (60%), seguido de fluoxetina (34%). La mirtazapina fue el más utilizado por las púerperas (34%), evidenciándose su suspensión durante el embarazo.

Conclusiones: la elección de un tratamiento óptimo, es determinante durante la gestación y el puerperio.

Palabras Clave: *Antidepresivos, Embarazo, Lactancia*

Introducción:

La depresión antenatal afecta a un 8–11% de las mujeres en los países desarrollados, mientras que la depresión general durante el embarazo alcanza el 13%, siendo la segunda causa de incapacidad de las mujeres. La proporción de mujeres embarazadas con prescripción de antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas.

Algunos estudios han demostrado que la depresión en el embarazo, aumenta el riesgo de trabajo de parto pretérmino, neurodesarrollo fetal alterado, Apgar con baja puntuación y bajo peso al nacer.

Además, se ha evidenciado el aumento en las tasas de abuso de sustancias y escasa participación en programas de control prenatal durante el embarazo.

Los antidepresivos (ADT) se excretan, por lo general, en la leche materna, por lo que su uso se limita a la relación riesgo/beneficio. Por eso, la elección del fármaco ideal debe suponer una base fundamental durante las diferentes fases de embarazo, puerperio y episodios anteriores al mismo, así como la dependencia que pudiera generar la elección inequívoca.

Objetivos:

- Analizar el uso del tratamiento con ADT durante la gestación y el puerperio y evaluar las diferencias estadísticas significativas debido a su empleo.
- Justificar la importancia de una salud mental favorable complementaria durante el periodo perinatal.

Material y Métodos:

Se trata de un estudio descriptivo transversal en una muestra de 58 mujeres en el periodo comprendido entre mayo 2020 y junio 2021, realizando métodos de exclusión e inclusión.

Se hace una revisión bibliográfica en los buscadores de Pubmed, Cochrane y Google Académico para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario autoadministrado de 7 ítems.

La realización del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización con consentimiento verbal.

El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP 1.0.

Resultados:

Se obtuvieron 58 cuestionarios válidos, de los cuales se recogieron datos de los ítems más significativos.

En cuanto al tratamiento con antidepresivos durante la gestación, un 55% de la muestra vio modificada su pauta farmacológica tras la concepción, un 35% suspendió el tratamiento durante el embarazo por prescripción médica y un 10% continuó con el tratamiento pregestacional.

La sertralina fue el antidepresivo más usado por las gestantes de la muestra (60%), seguido de la fluoxetina (34%) y el escitalopram (5%).

Si profundizamos en el inicio del tratamiento antidepresivo durante la gestación en la muestra, un 34% lo contextualizó en el primer trimestre, un 63% en el segundo trimestre y el 3% restante en el tercer trimestre gestacional.

Por lo que respecta al tratamiento con antidepresivos durante el puerperio, un 64% de la muestra reanudó el tratamiento pregestacional, un 24% continuó con el tratamiento gestacional y un 12% suspendió el tratamiento con antidepresivos.

La mirtazapina fue el antidepresivo más usado por las puérperas (34%), seguido del escitalopram (22%), la sertralina (18%) y la fluoxetina (18%).

El cambio del tratamiento una vez acabada la gestación, evidencia el riesgo beneficio del tratamiento con estos fármacos antes, durante y después del embarazo. Por último, se observó la mayor incidencia de estos medicamentos después de la gestación.

Conclusiones:

La elección de un buen tratamiento y/o medicamento, se ha visto que es imprescindible. La introducción de nuevos ADT como el SPRAVATO, intranasal y que actúa por otras vías diferentes, aumentan la seguridad de estos fármacos durante el periodo gestante.

Estos resultados sugieren reconsiderar si se trata de una patología que pueda conllevar adicción o si estamos ante un problema novedoso de explicación ambiental, física y psicológica.

Además, empatizar con las mujeres, que quieren iniciar un periodo y elección importante en su vida, así como la escucha activa y la regulación emocional en las mismas; sería la base fundamental de una buena complementación como la de otras terapias no farmacológicas, y la de una buena gestión previa al embarazo.

Bibliografía:

1. Kvhbl Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Rev Colomb Psiquiat. 2019; 48 (1): 58–65.
2. Malo P, Prieto M, Oraá R, Zardoya MJ et al. Uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia. Psiq Biol. 2018; 25 (1): 20-25.
3. Sadock B, Kaplan V, Sadock V. Sadock sinopsis de psiquiatría. 2015.
4. Janssen. Spravato (esketamina). Ficha técnica del medicamento (1-18). 2021.

Capítulo 217

Tratamiento fisioterápico: abordaje terapéutico de la espasticidad mediante estiramientos mantenidos

*Simón Sierra, Juan José
Cortés Pérez, Irene
Acosta López, Alexandra*

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO: ABORDAJE TERAPEÚTICO DE LA ESPASTICIDAD MEDIANTE ESTIRAMIENTOS MANTENIDOS.

Simón Sierra JJ; Cortés Pérez I; Acosta López A.



INTRODUCCIÓN

Una de los síntomas principales de los pacientes con parálisis cerebral infantil (PCI) es la espasticidad, podemos observar diferentes formas de afectación en las extremidades, y diferente número de estas afectadas. Nos vamos a centrar en los miembros inferiores, la musculatura más afectada suele ser la musculatura flexora y aductora. En la mayoría de los casos si no controlamos la espasticidad se generan unas deformidades instauradas en las articulaciones provocadas por este aumento de tono.

Las deformidades generan posturas viciosas, dolor, restricciones en las actividades de la vida diaria y pérdida considerable de movilidad articular. Nuestro objetivo consiste en probar la eficacia de un programa de estiramientos mantenidos pasivos acompañado del uso de bipedestador, frente a las movilizaciones articulares pasivas en la ganancia de recorrido articular y prevención de deformidades articulares con la consecuente prevención del dolor en estos pacientes.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente niña, 9 años de edad, sufre traumatismo craneoencefálico (TCE) a los 7 meses de nacer, con hematoma subagudo subdural, con secuela PCI de tipo tetraparesia espástica. No crisis epilépticas. Luxación congénita de cadera izquierda y pie plano derecho espástico. Se intervino de osteotomía varizante subtrocanterea de cadera derecha y osteotomía supracetabular derecha.

En la exploración física encontramos limitación en abducción de cadera derecha e izquierda, flexo de rodillas y eversión excesiva de ambos pies.

-Gross Motor Function Classification System (GMFCS) IV.

-Índice de RAIMERS > 40% en cadera izquierda.

-Rango de movimiento articular (ROM) Limitado en todas las articulaciones 15°-20°.

-Asworth modificada: de flexores de tobillo, rodilla y abductores 3+

INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA

Se realizaron durante tres meses estiramientos mantenidos de cadera, rodilla y tobillo de todos los rangos de movimiento limitados, el protocolo que se instauró fue de estiramientos mantenidos de las articulaciones afectas, prolongando este uno minuto por cada arco de movimiento, tres veces a la semana en días alternos y otras tres veces a la semana puesta en bipedestador una hora cada día, mientras realizaba actividades de entretenimiento. Se tomaron medidas al comienzo y al fin del programa, tres semanas después hemos vuelto a repetir la medida y ha conservado la ganancia de ROM. En la siguiente tabla observamos los datos de movilidad articular recogidos, pre y post tratamiento (TTO):

ARTICULACIÓN/ HEMICUERPO	Derecha PRE. TTO	Derecha POST.TTO	Izquierda PRE. TTO	Izquierda POST.TTO
Cadera	ABD: 15°	ABD: 27°	ABD: 12°	ABD: 30°
Rodilla	FLEX: 130° EXT: -10°	FLEX: 140° EXT: -4°	FLEX: 125° EXT: -10°	FLEX: 145° EXT: -5°
Tobillo	Inversión: 0°	Eversión: 15°	inversión: 0°	Eversión: 17°

DISCUSIÓN

La evidencia muestra que los estiramientos mantenidos pasivos son una herramienta útil para controlar las deformidades articulares y disminuir la hipertonía, por otro lado la utilización de los bipedestadores en pacientes de estas características ha mostrado múltiples beneficios tanto fisiológicos como psicológicos. Nuestra intención a la hora de instaurar un protocolo que combine dos terapias que han resultado útiles y nos muestre beneficio terapéutico. Ha mejorado considerablemente el ROM y lo ha mantenido pasadas tres semanas sin tratamiento y ha disminuido la espasticidad.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la utilización combinada de estiramientos mantenidos pasivos junto a puesta en bipedestador a días alternos. Se ha demostrado en un caso clínico que disminuye la espasticidad y mejora considerablemente el rango de movimiento articular manteniendo ese resultado terapéutico a corto plazo. Este estudio abre una nueva vía que demuestra resultados positivos, mostrando la necesidad de utilizar este protocolo con una muestra mayor, observar si podemos extrapolar los datos a la población infantil con parálisis cerebral y desarrollar un protocolo fácil de instaurar para prevenir las deformidades articulares, disminuir el dolor y hacer mejorar la funcionalidad de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Batistela RA, Kleiner AFR, Sánchez-Arias MR, Gobbi LT. Study on the range of movement in the joint of the knee in the walking process in children with spastic cerebral palsy. Volume 45, Issue 3, July–September 2011, Pages 222-227.
- Gutiérrez P, Basilio Fernández B, Hidalgo Ruiz S. Implicaciones de la articulación coxo-femoral en la biomecánica del miembro inferior del niño, a propósito de casos con repercusión en la marcha infantil.
- Carreño F, Ortiz F, Espinosa E, Pérez C. Validación de un instrumento para evaluar la carga del cuidador en parálisis cerebral.
- Trejo Y. Intervenciones de fisioterapia en un caso clínico con parálisis cerebral infantil. 2019

Resumen: *Introducción: Uno de los síntomas principales de pacientes con parálisis cerebral infantil (PCI) es la espasticidad.*

Observación Clínica: Paciente de 9 años con tetraparesia espástica, limitación en abducción de cadera derecha e izquierda, flexo de rodillas y eversión excesiva de ambos pies.

Intervención fisioterápica: Consistió en aplicar estiramientos mantenidos en las articulaciones afectadas, de 1 minuto, 3 veces por semana, combinado con bipedestador, durante 3 meses.

Discusión: La evidencia, demuestra la efectividad en el manejo de la espasticidad por separado, de estiramientos y bipedestador.

Conclusión: Podemos concluir, que este tratamiento es beneficioso para el manejo de la espasticidad en este paciente.

Palabras Clave: *Spasticity, Treatment Physical, Therapy*

Introducción:

Uno de los síntomas principales de los pacientes con parálisis cerebral infantil (PCI) es la espasticidad, podemos observar diferentes formas de afectación en las extremidades, y diferente número de estas afectadas. Nos vamos a centrar en los miembros inferiores, la musculatura más afectada suele ser la musculatura flexora y aductora. En la mayoría de los casos si no controlamos la espasticidad, se generan unas deformidades instauradas en las articulaciones, provocadas por este aumento de tono.

Las deformidades generan posturas viciosas, dolor, restricciones en las actividades de la vida diaria y pérdida considerable de movilidad articular. Nuestro objetivo, consiste en probar la eficacia, de un programa de estiramientos mantenidos pasivos, acompañado del uso de bipedestador, frente a las movilizaciones articulares pasivas, en la ganancia de recorrido articular y prevención de deformidades articulares, con la consecuente prevención del dolor en estos pacientes.

Observación Clínica:

A Paciente niña, 9 años de edad, sufre traumatismo craneoencefálico (TCE) a los 7 meses de nacer, con hematoma subagudo subdural, con secuela PCI de tipo tetraparesia espástica. No crisis epilépticas. Luxación congénita de cadera izquierda y pie plano derecho espástico. Se intervino de osteotomía varizante subtrocanterea de cadera derecha y osteotomía supracetabular derecha.

En la exploración física encontramos limitación en abducción de cadera derecha e izquierda, flexo de rodillas y eversión excesiva de ambos pies.

- Gross Motor Function Classification System (GMFCS) IV.
- Índice de RAIMERS > 40% en cadera izquierda.
- Rango de movimiento articular (ROM) Limitado en todas las articulaciones 15º-20º.
- Asworth modificada: de flexores de tobillo, rodilla y abductores 3+.

Intervención Fisioterápica:

Se realizaron durante tres meses estiramientos mantenidos de cadera y rodilla de todos los rangos de movimiento limitados, el protocolo que se instauró fue de estiramientos mantenidos de las articulaciones afectas, prolongando este, un minuto por cada arco de movimiento, tres veces a la semana, en días alternos y otras tres veces a la semana, puesta en bipedestador, una hora cada día, mientras realizaba actividades de entretenimiento. Se tomaron medidas al comienzo y al fin del programa, tres semanas después, hemos vuelto a repetir la medida y ha conservado la ganancia de ROM. Observamos los datos de movilidad articular recogidos, pre y post tratamiento (TTO):

-Cadera Derecha: Abducción, pretratamiento 15º y postratamiento 27º.

-Cadera Izquierda: Abducción, pretratamiento 12º y postratamiento 30º.

-Rodilla Derecha: Flexión, pretratamiento 130º y postratamiento 140º. En la extensión, pre-tratamiento -10º y post-tratamiento -4º.

-Rodilla Izquierda: Flexión, pretratamiento 125º y postratamiento 145º. En la extensión, pre-tratamiento -10º y post-tratamiento -5º.

-Asworth modificada: de flexores de tobillo, rodilla y abductores 2.

Discusión:

La evidencia muestra que los estiramientos mantenidos pasivos, son una herramienta útil para controlar las deformidades articulares y disminuir la hipertonia, por otro lado, la utilización de los bipedestadores en pacientes de estas características, ha mostrado múltiples beneficios tanto fisiológicos como psicológicos. Nuestra intención es demostrar, la validez de un protocolo que combine dos terapias, que han resultado útiles y nos muestre beneficio terapéutico en el manejo de la espasticidad. Podemos decir que ha mejorado considerablemente el ROM y lo ha mantenido pasadas tres semanas sin tratamiento además de disminuir la espasticidad.

Conclusión:

Podemos concluir, que la utilización combinada de estiramientos mantenidos pasivos, junto a puesta en bipedestador en días alternos, ha demostrado en un caso clínico, que disminuye la espasticidad y mejora considerablemente el rango de movimiento articular manteniendo ese resultado terapéutico a corto plazo. Este estudio, abre una nueva vía que demuestra resultados positivos, mostrando la necesidad de utilizar este protocolo con una muestra mayor, observar si podemos extrapolar los datos a la población infantil con parálisis cerebral, y desarrollar un protocolo fácil de instaurar, para prevenir las deformidades articulares, disminuir el dolor y hacer mejorar la funcionalidad de estas personas.

Bibliografía:

1. Batistela RA, Kleiner AFR, Sánchez-Arias MR, Gobbi LT. Study on the range of movement in the joint of the knee in the walking process in children with spastic cerebral palsy. Volume 45, Issue 3, July– September 2011, Pages 222-227.

2. Gutiérrez P, Basilio Fernández B, Hidalgo Ruiz S. Implicaciones de la articulación coxo-femoral en la biomecánica del miembro inferior del niño, a propósito de casos con repercusión en la marcha infantil.

3. Carreño F, Ortiz F, Espinosa E, Pérez C. Validación de un instrumento para evaluar la carga del cuidador en parálisis cerebral.

4. Trejo Y. Intervenciones de fisioterapia en un caso clínico con parálisis cerebral infantil. 2019

Capítulo 218

Uso combinado de hidrogel con apósito de alginato con plata en úlcera vascular

Arias López-Peláez, Víctor Manuel

Arias Jiménez, Nicanor

Mora Muñoz, Juan David

García Díaz, María de los Reyes

Arévalo Ramírez, Ángel

Paz Golderos, Fabiana



INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras vasculares, 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

Paciente de 83 años con hipertensión arterial, diabético, obesidad y limitación de movimientos, que presenta úlcera venosa recidivante con 2 meses de evolución en fase detorsiva e infectada, localizada en tercio medio anterior tibial de la E.I. Izquierda.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1102. Curación de la herida: por primera intención. 1103. Curación de la herida: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 6540. Control de infecciones.	366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 654013. Poner en práctica precauciones universales. 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfusión tisular inefectiva. R/C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	0401. Estado circulatorio. 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590. Vigilancia de la piel. 4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 4070. Precauciones circulatorias.	359006. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. 359013. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). 406613. Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). 407004. Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. 407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. 407006. Evitar lesiones en la zona afectada. 407007. Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. 366028. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 407008. Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	0840. Cambio de posición. 1400. Manejo del dolor. 2210. Administración de analgésicos. 6482. Manejo ambiental: confort.	084017. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 084026. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 140019. Enseñar los principios de control del dolor. 140021. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 221001. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 648212. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. 648214. Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Se pautan curas c/24h con hidrogel más apósito de alginato con plata, cubriendo la herida con apósito hidrocelular adhesivo, hasta obtener un lecho totalmente limpio y granulado (Foto 3), ampliándose la cura a c/48h hasta comenzarle fase de epitelización. Se continua con curas cada 3 días hasta a curación total.



Imagen 1: 13/11/19. Inicio de cura con hidrogel más apósito de alginato con plata.



Imagen 2: 01/12/19. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 3: 19/12/19. Lecho totalmente limpio y granulado.



Imagen 4: 18/01/19. Se sigue observando una buena evolución de la lesión.



Imagen 5: 12/02/20. Reducción completa de la lesión..

CONCLUSIONES

El uso combinado de hidrogel con apósito de alginato con plata, mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales optimas en el lecho de la herida, protegiéndola de la infección y favoreciendo un ambiente húmedo en la lesión que facilita el proceso de cicatrización.

Resumen: El trabajo refleja un caso clínico de un paciente de 83 años, con hipertensión arterial, diabético, obesidad y limitación de movimientos, que presenta úlcera venosa recidivante con 2 meses de evolución en fase detersiva e infectada, localizada en tercio medio anterior tibial de la E.I. izquierda. Se ha utilizado protocolo de úlceras vasculares con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó hidrogel más apósito de alginato con plata, cubriendo la herida con apósito hidrocélular adhesivo, consiguiéndose buena evolución de la herida hasta la curación total.

Palabras Clave: Úlcera Vascular, Hidrogel, Apósito de alginato de plata.

Introducción:

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras vasculares, 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.

Observacion Clinica. Caso Clínico:

Paciente de 83 años, con hipertensión arterial, diabético, obesidad y limitación de movimientos, que presenta úlcera venosa recidivante con 2 meses de evolución en fase detersiva e infectada, localizada en tercio medio anterior tibial de la E. I. Izquierda.

Plan de Cuidados Enfermero:

DIAGNOSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132: Dolor Agudo

RESULTADOS NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108. Nivel de malestar.

INTERVENCIONES NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de las infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

Actividades:

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no tóxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024. Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006. Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas,

recambio capilar, color y temperatura) ,407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre, 366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017. Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019. Enseñar los principios de control del dolor, 221001, determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212. Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad, 648214. Evitar expone la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Discusión:

Se pauta cura cada 24 horas con hidrogel más apósito de alginato con plata, cubriendo la herida con apósito hidrocelular adhesivo, hasta obtener un lecho totalmente limpio y granulado, ampliándose la cura cada 48 hasta comenzar la fase de epitelización. Se continúa con curas cada 3 días hasta la curación total.

Conclusiones:

El uso combinado de hidrogel con apósito de alginato con plata mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida, protegiéndola de la infección y favoreciendo un ambiente húmedo en la lesión que facilita el proceso de cicatrización.

Bibliografía:

1. Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
2. [http:// www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf](http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf)
3. [https:// www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+venosa](https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+venosa).

Capítulo 219

Uso combinado de trama de poliéster adaptable e impregnada de hidrocoloide con hidrofibra en UPP en paciente anciano

*Cruz Moreno, Encarnación
Corredor Ródenas, María Teresa
Mansilla Flores, María Gema*

CASO CLÍNICO: USO COMBINADO DE TRAMA DE POLIÉSTER ADAPTABLE E IMPREGNADA DE HIDROCOLOIDE CON HIDROFIBRA EN UPP EN PACIENTE ANCIANO

CRUZ MORENO, ENCARNACIÓN; CORREDOR RODENAS, MARÍA TERESA; MANSILLA FLORES, MARIA GEMA

INTRODUCCIÓN

Una úlcera por presión es una lesión de la piel y/o tejido subyacente de origen isquémico que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión en combinación con la cizalla. Las úlceras constituyen un serio problema con una trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y en sus familiares por un lado, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial, un aumento de costes a los servicios de salud, así como una alta dispensación de productos farmacéuticos. La aparición de upp es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería, somos el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo un área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación.

La prevalencia de UPP en 2013, 4º Estudio Nacional en España, se mantiene estable entre el 7% y el 8% en hospitales, ha aumentado a un rango del 7,9% al 9,1% entre personas en atención domiciliar en atención primaria, y aumenta bastante, a un 12,6-14,2%, en centros sociosanitarios. La mayoría de las lesiones, un 65%, son de origen nosocomial, originadas durante el ingreso en hospitales o en un centro sociosanitario (residencias de mayores, centros de larga estancia y de cuidados paliativos). El perfil de los pacientes con UPP, predomina el sexo femenino (excepto en hospitales, donde son más frecuentes en varones), con una edad por encima de 72 años.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 89 años, con antecedentes personales de IQx prótesis bilateral de caderas, fístula periprotésica en muslo derecho, artrosis en ambas rodillas con proposición de prótesis bilateral que el pte rechaza (por lo que camina con dos bastones), degeneración macular unilateral, FA crónica, hepatopatía crónica, cirrosis hepática con hipertensión portal (HTP), ascitis moderada, CPRE por colelitiasis, quistes pancreáticos, IQx injerto de piel exitoso en herida por traumatismo con mala evolución que se extiende en el tiempo alrededor de 16 meses en pierna derecha. En tratamiento con Acenocumarol pauta según INR, Alfuzosina 5mg, Espironolactona 25mg, Pantoprazol 40mg y Furosemida 20mg.

El pte nos llama porque durante la noche se ha notado escozor y humedad en la pierna, por lo que se ha puesto un apósito de gasa. Cuando llegamos al domicilio nos encontramos con un apósito mojado, y al descubrir la pierna vemos una úlcera en parte posterior zona media de la pierna izquierda. Nos comenta que ha tenido toda la tarde las piernas en alto apoyadas en una silla y expuestas a una fuente de calor, ¡como todas las tardes! Debido a la presión continua del borde del asiento presenta una upp grado II (fig.1) con bastante supuración serosa.



Figura 1

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Actividades
(00046) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	(1103) Curación de la herida: por segunda intención (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas (0401) Estado circulatorio	(3520) Cuidados de las úlceras por presión (3660) Cuidados de las heridas (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3680) Irrigación de las heridas (4066) Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	(352001) Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estado (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. (352003) Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación. (352007) Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. (368016) Limpiar y secar la zona alrededor de la herida después del procedimiento. (352016) Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. (358403) Vestir al paciente con ropas no restrictivas. (366018) Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. (406609) Elevar la pierna afectada 20º o más por encima del nivel de corazón, según sea conveniente. (406604) Realizar los cuidados de la herida.
(00206) RIESGO DE SANGRADO	(1902) Control del riesgo	(4010) Prevención de hemorragia	(401001) Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia. (401008) Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia.
(00220) RIESGO DE LESIÓN TÉRMICA			(378001) Retirar al paciente de la luz solar directa y/o fuente de calor.
(00004) RIESGO DE INFECCIÓN	(1908) Detección del riesgo (0305) Autocuidados: higiene	(6550) Protección contra las infecciones	(352015) Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. (655009) Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	(0200) Ambular (0208) Movilidad	(0840) Cambio de posición (5612) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (0200) Fomento del ejercicio	(84011) Elevar la parte corporal afectada, si está indicado. (84015) Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos, si resulta apropiado. (84023) Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso. (561201) Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito. (561202) Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. (561203) Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito.

DISCUSIÓN

Se pauta cura c/48 -72 h (lunes-miércoles-viernes) con trama de poliéster adaptable e impregnada de partículas de hidrocoloide (Urgotul®) que al entrar en contacto con el exudado gelifica y crea un ambiente húmedo favorecedor para la cicatrización recortándolo para que solo cubra la zona de la upp, con hidrofibra (AquaCel extra®) para controlar el exudado y la humedad de la herida, cubierto con gasa y venda tubular 100% algodón (Tubinet®) y venda tubular malla elástica (tubifix®) como sujeción de la cura; ya que en anteriores ocasiones el pte ha demostrado sensibilidad a cualquier apósito secundario autoadhesivo y ni tolerar el vendaje compresivo de la pierna (empeorando incluso la cicatrización en la herida traumática que termino con el injerto). En un total de 29 días la zona de la upp recupera su aspecto normal.



CONCLUSIONES

El uso combinado de trama de poliéster adaptable e impregnada de partículas de hidrocoloide (Urgotul®) ayuda a la proliferación de fibroblastos y a la regeneración epidérmica y como no se adhiere a la herida no provoca daños al tejido neoformado resultando el cambio de apósito menos traumático y menos doloroso para el pte, con la hidrofibra (AquaCel extra®) ayuda a proteger la piel perilesional de la maceración; la suma de estos dos apósitos reúne las condiciones apropiadas para la cura en ambiente húmedo pero controlado. Además, la venda tubular 100% algodón (Tubinet®) y venda tubular malla elástica (tubifix®) que ofrece la presión necesaria, constante y prolongada, sin afectar la circulación del miembro inferior, lo cual es importante en un pte que tiene una circulación periférica pobre.

Gracias a un pronto inicio de las curas, unas intervenciones de enfermería óptimas en el cuidado de las heridas y educación sanitaria, y una buena adhesión de nuestro paciente a las medidas de actividad física y de autocuidado, el desarrollo de nuestro proceso ha sido excelente.

Mantener unos cuidados de enfermería óptimos en educación sanitaria y una buena adhesión de nuestro paciente a medidas farmacológicas, dietéticas y de actividad física que el paciente tolere, son medidas de control necesarias para un buen desarrollo de nuestro proceso.



Resumen: Varón 89 años con úlcera por presión grado II en parte posterior de la pierna. Se pauta cura cada 48-72 horas con trama de poliéster adaptable e impregnada de partículas de hidrocoloide que con el exudado gelifica, crea un ambiente húmedo, ayuda a la proliferación de fibroblastos y a la regeneración epidérmica y como no se adhiere a la herida no provoca daños al tejido neoformado; con hidrofibra para controlar el exudado; cubierto con gasa, venda tubular 100% algodón y venda tubular malla elástica como sujeción, ofrece la presión necesaria, constante y prolongada, sin afectar la circulación del miembro inferior.

Palabras Clave: UPP (Úlcera Por Presión) Hidrocoloide, Hidrofibra

Introducción:

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de la piel y/o tejido subyacente de origen isquémico que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión en combinación con la cizalla. Las úlceras constituyen un serio problema con una trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y en sus familiares por un lado, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial, un aumento de costes a los servicios de salud, así como una alta dispensación de productos farmacéuticos. La aparición de UPP es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería, somos el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo un área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación.

La prevalencia de UPP en 2013, 4º Estudio Nacional en España, se mantiene estable entre el 7% y el 8% en hospitales, ha aumentado a un rango del 7,9% al 9,1% entre personas en atención domiciliaria en atención primaria, y aumenta bastante, a un 12,6-14,2%, en centros sociosanitarios. La mayoría de las lesiones, un 65%, son de origen nosocomial, originadas durante el ingreso en hospitales o en un centro sociosanitario (residencias de mayores, centros de larga estancia y de cuidados paliativos). El perfil de los pacientes con UPP, predomina el sexo femenino (excepto en hospitales, donde son más frecuentes en varones), con una edad por encima de 72 años.

Observación Clínica:

Varón de 89 años, con antecedentes personales de intervención quirúrgica (IQx) prótesis bilateral de caderas, fístula periprotésica en muslo derecho, artrosis en ambas rodillas con proposición de prótesis bilateral que el paciente rechazó (por lo que camina con dos bastones), degeneración macular unilateral, fibrilación auricular (FA) crónica, hepatopatía crónica, cirrosis hepática con hipertensión portal (HTP), ascitis moderada, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por colelitiasis, quistes pancreáticos, IQx injerto de piel exitoso en herida por traumatismo con mala evolución que se extiende en el tiempo alrededor de 16 meses en pierna derecha. En tratamiento con Acenocumarol pauta según INR (índice internacional normalizado), Alfuzosina 5mg, Espironolactona 25mg, Pantoprazol 40mg y Furosemida 20mg.

El paciente (pte) nos llama porque durante la noche se ha notado escozor y humedad en la pierna, por lo que se ha puesto un apósito de gasa. Cuando llegamos al domicilio nos encontramos con un apósito mojado, y al descubrir la pierna vemos una úlcera en parte posterior zona media de la pierna izquierda. Nos comenta que ha tenido toda la tarde las piernas en alto apoyadas en una silla y expuestas a una fuente de calor, ¡como todas las tardes! Debido a la presión continua del borde del asiento presenta una upp grado II con bastante supuración serosa.

Plan de Cuidados Enfermero:

- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de sangrado
- Riesgo de lesión térmica
- Riesgo de infección
- Deterioro de la movilidad física

* Para conocer al completo el del plan de cuidados enfermeros observando los resultados, intervenciones y actividades asociados a estos diagnósticos véase el poster adjunto.

Discusión:

Se pauta cura cada 48 -72 horas (lunes-miércoles-viernes) con trama de poliéster adaptable e impregnada de partículas de hidrocoloide (Urgotul®) que al entrar en contacto con el exudado gelifica y crea un ambiente húmedo favorecedor para la cicatrización recortándolo para que solo cubra la zona de la upp, con hidrofibra (Aquacel extra®) para controlar el exudado y la humedad de la herida, cubierto con gasa y venda tubular 100% algodón (Tubinet®) y venda tubular malla elástica (tubifix®) como sujeción de la cura; ya que en anteriores ocasiones el pte ha demostrado sensibilidad a cualquier apósito secundario autoadhesivo y ni tolerar el vendaje compresivo de la pierna (empeorando incluso la cicatrización en la herida traumática que termino con el injerto). En un total de 29 días la zona de la upp recupera su aspecto normal.

Conclusiones:

El uso combinado de trama de poliéster adaptable e impregnada de partículas de hidrocoloide (Urgotul®) ayuda a la proliferación de fibroblastos y a la regeneración epidérmica y como no se adhiere a la herida no provoca daños al tejido neoformado resultando el cambio de apósito menos traumático y menos doloroso para el pte, con la hidrofibra (Aquacel extra®) ayuda a proteger la piel perilesional de la maceración; la suma de estos dos apósitos reúne las condiciones apropiadas para la cura en ambiente húmedo pero controlado. Además, la venda tubular 100% algodón (Tubinet®) y venda tubular malla elástica (tubifix®) que ofrece la presión necesaria, constante y prolongada, sin afectar la circulación del miembro inferior, lo cual es importante en un pte que tiene una circulación periférica pobre.

Gracias a un pronto inicio de las curas, unas intervenciones de enfermería óptimas en el cuidado de las heridas y educación sanitaria, y una buena adhesión de nuestro paciente a las medidas de actividad física y de autocuidado, el desarrollo de nuestro proceso ha sido excelente.

Mantener unos cuidados de enfermería óptimos en educación sanitaria y una buena adhesión de nuestro paciente a medidas farmacológicas, dietéticas y de actividad física que el paciente tolere, son medidas de control necesarias para un buen desarrollo de nuestro proceso.

Bibliografía:

1. Herdman, h. – kamitsuru, s. – NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier. 2018-2020
2. Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
3. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia.
Accesible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n4/06_helcos1.pdf

4. Úlceras por presión: Etiopatogenia. Accesible en:

[https:// www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotogenia.html](https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotogenia.html)

5. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Accesible en: <https://gneaupp.info/guia-de-actuacion-para-la-prevencion-y-cuidados-de-las-ulceras-por-presion/>

Capítulo 220

Uso de antibióticos en la rotura prematura de membranas

Polo Camacho, Jesús Antonio

Paulero López, Noelia

Rodrigo Sánchez, María del Pilar

USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Jesús Antonio Polo Camacho
María del Pilar Rodrigo Sánchez
Noelia Paulero López

Introducción

La RPM solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio clínico del parto, es decir, antes de que existan contracciones. Irá seguida de pérdida de líquido amniótico.

En España 28.000 bebés nacen de forma prematura, lo que supone uno de cada trece alumbramientos, según los datos de la Asociación de Padres de Niños Prematuros, una de las tasas más altas de la UE.

Según la OMS cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, lo que supone más de uno en 10 nacimientos. Casi un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto, y muchos de los que sobreviven, sufren algún tipo de discapacidad de por vida, principalmente relacionadas con el aprendizaje y/o problemas visuales y auditivos.

Objetivos

- Describir las evidencias científicas sobre el uso de antibióticos en la rotura prematura de membranas (RPM).
- Conocer el antibiótico de elección en la rotura prematura de membranas.
- Conocer los efectos inmediatos y a largo plazo sobre el uso de antibióticos en la RPM.
- Conocer si está justificado el uso protocolario de antibióticos en la RPM.

Bibliografía

1. PerdikiOliveri L. Antibióticos para la rotura prematura de la bolsa amniótica en partos pretérmino: prevención de muertes neonatales debidas a complicaciones secundarias a parto prematuro e infección. EvidPediatr. 2011; 7:75.
2. Gülmezoglu AM. Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes del parto a término o casi a término: Comentario de la BSR (última revisión: 23 de enero de 2006).
3. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Antibióticos para la rotura prematura de membranas: Resumen de la BSR (última revisión: 11 de mayo de 2016). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: OMS.
4. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (revisión Cochrane traducida).

Material y Métodos

El método empleado ha sido a través de la búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline, Cochrane y Uptodate, la OMS, BSR, Sociedad Española de Obstetricia y ginecología, Asociación Española de Pediatría, protocolos de actuación hospitalaria españoles, publicaciones en revistas científicas base cuiden, congreso, Scielo, Tesis doctorales y monografías, entre los años 2003 y 2019.

SATSE



RESULTADOS

La práctica habitual actual es el uso de antibióticos sin demostrar su utilidad, salvo cuando se usan de manera profiláctica. A pesar de ello la OMS recomienda su uso, incluso en los protocolos de actuación al asociarse con beneficios.

Hallazgos a favor :

-Aumento del periodo de latencia ocasionando un retraso en el parto (hasta siete días), menor incidencia de infección materna, menor incidencia de corioamnionitis, menos infección neonatal, menos lesiones ecográficas en el recién nacido, menos requerimiento de surfactante y reducción en los principales marcadores de morbilidad neonatal.

Hallazgos en contra:

-Incrementa los daños al modificar la microbiótica intestinal, asociada con enfermedades crónicas intestinales en adolescentes; como enfermedad inflamatoria intestinal y la enfermedad de Crohn.

-Aumenta la presencia de sepsis tardía siendo la causa más frecuente de muerte en las unidades neonatales y sus consecuencias a largo plazo pueden generar trastornos en el neurodesarrollo, junto con un aumento a la resistencia bacteriana (Bibl.5).

-La colonización intrauterina tiene un impacto importante en el desarrollo de la inmunidad y el metabolismo en los RN.

Conclusiones

La RPM supone un problema real ya que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término. Esto supone un gasto importante en la partida presupuestaria destinada a sanidad.

El uso de antibióticos en la rotura prematura de membranas, en ausencia de infección, es una práctica habitual no evidenciada. No existe ningún estudio con evidencia suficiente para realizar recomendaciones a favor o en contra del uso de estos.

Existe beneficio asociado al uso de antibióticos pero también una serie de daños al recién nacido pudiendo ocasionar trastornos en el neurodesarrollo.

Pautas de más de 7 días no parecen aportar beneficios por lo que su prolongación estaría ocasionando un gasto innecesario.

Los protocolos de actuación clínica y profesionales sanitarios justifican el uso rutinario de antibióticos basándose en la ganancia de tiempo de parto asociado a un menor porcentaje de distrés respiratorio y un mayor número de casos del cierre del ductus arterioso en el recién nacido.

En conclusión, no existe ninguna evidencia científica sino más bien una serie de beneficios que podrían estar asociados a otras variables por lo que es imprescindible abrir nuevas líneas de investigación que deben realizarse tanto en países desarrollados como en países de ingresos bajos y medios.

Resumen: Según la OMS ocurren unos 15 millones de nacimientos antes de la 37 de gestación y aproximadamente un millón de muertes anuales. Entre las medidas que mejoran el pronóstico está contar con antibióticos para tratar posibles infecciones en recién nacidos.

La duda se nos plantea porque no existe evidencia suficiente para justificar la profilaxis antibiótica en RPM salvo en el caso de madres portadoras de SGB.

Además, el parto pretérmino supone un coste importante.

Los objetivos de nuestro estudio son:

- Describir evidencias científicas sobre el uso de antibióticos en la RPM.
- Conocer el antibiótico de elección en la RPM.

Palabras Clave: Prematuridad, Rpm, Corioamnionitis

Desarrollo del trabajo. Justificación:

Según la OMS está aumentando en todo el mundo el número de partos prematuros, dando lugar a unos 15 millones de nacimientos antes de la semana 37 de gestación y, a aproximadamente un millón de muertes anuales. Este incremento en los últimos años puede atribuirse a una mejor recopilación de información al respecto y a un aumento de la edad materna. Ya que, como consecuencia de esto último, también hay más riesgo de diabetes o hipertensión durante el embarazo o de que muchas mujeres recurran a tratamientos de fertilidad. Entre las medidas que pueden mejorar el pronóstico de estos recién nacidos está contar con equipos integrales con matronas, garantizar tratamiento prenatal con esteroides, favorecer el método canguro o contar con antibióticos para tratar posibles infecciones en recién nacidos.

La duda se nos plantea cuando empezamos a revisar bibliografía entre los diversos artículos y/o protocolos frente al uso de antibióticos en la RPM no existe evidencia suficiente para justificar la profilaxis antibiótica en RPM salvo en el caso de madres portadoras de SGB. Es por ello que algunos protocolos ginecológicos si RPM < 24h y SGB negativo no contemplan la antibioterapia coincidiendo con la finalización, salvo en pacientes SGB positivo.

Además, el parto pretérmino supone coste importante tanto por el consumo de recursos en las unidades de cuidados intensivos neonatales como por el gasto de las secuelas a largo plazo junto con los gastos sociales, incluyendo la pérdida de empleo o licencias/ excedencias laborales familiares para el cuidado del niño afectado. Se observa un coste que es inversamente proporcional a las semanas de gestación.

Metodología:

Para la elaboración del presente trabajo se decidió utilizar la revisión bibliográfica como modalidad de investigación, por ser la que mejor se ajustaba a los objetivos planteados.

Bases de datos consultadas

Se han consultado los siguientes metabuscadores y recursos digitales: Pubmed, Medline, Cochrane y Uptodate, la OMS, BSR, Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Asociación Española de Pediatría,

protocolos de actuación hospitalaria españoles, publicaciones en revistas científicas base cuiden, congreso, Scielo, Tesis doctorales y monografías, entre los años 2003 y 2019.

Además de la base de datos también se ha utilizado bibliografía referente al temario del presente Máster.

Criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Antigüedad: Artículos y documentos comprendidos entre 2003 y 2019.
- Idioma: Inglés y Español.
- Artículos exclusivamente científicos
- Acceso libre evitando los de pago.

Criterios de exclusión:

- Artículos anteriores al 2003.
- Artículos o documentos procedentes de revistas no científicas.
- Documentación con costes económico. Cronología del trabajo

Se encontraron 24 artículos de los cuales se descartaron 8 por ser una recopilación de los originales, 2 por existir una versión más actualizada y 2 por no cumplir el criterio de antigüedad. Los artículos tenidos en cuenta para el estudio han sido 12.

Conclusiones:

Tras la revisión bibliográfica realizada se ha observado que la rotura prematura de membranas supone un problema real ya que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Esto supone un gasto importante en la partida presupuestaria destinada a sanidad en el cuidado de estos niños tanto en edad temprana como avanzada. Cuidados derivados de una atención directa e inmediata a la madre y al bebe en el momento del nacimiento como los gastos asociados de terapias cognitivas y estimulación precoz en niños prematuros.

Aunque el uso de antibióticos en la rotura prematura de membranas, en ausencia de infección, sea una práctica habitual no existe ningún estudio con evidencia suficiente para realizar recomendaciones a favor o en contra del uso de estos. Sin embargo, si existen una serie de beneficios asociado al uso de antibióticos como son el aumento del periodo de latencia ocasionando retraso en el parto, menor incidencia de infección materna, menor incidencia de corioamnionitis, menos infección neonatal, menos lesiones ecográficas en el recién nacido, menos requerimiento de surfactante y una reducción en los principales marcadores de morbilidad neonatal. Pero su uso también lleva asociado una serie de daños al modificar la microbiótica intestinal del recién nacido o incluso puede ocasionar trastornos en el neurodesarrollo. Tampoco se ha observado una reducción significativa de la mortalidad perinatal.

No se ha evidenciado cual es el antibiótico de elección, aunque se evitará la Amoxicilina con ácido clavulánico debido al mayor riesgo de enterocolitis necrosante neonatal, lo que sitúa a la Eritromicina como mejor elección.

Pautas de más de 7 días no parecen aportar beneficios aunque la práctica hospitalaria lo mantiene durante 10 días o incluso 15. Lo que estaría ocasionando un gasto innecesario.

La mayoría de los estudios realizados se han realizados en países desarrollados lo que también se hace necesario llevarlos a cabo en países de ingresos bajos o medios.

Los protocolos de actuación clínica justifican el uso rutinario de antibióticos basándose en la ganancia de tiempo de parto asociado a un menor porcentaje de distrés respiratorio y un mayor número de casos del cierre del ductus arterioso.

En conclusión, no existe ninguna evidencia científica sino más bien una serie de beneficios que podrían estar asociado a otras variables por lo que es imprescindible abrir nuevas líneas de mismo evitando efectos adversos graves en el periodo neonatal y evitando un gasto innecesario o incontrolado en sanidad. Estudios que deben realizarse tanto en países desarrollados como en países de ingresos bajos y medios.

Bibliografía:

1. PROSEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Rotura Prematura de membranas.

Actualizado 2012.Consultado 19-2-20.Disponible en:<https://es.scribd.com/document/191737080/Actualizacion-Rotura-Prematura-de-Membranas-2012-SEGO>.

2. Perdiki Olivieri L. Antibióticos para la rotura prematura de la bolsa amniótica en partos pretérmino: prevención de muertes neonatales debidas a complicaciones secundarias a parto prematuro e infección. Evid Pediatr. 2011; 7:75. Traducción autorizada de: Centre of Reviews and Dissemination (CRD). Antibiotics for pre-term pre-labour rupture of membranes. Prevention of neonatal deaths due to complications of pre-term birth and infection. University of York. Database of Abstracts of Review of Effects web site (DARE). Documento número: 12010003311(en línea) (fecha de actualización: 2010; fecha de consulta 10-2-2020).Consultado el 17-2-20.Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/UCMS2Web/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12010003311&UserID=0>.Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Antibióticos para la rotura prematura de membranas: Resumen de la BSR (última revisión: 11 de mayo de 2016). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: OMS. Consultado el 17-2-20.Disponible en: <https://extrenet.who.int/rhl>.

3. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (revisión Cochrane traducida). En : La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. (En línea). Consultado el 19-2-20.Disponible en:<http://www.update-software.com>(traducida de The Cochrane Library, Issue .

4. Glasgow TS, Young Pc, Wallinn J, et al. Association of intrapartum antibiotic exposure and late-onset serious bacterial infections in infants. Pediatrics 2005,116 (3): 696-702.

Capítulo 221

Uso de los mórficos en el paciente paliativo

*Ruiz Serrano, Jesús Javier
De La Torre Pérez, María del Carmen
Guerrero Sola, Lorena*



USO DE LOS MÓRFICOS EN EL PACIENTE PALIATIVO



Autores: Jesús Javier Ruiz Serrano, Lorena Guerrero Sola y María Del Carmen De La Torre Pérez.

INTRODUCCIÓN

Los opiáceos representan la mejor arma terapéutica para el control del dolor oncológico crónico. Aproximadamente el 90% de los pacientes afectados con cáncer en fase terminal van a precisar de los opiáceos para el alivio de su dolor. Existe una amplia gama de analgésicos para tratar el dolor siguiendo una escala de menor a mayor potencia del analgésico, siendo la morfina uno de los más potentes.

La morfina es un analgésico agonista de los receptores opiáceos μ , y en menor grado de los kappa, en el SNC.

HISTORIA DE LOS MÓRFICOS

- La sustancia activa más importante en el opio es la morfina, descubierta por un sencillo asistente de farmacia, **Freidrich Wilhelm Adam Sertürner** (1783-1841, Paderborn, Alemania), el primero en aislar el principio activo mayoritario presente en el opio y responsable de sus maravillosas y a la vez perversas propiedades.
- En **mayo de 1805**, tras una serie de 57 experimentos, fue capaz de cristalizar un alcaloide de la resina secretada por **Papaver Somniferum**, la amapola del opio, al que llamó **Principium Somniferum** (del latín "principio inductor del sueño") o morfina, nombre derivado de Morfeo, el dios Griego del sueño; por su capacidad para inducir el sueño.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS

Las indicaciones terapéuticas son las siguientes:

- Infarto agudo de miocardio
- Angina inestable
- Edema agudo de pulmón
- Dolor agudo por traumatismo
- Dolor intenso
- Dolor postoperatorio inmediato
- Dolor crónico maligno

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Hay que tener una especial precaución en los siguientes casos:

- Asma y EPOC, por los efectos depresores respiratorios.
- Cólico biliar, por posible contracción del esfínter de Oddi. Sintomatología de íleo paralítico, por la estimulación del músculo liso.
- Adenoma de próstata o estenosis uretral, porque puede producir retención urinaria.
- Hipotiroidismo, por el aumento del riesgo de depresión respiratoria.



- SNC, presión intracraneal elevada y lesión cerebral.
- Hay que ajustar la dosis en casos de insuficiencia renal y/o insuficiencia hepática.
- Durante el embarazo, sólo se acepta su uso si no hay alternativas más seguras.
- Madres lactantes: baja concentración en leche. Se admiten dosis bajas.
- Los ancianos son más sensibles al efecto depresor respiratorio y a otros efectos adversos.
- Se deben monitorizar los signos vitales y disponer de un antagonista opiáceo (Naloxona).

POSOLOGÍA

- La dosis debe ser individualizada. La vía de administración puede ser IV, IM o SC.
- La administración en bolo IV lento se realizará de la siguiente manera:
 - Tomar una ampolla de 1 ml. de cloruro mórfico al 1% (10 mg/ml) y disolver en 9 ml. de agua para la inyección, suero fisiológico o glucosado al 5%. La concentración obtenida es de 1 mg/ml.
 - Si TAS>100, la dosis a administrar de cloruro mórfico es de 2 - 5 mg. en inyección IV lenta.
 - Dosis menores en ancianos y pacientes de bajo peso: 1 - 3 mg. en inyección IV lenta.
 - Si el paciente está hipotenso (TAS<100), están contraindicados los fármacos vasodilatadores, incluida la morfina.
 - Se puede repetir esta dosis cada 10-15 minutos, hasta que ceda el dolor o aparezcan efectos adversos (máximo aprox. 20 mg.).
 - La dosis resultante podrá repetirse cada 4 horas.

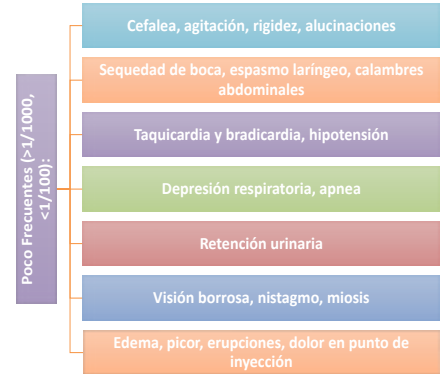
INTERACCIONES

- Depresión central aumentada por: tranquilizantes, anestésicos, hipnóticos, sedantes, fenotiazinas, antipsicóticos, bloqueantes neuromusculares, otros derivados morfínicos, antihistamínicos H1, alcohol.
- Incrementa actividad de: anticoagulantes orales, relajantes musculares.
- Efecto reducido por: agonistas/antagonistas opiáceos (buprenorfina, nalbufina, pentazocina); no asociar.
- Rifampicina.
- Riesgo de estreñimiento severo con: antidiarreicos antiperistálticos, antimuscarínicos.
- Efecto bloqueado por: naltrexona; no asociar.
- Riesgo de hipotensión con: antihipertensivos, diuréticos.
- Potenciación de efectos adversos anticolinérgicos con: antihistamínicos, antiparkinsonianos y antieméticos.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Muy frecuentes (> 1/10):

- Náuseas
- Vómitos
- Estreñimiento
- Somnolencia
- Desorientación
- Sudoración
- Tolerancia



- Muy raras (<1/10.000): reacción anafiláctica.

SOBREDOSIS

- La sobredosis se caracteriza por la depresión respiratoria con bradipnea, acompañada o no de depresión del sistema nervioso central.

Tratamiento de emergencia y antídotos

- Mantener una vía respiratoria e instaurar respiración controlada o asistida.
- Administrar naloxona (de 0,4 a 2 mg) en una dosis única, preferiblemente intravenosa. La inyección de naloxona se puede repetir a intervalos de dos a tres minutos.
- Administrar líquidos intravenosos y/o vasopresores, utilizando otras medidas de apoyo según las necesidades.
- Continuar con la monitorización del paciente.

TIPOS DE MORFINA

PRESENTACIÓN:

- Ampollas de 1 ml conteniendo 10 mg (1%, 10 mg/ml)
- Ampollas de 1ml conteniendo 20mg (2%, 20mg/ml)
- Ampollas de 2ml conteniendo 40mg (2%, 20mg/ml)
- Comprimidos de 10 y 20mg (Sevredol)
- Comprimidos retard de 5, 10, 30, 60, 100 y 200mg
- Sobres retard de 30mg
- Cápsulas retard de 10, 30, 60, 90, 120, 150 y 200mg
- Envases unidos de 5ml conteniendo: 10mg (2mg/ml), 30mg (6mg/ml), 100mg (20mg/ml)
- Solución oral 2mg/ml, frasco de 100 y 250ml
- Solución oral 20mg/ml, frasco de 20 y 250ml

CONCLUSIÓN

La morfina es un potente analgésico que se debe utilizar en los paciente son dolores crónicos que no ceden con otros analgésicos. Debemos tener en cuenta el tipo de morfina que se va a utilizar dependiendo de las necesidades. También tenemos que tener precaución en su administración atendiendo a sus efectos adversos, estando atentos a su aparición y debemos saber cómo actuar en cada uno de ellos.



Resumen: Los opiáceos representan la mejor arma terapéutica para el control del dolor oncológico crónico. Aproximadamente el 90% de los pacientes afectados con cáncer en fase terminal van a precisar de los opiáceos para el alivio de su dolor. Existe una amplia gama de analgésicos para tratar el dolor siguiendo una escala de menor a mayor potencia del analgésico. Con este trabajo conoceremos cuáles son esos analgésicos y en concreto la morfina. Se desarrollará ampliamente cómo utilizarla y todos sus efectos al igual que los mitos que existen sobre ella.

Palabras Clave: Morfina, Derivados de la morfina, Efectos Metabólicos Secundarios de Drogas y Sustancias

Desarrollo del trabajo. Justificación:

Los opiáceos, originalmente derivados de la semilla de la adormidera, se han utilizado durante miles de años tanto para propósitos recreativos como medicinales. La sustancia activa más importante en el opio es la morfina, descubierta por un sencillo asistente de farmacia, joven, autodidacta y con poco equipamiento, pero dotado de una gran curiosidad, Freidrich Wilhelm Adam Sertürner (1783-1841, Paderborn, Alemania), el primero en aislar el principio activo mayoritario presente en el opio y responsable de sus maravillosas y a la vez perversas propiedades. En mayo de 1805, tras una serie de 57 experimentos, fue capaz de cristalizar un alcaloide de la resina secretada por *Papaver Somniferum*, la amapola del opio, al que llamó Principium Somniferum (del latín “principio inductor del sueño”) o morfina, nombre derivado de Morfeo, el dios Griego del sueño; por su capacidad para inducir el sueño.

Durante la guerra franco-prusiana en 1870-1871, los médicos de ambos bandos administraban altas dosis del preparado para calmar los dolores de los heridos de metralla o de las víctimas de amputaciones.

La morfina es un analgésico agonista de los receptores opiáceos μ , y en menor grado de los kappa, en el SNC.

Indicaciones Terapéuticas:

- Infarto agudo de miocardio: La morfina utilizada para calmar el dolor y por su efecto sedante reduce la precarga y la postcarga, y tiene efecto simpaticolítico, siendo de elección, sobre todo, en el IAM anterior y en el que presente hiperactividad simpática.

- Angina inestable que no responde a la administración de nitroglicerina sublingual.

- Edema agudo de pulmón: Es especialmente útil si existe una ansiedad evidente. Posee una acción dilatadora venosa, reduciendo el retorno venoso y disminuyendo la presión de la aurícula izquierda. Debe utilizarse con precaución en pacientes obnubilados o fatigados, porque puede precipitar una parada respiratoria. Se debe disminuir o suspender si el paciente comienza a entrar en acidosis ($\text{Pa CO}_2 > 55 \text{ mm Hg}$), o si se va encontrando progresivamente cansado. Está contraindicada en edema de pulmón no cardiogénico o producido por un agente químico irritante.

- Dolor agudo por traumatismo: Aunque puede interferir en valoraciones posteriores del nivel de consciencia, ayuda a tranquilizar al paciente y a mejorar sus condiciones para el traslado.

También está indicada en el tratamiento del dolor intenso, del dolor postoperatorio inmediato y del dolor crónico maligno.

Contraindicaciones y Precauciones:

Está contraindicada en casos de hipersensibilidad conocida a la morfina, depresión respiratoria o enfermedad obstructiva respiratoria grave.

Hay que tener una especial precaución en:

- Asma y EPOC, por los efectos depresores respiratorios.
- Cólico biliar, por posible contracción del esfínter de Oddi.
- Vaciado gástrico tardío.
- Colon espástico.
- Sintomatología de íleo paralítico, por la estimulación del músculo liso.
- Adenoma de próstata o estenosis uretral, porque puede producir retención urinaria.
- Hipotiroidismo, por el aumento del riesgo de depresión respiratoria.
- SNC, presión intracraneal elevada y lesión cerebral, por aumentar más la presión del líquido cefalorraquídeo.
- Hay que ajustar la dosis en casos de insuficiencia renal y/o insuficiencia hepática.
- Durante el embarazo, sólo se acepta su uso si no hay alternativas más seguras.
- Madres lactantes: baja concentración en leche. Se admiten dosis bajas.
- Los ancianos son más sensibles al efecto depresor respiratorio y a otros efectos adversos debido a la disfunción renal asociada con la edad, por lo que se recomiendan dosis menores, o intervalos de dosificación más amplios.
- Usar con precaución en pacientes con historia de atopía o asma (las ampollas contienen bisulfito).
- Se deben monitorizar los signos vitales y disponer de un antagonista opiode (Naloxona).

La dosis debe ser individualizada, de acuerdo a la respuesta y tolerancia del paciente. En casos de dolor agudo, se recomienda la administración gradual hasta conseguir el efecto deseado.

No hay un efecto techo en la dosificación de la morfina en el paciente con cáncer, cada vez que aumenta el dolor se debe incrementar la dosis del fármaco, con su correspondiente alivio.

La adicción a la morfina se produce rara vez en los pacientes neoplásicos tratados con este fármaco. La depresión respiratoria no debe ser un obstáculo a la hora de elegir la dosis adecuada de morfina, el dolor antagoniza de igual modo la depresión respiratoria.

Efectos secundarios:

Muy frecuentes (>1/10):

- Trastornos gastrointestinales: náuseas, vómitos, estreñimiento.
- Trastornos del sistema nervioso: somnolencia, desorientación, sudoración, euforia y en tratamientos prolongados, tolerancia.

Poco frecuentes (>1/1000, <1/100):

- Trastornos del sistema nervioso: cefalea, agitación, temblor, convulsiones, ansiedad, depresión, rigidez muscular, alucinaciones, dificultad para dormir.

- Trastornos gastrointestinales: sequedad de boca, espasmo de laringe, diarrea, calambres abdominales, alteraciones del gusto.

- Trastornos cardíacos: parada cardíaca, taquicardia y bradicardia, hipertensión, hipotensión, hipertensión intracraneal, colapso.

- Trastornos respiratorios: depresión respiratoria, apnea; en el punto de inyección.

Muy raras (<1/10.000): reacción anafiláctica.

Conclusión:

La morfina es un potente analgésico que se debe utilizar en los pacientes con dolores crónicos que no ceden con otros analgésicos. Debemos tener en cuenta el tipo de morfina que se va a utilizar dependiendo de las necesidades. También debemos tener precaución en su administración atendiendo a sus efectos adversos, estando atentos a su aparición y debemos saber cómo actuar en cada uno de ellos.

También podemos concluir que deben desaparecer los mitos de la morfina ya que se han ido desmontando en el trabajo y no se puede permitir que un paciente siga padeciendo de un intenso dolor por ellos.

Bibliografía:

1. Benítez del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Díaz R y Cabrejas Sánchez A.; Tratamiento del dolor oncológico crónico (II): el uso de los opiáceos. Revista en internet, SERIES, Cuidados Paliativos. 2002; 29 (8): 513-516.

2. News-Medical.net. Dr. Ananya Mandal; Historia de la Morfina. Revisado por Sally Robertson. 27 octubre 2013.

3. Gómez Asepe, Rafael; Aislamiento de la morfina. 200 años de un descubrimiento fundamental para la química moderna. Departamento de Química Orgánica, Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Complutense de Madrid. Revista en internet; Análisis Químico. 2006, 102(2), 45-53.

Capítulo 222

Uso de Sulfadiazina de plata en herida de paciente con síndrome de Ehlers– Danlos

Corredor Ródenas, María Teresa

Mansilla Flores, María Gema

Cruz Moreno, Encarnación



CASO CLINICO: USO DE SULFADIAZINA DE PLATA EN HERIDA DE PACIENTE CON SÍNDROME DE EHLERS- DANLOS.

CORREDOR RODENAS, MT; MANSILLA FLORES, MG; CRUZ MORENO, E.

Introducción:

La Enfermedad de Ehlers- Danlos es hereditaria, se caracteriza por ser un síndrome que produce una serie de trastornos en el tejido conjuntivo (principalmente piel, articulaciones y paredes de vasos sanguíneos). El tejido conjuntivo es una mezcla compleja de proteínas y otras sustancias como colágeno (molécula proteica que forma fibras) que aportan fuerza y elasticidad a las estructuras fundamentales que sostienen el cuerpo.

Los pacientes se caracterizan por poseer cicatrices anchas, atróficas, delgadas y a veces requieren de injertos cutáneos para la curación de ciertas heridas, como en nuestro caso que aparte de tener una piel frágil y articulaciones flexibles y elásticas, se convierte en un factor añadido para la posterior epitelización de la úlcera.

La rotura de tendón rotuliano puede ser la fase final de una tendinopatía crónica, también una lesión aguda por un traumatismo directo o indirecto. Estas roturas suelen ser completas siendo su tratamiento necesariamente quirúrgico. Comenzando principalmente con suturas transóseas con puntos de tracción de Krachow, según el grado de degeneración se puede hacer alguna reparación con plastia autóloga.

Observación Clínica. Caso Clínico.

Varón de 39 años con sobrepeso, fumador y Enf. Ehlers- Danlos. Presenta rotura degenerativa de tendón rotuliano izquierdo.

Tras varias intervenciones, como re inserción de tendón rotuliano mediante túneles transóseos y cerclaje de descarga, posteriormente tras nueva rotura se repara mediante aloinjerto de aparato extensor y osteosíntesis con cerclaje en rútila, se vuelve a reintervenir por falta de consolidación ósea en la rútila mediante tornillos canulados a compresión. La herida quirúrgica se infecta necesitando ciclo antibioterapia VO y desbridamiento quirúrgico de tejido necrótico y esfacelos. Como consecuencia de esta nueva cirugía permanece defecto de cobertura en cara anterior de la rodilla que expone parcialmente el aloinjerto rotuliano y la extremidad distal de la rútila.

Se deriva a Cirugía Plástica para tratamiento definitivo de defecto cutáneo. Se realiza intervención de injerto con colgajo gastrocnemio medial. A la semana se rechaza injerto presentando la zona medial distal de colgajo necrosada y rútila con material de OS expuesta, se desbrida y a partir de este momento se sigue por enfermería.

Plan de Cuidados Enfermeros.

0004Riesgo de infección	0304Consecuencias inmovilidad. 1924Control de riesgo: proceso infeccioso. 1103Curación de la herida: por segunda intención.	6540Control de infecciones. 3660Cuidados de las heridas. 1100Manejo de la nutrición.	11004Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y al estilo de vida. 110015enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario. 366003Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. 366029enseñar al paciente y familia los signos y síntomas de infección. 366011Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. 654012Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. 654033Odenar al paciente que tome antibióticos, según prescripción. 654024Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. 654014Lavar guantes según exigen las normas de precaución universal. 358307Evitar fricción en zona del injerto.
00044Deterioro de la Integridad Tisular	1103Curación de la herida por segunda intención. 1924Control de riesgo: proceso infeccioso.	3660Cuidado de las heridas. 3583Cuidados de la piel: zona del injerto. 3680Irrigación de las heridas. 3590Vigilancia de la piel.	358312Controlar si hay signos de infección (fiebre...) y otras complicaciones postoperatorias. 358320enseñar al paciente que fumar disminuye el aporte sanguíneo de la cara del injerto y aumenta las posibilidades de que no funcione y por tanto ayudar a dejar de fumar. 366007Limpiar con soluciones salinas normales un limpiador no tóxico, si procede. 366011Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. 366030Documentar la localización, tamaño y la aparición de la herida. 368013Limpiar desde la zona más limpia de la herida a la más sucia. 368020Observar periódicamente el progreso del tejido granulado. 359011Vigilar el color y temperatura de la piel.
00085Deterioro de la movilidad física	0217Movimiento articular rodilla. 0201Ambular: silla de ruedas.	0221Terapia de ejercicios: ambulación 1400Manejo del dolor. 1260Manejo del peso.	22116Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas y otros dispositivos de ayuda para andar. 140039Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor cuando corresponda. 140029Utilizar medidas de control antes del que el dolor sea severo. 126006Determinar el peso corporal ideal del individuo.
00132Dolor agudo.	1605Control del dolor. 0003Descanso.	1400Manejo del dolor. 5616Enefanzar medicamentos prescritos. 4920Escucha activa. 0221Terapia de ejercicios: ambulación.	14001603minuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). 140003Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. 561603Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. 561605Incluir a la familia/ ser querido, si procede. 492002Mostrar interés en el paciente. 492013Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. 22108Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
00182Disposición para mejorar el autocuidado.	0306Autoaidado: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). 1929Conducta de abandono del consumo de tabaco.	180Ayuda al autocuidado. 5510Educaion sanitaria.	180010Establecer una rutina de autocuidados. 551019Promover un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación a estilo de vida y conductas saludables.
00100Retraso en la recuperación quirúrgica.	2303Recuperación posterior al procedimiento. 0306Autoaidado: Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). 1605Control del dolor.	3583Cuidados de la piel: zona injerto. 3660Cuidados de las heridas. 6550Protección contra las infecciones.	358307Evitar fricción en zona del injerto. 366017Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366022Promover al dieta, si procede. 655001Observar los signos y síntomas de la infección sistémica y localizada. 655012Obtener muestra para realizar un cultivo, si es necesario.
00078Gestión ineficaz de la propia salud	1803Conocimiento proceso de la enfermedad. 1844Conocimiento manejo del peso. 1843Conocimiento manejo del dolor. 1625Conducta de abandono de consumo de tabaco.	5270Apoyo emocional. 5346Aseoramiento nutricional. 5602Enefanza: proceso de la enfermedad. 1100Manejo de la nutrición. 4490Ayuda para dejar de fumar.	527009Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. 527019Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 524604Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. 560203Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado. 560221enseñar al paciente medidas para controlar / minimizar síntomas, si procede. 110002Determinar las preferencias de comidas del paciente. 110006Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y Vit. C, si es el caso. 449003Controlar la facilidad del paciente para intentar abandonar el tabaco. 449005Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.

Discusión.

Después de la última intervención y el rechazo del injerto de colgajo, se siguen curas diarias por segunda intención con Sulfadiazina de Plata (Silverderma crema) y vendaje compresivo de MII. En los primeros 5 días en la zona donante del injerto de piel en la cara anterior de muslo izquierdo se cura con apósito secundario hidropolimérico (Biatain Ag adhesivo), cicatrizando sin incidencias.

En las primeras semanas se observa una disminución importante de zona necrótica y esfacelos en la úlcera con la pauta seguida. En 3 semanas desaparece prácticamente tejido de fibrina en zona distal, observando tejido de granulación y epitelización, se decide seguir con la pauta de curas c/ 24h., con sulfadiazina de Plata y posterior vendaje compresivo de pierna izquierda, como el primer momento hasta cicatrización completa, dada la buena evolución.



Conclusiones.

El uso de Sulfadiazina de plata en úlceras tiene un efecto antibacteriano de amplio espectro, potenciando una acción bacteriostática. Por tanto se ha conseguido una protección bacteriostática usando la sulfadiazina y bactericida con la plata. Se ha comprobado que el uso de silverderma estimula la granulación y epitelización.

Es importante conocer las características de la Enfermedad de Ehlers- Danlos a la hora de la evolución de una herida, ya que uno de los principales signos es una piel frágil y flexible por falta de colágeno, se agravan estas circunstancias con el consumo de tabaco.

El principal objetivo en este paciente es la educación sanitaria y correcta información de su enfermedad y factores de riesgo. Poner a su alcance las medidas para dejar de fumar como es el "Programa de Deshabitación Tabáquica", el cuál acoge el apoyo conductual y de farmacoterapia, medidas necesarias para un buen desarrollo del proceso.

Resumen: Se hace referencia a un Caso Clínico de un paciente con el Síndrome de Ehlers- Danlos, esta enfermedad se caracteriza por la afectación del tejido conjuntivo, donde especialmente la epitelización de las heridas es muy compleja. En este caso se observa la evolución de una úlcera en rotula tras varias intervenciones y procedimientos, con el uso de Sulfadiazina de Plata principalmente. Durante el seguimiento del mismo se visualiza el efecto desbridante de la Sulfadiazina en las primeras etapas, posteriormente ayudando a la cicatrización de la herida.

Palabras Clave: Sulfadiazina de Plata, Síndrome de Ehlers- Danlos, Tejido de Fibrina

Desarrollo del trabajo:

La Enfermedad de Ehlers- Danlos es hereditaria, se caracteriza por ser un síndrome que produce un conjunto de trastornos que afectan al tejido conjuntivo (principalmente piel, articulaciones y paredes de vasos sanguíneos). El tejido conjuntivo es una mezcla compleja de proteínas y otras sustancias como colágeno (molécula proteica que forman fibras) que aportan fuerza y elasticidad a las estructuras fundamentales que sostienen el cuerpo.

Los pacientes se caracterizan por poseer cicatrices anchas, atróficas, delgadas y a veces requieren de injertos cutáneos para curación de ciertas heridas, como en nuestro caso que aparte de tener una piel frágil y articulaciones flexibles y elásticas, se convierte en un factor añadido para la posterior epitelización de la úlcera.

La rotura de tendón rotuliano puede ser la fase final de una tendinopatía crónica o puede ser una lesión aguda por un traumatismo directo o indirecto. Estas roturas suelen ser completas siendo su tratamiento necesariamente quirúrgico. Comenzando principalmente con suturas transóseas con puntos de tracción de Krachow según el grado de degeneración se puede hacer alguna reparación con plastia autóloga.

Observación Clínica. Caso Clínico:

Varón de 38 años con sobrepeso, fumador y Enf. (Enfermedad) Ehlers- Danlos. Presenta rotura degenerativa de tendón rotuliano izquierdo. Tras varias intervenciones, como reinserción de tendón rotuliano mediante túneles transóseos y cerclaje de descarga, posteriormente tras nueva rotura se repara mediante aloinjerto de aparato extensor y osteosíntesis con cerclaje en rótula, se vuelve a reintervenir por falta de consolidación ósea en la rótula mediante tornillos canulados a compresión. La herida quirúrgica se infecta necesitando ciclo antibioterapia VO (Vía Oral) y desbridamiento quirúrgico de tejido necrótico y esfacelos. Como consecuencia de esta nueva cirugía permanece defecto de cobertura en cara anterior de la rodilla que expone parcialmente el aloinjerto rotuliano y la extremidad distal de la rótula.

Se deriva a Cirugía Plástica para tto (tratamiento) definitivo de defecto cutáneo. Se realiza intervención de injerto con colgajo gastrocnemio medial. A la semana se rechaza injerto presentando la zona medial distal de colgajo necrosada y rótula con material de OS expuesta, se desbrida y a partir de este momento se sigue por enfermería.

Plan de Cuidados enfermeros:

El Plan de Cuidados Enfermeros se basa en los siguientes Diagnósticos (si se precisa información más detallada del Plan de Cuidados ver resultados, intervenciones y actividades del mismo en el cuadro de Planificación del póster relacionado con capítulo expuesto).

Estos son los Diagnósticos NANDA especificados en el mismo:

- 00004 Riesgo de infección.
- 00044 Deterioro de la Integridad Tisular.
- 00085 Deterioro de la movilidad física.
- 00132 Dolor agudo.
- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado.
- 00100 Retraso en la recuperación quirúrgica.
- 00078 Gestión ineficaz de la propia salud

Discusión:

Después de la última intervención y el rechazo del injerto de colgajo, se siguen curas diarias por segunda intención con Sulfadiazina de Plata (Silvederma crema) y vendaje compresivo de MII (Miembro Inferior Izquierdo). En los primeros 5 días en la zona donante del injerto de piel en la cara anterior de muslo izquierdo se cura con apósito secundario hidropolimérico (Biatain Ag adhesivo), cicatrizando sin incidencias.

En las primeras semanas se observa una disminución importante de zona necrótica y esfacelos en la úlcera con la pauta seguida. En 3 semanas desaparece prácticamente tejido de fibrina en zona distal, observando tejido de granulación y epitelización, se decide seguir con la pauta de curas cada/ 24horas, con Sulfadiazina de Plata y posterior vendaje compresivo de pierna izquierda, como el primer momento hasta cicatrización completa, dada la buena evolución.

Conclusiones:

El uso de Sulfadiazina de plata en úlceras tiene un efecto antibacteriano de amplio espectro, potenciando una acción bacteriostática. Por tanto, se ha conseguido una protección bacteriostática usando la Sulfadiazina y bactericida con la plata. Se ha comprobado que el uso de Silvederma estimula la granulación y epitelización.

Es importante conocer las características de la Enfermedad de Ehlers- Danlos a la hora de la evolución de una herida, ya que uno de los principales signos es una piel frágil y flexible por falta de colágeno, se agravan estas circunstancias con el consumo de tabaco.

El principal objetivo en este paciente es la educación sanitaria y correcta información de su enfermedad y factores de riesgo. Poner a su alcance las medidas para dejar de fumar como es el “Programa de Deshabitación Tabáquica”, el cuál acoge el apoyo conductual y de farmacoterapia, medidas necesarias para un buen desarrollo del proceso.

Bibliografía:

1. Bravo JF. Síndrome de Ehlers- Danlos con especial énfasis en el síndrome de hiperlaxitud articular. Revista médica de Chile 2009; 137 (11): 1488- 1497.
2. Mensa J, Gatell J M^a, Azanza J R, et al. Guía de terapéutica antimicrobiano 2008. Elsevier Doyma. 2008.
3. Herdman, H. – Kamitsuru, S.- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier. 2018- 2010

Capítulo 223

Uso y abuso de las nuevas tecnologías (NTIC) en la población adolescente

Maján Sesmero, Antonio

Alcázar Pérez, Alberto

Alañón Barba, María del Pilar

USO Y ABUSO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS (NTIC) EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

ANTONIO MAJÁN SESMERO (HUVV); ALBERTO ALCÁZAR PÉREZ (HGUCR); PILAR ALAÑÓN BARBA (HVA)

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías (NTIC) han supuesto un avance importante y facilitador en nuestras vidas.

Su adicción o uso compulsivo/patológico, podría definirse como "proceso de dependencia de aquello que se quiere conseguir o realizar para superar el malestar que genera su privación", similar a las definiciones de otras adicciones.

El uso excesivo e incontrolado puede producir cambios en los hábitos de vida, disminución de la actividad física, evitación de actividades u obligaciones personales, cambios en el entorno social y en los patrones de sueño, negligencia con la familia, amigos y trabajo, u otros problemas con características similares a las adicciones con sustancias; aumentando la dependencia con la facilidad de acceso a los contenidos, sensación de control en los juegos, conexión permanente con las redes sociales, alivio del malestar emocional, "desconexión" de la realidad y la posibilidad de lo ficticio, etc.

La población adolescente es la más vulnerable, pero una cuarta parte de la población global muestra un uso de riesgo y cerca de 10% presenta una dependencia.



OBJETIVOS

- Evaluar el porcentaje de frecuencia que realiza un uso y abuso de las tecnologías en la actualidad que se relacionan con problemas de salud mental.
- Conocer la tipología del uso y abuso de las tecnologías y los diferentes campos mediante la variedad de sus aplicaciones.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2020, antes de la pandemia. Se contó con una muestra de conveniencia de 207 alumnos.

Se hace una revisión bibliográfica en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante el cuestionario validado MULTICAGE-TIC sobre el uso y abuso de las NTIC, la cual se divide en 5 categorías (internet, móvil, videojuegos, mensajería y redes sociales) con 4 ítems cada una para evaluar el grado de dependencia.

La realización del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 1.0.

MULTICAGE-TIC	
1. ¿Deberían tener los jóvenes que dependen excesivamente de Internet restricciones de acceso a las redes sociales?	Internet
2. ¿Se beneficiarían los jóvenes de la hora de ocio si se les restringiera el acceso a Internet?	
3. ¿Las redes sociales producen un efecto de aislamiento social en los jóvenes?	
4. ¿Las redes sociales producen un efecto de aislamiento social en los jóvenes que se relacionan con problemas de salud mental?	
5. ¿El uso excesivo de Internet afecta a la capacidad de concentración y al rendimiento académico?	Móvil
6. ¿El uso excesivo de Internet afecta a la capacidad de concentración y al rendimiento académico?	
7. ¿El uso excesivo de Internet afecta a la capacidad de concentración y al rendimiento académico?	
8. ¿El uso excesivo de Internet afecta a la capacidad de concentración y al rendimiento académico?	
9. ¿Deberían tener los jóvenes que dependen excesivamente de los videojuegos restricciones de acceso a los videojuegos?	Videojuegos
10. ¿Se beneficiarían los jóvenes de la hora de ocio si se les restringiera el acceso a los videojuegos?	
11. ¿Los videojuegos producen un efecto de aislamiento social en los jóvenes?	
12. ¿Los videojuegos producen un efecto de aislamiento social en los jóvenes que se relacionan con problemas de salud mental?	
13. ¿Deberían tener los jóvenes que dependen excesivamente de la mensajería instantánea restricciones de acceso a la mensajería instantánea?	Mensajería Instantánea
14. ¿Se beneficiarían los jóvenes de la hora de ocio si se les restringiera el acceso a la mensajería instantánea?	
15. ¿La mensajería instantánea produce un efecto de aislamiento social en los jóvenes?	
16. ¿La mensajería instantánea produce un efecto de aislamiento social en los jóvenes que se relacionan con problemas de salud mental?	
17. ¿Deberían tener los jóvenes que dependen excesivamente de las redes sociales restricciones de acceso a las redes sociales?	Redes Sociales
18. ¿Se beneficiarían los jóvenes de la hora de ocio si se les restringiera el acceso a las redes sociales?	
19. ¿Las redes sociales producen un efecto de aislamiento social en los jóvenes?	
20. ¿Las redes sociales producen un efecto de aislamiento social en los jóvenes que se relacionan con problemas de salud mental?	

RESULTADOS

- ✓ Se obtuvieron 207 cuestionarios válidos, de los cuales 110 eran varones y 97 eran mujeres.
- ✓ La edad media fue de 14.59 años (mínimo 12 y máximo de 19).
- ✓ La participación según el curso fue muy equitativa, siendo 2º de ESO el que más participó y 3º de ESO el que menos.

- Las mujeres puntúan significativamente más en las escalas de Internet y Móvil, que son las más puntuadas a nivel global.
- A pesar de ser la menos puntuada, los hombres puntúan más en videojuegos.
- Apenas aparecen diferencias significativas en cuanto a edad y curso.
- Las aplicaciones de "WhatsApp, Youtube e Instagram" son las más evaluadas, siendo "Facebook y Twitter" las que menos.

	Número de respuestas registradas por nivel de riesgo					Total (n=207)	Total (%)
	0	1	2	3	4		
Internet	17,39	17,87	27,53	30,77	16,44	64,74 %	37,21 %
Móvil	13,04	23,16	26,08	24,63	13,07	63,78 %	37,70 %
Videojuegos	38,16	19,32	22,70	12,07	7,75	42,52 %	19,82 %
Mensajería instantánea	28,50	24,63	18,84	16,90	11,13	46,87 %	28,03 %
Redes sociales	38,74	18,35	17,87	13,52	14,52	45,91 %	28,04 %

No problemático Riesgo Problemático

CONCLUSIONES

Estos resultados sugieren reconsiderar si se trata de una patología adictiva o si estamos ante un problema novedoso de explicación ambiental, psicológica, sociológica y sociopolítica, debiendo reformular acciones a realizar para la comprensión y el abordaje del problema.

Los datos del presente estudio informan de la elevada frecuencia de problemas asociados al uso y excesiva inmersión en las denominadas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

En las clasificaciones de Salud Mental, DSM-V, y la futura genérica CIE 11 de la OMS, se ha incluido por primera vez el juego de apuestas como conducta capaz de provocar adicción, mientras que la adicción a Internet y otras no han sido incluidas.

BIBLIOGRAFÍA

- MÉNDEZ GAGO, Susana, et al. Uso y abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por adolescentes: UN ESTUDIO REPRESENTATIVO DE LA CIUDAD DE MADRID. 2018.
- Pedrero Pérez, Eduardo J. et al. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. Adicciones, 2018, vol. 30, no 1, p. 19-32.
- RIAL, A. Boubeta, et al. PIUS-a: Problematic Internet Use Scale in adolescents. Development and psychometric validation. Adicciones, 2015, vol. 27, no 1, p. 47-63.
- SADOCK, B.; KAPLAN, Sadock V. Sadock sinopsis de psiquiatría. 2015.

Resumen: *Introducción: el excesivo y mal uso de las nuevas tecnologías repercuten en nuestra vida social y salud mental.*

Objetivos: Evaluar el porcentaje de frecuencia que realiza un uso y abuso de las tecnologías en la actualidad que se relacionan con problemas de salud mental.

Metodología: estudio descriptivo transversal durante marzo de 2020, realizándose un cuestionario en 207 alumnos.

Resultados: apenas aparecen diferencias significativas en cuanto a edad y curso. Las aplicaciones de “WhatsApp, Youtube e Instagram” son las más evaluadas.

Conclusiones: la introducción de estas adicciones a la nueva clasificación del DSM-V es crucial para los nuevos diagnósticos

Palabras Clave: *Nuevas Tecnologías, Móvil, Internet*

Desarrollo del trabajo:

Las nuevas tecnologías (NTIC) han supuesto un avance importante y facilitador en nuestras vidas.

Su adicción o uso compulsivo/patológico, podría definirse como “proceso de dependencia de aquello que se quiere conseguir o realizar para superar el malestar que genera su privación”, similar a las definiciones de otras adicciones.

El uso excesivo e incontrolado puede producir cambios en los hábitos de vida, disminución de la actividad física, evitación de actividades u obligaciones personales, cambios en el entorno social y en los patrones de sueño, negligencia con la familia, amigos y trabajo, u otros problemas con características similares a las adicciones con sustancias; aumentando la dependencia con la facilidad de acceso a los contenidos, sensación de control en los juegos, conexión permanente con las redes sociales, alivio del malestar emocional, “desconexión” de la realidad y la posibilidad de lo ficticio, etc.

La población adolescente es la más vulnerable, pero una cuarta parte de la población global muestra un uso de riesgo y cerca de 10% presenta una dependencia.

Objetivos:

- Evaluar el porcentaje de frecuencia que realiza un uso y abuso de las tecnologías en la actualidad que se relacionan con problemas de salud mental.
- Conocer la tipología del uso y abuso de las tecnologías y los diferentes campos mediante la variedad de sus aplicaciones.

Material y Métodos:

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2020, antes de la pandemia. Se contó con una muestra de conveniencia de 207 alumnos.

Se hace una revisión bibliográfica en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante el cuestionario validado MULTICAGE-TIC sobre el uso y

abuso de las NTIC, la cual se divide en 5 categorías (internet, móvil, videojuegos, mensajería y redes sociales) con 4 ítems cada una para evaluar el grado de dependencia.

La realización del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP 1.0.

Resultados:

Se obtuvieron 207 cuestionarios válidos, de los cuales 110 eran varones y 97 eran mujeres. La edad media fue de 14.59 años (mínimo 12 y máximo de 19).

La participación según el curso fue muy equitativa, siendo 2º de ESO el que más participó y 3º de ESO el que menos.

Las mujeres puntúan significativamente más en las escalas de Internet y Móvil, que son las más puntuadas a nivel global.

A pesar de ser la menos puntuada, los hombres puntúan más en videojuegos. Apenas aparecen diferencias significativas en cuanto a edad y curso.

Las aplicaciones de “WhatsApp, Youtube e Instagram” son las más evaluadas, siendo “Facebook y Twitter” las que menos.

Conclusiones:

Estos resultados sugieren reconsiderar si se trata de una patología adictiva o si estamos ante un problema novedoso de explicación ambiental, psicológica, sociológica y sociopolítica, debiendo reformular acciones a realizar para la comprensión y el abordaje del problema.

Los datos del presente estudio informan de la elevada frecuencia de problemas asociados al uso y excesiva inmersión en las denominadas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

En las clasificaciones de Salud Mental, DSM-V, y la futura genérica CIE 11 de la OMS, se ha incluido por primera vez el juego de apuestas como conducta capaz de provocar adicción, mientras que la adicción a Internet y otras no han sido incluidas.

Bibliografía:

1. MÉNDEZ GAGO, Susana, et al. Uso y abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por adolescentes: UN ESTUDIO REPRESENTATIVO DE LA CIUDAD DE MADRID. 2018.
2. Pedrero Pérez, Eduardo J. et al. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. Adicciones, 2018, vol. 30, no 1, p. 19-32.
3. RIAL, A. Boubeta, et al. PIUS-a: Problematic Internet Use Scale in adolescents. Development and psychometric validation. Adicciones, 2015, vol. 27, no 1, p. 47-63.
4. SADOCK, B.; KAPLAN, Sadock V. Sadock sinopsis de psiquiatría. 2015

Capítulo 224

Utilización de Citrato trisódico como disolución para el sellado de catéteres venosos centrales en hemodiálisis

Martín - Diomaedios Trujillo, Luis

Moreno Trenado , Vanessa

Martinez Gómez, José Luis

López Camacho, Gema

UTILIZACIÓN DE CITRATO TRISÓDICO COMO DISOLUCIÓN PARA EL SELLADO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN HEMODIÁLISIS

Martin-Doimeadios.L, Moreno trenado.V, Lopez Camacho.G, Martinez Gómez.J.L

INTRODUCCIÓN

Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis (HD) necesitan un acceso vascular (AV) óptimo, siendo el más recomendable la fístula arteriovenosa (FAVI). Sin embargo, el envejecimiento de la población ha provocado que los pacientes que utilizan esta técnica sean cada vez más ancianos y con patologías vasculares asociadas que los convierten en portadores de un catéter venoso central (CVC). A pesar de ser una alternativa rápida y segura, el riesgo de infección y trombosis aumentan la morbilidad y el gasto económico. Esto hace necesaria la utilización de nuevos fármacos en el sellado de los CVC para minimizar las complicaciones.

El citrato trisódico está siendo cada vez más utilizado en las unidades de HD de los hospitales más importantes de nuestro país debido a su acción anticoagulante y antibacteriana.

OBJETIVOS

- Conocer el uso, efectividad y eficacia del citrato trisódico como disolución de sellado de los CVC para HD.
- Establecer una comparativa de los efectos del citrato trisódico y la heparina sódica en el sellado de los CVC.

MATERIAL Y MÉTODO

De acuerdo con los objetivos de nuestro estudio, hemos hecho una revisión bibliográfica digital de artículos relacionados con la utilización del citrato en sellado de catéteres venosos centrales y comparativas del mismo con el uso de heparina, en bases de datos como: *Pubmed*, *The Cochrane Database of Reviews*, *SCIELO* y *ELSEVIER*.

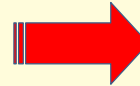
Esta búsqueda ha servido para mejorar y actualizar los conocimientos sobre esta técnica.

Criterios de Inclusión:



- Fuentes primarias.
- Artículos sobre la utilización del citrato en HD.
- Artículos en castellano.
- Artículos en inglés.
- Artículos actuales.

Criterios de exclusión:



- Estudios basados solamente en opinión de expertos.
- Artículos con contenido exclusivamente médico.
- Artículos desactualizados.

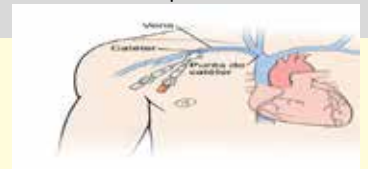
PALABRAS CLAVE:

Diálisis Renal/ Renal Dialysis.
Obstrucción del catéter/Catheter Obstruction.
Catéteres/Catheter.
Atención de Enfermería/ Nurse Care.

RESULTADOS

Tras la realización de la búsqueda hemos encontrado un total de 7 artículos basados en la temática elegida. Tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión y la eliminación de duplicados, hemos reducido la búsqueda a un total de 3 artículos utilizados para la realización de nuestro trabajo.

- En el ensayo clínico realizado encontramos resultados que evidencian que el citrato iguala a la heparina en acción anticoagulante, a pesar de ser necesaria una dosis un poco mayor de citrato, proporcionando también una importante acción bactericida, que provoca una disminución de las infecciones de catéteres venosos centrales.
- Otro ensayo clínico realizado en España, confirma que las obstrucciones en los catéteres de los pacientes en los que se utilizó citrato sódico son menores que en los que se usó heparina sódica, utilizando en ambos casos 10 cc de suero salino fisiológico para limpiar la luz del catéter.
- Los datos recopilados en la bibliografía también comparan las complicaciones del uso de ambas soluciones. Mientras que el principal efecto secundario del citrato es el sabor metálico transitorio, la complicación de la heparina sódica es que se produce sangrado con mucha frecuencia a través del punto de inserción del catéter, lo que provoca una fácil colonización del mismo debido a la necesidad de manipulación cuando se produce. Este hecho influye también en la bacteriemia, ya que debido a que el sangrado es mínimo, son menores sus manipulaciones.



CONCLUSIONES

Tras la revisión de los estudios seleccionados podemos concretar que resulta más beneficioso el uso de citrato trisódico que el de la heparina sódica en el sellado de CVC en HD porque la incidencia de infecciones es menor debido a su acción bacteriostática y a que la producción de sangrado en el punto de inserción es mínima, conllevando la necesidad de menor manipulación del mismo. Las obstrucciones de los catéteres también son menores con la utilización de citrato a pesar de limpiar la luz del catéter con la misma técnica que se usa con la heparina sódica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Rocío González Martínez. M, Ojeda Ramírez. D, Ma A, Pérez. G, Del M, Simón. CR, et al. Estudio de la eficacia del sellado con taurolidina y citrato 4% del catéter para hemodiálisis en la prevención de infección y trombosis. *Enferm Nefrol* Enero-Marzo. 2014;17(1):22-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v15s1/22_comunicacion-hemodialisis22.pdf
2. Nadal Servera.M, Sánchez Marimón.E. En el sellado del catéter venoso central en hemodiálisis ¿presenta el uso de citrato respecto al uso de heparina menos complicaciones de infección? *Rev Enfer Nefrológica* 2017;abril-junio; 20 (2) 159/166. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n2/2255-3517-enefro-20-02-00159.pdf>
3. Moore CL, Besarab A, Ajluni M, Soi V, Peterson EL, Johnson LE, et al. Comparative effectiveness of two catheter locking solutions to reduce catheter-related bloodstream infection in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2014 Jul;9(7):1232-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24970874>.

Resumen: Los pacientes en tratamiento con Hemodiálisis (HD), necesitan un acceso vascular (AV) óptimo, siendo el más recomendable la fistula arteriovenosa (FAVI). Sin embargo, el envejecimiento de la población ha provocado que los pacientes que utilizan esta técnica sean cada vez más ancianos y con patologías vasculares asociadas que los convierten en portadores de un catéter venoso central. A pesar de ser una alternativa rápida y segura, el riesgo de infección y trombosis aumentan la morbilidad y el gasto económico, esto hace necesaria la utilización de nuevos fármacos para el sellado de los mencionados catéteres venosos centrales y así minimizar las complicaciones asociadas.

Palabras Clave: Diálisis renal, Obstrucción catéter, Atención de enfermería

Objetivos:

Conocer el uso, efectividad y eficacia del Citrato Trisódico como disolución de sellado de los Catéteres venosos Centrales para Hemodiálisis.

Establecer una comparativa de los efectos del Citrato Trisódico y la Heparina Sódica en el sellado de los Catéteres Venosos Centrales.

Material y Método:

De acuerdo con los objetivos de nuestro estudio, hemos hecho una revisión bibliográfica digital de artículos relacionados con la utilización del Citrato Trisódico en el sellado de Catéteres Venosos Centrales y comparativas del mismo con el uso de heparina, en bases de datos como: Pubmed, The Cochrane Database of reviews, SCIELO y ELSEVIER. Esta búsqueda ha servido para mejorar y actualizar los conocimientos sobre esta técnica.

Los criterios de inclusión han sido: Fuentes Primarias, Artículos sobre la utilización del Citrato Trisódico en Hemodiálisis, Artículos en Castellano, Artículos en Ingles y Artículos Actuales.

Los criterios de exclusión han sido: Estudios basados solamente en opinión de expertos, Artículos con contenido exclusivamente médico y Artículos Desactualizados.

Resultados:

Tras la realización de la búsqueda hemos encontrado un total de 7 artículos basados en la temática elegida. Después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y la eliminación de duplicados, hemos reducido la búsqueda a un total de tres artículos utilizados para la realización de nuestro trabajo.

En el ensayo clínico realizado encontramos resultados que evidencian que el Citrato Trisódico iguala a la Heparina en acción anticoagulante, a pesar de ser necesaria una dosis un poco mayor de Citrato

Trisódico, proporcionando también una importante acción bactericida, que provoca una disminución de las infecciones de los Catéteres venoso centrales.

Otro ensayo clínico realizado en España, confirma que las obstrucciones en los catéteres de los pacientes en los que se utilizó el Citrato Trisódico son menores que en los que se utilizó Heparina Sódica, usando en ambos casos 10cc de Suero Salino Fisiológico para limpiar la luz del catéter. Los datos recopilados en la bibliografía también comparan las complicaciones del uso de ambas soluciones.

Mientras que el principal efecto secundario del Citrato Trisódico es el sabor metálico transitorio, la complicación de Heparina Sódica es que se produce sangrado con mucha frecuencia a través del punto de inserción del catéter, lo que provoca una fácil colonización del mismo debido a la necesidad de manipulación cuando se produce. Este hecho influye también en la bacteriemia, ya que debido que el sangrado es mínimo, son menores sus manipulaciones.

Conclusiones:

Tras la revisión de los estudios seleccionados podemos concretar que resulta más beneficioso el uso del Citrato Trisódico que el de Heparina Sódica en el sellado de los Catéteres Venosos Centrales en Hemodiálisis porque la incidencia de infecciones es menor debido a su acción bacteriostática y a que la producción de sangrado en el punto de inserción es mínima, conllevando la necesidad de menor manipulación del mismo. Las obstrucciones de los catéteres también son menores con la utilización de Citrato Trisódico a pesar de limpiar la luz del catéter con la misma técnica que se usa con la Heparina Sódica.

Bibliografía:

2- Del Rocío González Martínez. M, Ojeda Ramírez. D, Ma A, Pérez. G, Del M, Simón. CR, et al. Estudio de la eficacia del sellado con taurolidina y citrato 4% del catéter para hemodiálisis en la prevención de infección y trombosis. *Enferm 21 Nefrol Enero-Marzo. 2014;17(1):22–7.* Disponible en:

http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v15s1/22_comunicacion-hemodialisis22.pdf

3- Nadal Servera.M, Sánchez Marimón.E. En el sellado del catéter venoso central en hemodiálisis

¿presenta el uso de citrato respecto al uso de heparina menos complicaciones de infección? *Rev Enfer nefrológica 2017:abril-junio; 20 (2) 159/166.* Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n2/2255-3517-enefro-20-02-00159.pdf>

4- Moore CL, Besarab A, Ajluni M, Soi V, Peterson EL, Johnson LE, et al. Comparative effectiveness of two catheter locking solutions to reduce catheter-related bloodstream infection in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2014 Jul;9(7):1232–9.* Disponible en:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24970874.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24970874)

Capítulo 225

Utilización del apósito PICO® en un paciente intervenido de cirugía cardiaca.

*Rodríguez Santos, Noelia
Ovejero Calvo, María Belén*

UTILIZACIÓN DEL APÓSITO PICO® EN UN PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA CARDIACA.



Noelia Rodríguez Santos, María Belén Ovejero Calvo .

INTRODUCCIÓN

Las técnicas avanzadas en cura de heridas como la Presión Tópica Negativa (PTN) cada vez son habituales en el tratamiento de las lesiones quirúrgicas.

El apósito PICO® es un dispositivo de un único uso que permite tratar heridas mediante presión negativa eliminando el exudado y restos de tejido no viable, reduciendo la tensión de la sutura, el edema y la formación de seroma, además de proteger contra las infecciones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 61 años. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.

Antecedentes de interés:

- Síndrome de Wolf Parkinson White
- Valvuloplastia percutánea mitral con balón (1990)
- Sustitución de válvula mitral (2000) e implantación de marcapasos definitivo DDD en el postoperatorio por pausas sinusales.
- Sincope por disfunción postural del marcapasos con sobresensado y pérdidas de captura(2008). La paciente se encuentra en Fibrilación Auricular permanente, por lo que se extrae el electrodo auricular del marcapasos sin ser posible extraer el ventricular, que se decide abandonar e implantar uno nuevo.
- Estenosis aortica severa

Ingresa en nuestra unidad tras ser intervenida de recambio de válvula aórtica por prótesis mecánica, anuloplastia tricuspídea por insuficiencia tricuspídea severa de origen mixto (dilatación del anillo y existencia de dos cables de marcapasos) e implantación de nuevo de marcapasos definitivo DDD.

Complicaciones:

- Shock hemorrágico en las primeras horas del postoperatorio que precisa abrir y revisar la cirugía, objetivándose únicamente sangrado esternal.
- Reintervención a las 24h por taponamiento cardiaco. Se repara esternón con placas y tornillos
- Insuficiencia respiratoria postextubación por mala mecánica y mal manejo de las secreciones que requiere O₂ a alto flujo.

A las 72h de la última intervención quirúrgica, por indicación médica, se decide retirar los drenajes mediastínicos y pleurales. Esternon estable. Buen control del dolor. Se realiza cura de esternotomía con apósito PICO®



NANDA	NOC	NIC
00044 Deterioro de la integridad tisular	1103 Curación de la herida por segunda intención	3660 Cuidados de las heridas
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad	5880 Técnicas de relajación
00004 Riesgo de infección	1924 Control de riesgo: proceso infeccioso	3662 Cuidados del sitio de la incisión
00118 Trastorno de la imagen corporal	1200 imagen corporal	5270 apoyo emocional
COMPLICACIONES POTENCIALES	NOC	NIC
Dolor agudo	2102 Nivel del dolor	2010 Administración de analgésicos

DISCUSIÓN

En este caso nos encontramos con una paciente que ha sido reintervenida en varias ocasiones, dificultando el proceso de cicatrización y aumentando el riesgo de infección de la herida quirúrgica del esternón. Se opta por la utilización de terapias basadas en PTN con apósito PICO®, disminuyendo así la necesidad de manipulación de la herida quirúrgica. Concretamente en un intervalo de 11 días, desde la retirada de los drenajes mediastínicos, hasta el alta a su domicilio, se realizaron un total de dos curas de la herida quirúrgica. Una a los 5 días desde el inicio de la terapia y otra al alta para valoración de la herida quirúrgica por el cirujano cardiovascular.

CONCLUSIÓN

El apósito PICO® con presión negativa es una herramienta muy eficaz en el tratamiento de la esternotomía en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, ya que gracias a la utilización de una técnica aséptica, y la escasa necesidad de manipulación del mismo, disminuye las complicaciones de la herida quirúrgica y el índice de infecciones de esta, mejorando así la seguridad del paciente.

Resumen: En los últimos años se ha visto incrementado el uso de dispositivos de Presión Tópica Negativa (PTN) como técnica avanzada para la cura de heridas. La TPN es un sistema de cicatrización no invasivo consistente en la aplicación de presión negativa controlada de forma continua o intermitente entre -125mmHg y -200mmHg, permitiendo así mejorar la perfusión microvascular de los tejidos, reducir el edema de los tejidos adyacentes, favorecer el tejido de granulación y reducir la colonización bacteriana

El trabajo presentado refleja un caso clínico sobre el uso de estos dispositivos en la herida quirúrgica de una cirugía cardíaca complicada.

Palabras Clave: Herida quirúrgica, Terapia de Presión Negativa, Cicatrización de heridas

Introducción:

Las técnicas avanzadas en cura de heridas como la Presión Tópica Negativa (PTN) cada vez son habituales en el tratamiento de las lesiones quirúrgicas. El apósito PICO[®] es un dispositivo de un único uso que permite tratar heridas mediante presión negativa eliminando el exudado y restos de tejido no viable, reduciendo la tensión de la sutura, el edema y la formación de seroma, además de proteger contra las infecciones.

Observación Clínica:

Mujer de 61 años. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Antecedentes de interés:

-Síndrome de Wolf Parkinson White

-Valvuloplastia percutánea mitral con balón (1990)

-Sustitución de válvula mitral (2000) e implantación de marcapasos definitivo DDD en el postoperatorio por pausas sinusales.

-Sincope por disfunción postural del marcapasos con sobresensado y pérdidas de captura(2008). La paciente se encuentra en Fibrilación Auricular permanente, por lo que se extrae el electrodo auricular del marcapasos sin ser posible extraer el ventricular, que se decide abandonar e implantar uno nuevo.

-Estenosis aortica severa. Ingresa en nuestra unidad tras ser intervenida de recambio de válvula aórtica por prótesis mecánica, anuloplastia tricuspidea por insuficiencia tricuspidea severa de origen mixto (dilatación del anillo y existencia de dos cables de marcapasos) e implantación de nuevo de marcapasos definitivo DDD.

Complicaciones:

-Shock hemorrágico en las primeras horas del postoperatorio que precisa abrir y revisar la cirugía, objetivándose únicamente sangrado esternal.

-Reintervención a las 24h por taponamiento cardíaco. Se repara esternón con placas y tornillos

-Insuficiencia respiratoria postextubación por mala mecánica y mal manejo de las secreciones que requiere O2 a alto flujo. A las 72h de la última intervención quirúrgica, por indicación médica, se decide retirar los drenajes mediastínicos y pleurales. Esternón estable. Buen control del dolor. Se realiza cura de esternotomía con apósito PICO[®]

Plan de cuidados Enfermero:

Tras la realización de una valoración enfermera se identifican diferentes Diagnósticos de enfermería (NANDA) relacionados con el tratamiento de la herida quirúrgica, permitiéndonos fijar unos resultados adecuados (NOC) y aplicar las intervenciones (NIC) pertinentes, además de tener en cuenta las complicaciones algunas complicaciones potenciales:

- NANDA: Deterioro de la integridad tisular (00044)

NOC: Curación de la herida por segunda intención (1103) NIC: Cuidados de las heridas (3660)

- NANDA: Riesgo de infección (00004)

NOC: Control de riesgo: proceso infeccioso (1924) NIC: Cuidados del sitio de la incisión (3662)

- NANDA: Ansiedad (00146)

NOC: Control de la ansiedad (1402) NIV: Técnicas de relajación (5880)

- NANDA: Trastorno de la imagen corporal (00118) NOC: Imagen corporal (1200)

NIC: Apoyo emocional (5270)

- Complicación potencial: Dolor agudo NOC: Nivel del dolor (2102)

NIC: Administración de analgésicos (2010)

Discusión:

En este caso nos encontramos con una paciente que ha sido reintervenida en varias ocasiones, dificultando el proceso de cicatrización y aumentando el riesgo de infección de la herida quirúrgica del esternón. Se opta por la utilización de terapias basada en PTN con apósito PICO®, disminuyendo así la necesidad de manipulación de la herida quirúrgica. Concretamente en un intervalo de 11 días, desde la retirada de los drenajes mediastínicos, hasta el alta a su domicilio, se realizaron un total de dos curas de la herida quirúrgica. Una a los 5 días desde el inicio de la terapia y otra al alta para valoración de la herida quirúrgica por el cirujano cardiovascular.

Conclusión:

El apósito PICO® con presión negativa es una herramienta muy eficaz en el tratamiento de la esternotomía en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, ya que gracias a la utilización de una técnica aséptica, y la escasa necesidad de manipulación del mismo, disminuye las complicaciones de la herida quirúrgica y el índice de infecciones de esta, mejorando así la seguridad del paciente.

Bibliografía:

1. Banwell PE. Topical negative pressure therapy in wound care. J Wound Care 1999; 8: 79-84
2. https://www.smith-nephew.com/latin-america/productos/cuidado_avanzado_heridas_a_z/pico/
3. <https://www-nnnconsult-com.scsalud.a17.csinet.es/> Accepted

Capítulo 226

Vacunas durante el embarazo

Sánchez Díaz, María Cristina

Álvarez Lozano, Eva María

Nieto Díaz, Rut

Bórnez García de la Plaza, Cristina

VACUNAS DURANTE EL EMBARAZO

AUTORES: Sánchez Díaz, María Cristina. Nieto Díaz, Rut. Álvarez Lozano, Eva María. Bórnez García de la Plaza, Cristina.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa importante, en la que podemos actuar para prevenir enfermedades mediante la vacunación, con el fin de proteger a la madre y al recién nacido. Por ello, se debe abordar durante el periodo preconcepcional, gestacional, posparto y lactancia.

La embarazada tiene más riesgo de susceptibilidad a la infección, debido a los cambios fisiológicos e inmunológicos que se producen durante esta etapa. El feto también es más susceptible a sufrir infecciones por la inmadurez de su sistema inmune.

OBJETIVO

- Determinar las recomendaciones actuales sobre la vacunación en el embarazo.

MÉTODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos, COCHRANE, PUDMED y CUIDEN.

Criterios de inclusión: estudios que valoran la administración de vacunas durante el embarazo, que recogen la seguridad de las mismas tanto para la madre como para el feto, publicados a partir del 2010.

Criterios de exclusión: se excluyen publicaciones anteriores al 2010.

Palabras clave: "embarazo", "vacunas", "pregnancy", "vaccines".



RESULTADOS

• GRIPE

El virus de la gripe produce una mayor morbilidad en las embarazadas, se asocia a problemas en el desarrollo fetal (crecimiento intrauterino retardado, muerte perinatal y parto pretérmino), por lo que se recomienda su administración en cualquier semana de gestación, cuando coincida con el período de mayor probabilidad de circulación del virus. Cuenta con evidencia suficiente sobre su seguridad para la madre y el feto, proporcionando protección al recién nacido a través de los anticuerpos maternos.

• TOSFERINA

Se recomienda administrar entre las semanas 28-32 de embarazo, con el fin de proteger al recién nacido hasta que pueda recibir la vacunación.

• TÉTANOS

La correcta vacunación disminuye la incidencia de tétanos puerperal y neonatal, así como la mortalidad en neonatos. Si la vacunación está incompleta, se administrarán como mínimo dos dosis, separadas en un intervalo de cuatro semanas. Se recomienda su administración entre la semana 28-32 del embarazo con el objetivo de facilitar la protección del recién nacido. Al finalizar la gestación, se administrarán el resto de dosis necesarias para una protección duradera.

• COVID-19

Las gestantes tienen mayor riesgo de padecer una enfermedad grave asociada al COVID-19 en comparación con mujeres no embarazadas, pudiendo requerir hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica e incluso causarles la muerte. Por lo que, es importante su prevención tanto para la madre como para el feto. Actualmente se recomienda la vacunación en mujeres embarazadas y que completen dos dosis con la misma vacuna. No se debe administrar ninguna otra vacuna en un intervalo mínimo de 14 días antes o después de la administración de las vacunas contra la COVID-19. Las mujeres que están intentando quedar embarazadas no necesitan posponer el embarazo después de recibir la vacuna contra la COVID-19.

• SITUACIONES DE RIESGO

En situaciones especiales donde exista riesgo de exposición para la madre y el feto, se pueden administrar vacunas frente al neumococo, meningococo y Haemophilus influenzae tipo B, y vacunas víricas atenuadas frente a la hepatitis A y B, rabia y polio. En caso de ser necesario, se puede administrar la vacuna de la polio oral. Se deben seguir las mismas pautas que para la población general.

CONCLUSIONES

La evidencia ha demostrado que la vacunación durante el embarazo es segura y efectiva, protegiendo a la madre y al recién nacido, reduciendo la morbimortalidad de ambos.

La administración de vacunas frente a la gripe, tosferina y tétanos durante la gestación es segura. Debemos tener en cuenta que la vacunación de la gripe se realizará en cualquier momento del embarazo, mientras que la tosferina y tétanos se debe administrar en el tercer trimestre de gestación.

Ante situaciones de riesgo o en regiones endémicas, también es segura la administración de la vacuna frente al meningococo, neumococo, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis A y B, rabia y polio.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOG Committee Opinion. Immunization during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003;101:207-12
- Atkinson WL, Pickering LK, Schwartz B, Weniger BG, Iskander JK, Watson JC. General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). *MMWR Recomm Rep* 2002;51:1-35
- Delahoy MJ, Whitaker M, O'Halloran A, et al. Characteristics and maternal and birth outcomes of hospitalized pregnant women with laboratory-confirmed COVID-19 - COVID-NET, 13 states, March 1-August 22, 2020. *COVID-NET Surveillance Team. MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1347-54.
- Munoz FM, Englund JA. Vaccines in pregnancy. *Infect Dis Clin North Am* 2001;15:253-71.

Resumen: El embarazo es una etapa importante, donde debemos actuar, con el fin de prevenir enfermedades, a través de la vacunación, y en consecuencia, proteger tanto a la madre como al recién nacido. Ya que la gestación supone un riesgo añadido frente a las infecciones, debido a los cambios fisiológicos e inmunológicos que se producen.

Es por todo ello, fundamental que los profesionales sanitarios conozcamos los beneficios y riesgos de cada vacuna, así como cuales son recomendables administrar durante la gestación.

Palabras Clave: Vacunas, Embarazo, Vaccines

Introducción:

El embarazo es una etapa importante, en la que podemos actuar para prevenir enfermedades mediante la vacunación, con el fin de proteger a la madre y al recién nacido. Por ello, se debe abordar durante el periodo preconcepcional, gestacional, posparto y lactancia.

La embarazada tiene más riesgo de susceptibilidad a la infección, debido a los cambios fisiológicos e inmunológicos que se producen durante esta etapa. El feto también es más susceptible a sufrir infecciones por la inmadurez de su sistema inmune.

Objetivo:

Determinar las recomendaciones actuales sobre la vacunación en el embarazo.

Metodología:

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos, COCHRANE, PUDMED y CUIDEN.

Criterios de inclusión: estudios que valoran la administración de vacunas durante el embarazo, que recogen la seguridad de las mismas tanto para la madre como para el feto, publicados a partir del 2010.

Criterios de exclusión: se excluyen publicaciones anteriores al 2010. Palabras clave: "embarazo", "vacunas", "pregnancy", "vaccines".

Resultados:

- Gripe

El virus de la gripe produce una mayor morbilidad en las embarazadas, se asocia a problemas en el desarrollo fetal (crecimiento intrauterino retardado, muerte perinatal y parto pretérmino), por lo que se recomienda su administración en cualquier semana de gestación, cuando coincida con el período de mayor probabilidad de circulación del virus. Cuenta con evidencia suficiente sobre su seguridad para la madre y el feto, proporcionando protección al recién nacido a través de los anticuerpos maternos.

- Tosferina

Se recomienda administrar entre las semanas 28-32 de embarazo, con el fin de proteger al recién nacido hasta que pueda recibir la vacunación.

- Tétanos

La correcta vacunación disminuye la incidencia de tétanos puerperal y neonatal, así como la mortalidad en neonatos. Si la vacunación está incompleta, se administrarán como mínimo dos dosis, separadas en un intervalo de cuatro semanas. Se recomienda su administración entre la semana 28-32 del embarazo con el objetivo de facilitar la protección del recién nacido. Al finalizar la gestación, se administrarán el resto de dosis necesarias para una protección duradera.

- COVID 19

Las gestantes tienen mayor riesgo de padecer una enfermedad grave asociada al COVID 19 en comparación con mujeres no embarazadas, pudiendo requerir hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica e incluso causarles la muerte. Por lo que, es importante su prevención tanto para la madre como para el feto. Actualmente se recomienda la vacunación en mujeres embarazadas y que completen dos dosis con la misma vacuna. No se debe administrar ninguna otra vacuna en un intervalo mínimo de 14 días antes o después de la administración de las vacunas contra la COVID-19. Las mujeres que están intentando quedar embarazadas no necesitan posponer el embarazo después de recibir la vacuna contra la COVID-19.

- SITUACIONES DE RIESGO

En situaciones especiales donde exista riesgo de exposición para la madre y el feto, se pueden administrar vacunas frente al neumococo, meningococo y Haemophilus influenzae tipo B, y vacunas víricas atenuadas frente a la hepatitis A y B, rabia y polio. En caso de ser necesario, se puede administrar la vacuna de la polio oral. Se deben seguir las mismas pautas que para la población general.

Conclusiones:

La evidencia ha demostrado que la vacunación durante el embarazo es segura y efectiva, protegiendo a la madre y al recién nacido, reduciendo la morbimortalidad de ambos.

La administración de vacunas frente a la gripe, tosferina y tétanos durante la gestación es segura. Debemos tener en cuenta que la vacunación de la gripe se realizará en cualquier momento del embarazo, mientras que la tosferina y tétanos se debe administrar en el tercer trimestre de gestación.

Ante situaciones de riesgo o en regiones endémicas, también es segura la administración de la vacuna frente al meningococo, neumococo, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis A y B, rabia y polio.

Bibliografía:

1. ACOG Committee Opinion. Immunization during pregnancy. Obstet Gynecol 2003;101:207-12
2. Atkinson WL, Pickering LK, Schwartz B, Weniger BG, Iskander JK, Watson JC. General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). MMWR Recomm Rep 2002;51:1-35
3. Delahoy MJ, Whitaker M, O'Halloran A, et al. Characteristics and maternal and birth outcomes of hospitalized pregnant women with laboratory-confirmed COVID-19 - COVID-NET, 13 states, March 1- August 22, 2020. COVID-NET Surveillance Team. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1347-54.
4. Munoz FM, Englund JA. Vaccines in pregnancy. Infect Dis Clin North Am 2001;15:253-71.

Capítulo 227

Valoración de costumbres sexuales entre el personal y alumnado de enfermería ante la prevención de VPH

*Alcaraz García, Beatriz
Aranda Ruiz, Ángela María
Barón Almansa, Tamara
Gómez Ruiz, Inmaculada*

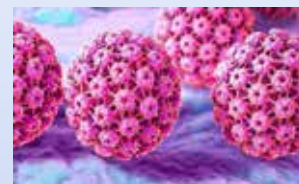
VALORACIÓN DE COSTUMBRES SEXUALES ENTRE EL PERSONAL Y ALUMNADO DE ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE VPH

SATSE

AUTORAS: Inmaculada Gómez Ruiz, Tamara Barón Almansa, Beatriz Alcaraz García y Ángela Aranda Ruiz

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero es el tercer tumor más frecuente en la mujer a nivel mundial. Lo causa el **virus del papiloma humano (VPH)**, que se transmite por contacto sexual, por lo tanto, es una causa de mortalidad evitable mediante programas de prevención y detección precoz del VPH.



OBJETIVOS

- Comparar los hábitos sexuales y ginecológicos de un grupo de enfermeras de entre 35-50 años de edad con los de las alumnas de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real.
- Conocer el programa de cribado actual del CCU.

METODOLOGÍA

- Se lleva a cabo un estudio descriptivo de corte transversal a través de una encuesta. El tamaño de la muestra fue de 30 enfermeras y 80 alumnas (media de edad de las alumnas de 19 años).
- A continuación se realiza un análisis de los resultados en base a una revisión bibliográfica sobre el tema, con artículos y guías de práctica clínica extraídos de Pubmed, Elsevier, ScieELO, Fistera y el Portal Nacional de la BVS.

RESULTADOS

Prevención primaria:

- Primera relación sexual cada vez antes: media de 16 años en las alumnas de Enfermería frente a la media de 17-18 años entre las enfermeras.
- Las alumnas de Enfermería utilizan como método de elección el preservativo masculino durante las primeras relaciones sexuales. Sin embargo, con el paso de los años se tiende a utilizar otro tipo de métodos anticonceptivos (DIU, ACO, etc.).
- Las alumnas de la facultad mantienen en mayor medida relaciones sexuales con compañeros esporádicos.
- La cobertura de la vacuna contra el VPH es alta entre las alumnas de Enfermería (87% de los casos) y baja en las profesionales de Enfermería (16% de los casos).

Prevención secundaria:

- El 70% de las enfermeras encuestadas afirmaron tener una citología vaginal hecha en el último año.
- La población femenina global desconoce el momento exacto del cribado del CCU con citología.
- **El 64% de las enfermeras y el 52.6% de las alumnas piensan que el momento idóneo para realizarse una citología vaginal es el momento de inicio de la actividad sexual.**

CRIBADO ACTUAL

CONCLUSIONES

El personal de Enfermería mantiene unas costumbres sexuales y ginecológicas más adecuadas que las alumnas de la facultad, sin embargo, se hace evidente la necesidad de una formación adecuada acerca del programa de prevención del CCU.

25-34 años

- Citología cada 3 años

35-65 años
(Determinación VPH alto riesgo)

- Si VPH-AR negativo: repetir a los 5 años
- Si VPH-AR positivo: triaje con citología. Si citología negativa, repetir VPH-AR al año

> 65 años

- Finalizar cribado si 3 citologías negativas ó 2 pruebas VPH ó Co-Test negativos. No antecedente de CIN 20 años previos

Resumen: *El cáncer de cuello de útero es el tercer tumor más frecuente en la mujer a nivel mundial. Lo causa el virus del papiloma humano (VPH), que se transmite por contacto sexual. El objetivo de este estudio es conocer las costumbres sexuales realizando un estudio descriptivo de corte transversal a través de una encuesta entre enfermeras y alumnas de enfermería*

Palabras Clave: *Infecciones por papilomavirus, sexualidad prevención*

Introducción:

El virus del papiloma humano (VPH) se trasmite por contacto sexual y es el responsable del cáncer de cuello de útero. Existen en torno a 100 tipos de VPH.

Una vez producida la infección, el ADN del virus se integra en el genoma de las células y produciendo un cambio en el epitelio del cuello del útero, produciendo lesiones.

Las lesiones se pueden clasificar dependiendo del genotipo de VPH: lesiones LSIL o de bajo grado (producidas por los genotipos 6 y 11) y lesiones HSIL o de alto grado (producidas por los genotipos 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35).

Es necesaria la persistencia de infección por VPH para desarrollar lesiones y posteriormente cáncer. Esto se consigue por el contagio reiterado con un genotipo específico de VPH.

Factores de riesgo:

- Comienzo temprano de las relaciones sexuales.
- Promiscuidad.
- Falta o mal uso del preservativo.
- Tabaco.
- Multiparidad.
- El tratamiento prolongado con anticonceptivos orales.
- Padecer otra enfermedad de transmisión sexual.
- Enfermedad inmunosupresora o tratamiento inmunosupresor.

Objetivos:

- Comparar los hábitos sexuales y ginecológicos de un grupo de enfermeras de entre 35-50 años de edad con los de las alumnas de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real.
- Conocer el programa de cribado actual del CCU.

Metodología:

Se lleva a cabo un estudio descriptivo de corte transversal a través de una encuesta. El tamaño de la muestra fue de 30 enfermeras y 80 alumnas (media de edad de las alumnas de 19 años).

A continuación, se realiza un análisis de los resultados en base a una revisión bibliográfica sobre el tema, con artículos y guías de práctica clínica extraídos de Pubmed, Elsevier, ScieELO, Fistera y el Portal Nacional de la BVS.

Resultados:

La encuesta se realiza a un total de 30 enfermeras del Hospital Santa Bárbara de Puertollano (Ciudad Real). El 43% de las encuestadas tiene entre 35 y 50 años. También se encuesta a 80 alumnas de la facultad de Enfermería de Ciudad real, con una media de 19 años.

Prevención primaria:

- Primera relación sexual cada vez antes: media de 16 años en las alumnas de Enfermería frente a la media de 17-18 años entre las enfermeras.
- Las alumnas de Enfermería utilizan como método de elección el preservativo masculino durante las primeras relaciones sexuales. Sin embargo, con el paso de los años se tiende a utilizar otro tipo de métodos anticonceptivos (DIU, ACO, etc.).
- Las alumnas de la facultad mantienen en mayor medida relaciones sexuales con compañeros esporádicos.
- La cobertura de la vacuna contra el VPH es alta entre las alumnas de Enfermería (87% de los casos) y baja en las profesionales de Enfermería (16% de los casos).

Prevención secundaria:

Para la profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer de cérvix se realiza el test de Papanicolau o citología de triple toma donde se toman tres muestras (vaginal, ectocérvix y endocérvix). Sin embargo, está siendo sustituida por la citología en medio líquido.

Según el cribado actual se debería realizar una citología cada tres años en mujeres de edad comprendida entre 25-34 años. Entre los 35 y 65 años se realizará la determinación de VPH de alto riesgo (VPH-AR) cada cinco años. A partir de los 65 años, se finalizará el cribado si hay tres citologías negativas, dos pruebas VPH o CO-TEST negativos y no hay antecedentes en años previos.

No necesitarían hacerse citología mujeres que no han mantenido relaciones sexuales, menores de 25 años o mayores de 65 con pruebas de cribado negativas.

En cuanto a los resultados de nuestra encuesta:

- El 70% de las enfermeras encuestadas afirmaron tener una citología vaginal hecha en el último año.
- La población femenina global desconoce el momento exacto del cribado del CCU con citología.
- El 64% de las enfermeras y el 52.6% de las alumnas piensan que el momento idóneo para realizarse una citología vaginal es el momento de inicio de la actividad sexual.

Conclusiones:

En cuanto al personal de Enfermería podemos decir que, a pesar de la falta de reciclaje y desconocimiento acerca de la prevención y cribado del cáncer de cérvix, mantienen unas costumbres sexuales adecuadas de prevención. La mayoría no usa métodos anticonceptivos, aún así, el mas usado sería el preservativo. Por lo general, cumplen con las revisiones ginecológicas anuales, teniendo un porcentaje muy alto de ellas una citología hecha en el último año.

Tener compañeros sexuales esporádicos y prefieren el uso del preservativo como método anticonceptivo.

> 65 años

Como conclusión general podemos decir que el personal de Enfermería mantiene unas costumbres sexuales y ginecológicas más adecuadas que las alumnas de la facultad, sin embargo, se hace evidente la necesidad de una formación adecuada acerca del programa de prevención del CCU en ambas encuestadas.

Bibliografía:

1. Ayala Luna S, Delgado Nicolás MA. Prevención de cáncer de cuello uterino. Guía Clínica de Prevención de cáncer de cuello uterino [Internet]. Fecha de última revisión: Diciembre de 2013 [citado el 19-12-2016]; 11: 1-11. Disponible en:

http://www.fisterra.com/guias_clinicas/prevencion_cancer_cuello_uterino/

2. Broutet N, O'Neal Eckert L, Ullrich A, Bloem P. Comprehensive Cervical

Cancer Control, a guide to essential practice. World Health Organization. [Internet]. Segunda edición. 2014 [citado el 23-12-2016]; 393: 1-393. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf

3. Virus del Papiloma Humano. Manual de vacunas en línea de la AEP. [Internet]. Actualizado en Mayo de 2015. [citado el 06-02-2017]; 19: 1-19. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42>

4. Boix Martínez R, Navarro Alonso JA, García Martín MF, Portela Moreira A, Pérez González A, Salmerón García F et al. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España, ponencia de Programa y registro de Vacunaciones [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad. Informes, estudios e investigación. 2013 [citado el 6-02-2017]; 67: 1-67. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/PapilomaVPH.pdf>

5. González Martínez G, Núñez Troconis J. Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano: una actualización. Invest Clin [Internet]. 2014 [citado el 7-2-2017]; 55 (1): 82-91. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332014000100009

Capítulo 228

Valoración del grado de conocimiento de hábitos sexuales e infecciones de transmisión sexual en población joven

Alañón Barba, María del Pilar

Maján Sesmero, Antonio

Silva López-Astilleros, María Teresa

Alcázar Pérez, Alberto

VALORACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE HÁBITOS SEXUALES E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN JOVEN

AUTORES: ALAÑÓN BARBA, MP. ALCÁZAR PÉREZ, A. MAJÁN SESMERO, A. BONALES DOMINGUEZ, MP. SILVA LÓPEZ-ASTILLEROS, MT

INTRODUCCIÓN

- Actualmente, existe un repunte en el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados (END) y abortos entre jóvenes y adolescentes, con consecuencias negativas en su futura sexualidad, salud física, emocional y reproductiva.
- Una explicación de esto podría ser la liberalización en los comportamientos sexuales, inicio precoz en las relaciones, consumo de alcohol y drogas, mayor número de parejas sexuales, etc.

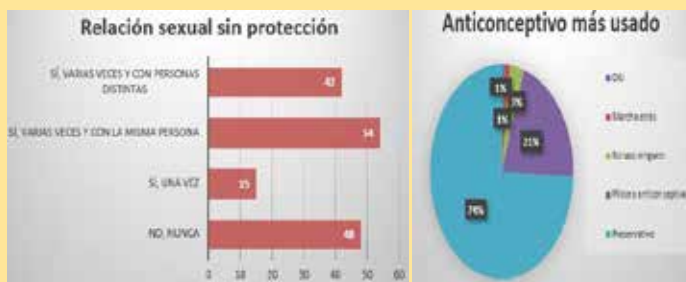
OBJETIVOS

- Determinar el grado de conocimiento en materia de salud sexual y de ITS en personas de edad joven.
- Conocer las áreas en las que existe necesidad de mejorar y/o incrementar la formación en dicha población.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo transversal realizado en la población joven (18-30 años) de la localidad de Ciudad Real en Enero de 2020. Se contó con una muestra de conveniencia de 224 personas.
- Se hizo una revisión sistemática usando las bases de datos de PubMed, Cochrane y CINAHL para, posteriormente, realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado, con 14 preguntas sobre los hábitos y conocimientos de sexualidad e ITS en población joven.
- La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0.

RESULTADOS



- Se obtuvieron 224 cuestionarios válidos.
- La edad media fue de 23,14 años (mínimo de 18 y máximo de 30 años).
- En cuanto al sexo, un 26% eran varones y un 74% mujeres.
- El 49,7% tenía estudios superiores, el 25,8% tenía estudios básicos y el 24,5% tenía estudios medios.
- Un 69,8% afirmaron haber mantenido relaciones sexuales sin usar ninguna protección.
- El anticonceptivo más empleado es el preservativo masculino (74,2%) seguido de los anticonceptivos orales (20,8%).
- Un 40,3% de los participantes señalaron la píldora del día después como método anticonceptivo.
- Entre las ITS más conocidas está el VIH/SIDA (96,2%), herpes genital (89,3%) y gonorrea (86,2%).
- Un 4,4% ha sido diagnosticado en alguna ocasión de una ITS.
- Casi un 16% de los encuestados afirma que las ITS solo pueden contraerse si se mantienen relaciones sexuales con penetración.
- El 64,6% cree que la información que ha recibido sobre las ITS fue insuficiente e inadecuada.

CONCLUSIONES

- Los datos obtenidos muestran resultados similares a otros estudios realizados sobre esta temática.
- Más de 2/3 de esta población ha tenido relaciones sexuales con penetración sin emplear ninguna protección.
- Casi la mitad de los encuestados afirmaron que la píldora del día después es un método anticonceptivo válido.
- Más de un 15% cree que las ITS únicamente pueden contraerse si las relaciones sexuales son con penetración.
- El anticonceptivo más usado es el preservativo masculino y el VIH/SIDA es la ITS más conocida.
- A pesar del elevado porcentaje de información recibida sobre este tema, es evidente la necesidad de mejora de la misma. Esto se debe no solo a que ésta no fue ni suficiente ni adecuada, si no que, además, solo el 5% recibió esta información de parte de personal sanitario. Es este colectivo, especialmente los profesionales de enfermería, los que deberían tener un mayor peso al realizar EpS.

BIBLIOGRAFÍA

- Rizo-Baeza M, Velandia Mora M, Noreña-Peña A, Cortés-Castell E. La epidemiología como fundamento del diseño curricular de enfermería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Cienc. innov. salud. 2018; e 58: p. 1-14. Disponible en DOI 10.17081/innosa.58
- García-Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research. 2012; 5(1): 79-87
- González Bango MA, Blanco Pereira ME, Ramos Castro G, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Jordán Padrón M. Educación en infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia temprana: necesidad incontestable. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 07]; 40(3): 768-783. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000300018&lng=es.

Resumen: Actualmente, existe un aumento del número de ITS (infecciones de transmisión sexual) diagnosticadas, embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo entre la población joven (18-30 años). Por este motivo, se propuso valorar el conocimiento que tenía esta población en cuanto a las ITS, así como conocer sus hábitos sexuales. Se realizó un estudio descriptivo transversal en la población de la localidad de Ciudad Real. Los resultados obtenidos mostraron que los hábitos sexuales difieren considerablemente del concepto de una vida sexual sana y que sus conocimientos acerca de las ITS son muy escasos

Palabras Clave: Conducta sexual; Adulto joven; Conocimiento

Introducción:

Actualmente, existe un repunte en el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados (END) e interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) entre jóvenes y adolescentes, con consecuencias negativas en su futura sexualidad, salud física, emocional y reproductiva.

Una explicación de esto podría ser la liberalización en los comportamientos sexuales, inicio precoz en las relaciones, consumo de alcohol y drogas, mayor número de parejas sexuales, etc.

Por todo lo mencionado anteriormente, es de especial interés conocer los hábitos sexuales que posee la población joven actual, así como los conocimientos sobre ITS que tienen con el fin de poder planificar y tomar las medidas oportunas al respecto sobre este colectivo.

Objetivos:

- Determinar el grado de conocimiento en materia de salud sexual y de ITS en personas de edad joven.
- Conocer las áreas en las que existe necesidad de mejorar y/o incrementar la formación en dicha población.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo transversal realizado en la población joven (18-30 años) de la localidad de Ciudad Real en Enero de 2020. Se contó con una muestra de conveniencia de 224 personas.

Se llevó a cabo una revisión sistemática usando las bases de datos de PubMed, Cochrane y CINAHL para, posteriormente, realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado, con 14 preguntas sobre los hábitos y conocimientos de sexualidad e ITS en población joven. La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria y el estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0.

Resultados:

- Se obtuvieron 224 cuestionarios válidos.
- La edad media fue de 23,14 años (mínimo de 18 y máximo de 30 años).
- En cuanto al sexo, un 26% eran varones y un 74% mujeres.
- El 49.7% tenía estudios superiores, el 25.8% tenía estudios básicos y el 24,5% tenía estudios medios.

- Un 69.8% afirmaron haber mantenido relaciones sexuales sin usar ninguna protección.
- El anticonceptivo más empleado es el preservativo masculino (74.2%) seguido de los anticonceptivos orales (20.8%).
- Un 40.3% de los participantes señalaron la píldora del día después como método anticonceptivo.
- Entre las ITS más conocidas está el VIH/SIDA (96,2%), herpes genital (89,3%) y gonorrea (86,2%).
- Un 4.4% ha sido diagnosticado en alguna ocasión de una ITS.
- Casi un 16% de los encuestados afirma que las ITS solo pueden contraerse si se mantienen relaciones sexuales con penetración.
- El 64.6% cree que la información que ha recibido sobre las ITS fue insuficiente e inadecuada.

Conclusiones:

- Es algo frecuente en la población joven tener relaciones sexuales con penetración sin emplear ninguna protección
- Muchos jóvenes creen que la píldora del día después es un método anticonceptivo válido
- Un bajo porcentaje opina que las ITS únicamente pueden contraerse si las relaciones sexuales son con penetración
- El conocimiento de los jóvenes en esta materia es deficiente e inadecuado.
- Únicamente el 5% recibió información de parte del personal sanitario. Siendo este colectivo, especialmente los profesionales de enfermería, los que deberían tener un mayor peso al realizar esta educación

Bibliografía:

1. Rizo-Baeza M, Velandia Mora M, Noreña-Peña A, Cortés-Castell E. La epidemiología como fundamento del diseño curricular de enfermería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. *Cienc. innov. salud.* 2018; e 58: p. 1-14. Disponible en DOI 10.17081/innosa.58
2. García-Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research.* 2012; 5(1): 79-87
3. González Bango MA, Blanco Pereira ME, Ramos Castro G, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Jordán Padrón M. Educación en infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia temprana: necesidad incuestionable. *Rev. Med. Electrón. [Internet].* 2018 [citado 2020 Mar 07] ; 40(3): 768-783. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000300018&lng=es.

Capítulo 229

Varón de 14 años con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

*Paulero López, Noelia
Polo Camacho, Jesús Antonio*

VARÓN DE 14 AÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. CASO CLÍNICO

NOELIA PAULERO LÓPEZ

JESÚS ANTONIO POLO CAMACHO

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes, afectando al 5-7% en la población infanto-juvenil. Los síntomas cardinales que lo caracterizan son dificultades atencionales, hiperactividad e impulsividad, desproporcionados para la edad y cognición del niño y generar un impacto significativo a nivel social y/o académico. Interfiere en la actividad diaria y está presente antes de los 12 años de edad. Es comprensible que la propia disfunción que genera, condicione otros aspectos como la autoestima o calidad de vida del afectado.

En el TDAH se observa una alteración de las funciones ejecutivas, estas son las capacidades cognitivas para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática, cambiándola por otra más adecuada. Las funciones alteradas en los pacientes con TDAH son: la memoria de trabajo, la inhibición motora, cognitiva y emocional, la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias.

Las niñas con TDAH suelen presentar menos hiperactividad/impulsividad y agresividad que los niños.

INATENCIÓN

Se caracteriza por la dificultad para mantener la atención ("se le va el santo al cielo", "está en su mundo") y por aburrimiento al cabo de pocos minutos de iniciar una actividad; por ello, cambia frecuentemente de tareas, incluso de juegos, sobre todo si son monótonos o repetitivos.

HIPERACTIVIDAD

Se manifiesta porque el niño parece estar siempre en movimiento, no puede estar quieto en su asiento, su hiperactividad no suele tener un propósito concreto o definido, es "moverse por moverse".

IMPULSIVIDAD

Se expresa por una incapacidad de controlar las acciones inmediatas o pensar antes de actuar. Responde antes de que la pregunta haya sido completada, realiza comentarios inapropiados sin pararse a pensar en las consecuencias, tendencia a pelearse, insultar, meterse en líos ...

OBSEFIVACIÓN CLÍNICA

Varón 14 años (AGP) que acude con sus padres, por agudización de la impulsividad, estuvo en el centro con 8 años cuando se empezó a sospechar de dicho trastorno en una revisión rutinaria a su centro de primaria, en su día se le pidió una valoración al equipo de orientación de su centro escolar. AGP presenta síntomas de inatención, impulsividad, desorganización, ansiedad y baja autoestima. Bajo rendimiento escolar, requiere clases de apoyo y seguimiento estrecho de sus padres. Sus problemas de conducta hacen que "siempre esté castigado": sin salir al recreo, sin ir a excursiones, etc. Refiere haber tenido accidentes repetidos, porque "soy torpe". Reconoce dificultades para planificar, dirigir, mantener la atención y retener la información mientras hace otra cosa, para controlar el tiempo, para aprender de los errores y para diferir recompensas. El paciente niega hábitos tóxicos, y los padres no tienen sospecha de ello.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con una alta prevalencia. Debuta en la infancia y en al menos la mitad de los casos, va a trascender a la adolescencia, persistiendo la interferencia sintomática en la edad adulta. Una de sus características principales estriba en el riesgo de comorbilidades, lo que ensombrece el pronóstico cuando no es tratado de manera adecuada y precoz, encontramos en la adolescencia un tiempo clave. Las repercusiones del TDAH no sólo afectan a los pacientes, sino a sus familias.

Existe absoluto consenso en la recomendación del tratamiento multimodal como el tratamiento ideal para el TDAH. La utilización de farmacoterapia, psicoterapia cognitivo conductual, psicoeducación, intervención familiar y educativa se considera el tratamiento completo e integral del TDAH.

Enfermería puede y tiene un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación a la familia y resolviendo las dudas que puedan tener los padres ya que una de sus premisas es la educación para la salud. Por último es muy importante seguir un plan de cuidados en el que se haga participe tanto al niño como a la familia.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

LA ENFERMERÍA TIENE UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL TDAH, YA QUE ATIENDEN A TODA LA POBLACIÓN INFANTIL DESDE LOS 0 A LOS 14 AÑOS. SE HAN SELECCIONADO TODOS LOS DIAGNÓSTICOS CONCRETOS PARA ESTE CASO Y SUS FACTORES RELACIONADOS. AUNQUE HAY MÁS QUE PUEDEN ENCONTRARSE EN OTROS NIÑOS.

NANDA

NCC

NIC

Mantenimiento ineficaz de la salud. Relacionado con:

- Habilidades para la comunicación deficientes
- Falta de logro de las tareas de desarrollo
- Incapacidad para realizar juicios apropiados

Descuido personal. Relacionado con:

- Disfunción del lóbulo frontal y de la habilidad de procesamiento ejecutivo
- Depresión. (Relevante en adolescentes)
- Abuso de sustancias. (Relevante en adolescentes)

Conocimientos deficientes. Relacionado con:

- Dificultad para recordar
- Mala interpretación de la información
- Falta de interés en el aprendizaje

Baja autoestima situacional. Relacionado con:

- Falta de reconocimiento
- Fracasos
- Rechazos

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. (Mayor relevancia en > 11 años). Relacionado con:

- Bajo grado de eficacia personal
- Múltiples agentes estresantes
- Apoyo social inadecuado

Mantenimiento ineficaz de la salud

- Detección del riesgo
- Conocimiento, conducta sanitaria, fomento de la salud y régimen terapéutico
- Auto gestión de los resultados

Descuido personal

- Auto cuidados baño e higiene

Conocimientos deficientes

- Capacidad cognitiva
- Elaboración de la información
- Comunicación: capacidad receptiva

Baja autoestima situacional

- Autoestima
- Modificación psicossocial

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. (Mayor relevancia en > 11 años)

- Afrontamiento de problemas
- Adaptación psicossocial: cambio de vida

Mantenimiento ineficaz de la salud.

- Identificación de riesgos
- Enseñanza individual, procedimiento/tratamiento
- Facilitar la autorresponsabilidad

Descuido personal

- Manejo y modificación de la conducta.

Conocimientos deficientes

- Facilitar el aprendizaje

Baja autoestima situacional

- Potenciación de la autoestima
- Aumentar el afrontamiento. Enseñar a reaccionar ante las adversidades
- Guía de anticipación. Enseñar a conocer los signos de alerta que indican que la situación empeora para poner medidas lo antes posible

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. (Mayor relevancia en > 11 años).

- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Apoyo emocional

Resumen: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una afección crónica que afecta a muchos niños y a menudo continúa en la edad adulta. El TDAH incluye una combinación de problemas persistentes, tales como dificultad para mantener la atención, hiperactividad y comportamiento impulsivo. También pueden presentar baja autoestima, bajo rendimiento escolar y relaciones problemáticas. Los síntomas a veces disminuyen con la edad, aunque pueden aprender estrategias para tener éxito.

El diagnóstico y tratamiento tempranos pueden hacer una gran diferencia en el resultado. El tratamiento multimodal se considera el más completo e integral para el TDAH.

Palabras Clave: TDAH, Hiperactividad, Conducta Disruptiva

Introducción:

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes, afectando al 5-7% en la población infanto-juvenil. Los síntomas cardinales que lo caracterizan son dificultades atencionales, hiperactividad e impulsividad, desproporcionados para la edad y cognición del niño y generar un impacto significativo a nivel social y/o académico. Interfiere en la actividad diaria y está presente antes de los 12 años. Es comprensible que la propia disfunción que genera condicione otros aspectos como la autoestima o calidad de vida del afectado. En el TDAH se observa una alteración de las funciones ejecutivas, estas son las capacidades cognitivas para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática, cambiándola por otra más adecuada. Las funciones alteradas en los pacientes con TDAH son: la memoria de trabajo, la inhibición motora, cognitiva y emocional, la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias. Las niñas con TDAH suelen presentar menos hiperactividad/impulsividad y agresividad que los niños.

INATENCIÓN

Dificultad para mantener la atención. Cambio frecuente de tareas.

HIPERACTIVIDAD

El niño siempre está en movimiento, incapacidad para estar quieto

IMPULSIVIDAD

Incapacidad para controlar las acciones inmediatas o pensar antes de actuar.

Observación Clínica:

Varón 14 años (AGP) que acude con sus padres, por agudización de la impulsividad, estuvo en el centro con 8 años cuando se empezó a sospechar de dicho trastorno en una revisión rutinaria a su centro de primaria, en su día se le pidió una valoración al equipo de orientación de su centro escolar. AGP presenta síntomas de inatención, impulsividad, desorganización, ansiedad y baja autoestima. Bajo rendimiento escolar, requiere clases de apoyo y seguimiento estrecho de sus padres. Sus problemas de conducta hacen que “siempre esté castigado”. Reconoce dificultades para planificar, dirigir, mantener la atención

y retener la información mientras hace otra cosa, para controlar el tiempo, para aprender de los errores y para diferir recompensas. El paciente niega hábitos tóxicos, y los padres no tienen sospecha de ello.

Plan de Cuidados Enfermeros:

La enfermería tiene un papel importante en la detección precoz del TDAH, ya que atienden a toda la población infantil desde los 0 a los 14 años. Se han seleccionado todos los diagnósticos concretos para este caso y sus factores relacionados, aunque hay más que pueden encontrarse en otros niños.

NANDA

Mantenimiento ineficaz de la salud. Relacionado con:

- Habilidades para la comunicación deficientes.
- Falta de logro de las tareas de desarrollo.
- Incapacidad para realizar juicios apropiados. Descuido personal. Relacionado con:
- Disfunción del lóbulo frontal y de la habilidad de procesamiento ejecutivo.
- Depresión. (Relevante en adolescentes).
- Abuso de sustancias. (Relevante en adolescentes). Conocimientos deficientes. Relacionado con:
- Dificultad para recordar.
- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.

Baja autoestima situacional. Relacionado con:

- Falta de reconocimiento.
- Fracasos.
- Rechazos.

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. (Mayor relevancia en > 11 años). Relacionado con:

- Bajo grado de eficacia personal.
- Múltiples agentes estresantes.
- Apoyo social inadecuado

NOC

Mantenimiento ineficaz de la salud

- Detección del riesgo.
- Conocimiento: conducta sanitaria, fomento de la salud y régimen terapéutico.
- Autogestión de los resultados. Descuido personal
- Autocuidados: baño e higiene. Conocimientos deficientes
- Capacidad cognitiva

- Elaboración de la información
- Comunicación: capacidad receptiva Baja autoestima situacional
- Autoestima.
- Modificación psicosocial.

NIC

Mantenimiento ineficaz de la salud.

- Identificación de riesgos.
- Enseñanza: individual, procedimiento/tratamiento.
- Facilitar la autorresponsabilidad. Descuido personal
- Manejo y modificación de la conducta. Conocimientos deficientes
- Facilitar el aprendizaje Baja autoestima situacional
- Potenciación de la autoestima.
- Aumentar el afrontamiento. Enseñar a reaccionar ante las adversidades.
- Guía de anticipación. Enseñar a conocer los signos de alerta que indican que la situación empeora para poner medidas lo antes posible.

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. (Mayor relevancia en > 11 años).

- Ayuda en la modificación de sí mismo.
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Apoyo emocional

Discusión y Conclusión:

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con una alta prevalencia. Debuta en la infancia y en al menos la mitad de los casos, va a trascender a la adolescencia, persistiendo la interferencia sintomática en la edad adulta. Una de sus características principales estriba en el riesgo de comorbilidades, lo que ensombrece el pronóstico cuando no es tratado de manera adecuada y precoz, encontramos en la adolescencia un tiempo clave. Las repercusiones del TDAH no sólo afectan a los pacientes, sino a sus familias. Existe absoluto consenso en la recomendación del tratamiento multimodal como el tratamiento ideal para el TDAH. La utilización de farmacoterapia, psicoterapia cognitivo conductual, psicoeducación, intervención familiar y educativa se considera el tratamiento completo e integral del TDAH. Enfermería puede y tiene un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación a la familia y resolviendo las dudas que puedan tener los padres ya que una de sus premisas es la educación para la salud. Por último, es muy importante seguir un plan de cuidados en el que se haga participe tanto al niño como a la familia.

Bibliografía:

1. Moreno Fontiveros M.^ª Ángeles, Martínez Vera M.^ª José, Tejada González Antonio, González Igeño Visitación, García Resa Oscar. Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2015 Oct [citado 2020 Ene 26]; 8(3): 231-239. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300006>.

2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitar en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18.

3. Juan Luis Párraga, Beatriz Calleja Pérez, Sara López-Martín, Jacobo Albert, Daniel Martín Fernández-Mayoralas, Ana Laura Fernández-Perrone et al. Trastorno por déficit de atención/ Hiperactividad y hábitos de vida en niños y adolescentes. Actas Españolas de Psiquiatría 2019;47(4): 158-164

4. Ana López-López, María Luisa Poch-Olivé, Javier López-Pisón, Esther Cardo-Jalón. Grupo de trabajo tdah de la sociedad española de neuropediatría (Senep). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la práctica clínica habitual. Estudio retrospectivo. Medicina (Buenos Aires) 2019; Vol. 79 (Supl. I): 68-71

Capítulo 230

Ventajas de la implantación de PICCs en radiología vascular intervencionista.

Ortega Romero, María Isabel

Moreno Cazallas, Berísimo

Leal Rico, María Isabel

VENTAJAS DE LA IMPLANTACIÓN DE PICCs EN RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA.

Autores: Berísimo Moreno Cazallas, M^a Isabel Ortega Romero, M^a Isabel Leal Rico, Isabel M^a Arévalo Frutos.

INTRODUCCIÓN

Aunque la implantación de catéteres tipo PICCs en las unidades de radiología vascular no representa una novedad, en nuestra unidad su inserción está instaurada desde el año 2014. En ella, se ofrece un tratamiento integral durante toda la vida útil del catéter.

Desde un primer momento, esta técnica ha sido llevada a cabo con la ayuda del ecógrafo y de fluoroscopia, a diferencia de otros servicios de nuestro hospital donde también son implantados. El servicio de Radiología Vascular es referente en su implantación y manejo, por ello ante cualquier contratiempo se consulta y se nos pide colaboración, bien para su colocación, recolocación, recambio o desobstrucción.



METODOLOGÍA

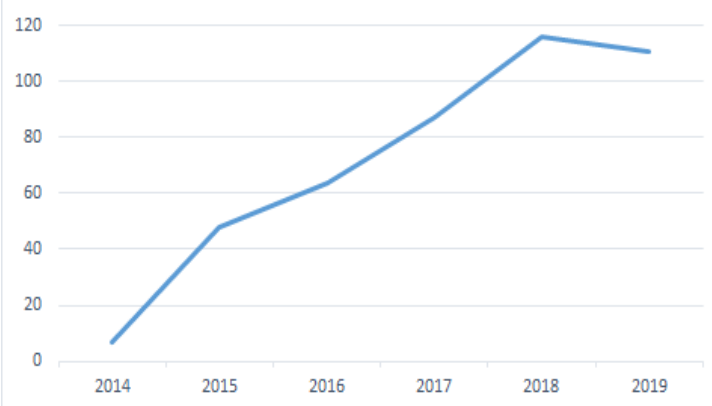
Se realizó un estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los PICC insertados mediante técnica eco-guiada en el servicio de Radiología Vascular del HGUCR. Su implantación comenzó en el año 2014. Desde ese momento se ha llevado a cabo una recogida de datos que finalizó en diciembre de 2019. Se recogieron datos socio-demográficos, características del catéter, éxito en la inserción, incidencias, complicaciones y motivo de retirada.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos demuestran:

- Una alta efectividad en la implantación del PICC mediante la utilización de una sala de intervencionismo vascular con técnica mixta de ecógrafo y fluoroscopia.
- El progresivo aumento de número de PICC insertados por año en el servicio.
- La resolución de casos de difícil implantación o complicaciones que surjan durante el procedimiento gracias a los recursos adicionales de los que dispone la sala (guías, catéteres, dilatadores, contraste, etc.)
- El aumento del grado de satisfacción del paciente, eficiencia en la realización de la técnica y calidad asistencial.

EVOLUCIÓN IMPLANTACIÓN PICCs



CONCLUSIONES

- El equipo de Radiología Vascular Intervencionista debe ser el referente institucional en la colocación, control y recanalización de los PICCs.
- La realización de este procedimiento puede ser llevada a cabo por el personal de enfermería con formación específica tanto en la técnica de inserción como en el uso de los equipos de radiodiagnóstico.
- Si el procedimiento se realiza en este servicio, el porcentaje de éxito a la hora de colocar el catéter es mayor que en otras unidades, ya que tenemos a nuestra disposición distintos equipos de radiodiagnóstico que facilitan la resolución y prevención de posibles complicaciones que surjan durante el procedimiento, incrementando así la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moraza-Dulanto MI, Garate-Echenique L, Miranda-Serrano E, Armenteros-Yeguas V, Tomás-López MA, Benítez-Delgado B. Inserción eco-guiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes oncológicos y hematológicos: éxito en la inserción, supervivencia y complicaciones. Enfermería Clínica [Internet] 2012 [Citado 16 feb 2020] 22(3): 135-143 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862112000496>
2. Carrero MC. DAE . Tratado Administración Parenteral: técnica ecoguiada de implantación. 2013. [Citado 16 feb 2020]
3. Lamperti M. et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided Vascular Access. Intensive Care Med. 2012; [Citado 16 feb 2020] 38:1105-1117.
4. Protocolo Asociación Española de Enfermería de Equipos de Terapia Intravenosa (ETI). [Citado 16 feb 2020]

Resumen: *El equipo de Radiología Vascul ar Intervencionista es referente en la colocación, control y recanalización de los PICCs. Este procedimiento puede ser llevado a cabo por personal de enfermería con formación específica tanto en la técnica de inserción ecoguiada como en uso de equipos de radiodiagnóstico.*

En este servicio el porcentaje de éxito a la hora de implantar el catéter tipo PICC, es mayor que en otras unidades, ya que tenemos a nuestra disposición distintos equipos de radiodiagnóstico que facilitan la resolución y prevención de posibles complicaciones que surjan durante el procedimiento, incrementando así la seguridad del paciente y calidad asistencial.

Palabras Clave: *Radiología, PICC, Enfermería*

Introducción:

Aunque la implantación de catéteres tipo PICCS en las unidades de Radiología Vascul ar no presenta una novedad, en nuestra sala su inserción está instaurada desde el año 2014. En ella se ofrece un tratamiento integral durante toda la vida útil del catéter.

Desde un primer momento , esta técnica ha sido llevada a cabo con la ayuda del ecógrafo y de fluoroscopia, a diferencia de otros servicios de nuestro hospital donde también son implantados. El servicio de Radiología Vascul ar es referente en su implantación y manejo, por ello ante cualquier contratiempo se consulta y se nos pide colaboración, bien sea para su colocación, recolocación, recambio o desobstrucción.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los PICCs insertados mediante técnica eco-guiada en el servicio de Radiología Vascul ar del HGUCR. Comenzamos a implantarlos en 2014 y desde entonces se ha realizado recogida de datos que finalizó en diciembre del 2019. Se recogieron datos socio-demográficos, características del catéter, éxito de inserción, incidencias, complicaciones y motivo de retirada.

Resultados:

Los resultados obtenidos demuestran una alta efectividad en la implantación del PICC mediante la utilización de una sala de intervencionismo vascul ar con técnica mixta de ecógrafo y fluoroscopia.

El progresivo aumento del número de PICCs insertados por año en el servicio.

La resolución de casos de difícil implantación o complicaciones que surjan durante el procedimiento gracias a los recursos adicionales de los que dispone la sala(guías, catéteres, dilatadores, contraste, etc.) y de personal entrenado.

El aumento del grado de satisfacción del paciente, eficiencia en la realización de la técnica y calidad asistencial.

Conclusión:

El equipo de Radiología Vascul ar Intervencionista debe ser referente en la colocación, control y recanalización de los PICCs. Este procedimiento puede ser llevada a cabo por personal de enferme-

ría con formación específica tanto en la técnica de inserción ecoguiada como en uso de equipos de radiodiagnóstico.

En este servicio el porcentaje de éxito a la hora de implantar el catéter tipo PICC, es mayor que en otras unidades, ya que tenemos a nuestra disposición distintos equipos de radiodiagnóstico que facilitan la resolución y prevención de posibles complicaciones que surjan durante el procedimiento, incrementando así la seguridad del paciente y calidad asistencial.

Bibliografía:

1. Moraza-Dulanto MI, Garate-Echenique L, Miranda-Serrano E, Armentros-Yeguas V, Tomás-López MA, Benítez-Delgado B. Inserción eco-guiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes oncológicos y hematológicos: éxito en la inserción, supervivencia y complicaciones.

Enfermería Clínica (Internet) 2012

2. Carrero MC. DAE. Tratado administración Parenteral: técnica ecoguiada de implantación. 2013.

3. Lamperti M. et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided Vascular Access. Intensive Care Med. 2012



Sindicato
de Enfermería